

Scriptie voorgelegd met het oog op het behalen van de graad van Master in het Sociaal Werk

Geertrui De Backer

Wat de puber niet kent, gebruikt zij niet.

Welke determinanten beïnvloeden de keuze van Vlaamse meisjes voor een voorbehoedsmiddel bij de start en het verdere verloop van hun seksuele leven?

Promotor: Prof. dr. Edwin Wouters

Begeleider: Marjolijn De Wilde

UNIVERSITEIT ANTWERPEN
FACULTEIT POLITIEKE EN SOCIALE WETENSCHAPPEN

WAT DE PUBER NIET KENT, GEBRUIKT ZIJ NIET.
WELKE DETERMINANTEN BEÏNVLOEDEN DE KEUZE VAN VLAAMSE MEISJES
VOOR EEN VOORBEHOEDSMIDDEL BIJ DE START EN HET VERDERE VERLOOP
VAN HUN SEKSUELE LEVEN?

Geertrui De Backer
s0060307



Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van Master in het Sociaal Werk

Promotor: Prof. dr. Edwin Wouters

Begeleider: Marjolijn De Wilde

Medebeoordelaar: Prof. dr. Karel Neels

UNIVERSITEIT ANTWERPEN
FACULTEIT POLITIEKE EN SOCIALE WETENSCHAPPEN

WAT DE PUBER NIET KENT, GEBRUIKT ZIJ NIET.
WELKE DETERMINANTEN BEÏNVLOEDEN DE KEUZE VAN VLAAMSE MEISJES
VOOR EEN VOORBEHOEDSMIDDEL BIJ DE START EN HET VERDERE VERLOOP
VAN HUN SEKSUELE LEVEN?

Geertrui De Backer
s0060307



Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van Master in het Sociaal Werk

Promotor: Prof. dr. Edwin Wouters

Begeleider: Marjolijn De Wilde

Medebeoordelaar: Prof. dr. Karel Neels

DANKWOORD

In dit dankwoord zou ik graag alle mensen bedanken zonder wie dit alles niet mogelijk geweest zou zijn.

Daarom wil ik graag mijn respondenten als eerste bedanken. Dames, het was me een genoegen, en jullie zijn ontzettend bedankt voor jullie tijd en eerlijkheid. Ook aan iedereen die me geholpen heeft bij het vinden van deze geweldige dames: dank je wel!

Vervolgens zou niets van dit alles op papier staan zonder mijn uitstekende begeleiding. Ik zou Katrien Vermeire van Sensoa willen bedanken voor haar tijd, fijne inzichten en suggesties en vele feedback. Marjolijn de Wilde, dank je dat ik altijd mocht komen binnenvallen en voor de antwoorden op mijn waterval aan vragen. Tot slot mijn promotor Prof. Dr. Edwin Wouters, bedankt voor de steun, al uw begrip en uw wetenschappelijke begeleiding. Ik werd dit jaar een echte sociale wetenschapper, dankzij jullie.

Daarnaast wil ik ook iedereen bedanken die mij de voorbije jaren gesteund en moed ingesproken hebben. Veerle, Annelore: bedankt om mij nieuwe perspectieven te laten zien. Sarah, Eline, Selina, Stef, Marieke, Katie, Jeroen, zonder jullie had het geene waar geweest! Mutti, Vatti: bedankt voor al jullie begrip, de spreekwoordelijke ‘trappen onder mijn kont’ en jullie troostende woorden.

Bompa, om zoveel gewicht van mijn schouders te halen en altijd de rust zelve te zijn. Aan mijn tantekes: omdat jullie me altijd hebben geleerd om door te zetten en ambitieus te zijn. Dit is voor jullie.

Tot slot: bedankt Nele. Geen woorden die kunnen uitdrukken hoe dankbaar ik je ben voor die laatste loodjes.

Het waren niet de gemakkelijkste jaren en oh, wat ben ik bang voor wat komen gaat, maar hier ga ik dan: Masterproef ter behalen van een graad in het Sociaal Werk. Grazie mille!

INHOUDSOPGAVE

1 INLEIDING	1
2 LITERATUURSTUDIE	3
2.1 Jongeren en tienerzwangerschappen	4
2.2 Jongeren en soa's	5
2.3 Determinanten die het keuzeprocess van jongeren kunnen beïnvloeden	6
2.3.1 Invloed van peers	6
2.3.1.1 Familie	6
2.3.1.2 Vrienden	8
2.3.1.3 Partner	9
2.3.2 De arts	11
2.3.3 Kennis over veilig vrijen en voorbehoedsmiddelen	17
2.3.4 Demografische factoren	21
2.3.4.1 Leeftijd	21
2.3.4.2 Allochtone achtergrond	22
2.3.5 Kenmerken voorbehoedsmiddelen	24
2.3.5.1 Lichamelijke effecten	24
2.3.5.2 Effectiviteit	25
2.3.5.3 Gebruiksgemak	27
2.3.5.4 Prijs	28
2.3.5.5 Schaamte	30
3 DATA EN METHODOLOGIE	32
3.1 Keuze methode	32
3.2 Voorwaarde en kenmerken van respondenten	32
3.3 Verloop gesprekken	33
3.4 Codering	33
4 RESULTATEN	34
4.1 Kenmerken respondenten	34
4.2 Kennis	35
4.2.1 Passief verworven kennis	35
4.2.1.1 Onderwijs	35
4.2.1.2 Familie	36
4.2.1.3 Vrienden	37
4.2.1.4 De arts	38
4.2.2 Actief verworven kennis	39
4.3 Attitudes	40
4.3.1 De hormonale pil	40
4.3.2 Het condoom	40

4.3.3 Het spiraaltje	42
4.3.4 Het vrouwencondoom en de vaginale ring	43
4.3.5 Andere methoden	43
4.4 Vaardigheden	44
4.5 Ervaringen en Emoties	45
4.5.1 Voorbehoedsmiddelen en lichamelijke effecten	45
4.5.2 Schaamte	47
4.5.3 Angst	48
4.6 Steun	51
4.6.1 Familiale steun	51
4.6.2 Steun van vrienden	52
4.6.3 Steun van de partner	52
4.6.4 Steun van de arts	53
4.6.5 Culturele steun	54
4.6.6 Steun van de staat	54
4.7 Het ideale voorbehoedsmiddel	55
5 DISCUSSIE EN CONCLUSIE	57
6 BELEIDSAANBEVELINGEN	62
7 BIBLIOGRAFIE	66
8 LIJST MET AFKORTINGEN	73

ABSTRACT

Alle seksuele opvoeding ten spijt, blijft het aantal soa's in België stijgen, zeker bij jongeren. Daarnaast worden relatief weinig Vlaamse tieners zwanger, maar blijkt uit recente abortuscijfers dat een groot deel van deze tienerzwangerschappen ongewenst waren. Het zit nochtans wel goed met het voorbehoedsmiddeleengebruik van de Vlaamse tiener. De pil en het condoom zijn echter het favoriete voorbehoedsmiddel bij Vlaamse jongeren, uitgerekend die voorbehoedsmiddelen waar de kans op gebruikersfouten het grootst is. Jongeren lijken dus voorbehoedsmiddelen te kiezen die minder geschikt zijn voor hen.

Deze masterscriptie tracht te achterhalen hoe het keuzeproces verloopt bij meisjes die de keuze voor een anticonceptiemiddel maken, zowel bij de start als gedurende het verdere verloop van hun seksuele leven. Ook wordt onderzocht of de ondervraagde meisjes hun voorbehoedsmiddelen consistent gebruiken. Tot slot gaat dit onderzoek na of er een discrepantie bestaat tussen het voorbehoedsmiddel dat respondent op het moment van interview gebruikten en hun ideale voorbehoedsmiddel.

Dit retrospectief onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van diepte-gesprekken, een techniek waarbij sturende vragen zoveel mogelijk vermeden wordt. De uitgeschreven transcripten werden gecodeerd aan de hand van KAVES, een didactische methodiek uit RSV voor het secundaire onderwijs. Elf respondenten kwamen op gesprek, elk van hen had ervaring met de pil, de meesten van hen ook met het condoom. Een klein deel van deze groep had ervaring met het vrouwencondoom, de vaginale ring, de kalendermethode en de noodpil.

De ondervraagde respondenten bleken gestart te zijn met de pil of het condoom. De pil werd evenwel niet meteen als voorbehoedsmiddel gebruikt, maar als geneesmiddel tegen hormonale klachten. Andere voorbehoedsmiddelen werden niet overwogen wegens een gebrek aan vertrouwdheid en kennis, recensies van anderen en het gebruiksgemak van de pil. Slechts enkele respondenten gaven aan gestopt te zijn met de pil en een andere methode te gebruiken. De mening van anderen blijft belangrijk, en ook de kostprijs komt in beeld als beïnvloedende factor. Desondanks blijken pilgebruiksters niet geïnteresseerd te zijn in een ander voorbehoedsmiddel. Het condoom werd geregeld gebruikt, vooral aan de start van een nieuwe seksuele relatie.

Zo goed als alle respondenten hadden ervaring met inconsistent en incorrect gebruik van een voorbehoedsmiddel, dit werd opgevangen door een noodpil.

Tot slot bleek er ook een discrepantie te bestaan tussen het als ideaal beschreven en huidig voorbehoedsmiddel, dit was vooral het geval bij pilgebruiksters.

1 Inleiding

België lijkt op het eerste zicht een goede leerling wat betreft seksuele gezondheid. Zo is het aantal tienerzwangerschappen is vrij laag. Hiervoor kunnen twee belangrijke redenen worden aangehaald. Ten eerste krijgen kinderen van schoolplichtige leeftijd doorheen hun schoolcarrière op verscheidene tijdstippen een vorm van relationele en seksuele vorming. Ten tweede is er bovendien ook een legio aan verschillende voorbehoedsmiddelen te verkrijgen op de Belgische markt, bepaalde soorten anticonceptie zoals het condoom en de noodpil zijn ook vrij te koop, verschillende soorten van de hormonale pil en het hormonale spiraal worden voor een groot deel tot volledig terug betaald door alle ziekenfondsen (Seksuele Vorming, 2014b; Sensoa, 2014; Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, 2014a-g). Toch moeten er nog enkele nuanceringen worden gemaakt.

Ten eerste is het Belgisch onderzoek naar voorbehoedsmiddelen schaars en lopen resultaten traag binnen. De cijfers van de Gezondheidsenquête van 2013 worden ten vroegste in september 2014 verwacht. Dit zou snelle reacties alsook snelle actieplannen om enige problemen uit te klaren kunnen bemoeilijken. Ten tweede blijkt uit de Gezondheidsenquête van 2004 dat 16% van de seksueel actieve meisjes tussen 15 en 19 jaar geen contraceptieve methode gebruikt (Vermeire & Van Lee, 2006; Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2014a-b).

Ten derde blijft het abortuscijfer in Vlaanderen, en dus het aantal ongewenste zwangerschappen jaar na jaar stijgen. Dit is vooral het geval bij zwangerschapsonderbrekingen bij vrouwen jonger dan 20 jaar. In 2012 werden in deze leeftijdscategorie 2644 abortussen uitgevoerd (Seksuele Vorming, 2014) .

Ten vierde blijft het aantal vastgestelde soa's in België stijgen, en loopt deze stijging gelijk met de Europese trend inzake soa-besmettingen. Chlamydia wordt hierbij het vaakst vastgesteld, voornamelijk bij vrouwen tussen 15 en 30 jaar oud. Ook gonorrhoe zit in de lift, maar hier valt de stijging voornamelijk waar te nemen bij jonge mannen. Daarnaast blijken ook het aantal besmettingen met syfilis te stijgen, bovendien gaat het hier vaak om een herinfectie: patiënten lijken dus niet echt te leren van hun eerdere besmetting. Tot slot blijven ook de HIV-besmettingen ieder jaar toenemen (Seksuele vorming, 2014) .

Dus, ondanks kennis en het vrij gemakkelijk te verkrijgen zijn van voorbehoedsmiddelen

worden elk jaar tal van Belgische meisjes ongewenst zwanger. Dit heeft zware gevolgen, zowel voor toekomstige moeder als maatschappij. Het ondergaan van een abortus, zeker op jonge leeftijd, kan een ernstige lichamelijke en psychische weerslag hebben. Deze ongewenste en/of tienerzwangerschappen kunnen daarnaast een risico vormen voor de Belgische maatschappij, gegeven de hoge gezondheidskosten die deze ingreep met zich meebrengt en gegeven het empirisch onderzoek dat aanhaalt dat vele tienerzwangerschappen zich vaker voordoen in reeds achtergestelde milieus. Vele tienermoeders zijn laag- of ongeschoold, hebben weinig toekomstperspectief en zullen na de komst van hun baby moeilijker verder studeren en gaan werken (Seksuele Vorming, 2014; Kittur e.a., 2011; Picavet, 2011).

Dit brengt ons tot volgende probleemstelling:

Welke determinanten beïnvloeden de keuze van Vlaamse meisjes in 2014 voor een voorbehoedsmiddel?

Concreet stellen wij ons volgende onderzoeksvragen:

- 1) Welke voorbehoedsmiddelen gebruikten Vlaamse meisjes bij de start van hun seksuele leven, en welke variabelen beïnvloedden deze keuze?
- 2) Welke voorbehoedsmiddelen gebruiken Vlaamse meisjes gedurende de rest van hun seksuele leven en welke variabelen beïnvloedden deze keuze?
- 3) Zijn meisjes consistent in hun voorbehoedsmiddelengebruik en welke invloeden spelen hier een rol?
- 4) Is er een discrepantie waar te nemen tussen de methode van anticonceptie die Vlaamse meisjes gebruiken en de methode die zij als 'ideaal' zouden omschrijven?

De resultaten hiervan kunnen zo aangewend worden om een beter beeld te krijgen van de gebruikte anticonceptiva en hiaten in kennis of aanschaf van andere methodes te verklaren. Niet iedereen is immers gebaat bij het gebruik van de grote spelers als de pil en het condoom. Het achterhalen van invloedrijke factoren kan belangrijk zijn voor toekomstige campagnes en beleidsprioriteiten. Op deze manieren kunnen jongeren een correcte en goedgeïnformeerde keuze maken.

2 Literatuurstudie

Het gebruik van voorbehoedsmiddelen door de Vlaamse jongeren op seksueel actieve leeftijd is voor verbetering vatbaar. Uit de Gezondheidsenquête van 2004 bleek 84% van de seksueel actieve meisjes tussen 15 en 19 jaar een contraceptieve methode te gebruiken. Dit is een verbetering ten opzichte van de resultaten in 1997 (40% bij 15-19-jarigen), maar een verslechtering ten aanzien van 2001, wanneer maar liefst 95% van de seksueel actieve vrouwelijke respondenten (uitgezonderd het Brussels gewest met 85%) tussen 15 en 19 jaar aangaf voorbehoedsmiddelen te gebruiken. De kans op het gebruiken van voorbehoedsmiddelen daalt met de leeftijd, vermoedelijk onder de invloed van een mogelijke kinderwens. Het Sexpertonderzoek, dat grootschalig onderzoek deed naar het seksuele leven van de Vlaming wees uit dat 71,2% van de ondervraagde vrouwen tussen de 14 en 50 jaar een voorbehoedsmiddel gebruikte (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2014; Sexpert, 2014).

Indien Vlaamse meisjes dan toch kiezen voor een voorbehoedsmiddel, dan kiezen ze hoofdzakelijk voor de hormonale pil en het condoom als voorbehoedsmiddel. Dit zijn uitgerekend de anticonceptieve methoden waarbij het aantal gebruikersfouten het hoogste is. Deze voorbehoedsmiddelen vragen immers een inspanning van de gebruiker zelf (Glasier e.a., 2008; Wyatt e.a., 2014; Buysse e.a., 2013; Sexpert, 2014).

Volgens Frost en Darroch (2008) ligt de kans op zwangerschap bij perfect gebruik van de pil op 0,3%, bij doorsnee gebruik loopt deze kans echter op tot 8%. Bij het condoom is dit respectievelijk 2% en 15%. Uit datzelfde onderzoek blijkt dat van alle ondervraagde pilgebruiksters maar liefst 38% in de laatste drie maanden een pil vergeten was, ondanks het feit dat 98% van de pilgebruiksters aangaf een routine of methode ontwikkeld te hebben die hen herinnerde aan het nemen van de pil. In ander onderzoek schommelde dit percentage van 22% tot maar liefst 47% van de ondervraagde vrouwen. Iets dichter bij huis toonde Nederlandse onderzoekers aan dat slechts 41% van de Nederlandse pilgebruiksters nooit een pil vergat. In het onderzoek van Picavet (2011) zelf bleek dit cijfer nog hoger: 66% van de ondervraagde pilgebruiksters gaf aan minstens één pil te zijn vergeten de afgelopen zes maanden (Frost & Darroch, 2008; Picavet, 2012).

Dat pil en condoom door vrouwen zelf niet als veiligste voorbehoedsmiddelen worden ervaren, werd duidelijk uit onderzoek gevoerd door de Rutgers Nisso Groep (2008). Hierbij stelden de onderzoekers volgende vragen: of de respondenten tevreden waren met hun huidige

methode, of zij zich nog zorgen maakten over een mogelijke zwangerschap ondanks hun gebruik van voorbehoedsmiddelen, en of zij moeite hadden met het juiste gebruik van hun gekozen methode. Het aantal vrouwen dat rapporteerde negatief te antwoorden op al deze vragen, bleek te schommelen tussen de 24 en 76%, waarbij de pil en het condoom het laagst ingeschat werden (Picavet, 2008; Picavet, 2012).

Amerikaans onderzoek wees al uit dat bijna de helft van ongewenste zwangerschappen zich voordoet bij vrouwen die anticonceptie gebruiken, maar zwanger werden door inconsistent of incorrect gebruik. Dit wordt bevestigd door Wyatt e.a. (2014) die achterhaalden dat de helft van alle zwangerschappen in de VS ongepland waren, en dat van deze zwangerschappen maar liefst 95% te wijten was aan inconsistent of non-gebruik van een voorbehoedsmiddel (Frost & Darroch, 2008; Wyatt e.a., 2014; Kittur e.a., 2011).

Indien vrouwen een methode kiezen die goed bij hen past, is de kans dat zij deze methode correct en consistent gebruiken ook veel groter dan wanneer deze methode niet goed geschikt is (Frost & Darroch, 2008; Harper e.a., 2010).

Bovendien zullen vrouwen die gebruik maken van anticonceptie sneller geneigd zijn over te schakelen naar een ander voorbehoedsmiddel, of zullen zij in het ergste geval, onbeschermde seksuele contacten hebben indien zij niet tevreden zijn over hun huidige methode. Bijna 60% van de vrouwen die een voorbehoedsmiddel gebruiken, zullen overschakelen gedurende hun seksuele leven, een groot aantal ervan zal zelfs binnen de eerste drie maanden gebruik stoppen of overschakelen. Dit kan leiden tot een verhoogd aantal ongewenste zwangerschappen en een grotere verspreiding van soa's (Woods e.a., 2006; Picavet, 2011; Wyatt e.a., 2014).

2.1 Jongeren en tienerzwangerschappen

Het aantal tiener- en of ongewenste zwangerschappen zou nog verder kunnen worden teruggedrongen indien jongeren een weldoordacht geïnformeerde keuze maken voor een voorbehoedsmiddel, waarbij ook de kans op gebruikersfouten mee wordt genomen in de keuze. Tienerzwangerschappen komen in België echter relatief weinig voor, zeker in vergelijking met de rest van Europa. In 2012 werden 1089 baby's geboren met een tienermoeder, waarvan slechts 5 tienermoeders jonger dan 15 jaar waren. Bijna 80% van deze tienermoeders waren 18 of 19 jaar oud. Het abortuscijfer in België, en dus het aantal ongewenste zwangerschappen blijft echter jaar na jaar stijgen. De reden voor deze stijging is moeilijk te achterhalen: betere registratie, tolerantere houding van de bevolking en minder

drempels tot het laten uitvoeren van de procedure kunnen hier allen toe bijdragen. De laatste cijfers dateren van 2009 met een totaal van 19 421 abortussen in België. De helft van deze ongewenste zwangerschappen was te wijten aan het niet of slecht gebruiken van betrouwbare anticonceptie (Merckx e.a., 2011; Kittur e.a., 2011; Seksuele Vorming, 2014b).

Het abortuscijfer (het aantal abortussen per 1000 vrouwen tussen de 15 en 44 jaar oud) bedroeg in 2009 9,28. Dit was één van de laagste Europese cijfers, en België is eveneens één van de landen met het laagste abortuscijfer in de wereld (Merckx e.a., 2011; Seksuele Vorming, 2014b).

De abortusratio is echter wel hoog bij minderjarigen: in 2009 liet 42,80% van de Belgische zwangere tieners deze zwangerschap vroegtijdig afbreken, in 2012 werden maar liefst 2644 zwangerschapsonderbrekingen uitgevoerd bij vrouwen jonger dan 20. Dit is een bevestiging van een eerder onderzoek uit 2002, waar achterhaald werd dat 1 op 60 seksueel actieve meisjes per jaar zwanger werd voor haar 20^{ste} verjaardag. Van deze meisjes liet 40% een abortus uitvoeren (Picavet & Klai, 2006; Seksuele Vorming, 2014b).

2.2 Jongeren en soa's

Het aantal soa-besmettingen stijgt jaar na jaar. Daarnaast blijken deze nieuwe besmettingen zich vooral in de jongere lagen van de bevolking. Boven worden vrouwen maar liefst anderhalf keer vaker getroffen dan mannen. In het geval van chlamydia is dit aantal zelfs hoger: hier bedraagt de besmettingsratio 1: 1,83. Zowel bij mannen als bij vrouwen piekt het aantal besmettingen tussen de leeftijden van 20 en 24 jaar. Na chlamydia worden de meeste geteste jongeren gediagnosticeerd met genitale wratten. Gonorrhoe komt vooral voor bij jonge homomannen: de besmettingsratio per geslacht bedraagt hier 3,2: 1. Syfilis is een soa die voornamelijk jonge homomannen treft, maar de stijging van het aantal besmettingen lijkt sinds kort te stabiliseren. HIV komt gelukkig minder vaak voor bij jongeren, al dient men hier wel oog te blijven hebben voor de stijging bij besmettingen in risicogroepen (Seksuele Vorming, 2014a; Seksuele Vorming, 2014d).

Wanneer vergeleken met de rest van Europa, blijkt het aantal soa-besmettingen in België de stijgende Europese trend te volgen. In 2011 werden meer dan 34 000 gevallen van chlamydia gerapporteerd, voornamelijk bij jongeren tussen de 15 en 24 jaar. Studies vermoeden echter dat dit slechts de top van de ijsberg is, en dat tot 10% van de Europese jongeren besmet is (Seksuele Vorming, 2014d).

Deze hoge diagnosecijfers zijn mogelijk te wijten aan intensieve 'laat je testen'campagnes die geregeld op poten worden gezet, onder meer door Sensoa. Sexpertdata toonden echter dat 29,9% van de seksueel ervaren respondenten wel een HIV-test had laten afnemen, maar dat dit percentage voor tests op soa's naast HIV zakte tot 13,1% (Buysse e.a., 2013; Seksuele Vorming, 2014a; Seksuele Vorming, 2014d).

2.3 Determinanten die het keuzeprocess van jongeren kunnen beïnvloeden

2.3.1 Invloed van peers

Jongeren laten zich bij de keuze voor anticonceptie onder meer leiden door hun onmiddellijke omgeving. Bij dezen kunnen ze terecht voor informatie, advies en mogelijke gebruikerservaringen. In deze literatuurstudie zet ik de drie belangrijkste peers op een rijtje. Achtereenvolgens behandel ik familie, vrienden en tot slot de partner.

2.3.1.1 Familie

Dat het voor jongeren belangrijk is over seksualiteit en relatie te praten met hun familieleden komt duidelijk naar voren in het Sexpertonderzoek: 22% van de jongens en 39% van de meisjes geeft aan geregeld een gesprek te voeren over seks met zijn of haar familieleden. Relaties zijn echter een populairder onderwerp: hierover voerden 50% van de jongens en 66% van de meisjes een gesprek. Dit geslachtsverschil werd bovendien ook bevestigd in een recente Nederlandse bevraging (Buysse e.a., 2013).

In ander onderzoek, onder meer uitgevoerd door Charles Picavet (2012), blijkt bovendien dat het niet bij gesprekken alleen blijft, 28,6% van de 15-19-jarige meisjes geeft aan dat hun familieleden een beslissende invloed hebben gehad bij de keuze voor een anticonceptiemiddel.

Ouders worden volgens Klai (2007) het meeste geprefereerd als gesprekspartners over relaties en seks. Moeders worden ook door het Sexpertonderzoek naar voren geschoven door ouders én kind als favoriete gesprekspartner binnen de familie, en zijn tevens de belangrijkste vertrouwenspersoon. De reden hiervoor is dat jongeren menen dat hun ouders beter dan hun vrienden in staat zijn relevante informatie te verschaffen. Deze gesprekken zijn wel zoveel mogelijk informatief getint, en halen zo weinig mogelijk eigen ervaringen aan. Hier valt echter een belangrijke nuance te maken: ouders worden enkel naar voren geschoven indien er

een warm en open gezinsklimaat heerst volgens de jongeren (Buysse e.a., 2013; Klai, 2007). Er lijkt zich echter een kentering voor te doen, in de jongere leeftijdscohortes bevroegd door Buysse e.a. (2013) duiden jongens steeds vaker hun vader aan, meisjes blijven daarentegen hun moeder verkiezen. Daarnaast zijn er echter nog jongeren die aangeven dat ondanks deze open sfeer dat hun ouders simpelweg ‘niet geschikt’ zijn om te praten over onderwerpen als relaties en seksualiteit (Klai, 2007).

Ook Sexpert onderzocht dit open gezinsklimaat: zo bleken de meeste ondervraagde personen tevreden te zijn over de openheid die er in het gezin heerste omtrent seksualiteit en relaties. Vrouwen schatten deze openheid iets hoger in dan mannen, en ook de 50-plussers bleken een iets minder open sfeer omtrent deze thema's te ervaren (Buysse e.a., 2013).

Niet alle ouders nemen hun verantwoordelijkheid inzake seksuele voorlichting echter op: over onderwerpen als verliefdheid, lichamelijke veranderingen en relaties wordt gemakkelijk gepraat, maar onderwerpen als soa's, veilig vrijen en lust liggen veel moeilijker. Zowel ouders als hun kinderen zijn over het algemeen tevreden over de kwaliteit van de gesprekken die ze voeren, al wensten beiden dat deze gesprekken meer zouden plaatsvinden. Veel Vlaamse ouders zijn echter opgegroeid in een klimaat waarin communicatie over seksualiteit eerder taboe was. Seks werd uitgelegd aan de hand van preutse voorlichtingsboekjes die in zeer bedekte termen uitleg gaven. Dit zette veel Vlaamse ouders aan tot het idee om het helemaal anders te willen doen met hun eigen kroost. Ondanks dit idee slagen ook sommige Vlamingen er niet in hun eigen afkomst af te schudden en een open communicatie met hun kinderen te voeren (Klai, 2007; Buysse e.a., 2013).

Daarnaast blijkt uit dit Sexpert onderzoek door Buysse e.a. (2013) dat binnen het gezin ook broers belangrijk zijn voor jongens, en zussen voor meisjes: 13 tot 23% gaat bij hen te rade met vragen over seksualiteit en relaties. Het belang van zussen en moeders werd ook hier bevestigd door het onderzoek van Anderson e.a. (2014). Van de 24 respondenten antwoordde 5 personen dat hun laatste gesprek over voorbehoedsmiddelen gevoerd werd met een zus of moeder.

Één op vijf jongeren onder de 25 jaar geeft echter aan bij niemand in het gezin terecht te kunnen met vragen over seks. Voor de leeftijdsgroep boven de 25 jaar loopt dit zelfs op tot 40%. Er tekent zich dus een duidelijke behoefte af, die door het gezin niet ingevuld wordt (Buysse e.a., 2013).

2.3.1.2 Vrienden

In kwalitatief onderzoek is de invloed van sociale netwerken veelvuldig onderzocht geweest. Vrienden zijn zeer belangrijke gesprekspartners voor jongeren indien het aankomt op het praten over hun seksuele leven. Op de vraag met wie ze de laatste keer een conversatie hadden gevoerd over voorbehoedsmiddelen, health care providers uitgezonderd, antwoordden 16 van de 24 respondenten dat dit gebeurde met een vriendin of vrouwelijke kennis (Aalsma e.a., 2006; Dehlendorf e.a., 2013; Anderson e.a., 2014).

Voorwaarde is wel dat er sprake is van een zekere vorm van affiniteit en intimiteit. In de vriendenkring wordt onder meer tips en ervaringen uitgewisseld, maar ook onzekerheden en vragen worden besproken. Voornamelijk meisjes praten open met hun vriendinnen over hun seksuele leven, vragen en geheimen. Er zijn echter ook schuchtere jongeren, voor wie het praten over dergelijke onderwerpen heel wat moeilijker ligt. Niet alleen wordt in hun vriendenkring nauwelijks over seksuele onderwerpen gepraat, zelf geven deze jongeren ook aan weinig seksuele ervaring te hebben. Eigen relationele en seksuele ervaringen, als ook deze van vrienden, leken dus te beïnvloeden of er gesproken wordt over deze zaken (Klaï, 2007).

Dat ervaringen van vrienden en kennissen bovendien ook doorwerken in de eigen perceptie en uiteindelijke keuze van bepaalde voorbehoedsmiddelen, wezen ook onderzoek door Picavet (2012): 11,8% van de door ondervraagde meisjes liet zich voor een beslissing inzake een voorbehoedsmiddel leiden door vriendinnen.

Veel vrouwen maken bijvoorbeeld ook de keuze na een spiraaltje door gesprekken met hun peers: positieve verhalen overhaalden hen het te proberen (Gemzell-Danielsson e.a., 2012).

Deze uitwisselingen van ervaringen en meningen kunnen echter ook een averechts effect hebben, blijkt uit internationaal onderzoek. Negatieve verhalen en ervaringen blijven immers langer hangen, en laten een diepere indruk na. Van anticonceptieve methoden wordt immers over het algemeen aangenomen dat deze werken: verhalen over een correcte werking lijken vanzelfsprekend. Indien een vrouw twijfelt over verschillende voorbehoedsmiddelen en negatieve input krijgt over één van deze kan dit voor haar een reden zijn dit voorbehoedsmiddel gelijk te schrappen. Dit was vooral het geval bij hormonale voorbehoedsmiddelen zoals het spiraaltje (Harper e.a., 2010; Glasier e.a., 2008; Aalsma e.a., 2006; Dehlendorf e.a., 2013). Kennis over contraceptieve methoden verwierven de ondervraagde proefpersonen vooral dankzij de negatieve ervaringen die hun kennissen ermee hadden gehad. Jammer genoeg gaan deze ervaringen en verhalen ook gepaard met

onwaarheden en zelfs mythes, die op deze manier in stand worden gehouden. Hoewel ze op de hoogte zijn van de misinformatie die media en sociale netwerken kunnen verspreiden omtrent anticonceptiva, schatten respondenten de informatie die hen via die wegen bereikt hoger in dan de informatie die hen verschaft wordt door artsen (Anderson e.a., 2014; Picavet, 2012; Dehlendorf e.a., 2013).

Tot slot dient opgemerkt te worden dat respondenten informatie over nieuwe voorbehoedsmiddelen het liefst van ervaringsdeskundigen in hun omgeving verwerven, bij voorkeur in een persoonlijke setting en door middel van een gesprek onder vier ogen. Bovendien voelen vrouwen zich geroepen hun voorbehoedsmiddel aan anderen aan te raden indien zij hierover tevreden zijn. Anderen hierover informeren is belangrijk voor hen (Glasier e.a., 2008; Sessler-Branden, 1998; Anderson e.a., 2014; Aalsma e.a., 2006).

2.3.1.3 Partner

Bij deze determinant is het belangrijk op te merken dat alle onderzochte literatuur in dit hoofdstuk over de partner sprak in termen van heteroseksuele relaties. Zo goed als alle auteurs vermeldden dat hun studie in deze zin gelimiteerd was: de vrouwelijke respondenten hadden nagenoeg altijd een mannelijke partner. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat lesbische koppels voorbehoedsmiddelen enkel dienen te gebruiken indien zij besmetting met soa's willen voorkomen, terwijl de meeste jongeren met voorbehoedsmiddelen vooral zwangerschappen willen voorkomen.

Over de geschiktheid van de partner als gesprekspartner over seksuele relaties lopen de meningen uiteen. Sommige vrouwen halen aan dat zij gemakkelijk gesprekken kunnen voeren met hun partner, anderen doen dit liever niet. Het onderzoek van Klai (2007) toont aan dat gesprekken met de partner over relaties en seksualiteit voor adolescenten een evidentie is. Zowel emotionele als belevingsaspecten, alsook het maken van concrete afspraken en onderhandelen over seks zijn zaken die besproken worden met de partner. Dit wordt in de literatuur echter tegengesproken: een Amerikaanse studie toonde zo aan slechts 52% van de ondervraagde jongeren zich comfortabel voelde bij het voeren van een intiem gesprek over hun seksuele leven met de partner (Widman e.a., 2006).

Dichter bij huis wijst ook Picavet (2011) erop dat bij adolescente koppels beide partners aangeven vaker en meer over seks te willen praten, maar graag hebben dat de andere dit gesprek zou starten, uit angst voor de reactie van hun partner indien zij dat zelf zouden doen. Jongens vrezen 'overbesekst' over te komen, terwijl meisjes de angst hebben 'gemakkelijk' te

lijken. Dit wordt bevestigd in meerdere internationale studies (Bell, 2009; Hillier e.a., 1998; Marston & King, 2006).

Zowel man als vrouw vinden echter dat er te weinig gecommuniceerd wordt over het gebruik van voorbehoedsmiddelen (Picavet, 2011). Dat is jammer, want het praten over het gebruik van een voorbehoedsmiddel, leidt vaak ook tot het effectief gebruiken van een voorbehoedsmiddel. Van de 512 onderzochte Australische studenten door Hillier e.a. (1998), gaf 68% aan dat men had geconverseerd over het gebruik van een condoom tijdens hun laatste seksuele contact: hiervan gebruikte slechts 17% uiteindelijk geen condoom.

De positieve correlatie tussen een open communicatie met de partner inzake seksuele betrekkingen en voorbehoedsmiddelen en het gebruiken van voorbehoedsmiddelen werd ook in de Verenigde Staten door Widman e.a. (2006) bevestigd. De communicatie over het gebruik van voorbehoedsmiddelen voor seksuele betrekkingen vergroot immers de kans dat deze ook effectief gebruikt worden: men kan zich voorbereiden, en ervoor zorgen dat men deze voorbehoedsmiddelen binnen handbereik heeft wanneer het moment daar is.

Indien er bovendien een discrepantie bestaat over het gebruik van een bepaald voorbehoedsmiddel, moet hier door de partners over 'onderhandeld' kunnen worden. Indien open communicatie niet mogelijk is, is de kans groot dat die partner met de grootste emotionele macht (vaak diegene die zich emotioneel het minst verbonden voelt) zijn of haar wil kan doordrukken, al dan niet ten nadele van zijn of haar partner (Tschann e.a., 2002).

Er heerst eveneens een sterke perceptie dat men in een vaste relatie 'moet' overschakelen op een hormonaal voorbehoedsmiddel, en het gebruik van een condoom achterwege dient te laten. Dit wordt bevestigd door Amerikaans onderzoek dat uitwijst dat de kans op het gebruiken van een condoom bij mannelijke adolescenten gevoelig afneemt naargelang de duur van de relatie (Manlove e.a., 2008; Raine e.a., 2002).

Indien één van de beide partners de wens uitdrukt toch liever een condoom te gebruiken, kan dit wantrouwen opwekken bij de andere. Het doet vermoeden dat de partner niet te vertrouwen is. Dit werd bevestigd in onder meer literatuurstudies en verdere onderzoeken (Marston & King, 2006; Aalsma e.a., 2006).

Veel jongeren vinden eveneens dat een condoom een voorbehoedsmiddel is dat men voornamelijk gebruikt voor losse seksuele contacten, niet tijdens een vaste relatie. Hoe langer de relatie duurt, hoe hoger het vertrouwen in de ander, hoe minder het nodig is om een condoom te gebruiken, is de redenering van veel jonge koppels (Klaï, 2007; Savegh e.a.,

2006; Ellen e.a., 1996; Aalsma e.a., 2006; Widman e.a., 2006; Tschann e.a., 2002; Gebhardt e.a., 2003; Svare e.a., 1997).

In praktijk blijken gesprekken met de partner over het gebruik van voorbehoedsmiddelen niet vaak voor te komen. Peers als vriendinnen en vrouwelijke familieleden genieten de voorkeur als gesprekspartner over voorbehoedsmiddelen. Slechts drie van de vierentwintig respondenten die door Anderson e.a. (2014) bevraagd werden, gaven aan dat hun laatste gesprek over anticonceptiva met hun partner was. Indien vrouwen meldden wel expliciet met hun partner over voorbehoedsmiddelen te praten, gebeurde dit vooral in die relaties waarin de partner een expliciete rol speelt inzake anticonceptie. Dit zijn bijvoorbeeld partners die gesteriliseerd zijn, een condoom gebruiken, of diegenen die natuurlijke methoden verkiezen (Picavet, 2008).

Dat partners slechts een kleine rol spelen inzake het beslissingsproces, werd echter tegengesproken door Nederlands onderzoek: van de 15-19-jarige meisjes gaf maar liefst 34,4% aan dat hun partner hun keuze inzake voorbehoedsmiddelen beïnvloed had (Picavet, 2012). Mannen zelf hebben echter behoefte aan het betrokken worden bij de keuze voor anticonceptie: maar liefst 76% van door Picavet (2011) ondervraagde mannen, geeft aan meer betrokken te willen zijn (Picavet, 2011). Dat de meeste betrouwbare voorbehoedsmiddelen door de vrouw zelf gebruikt dienen te worden, mag volgens hen geen excuus zijn, zij beslissen graag mee over voorbehoedsmiddelen (Manlove e.a., 2008).

Mannen blijken dezelfde ideeën te hebben over positieve en negatieve aspecten van voorbehoedsmiddelen als hun partners. Gebruiksgemak is ook voor hen zeer belangrijk, waar impact op het dagelijkse leven voor hen het minst van belang is. Opvallend is ook dat mannen wel degelijk geïnteresseerd zouden zijn in een mannenpil. Sommigen vinden het vanzelfsprekend dat vrouwen het ook doen, anderen vinden het een fijn idee minder afhankelijk te zijn van de vrouw voor dit soort zaken. De voorwaarde is wel dat de mannenpil in werking, prijs, gebruiksgemak en veiligheid gelijk is aan de vrouwenpil (Picavet, 2008).

2.3.2 De arts

Ook medisch personeel kan een belangrijke invloed hebben op de beslissing die meisjes maken als het aankomt op voorbehoedsmiddelen. Dit kan gebeuren door het aanreiken van extra informatie, maar ook door suggesties, vermelden van voor- of nadelen en het aangeven van de eigen voorkeuren. Bovendien fungeren deze personen als gezagsfiguren: hun mening is voor patiënten erg belangrijk.

De arts werd in Nederlands onderzoek het vaakst aangegeven als zijnde een informatiebron inzake voorbehoedsmiddelen. Bijna 90% van de ondervraagde vrouwen heeft het hier met de huisarts reeds over gehad (Picavet, 2008).

Het aangeven van de huisarts als bron van informatie, wilde evenwel niet zeggen dat deze ook allesomvattend informatief was. De gegeven informatie beperkte zich enigszins tot de gekozen methode van de vrouw, alternatieven werden nauwelijks tot niet genoemd door de arts. Vrouwen voelen ook enige schroom om zelf om informatie over andere voorbehoedsmiddelen te vragen (Harper e.a., 2010; Dehlendorf e.a., 2013).

Nog meer dan voor andere gebruiksters gold dit voor de vrouwen die gebruik maakten van de pil, terwijl de kennis van andere hormonale voorbehoedsmiddelen als de pleister en het spiraaltje vaak ondermaats of negatief gekleurd is. Een gesprek met de huisarts zou dit kunnen verbeteren. Het krijgen van deze extra informatie kan een bepalende invloed hebben op de anticonceptiekeuze, al is dit veeleer een onbewust proces. Dit kan verklaren waarom slechts 22,5% van de door Picavet (2012) ondervraagde 15-19-jarige meisjes expliciet aangeeft dat het gesprek met de huisarts een beslissende invloed heeft gehad op de keuze voor een voorbehoedsmiddel (Harper e.a., 2010; Picavet, 2008).

Ook in ander internationaal onderzoek werd de belangrijke rol van de arts onderzocht. Artsen zouden zo de grootste invloed hebben op de anticonceptiekeuze van vrouwen, die voor informatie hieromtrent ook het liefste beroep doen op hun arts (Harper e.a., 2010; Dehlendorf e.a., 2013).

Deze gaat voor op familie, vrienden en het internet. Vrouwen leren zoals eerder vermeld graag eerst van bevriende ervaringsdeskundigen van het bestaan van een methode. Daarna zullen zij naar hun arts stappen om meer informatie te krijgen over de methode die hen aanspreekt. Ongeveer de helft van de onderzochte vrouwen in Amerikaans onderzoek ging zo, alvorens een definitieve keuze te maken te rade bij een arts (Wyatt e.a., 2014; Anderson e.a., 2014; Fiebig e.a., 2011; Odden, 1996).

Indien de patiënten in de studie van Merckx e.a. (2011) geen geprefereerde methode hadden bij het eerste consult, terwijl de gynaecoloog dit wel had, werd deze methode na het consult in het merendeel van de gevallen gekozen door de patiënt. Dit was 83% in het geval van de pil en anticonceptiepleister en 73% in het geval van de ring en andere methodes. Indien de respondenten wel een op voorhand geprefereerde methode hadden, week 40% op het eind ervan het consult af van zijn oorspronkelijk gekozen middel.

De invloed van het krijgen van informatie door een professional werd bevestigd in ander onderzoek. Vooral de vaginale ring bleek populair na een counselingssessie. Waar voorafgaand aan de counseling slechts 9% van de deelnemers hierin geïnteresseerd was, steeg dit aantal tot 27% na de sessie. De pleister werd twee maal zo vaak gekozen, en steeg van 2,6% tot 5,2%. De keuze voor de pil daalde echter, maar liefst 14% van de deelnemers die eerst de pil wilde, koos na een counselingssessie toch voor een ander voorbehoedsmiddel (Egarter e.a., 2013).

Het is belangrijk dat vrouwen een gesprek voeren met hun arts alvorens een definitieve keuze te maken voor een voorbehoedsmiddel. De kans dat vrouwen na een gesprek met hun health care provider een anticonceptiemiddel kiezen dat goed bij hen past, is immers groter. Studies onderzochten welke prioriteiten vrouwen in acht namen bij het kiezen voor een anticonceptiemiddel en in welke mate deze overeenstemde met hun huidige anticonceptiemethode. Vrouwen die voornamelijk anticonceptie willen gebruiken om besmetting met soa's te voorkomen zouden zo immers het beste af zijn met een voorbehoedsmiddel als het condoom. 25% van de onderzochte vrouwen gebruikte echter een voorbehoedsmiddel dat niet goed aansloot bij de verwachtingen die zij had van een voorbehoedsmiddel (Sessler-Branden, 1998; Lamvu e.a. , 2006).

Dat een goed contact met de arts belangrijk is voor het opvolgen en correct gebruiken van het voorbehoedsmiddel, wees ook het onderzoek naar de CHOICE-studie uit. Deze studie zocht in de Verenigde Staten financiële barrières op te heven en hiaten in kennis te dichten omtrent anticonceptie, voornamelijk die rond de zogeheten LARC-methoden. De Europese gelijknamige CHOICE-studie werd in meerdere Europese landen uitgevoerd en peilde naar welke voorbehoedsmiddelen verkozen werden voor en na een counseling sessie over drie verschillende voorbehoedsmiddelen: de pil, de pleister en de vaginale ring. Hoewel sterk gelijkend in effectiviteit, veiligheid en tolerantie, verschillen deze danig op vlak van gebruik (oraal innemen, op de huid, of vaginaal inbrengen) en gebruiksfrequentie (dagelijks, wekelijks en maandelijks). Hoewel artsen erkenden dat door de CHOICE-methode te gebruiken, ze veel meer tijd moesten besteden aan een consult, konden zij toch erkennen dat dit de patiënt en de relatie ten goede kwam. Op deze manier komen de patiënten zelf ook meer geïnformeerd aan de dag en zullen zij een bewustere en betere keuze maken voor een anticonceptiemiddel dat echt bij hen past (Merckx e.a., 2011; Egarter e.a., 2013; Madden e.a., 2013).

Betrokkenheid van de arts is met name voor jongeren erg belangrijk: indien zij de

betrokkenheid van de arts ervaren, zullen zij de gekozen anticonceptieve methoden beter volhouden en uitvoeren. Hoe beter de relatie met de arts, hoe meer kans dat het voorbehoedsmiddel op de correcte wijze gebruikt zal worden (Egarter e.a., 2013; Picavet, 2012; Rosenberg e.a., 1995; Dehlendorf e.a., 2013).

Het belang van de arts geldt eveneens voor oudere vrouwen. Zo bleek maar liefst 60,5% van de ondervraagde vrouwen die voor een vaginale ring koos dit deed op aanraden van haar arts. Vrouwen blijken voorstander zijn van het maken van een gezamenlijke beslissing, waarbij een beslissing genomen wordt in samenspraak met de HPC's waarbij alle opties die bij iemands noden, waarden en voorkeuren passen, overlopen worden. Hieronder kan men artsen verstaan, maar eveneens verplegend personeel in klinieken. Uit internationale studies blijkt zelfs dat deze personen de grootste invloed hebben op de methode die vrouwen kiezen, groter dan die van vrienden, familie én het internet. Deze hypothese wordt verder bestendigd door enige onderzoeken naar CHOICE studie: na een counseling sessie met een HPC koos maar liefst 47% van de ondervraagde vrouwen die van plan waren hormonale anticonceptiva te gebruiken voor een andere methode dan origineel gepland. Bovendien is de arts ook belangrijk in het nadien goed opvolgen van de gebruiksaanwijzing. Hoe beter de relatie met de arts, hoe meer kans dat het voorbehoedsmiddel op de correcte wijze gebruikt zal worden (Egarter e.a., 2013; Wyatt e.a., 2014; Picavet, 2012; Rosenberg e.a., 1999; Dehlendorf e.a., 2013) .

Dat de arts een belangrijke rol in het keuzeprocess en latere gebruik van voorbehoedsmiddelen heeft, betekent ook dat de omstandigheden waarin deze beïnvloeding plaats heeft van nader bij onderzocht dienen te worden: mogelijk zijn zaken voor verbetering vatbaar.

Zo toonden Harper e.a. (2010) aan dat indien de arts niet voldoende tijd nam voor een gesprek met een patiënt over voorbehoedsmiddelen, de kans dat het fout zou lopen bij het gebruik ervan aanzienlijk steeg. Artsen blijken het echter steeds moeilijker te krijgen door het groeiend aantal voorbehoedsmiddelen en de verschillende methodes van gebruik. Door nieuwe en verbeterde methodes is het moeilijker, en duurt het langer een geschikt voorbehoedsmiddel te vinden voor een patiënt, zeker indien deze volkomen onbeslist is over wat haar het meest geschikte voorbehoedsmiddel is. Dit maakt de kans op een persoonlijk en aangenaam gesprek moeilijker: nochtans is dit iets waar vrouwen nood aan hebben in de relatie met hun arts (Merckx e.a., 2011; Knox e.a., 2013, Fiebig e.a., 2011; Dehlendorf e.a., 2013).

Er zijn nochtans aanbevelingen en richtlijnen vanuit huisartsenvereniging Domus Medica (2014) die artsen dienen te volgen indien zij iemand op consult krijgen die meer informatie wil over of wil starten met voorbehoedsmiddelen. Lieve Peireman constateerde in haar onderzoek echter dat slechts de helft van de onderzochte huisartsen bij deze consulten de richtlijnen ook effectief volgden. Ook vermeldde slechts één op vier mogelijke contra-indicaties bij pilgebruik, en lieten vele artsen het na nevenwerkingen van de pil te vermelden, of de verminderde werking ervan in geval van braken of diarree. Deze richtlijnen zijn bovendien zeer gericht op de medische kant, en minder op het verschaffen van informatie en het assisteren bij het maken van een geïnformeerde keuze. De nadruk lijkt vooral te liggen op het bevragen van de medische voorgeschiedenis van de patiënt (Vermeire & Caers, 2006; Domus Medica, 2014).

Vrouwen vinden het echter verdacht indien artsen geen extra informatie geven over neveneffecten van voorbehoedsmiddelen, zeker zij die reeds argwanend tegenover de medische wetenschappen staan (Dehlendorf e.a., 2013; Hoggart & Newton, 2013).

Artsen zelf gaven aan niet alle bijwerkingen meteen mee te geven uit angst vrouwen af te schrikken, ondanks het geringe gezondheidsrisico (Hoggart & Newton, 2013).

De resultaten waren echter niet allemaal kommer en kwel: de door Peireman onderzochte artsen namen zo correct bloeddrukmetingen en wisten geen gynaecologische onderzoek of bloedafname uit te moeten voeren. De kwaliteit van deze consulten zou wel verbeterd kunnen worden indien de patiënten zelf thema's aan zouden reiken. Goed geïnformeerde patiënten verhogen in die zin de kwaliteit van de hulpverlening, en dit mondt uit in een betere therapietrouw. Het probleem is echter dat vrouwen zich vaak geremd voelen bij een arts, en een gevoel van schaamte en gebrek aan privacy hebben tijdens het consult. Sommigen verwachten zelfs expliciet dat de arts hen zoveel mogelijk voorzegt, terwijl arts de dag van vandaag net getraind worden op het stellen van open vragen. (Vermeire en Caers, 2006; Glasier e.a., 2008)

Een belangrijke opmerking hierbij is dat de focusgroepen die door Anderson e.a. (2014) onderzocht werden expliciet aangaven willen te weten welk voorbehoedsmiddel de arts zelf gebruikte. De mening van de arts horen als ervaringsdeskundige was voor hen zeer belangrijk en zou zwaar kunnen doorwegen. Hoe deze mening aangebracht werd, was echter zeer aan te voelen door de arts. Waar sommige vrouwen deze mening graag spontaan kregen, voelden andere vrouwen zich al snel onder druk gezet en werd de mening van de arts als opdringerig beschouwd (Anderson e.a., 2014; Dehlendorf e.a., 2013).

Het is echter belangrijk te weten dat het persoonlijke leven en de voorkeuren van artsen en verplegend personeel ook mee te spelen in de adviezen die ze zelf geven aan hun patiënten. Zo zullen rokende artsen minder snel het advies geven te stoppen met roken, terwijl internisten die niet roken vaker dan hun rokende collega's zullen aanraden van te stoppen met roken. Fysiek actieve internisten zullen het belang van lichaamsbeweging vaker onderstrepen, en ook huisartsen die een gezond voedingspatroon aanhangen en regelmatig hun cholesterol laten controleren, zullen hun patiënten vaker wijzen op het belang van goede voeding (Gemzell-Danielsson e.a., 2012; Sessler-Branden, 1998).

Een grootscheeps onderzoek dat gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen in 11 landen wereldwijd ondervroeg, wees uit dat persoonlijke voorkeuren van deze medici ook doorwegen in hun advies aan patiënten inzake anticonceptiva. De ondervraagde doelgroep was voornamelijk te situeren in de groep 36-45 jaar (38,9% van de ondervraagden) en 46- 55 (42,8%). De oudere leeftijd van de meeste respondenten had een invloed op de anticonceptieve methode die de ondervraagden gebruikten. Daarna werd aan de onderzoeksgroep gevraagd welke voorbehoedsmiddelen zij zelf aanraadden aan moeders die a) reeds een kind hadden, en niet meteen opnieuw zwanger wilden worden ('spreiders') b) aangaven dat hun gezin compleet was ('gezinsvoltalligen'). Indien de HPC's zelf een vorm van de pil gebruikten, was de kans groter dat zij deze methode als 1^{ste} keuze zouden aanraden aan de spreiders, maar bleef de kans dat zij het spiraal zouden als 1^{ste} keuze zouden aanraden aan de gezinsvoltalligen stabiel. Indien de HCP het spiraaltje gebruikten, verkleinde dit de kans dat men de spreiders de pil aanraadde als 1^{ste} keuze, terwijl de kans dat zij als 1^{ste} keuze het spiraal zouden aanraden aan gezinsvoltalligen groter werd (Gemzell-Danielsson e.a., 2012).

Ook geslacht bleek een invloed te hebben op de voorbehoedsmiddelen die artsen aanraadden aan hun patiënten: mannelijke HCP's adviseerden spreiders vaker de pil dan hun vrouwelijke collega's, die eerder dan mannen een spiraaltje aanraadden aan de gezinsvoltalligen (Gemzell-Danielsson e.a., 2012).

Tot slot bleken artsen jonge meisjes geregeld af te raden voor een LARC- methoden te kiezen. Niet alle artsen zouden immers deze middelen kunnen plaatsen. Dit werd bevestigd in een Schots onderzoek: vele artsen staan eerder gereserveerd tegenover deze methoden, niet in het minst omdat ze zelf de kennis ontberen deze middelen in te brengen. Deze LARC-methoden bleken bovendien ook wel bekend bij de ondervraagde proefpersonen, maar om deze middelen heersen zeer veel negatieve percepties, grotendeels ingegeven door de onmiddellijke

omgeving én de arts (Mestad e.a., 2011; Glasier e.a., 2008).

2.3.3 Kennis over veilig vrijen en voorbehoedsmiddelen

Bij het maken van een keuze voor een voorbehoedsmiddel is het belangrijk voldoende geïnformeerd te zijn over de verschillende opties, en alle mogelijke uitkomsten van het (non)gebruik ervan: enkel op die manier zal men een keuze kunnen maken die het beste geschikt is. Het is dan ook van belang dat men onderzoekt waarom slechts enkele anticonceptiva bekend zijn, alsook hun werking. Eerder is reeds vermeld dat jongeren informatie verwerven via persoonlijke kanalen zoals vrienden, familie en arts. Toch zijn dit niet de enige informatiekkanalen: jongeren krijgen ook veel informatie op school of gaan er zelf actief naar op zoek via verschillende media.

Relationele en seksuele vorming wordt geregeld aangehaald in de Vlaamse onderwijstermen. Zo krijgen kinderen een eerste kennismaking met RSV in het lager onderwijs, al blijft dit beperkt tot het kunnen benoemen van lichamelijke veranderingen bij zichzelf en anderen. Dit wordt herhaald en uitgebreid in de 1^{ste} en 3^{de} graad van het middelbaar onderwijs. Hier is echter een verschil waar te nemen tussen de verscheidene stromingen in het secundair onderwijs. In de vakgebonden eindtermen wetenschappen voor de 1^{ste} graad van de B-stroom wordt vermeld hoe de leerlingen middelen moeten kunnen aanreiken die soa-besmettingen of zwangerschap kunnen vermijden. In dezelfde eindtermen voor de 1^{ste} graad van de A-stroom is hier verder geen sprake van. De algemene vakoverschrijdende eindtermen en ontwikkelingsdoelen lopen daarentegen wel gelijk, over verschillende stromingen heen. Binnen de contexten Lichamelijke gezondheid en veiligheid en Sociorelationele ontwikkeling werd onder meer dat leerlingen na de 1^{ste} graad van het middelbaar onderwijs geacht worden hun voorzorgen te kunnen nemen bij risicovol seksueel contact en opvattingen omtrent voorbehoedsmiddelen te kunnen formuleren. (Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, 2014a-i)

Het belang van het ondersteunen van leerlingen die een praktische opleiding volgen werd onder meer aangeduid in Zweden. Häggström-Nordin e.a. (2002) toonden immers aan dat deze leerlingen meer dan hun leeftijdsgenoten die een theoretische opleiding volgden seksueel risicogedrag vertonen: zij starten eerder met seksuele betrekkingen, gebruiken bij deze betrekkingen minder vaak een condoom en hebben ook meer seksuele partners. Bovendien geven zij zelf aan de RSV die zij op school kregen kwalitatief niet voldoende te vinden. Het is dus belangrijk dat alle jongeren niet enkel theorie aangeleerd krijgen, maar ook

vaardigheden. Deze vaardigheden zijn velerlei, van het correct gebruiken van een voorbehoedsmiddel tot het kunnen communiceren met de partner over anticonceptie. Het belang van communicatietechnieken bleek uit onderzoek van Walcott e.a. (2011). Studenten die tijdens hun seksuele voorlichtingslessen op school geleerd hadden te onderhandelen en om te gaan met groepsdruk, vreeën veiliger dan zij die dit niet geleerd hadden.

Waar in andere landen de nadruk vaak gelegd wordt op onthouding, wordt in België en Nederland de verantwoordelijkheid van de jongere zelf centraal gesteld in de lessen. Hoewel onthouding als een mogelijke optie naar voren wordt geschoven, is zij zeker niet de enige. Lessen RSV zijn belangrijk, want volgens Picavet en Klai (2006) hebben jongeren die goed voorgelicht zijn, ook minder foutieve ideeën over seks en seksualiteit. Deze lessen zijn voor vele jongeren een eerste kennismaking met verschillende voorbehoedsmiddelen, alsook het concept ervan. Niet alleen worden jongeren in de lessen RSV kennis bijgebracht, maar leren zij tevens vaardigheden aan, alsook het ontwikkelen van hun eigen persoonlijke waarden en normen (Picavet & Klai, 2006).

Leerkrachten kunnen tijdens deze lessen gebruik maken van de Anticonceptiekoffer die ontwikkeld werd door Sensoa. In deze koffer zit onder meer een exemplaar van de Anticonceptiegids, die een overzicht geeft van alle in België verkrijgbare anticonceptiemiddelen, met uitleg over onder meer gebruik, werking, voor- en nadelen. Daarnaast bevat de koffer een exemplaar van elk voorbehoedsmiddel dat beschikbaar is in ons land, voorlichtingsplaten en ook een handleiding met enige methodieken indien de koffer gebruikt wordt door iemand die niet zo ervaren is in het voorlichten van groepen jongeren (Vermeire & Caers, 2006).

Jongeren geven echter zelf aan dat de RSV op school naar hun mening te beperkt en ook fragmentarisch is. Zo vinden ze dat er te weinig aandacht besteedt wordt aan de relationele en emotionele aspecten van seksuele beleving, en dat in de lessen voornamelijk de nadruk gelegd wordt op het technisch-biologische aspect ervan, én veilig vrijen. Hoewel vele scholen grote inspanningen leveren om werk te maken van zowel vakspecifieke als –overschrijdende eindtermen, wordt dit door de schoolgaande jongeren niet zo ervaren. Dit heeft volgens de onderzoekster mogelijk te maken met het herhalingsaspect: eerder opgedane kennis wordt telkens weer herhaald en daarna uitgebreid. Jongeren vinden wel dat het geven van RSV een belangrijke taak van de school is, en zijn over het algemeen tevreden over de gegeven lessen. Voor hen is het tevens belangrijk dat thema's rond seksuele gezondheid als veilig vrijen, soa's

en anticonceptie herhaald worden, maar moet eveneens worden gewaakt voor mogelijke verveling omtrent het onderwerp. Toch halen jongeren aan liever een externe deskundige voor hen te krijgen die hen RSV kan onderwijzen. Een leerkracht is voor hen te weinig expert, anoniem en neutraal. Veel jongeren hebben geen persoonlijk vertrouwen in hun leerkracht, deze staat te dicht bij hun dagdagelijkse leven: dit heeft als gevolg dat leerlingen niet bij hen terecht willen in geval van persoonlijke vragen of ervaringen (Klaï, 2007).

Relationele en seksuele vorming bleek uit onderzoek broodnodig wat betreft SOA-preventie. Deze lessen leiden op hun beurt tot meer verantwoord seksueel gedrag en een lagere prevalentie van soa's. Door RSV worden kinderen en jongeren begeleid in hun seksuele ontwikkeling, en gestimuleerd in het vergaren van correcte informatie, en ook het ontwikkelen van een seksuele identiteit (Picavet & Klaï, 2006).

Goed voorgelichte jongeren stellen bovendien hun seksuele activiteiten uit en vertonen minder risicogedrag. Zo toonde onderzoek aan dat jongens die op school seksuele voorlichting voor hun eerste seksuele contact onderwezen werden, een grotere kans hadden een betrouwbaar voorbehoedsmiddel te gebruiken bij die eerste keer. Een internationale literatuurstudie naar het verband tussen het krijgen van seksuele voorlichting op school en het algemeen gebruik van anticonceptie toonde aan dat deze in het merendeel van de onderzoeken een positieve tot neutrale correlatie had (Vermeire & Van Lee, 2006; Mueller e.a., 2008; Kirby e.a., 2007).

Ook Amerikaanse mannelijke adolescenten in hun condoomgebruik beïnvloed te zijn door een mogelijk gebrek aan RSV. Van de tieners die geen RSV hadden genoten op school, zou 60,9% condooms gebruiken bij zijn eerste seksuele betrekkingen. Deze kans zal verder afnemen gedurende zijn seksuele leven, met hun laatste seksuele partner zou de kans dat er een condoom gebruikt werd 57,8% bedragen. Hun leeftijdsgenoten die wel een seksuele opvoeding genoten hebben op school doen het in dat opzicht beter: afhankelijk van het gegeven soort voorlichtingslessen (nadruk op onthouding, nadruk op gebruik anticonceptie, of beide), gebruikte respectievelijk 75, 2%, 74% en 73, 1% een condoom bij zijn eerste keer. Dit steeg naar 77,6%, 75,5% en 70,2% bij de laatste seksuele contacten (Manlove e.a., 2008).

Onbekend is onbemind, en dat geldt evenzeer bij de keuze voor een voorbehoedsmiddel: indien vrouwen niet vertrouwd zijn met een bepaald voorbehoedsmiddel, en hierover geen extra informatie kunnen krijgen van hun peers, staan ze doorgaans niet erg positief tegenover deze nieuwigheden. Deze vertrouwdheid met voorbehoedsmiddelen blijkt uit het onderzoek

door Fiebig e.a. (2011) dan ook belangrijk te zijn wat betreft het maken van een keuze voor een bepaald voorbehoedsmiddel.

Onderzoek naar de intrede van de vaginale ring op de Australische markt in 2007 wees uit dat, ondanks het voorafgaan aan de test van positieve informatie omtrent de vaginale ring en de pleister, zo goed als niemand geïnteresseerd was in de vaginale ring: deze was te nieuw en te onbekend. Interesse voor de pleister steeg daarentegen licht. Hetzelfde doet zich mogelijk voor in de Verenigde Staten: daar slechts 7% van de seksueel actieve vrouwen een spiraaltje gebruikt, is de kans klein dat er iemand in de persoonlijke omgeving hier ervaring mee heeft, en is ook de kennis bij de health care providers zelfs heel beperkt. Na het extra informeren van patiënten die wilden starten met of veranderen van voorbehoedsmiddelen omtrent de zogeheten LARC-methoden, kozen veel meer vrouwen voor een LARC-methode (Knox e.a., 2013; Anderson e.a., 2014; Fiebig e.a., 2011; Glasier e.a., 2008; Secura e.a., 2010).

Dezelfde uitkomst zien we bij de Europese CHOICE-studie. Hoewel er tussen de onderzochte Europese landen regionale verschillen optraden, werd na een counselingsessie een significante stijging waargenomen inzake de keuze voor pleister en ring over alle onderzochte landen heen, terwijl de keuze voor een pil en andere methoden alsook het aantal vrouwen dat aangaf nog onbeslist te zijn, significant daalde. Ondanks deze veranderingen, bleef de pil het favoriete voorbehoedsmiddel van de bevraagde Europese vrouwen, daar deze het bekendst en meest vertrouwd is. Een belangrijke opmerking hierbij is dat de reden 'goed onderzochte methode' bij Belgische en Nederlandse vrouwen minder van tel was, vermoedelijk omdat zij de pleister en de ring ook een 'goed onderzochte methode vonden', en dus geen veiligheidsbezwaren hadden. Toch blijft ook in België de pil het meest gekozen en meest voorgeschreven voorbehoedsmiddel (Merckx e.a., 2011).

Naast de school zijn er ook nog andere manieren om informatie omtrent seks te verzamelen: er zijn preventienetwerken, activiteiten van hoge kwaliteit, en er is een breed aanbod voor eenieder: schooldirecteurs, leerkrachten, preventiemedewerkers, sociaal werkers..(Picavet en Klai, 2006).

Sommige jongeren gebruiken eveneens het internet zeer gretig als informatiebron, maar velen staan er evengoed meewarig tegenover. Zij zijn eerder wantrouwig als ze een antwoord zoeken op een vraag die binnen hun seksuele relatiesfeer past. Het is dan ook belangrijk kinderen en jongeren aan te leren hoe op een veilige manier gebruik te maken van het internet, en zo negatieve ervaringen en relaties tot een minimum te kunnen beperken (Klai, 2007).

Uit onderzoek blijkt bovendien dat Vlaamse jongeren veel minder positief staan tegenover het internet als informatiebron, dan de Nederlandse jongeren (Picavet en Klai, 2006).

2.3.4 Demografische factoren

2.3.4.1 Leeftijd

Demografische achtergronden kunnen een grote rol spelen wat betreft de keuze voor een voorbehoedsmiddel. Zo onder meer leeftijd: waar jongeren voornamelijk pil en condoom gebruiken, zullen zij op latere leeftijd meer geneigd zijn andere voorbehoedsmiddelen te gebruiken.

Veel mensen geloven dat jongeren steeds vroeger aan seksuele betrekkingen beginnen, maar dat blijkt in realiteit niet zo te zijn. Volgens Maes en Vereecken heeft 53% van de Vlaamse meisjes van 17-18 jaar en 49% van hun mannelijke leeftijdsgenoten reeds geslachtsgemeenschap gehad. Met name lager opgeleide jongeren blijken op jongere leeftijd geslachtsgemeenschap gehad te hebben (Picavet en Klai, 2006).

Uit hun Vlaams onderzoek blijkt eveneens dat de jongste groep van seksueel actieve jongeren (13-14 jaar) voornamelijk het condoom gebruiken. Bij 15-16 jarige jongens is het condoom nog steeds het meest gebruikte voorbehoedsmiddel, terwijl dit bij hun vrouwelijk leeftijdsgenoten evenredig verdeeld is tussen de pil en het condoom. Vanaf 17-18 jaar wordt het condoom als favoriete anticonceptiemiddel van de troon verstoten door de pil. Dit betekent dat met de leeftijd de populariteit van andere voorbehoedsmiddelen toeneemt, ten nadele van het condoom. Een mogelijke verklaring hiervoor is zoals eerder vermeld dat door de langere duur van een relatie de (over)stap naar de pil sneller gezet is (Picavet en Klai, 2006).

Dat de pil over het algemeen het populairste voorbehoedsmiddel is, werd in België bevestigd door het Sexpertonderzoek: de helft van de ondervraagde seksueel actieve vrouwen (49,9%) gebruikte de pil. De pil is voornamelijk populair in de jongere leeftijdscohorten: tussen 14 en 29 jaar is de pil het meest gebruikte voorbehoedsmiddel, waarbij in de leeftijdscategorie van 14 tot 17 jaar maar liefst 64% kiest voor de pil. In de leeftijdsgroepen van 30-39 jaar en 40-49 jaar zakt dit cijfer dramatisch, tot 35,7 en 34,4% respectievelijk. Vanaf de leeftijd van 30 jaar kiezen steeds meer vrouwen voor het spiraaltje: met het stijgen van de leeftijd, wordt deze manier van aniconceptie steeds populairder. Waar in de leeftijdscategorieën 14-17 jaar en 18-29 het hormonaal spiraaltje gebruikt werd door slechts 1,4 en 2,8% van de ondervraagde vrouwen, is dit voor 30-39-jarigen en 40-49-jarigen maar liefst 34,3 en 28,7% (Buysse e.a.,

2013; Sexpert, 2014).

Ook in Nederland en Australië is de pil veruit het populairste voorbehoedsmiddel: in Nederland gebruikte maar liefst 36% van de vrouwen tussen 15 en 49 jaar de hormonale pil, in Australië liepen deze cijfers op tot bijna 70% voor de vrouwen tussen de 18 en 24 jaar, en zakten naar 41% voor vrouwen tussen 45 en 49 jaar (Knox e.a., 2013; Picavet, 2012; Fiebig e.a., 2011).

Ook zullen jongeren die op jongere leeftijd aan seksuele betrekkingen beginnen, minder geneigd zijn om bij die eerste keer een voorbehoedsmiddel te gebruiken (Picavet, 2011). Voorbehoedsmiddelen worden door de Nederlandse jongeren vooral gebruikt om zwangerschap tegen te gaan, in het geval van condoomgebruik worden voorbehoedsmiddelen tevens gebruikt als bescherming tegen soa's. Naarmate vrouwen ouder worden, kiezen zij vaker voor mee invasieve methoden als het spiraaltje en sterilisatie (Picavet, 2011).

Sommige jongeren starten echter zeer vroeg met voorbehoedsmiddelen. Voornamelijk de pil wordt onder meer voorgeschreven aan minderjarige meisjes in het teken van lichamelijke klachten, niet als voorbehoedsmiddel. Het reeds gebruiken van een voorbehoedsmiddel als 'geneesmiddel' kan een invloed hebben op het keuzeproces wanneer men start met het seksuele leven, en voorbehoedsmiddelen op een andere manier gebruikt. In 2006 publiceerde de Huisarts cijfers die aantoonde in dat jaar de pil werd voorgeschreven aan tien- tot dertienjarigen, goed voor 1417 pilvoorschriften voor beginnende tieners. Navraag bij artsen gaf aan dat deze groep de pil voorgeschreven krijgt omwille van medische redenen, en zelfden als anticonceptiemiddel voorgeschreven wordt. De pil gaat immers klachten als acne, hevige en pijnlijke bloedingen en bloedarmoede tegen, lichamelijke klachten die zeer typerend zijn voor de puberteit, wanneer de hormoonspiegel allesbehalve optimaal werkt (Vermeire en Caers, 2006).

Deze lichamelijke klachten blijken ook later een invloed te kunnen hebben. Australische vrouwen verkiezen zo voorbehoedsmiddelen die klachten als hevige en onregelmatige bloedingen, buikkrampen en acne tegengaan, ook in hun latere leven. (Fiebig e.a., 2011) Andere vrouwen geven dan weer aan bepaalde voorbehoedsmiddelen te mijden uit angst voor lichamelijke klachten of negatieve bijwerkingen op latere leeftijd (Oddens, 1996).

2.3.4.2 Allochtone achtergrond

Vrouwen van autochtone afkomst blijken op een andere manier naar anticonceptie te kijken, en deze te kiezen dan vrouwen van allochtone afkomst. Dit heeft onder meer te maken met cultuurverschillen en verschillen in seksuele voorlichting.

Waar volgens onderzoek door Picavet (2011, 2012) blijkt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen niet alleen minder anticonceptie gebruiken dan hun autochtone leeftijdsgenoten, blijken zij bovendien ook andere methoden te verkiezen, die doorgaans minder betrouwbaar zijn. Sterilisatie van de mannelijke partner komt zo nauwelijks voor, en ook de combinatiemethode van pil en condoom wordt eerder zeldzaam gebruikt. Waar 0,8% van de autochtone vrouwen de methode van terugtrekken of het koperspiraal gebruikt, is dit bij allochtone vrouwen 2,4% en 2,2%. Allochtone vrouwen blijken het moeilijker te hebben met anticonceptie, in vele gevallen is enkel de pil acceptabel binnen de gemeenschap, zij het nog schoorvoetend. Bovendien bleek uit kwalitatief Nederlands onderzoek dat allochtone vrouwen sterk hun twijfels hebben bij anticonceptie, en dat kennis over andere alternatieven dan de pil ontoereikend is. Dit gebrek aan kennis blijkt in Nederlands en Belgisch onderzoek naar voren te komen als een reden waardoor allochtone vrouwen incorrect pilgebruik vertonen (Picavet, 2011).

Ook buitenlandse onderzoeken geven aan dat het voorbehoedsmiddelengebruik bij allochtone vrouwen danig verschilt van autochtone vrouwen. Afhankelijk van hun etnische achtergrond, heerst er onder meer een sterk schaamtegevoel. Allochtone vrouwen hebben vaak een gebrek aan counseling, informatie en ondersteuning bij het gebruiken van voorbehoedsmiddelen (Picavet, 2011; Knox, e.a., 2012).

In de Verenigde Staten werd meer en uitvoeriger onderzoek gedaan naar hoe verschillende culturen anticonceptie beleefden en kozen. Zo blijken Afro-Amerikanen, meer dan hun Kaukasische en van Zuid-Amerikaanse afkomst zijnde landgenoten, te kiezen voor zogenaamde barrièremiddelen als het condoom (Raine e.a., 2002).

Verder blijkt ook dat de medische wetenschap niet in elke cultuur even hoog ingeschat wordt: in de Verenigde Staten: vrouwen van Latijns-Amerikaanse afkomst, alsook Afro-Amerikanen kijken met argwaan naar het medische systeem. Als zij hun arts niet volledig vertrouwen, kan dit gevolgen hebben voor de keuze die zij maken voor anticonceptie: zij zullen de informatie die door de arts verschaft wordt misschien minder vertrouwen (Dehlendorf e.a., 2013).

Culturele achtergrond kan bovendien ook een belangrijke invloed uitoefenen op het seksuele leven in het algemeen. Waar Turkse en Marokkaanse jongens vaak reeds op jongere leeftijd dan Vlamingen seks hebben, is dit bij hun vrouwelijke leeftijdgenoten veel minder het geval. Wat positief opvalt inzake verschillen tussen allochtone en autochtone jongeren is dat hun opvattingen omtrent seksuele vrijheid van meisjes, homoseksualiteit en condoomgebruik niet

erg veel verschillen, hoewel de autochtone jongeren hier nog steeds het meest liberaal scoren. Wat wel een opmerkelijk verschil geeft, is dat allochtone jongeren veel minder voorgelicht zijn. Ze krijgen thuis minder uitleg, en hun kennis over seksualiteit en veilig vrijen laat te wensen over (Picavet en Klai, 2006).

Ook Sensoa, de Rutgers Nisso Groep en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie voerden onderzoek uit naar voorlichting en ouders van allochtone afkomst. Meer dan ouders van autochtone afkomst lijken zij moeilijkheden te hebben met het voorlichten van hun kinderen. Deze ouders voelden zich door hun achtergrond zeer beperkt om hun kinderen informatie te verschaffen, maar zagen aan de andere kant het nut en de noodzakelijkheid van dergelijke voorlichting in. Binnen veel allochtone culturen heerst nog steeds de norm dat seks behouden dient te worden voor binnen en een huwelijk, en dat men slechts één partner voor het leven heeft: de respectievelijke echtgenoot of echtgenote. De ouders waren zich bewust van deze norm, maar bleven erbij dat hun cultuur, en zeker de islam net openheid en eerlijkheid omtrent seksualiteit zou willen stimuleren. Desondanks bleek hun cultuur, en de beperkte seksuele opvoeding die zij zelf hadden genoten een struikelblok te zijn in gesprekken met hun kinderen (Vermeire & Van Lee, 2006).

De gebrekkige kennis die jongeren hierdoor verwerven, kan een reden zijn waarom Marokkaanse vrouwen in België hun pil minder regelmatig gebruiken dan hun autochtone leeftijdsgenoten: gebrekkige voorkennis en verkeerde ideeën over anticonceptie blijken hierin een grote rol te spelen (Picavet, 2011).

2.3.5 Kenmerken voorbehoedsmiddelen

Vele onderzoeken naar het gebruik van voorbehoedsmiddelen worden gevoerd vanuit het idee wat redenen zijn om een bepaald voorbehoedsmiddel wel dan niet te gebruiken. Ik behandel hier enkele kenmerken van voorbehoedsmiddelen die de keuze voor dit voorbehoedsmiddel zouden kunnen beïnvloeden.

2.3.5.1 Lichamelijke effecten

Bezorgdheid om mogelijke gevolgen voor de vruchtbaarheid komt vaak voor in studies die de impopulariteit van LARC- en hormonale methoden proberen te achterhalen. Uit een Schots onderzoek dat gevoerd werd aan de hand van focusgesprekken, legden veel respondenten hun weerzin voor een bepaald soort anticonceptiemiddel uit met de reden dat ze angst hadden hun vruchtbaarheid op latere leeftijd te beïnvloeden. Zoals verwacht was dit vooral het geval bij de zogeheten LARC-methoden. Zo wordt onvruchtbaarheid bijzonder vaak gelinkt aan het

gebruik van een spiraaltje: deze hormonale methoden zouden het lichaam kunnen beïnvloeden (Oddens, 1996; Glasier e.a. 2008; Hoggart & Newton, 2013).

Het ervaren van lichamelijke ongemakken kan de keuze voor een bepaald voorbehoedsmiddel stimuleren dan wel ontmoedigen. Zoals eerder vermeld wordt de pil zo wel eens voorgeschreven als medicijn eerder dan als voorbehoedsmiddel.

Hormonale voorbehoedsmiddelen zoals de pil of het spiraaltje kunnen positieve en negatieve bijwerkingen hebben. Zo wordt de menstruatiecyclus geregeld, en worden de bloedingen minder zwaar en de krampen minder pijnlijk. Sommige voorbehoedsmiddelen zorgen zelfs voor het volledig uitblijven van de maandstonden en bijbehorende klachten. Ook acne kan hiermee onder controle gehouden worden. Toch kunnen hormonale voorbehoedsmiddelen ook het tegenovergestelde effect hebben: lichamelijke klachten worden net erger, en tussentijdse bloedingen kunnen voor heel wat hinder in het dagelijkse leven zorgen. De klachten over hormonale methoden bleven echter niet beperkt tot lichamelijke ongemakken: patiënten gaven eveneens aan kribbig te zijn, emotioneel en onzeker (Hoggart & Newton, 2013).

2.3.5.2 Effectiviteit

Hoewel het belang van effectiviteit in meerdere onderzoeken een belangrijke invloed bleek te hebben op het keuzeproces voor een bepaald voorbehoedsmiddel, vergeten vele respondenten dat er een verschil tussen de geadverteerde falingsgraad bij perfect gebruik, en die bij normaal, dagelijks gebruik (Glasier e.a., 2008).

Sessler-Branden (1998) maakte een literatuurstudie naar alle mogelijke voorbehoedsmiddelen die op de markt waren: zo goed als alle methoden (uitgesloten de natuurlijke) hebben een falingsgraad die verschilt naargelang perfect gebruik, of normaal gebruik. Dit scheelt in sommige gevallen enkele procentpunten, in andere kan dit oplopen tot een verschil van meer dan 10% tot wel 30%. Voor de pil geeft dit bijvoorbeeld een verschil van 0,3 naar 8%, voor het condoom liggen deze cijfers op 2 en 15% (Sessler-Branden, 1998; Woods e.a., 2006; Frost & Darroch, 2008). Afgaan op deze effectiviteitscijfers is dan ook niet aan te raden, een voorbehoedsmiddel wordt het beste gekozen op basis van geoptimaliseerde effectiviteit en gebruiksgemak, niet op de objectieve cijfers die aangeven hoe succesvol de middelen zijn in het vermijden van een zwangerschap. In andere onderzoeken blijkt het belang van effectiviteit echter minder groot te zijn (Frost & Darroch, 2008; Knox e.a., 2012).

Onvoldoende kennis, alsook foute ideeën van deze effectiviteit zorgen er ook voor dat de perceptie van sommige voorbehoedsmiddelen ernstig wordt aangepast: hoewel het spiraaltje

één van de meest effectieve voorbehoedsmiddelen is, blijkt dit voordeel vaak het onderspit te moeten delven door de negatieve en vaak onware verhalen die erover de ronde doen. Onderzoek door Anderson e.a. (2014) wijst uit dat de helft van de ondervraagde jonge mensen geloofde dat de pil even effectief was als het spiraaltje.

Effectiviteit lijkt vooral voor health care providers belangrijk te zijn. In tegenstelling tot hun patiënten geven zij dit zelf vaak op als reden om voor een bepaald voorbehoedsmiddel te kiezen (Gemzell-Danielsson e.a., 2012).

Een Australisch onderzoek door Knox e.a. (2012) stelde profielen op waarbij verscheidene attributen werden toegekend aan een te beoordelen voorbehoedsmiddel. Deze attributen kregen vervolgens een gewicht toegekend, waarbij vrouwen en huisartsen bevroegd werden over hoe zij de attributen beoordeelden en of zij de opgestelde profielen wel of niet zouden gebruiken dan wel aanraden. Het verschil tussen de ondervraagde huisartsen en hun patiënten was opvallend: de slechtste attributen die voorbehoedsmiddelen konden hebben, waren volgens de huisartsen de hoge ineffectiviteit van een mogelijk product, zijnde een kans van 10/100 per jaar op een zwangerschap, en een kans van 5/100. Als positieve attributen benoemden zij eveneens voorbehoedsmiddelen die slechts één keer per 5 en 3 jaar gebruikt dienden te worden, gevolgd door lichte maandstonden met minder pijn, inname elke 6 maanden, een lage kostprijs en tot slot de effectiviteit met 1 kans op 1000 op een zwangerschap per jaar. De attributen die vrouwen als het slechtste beoordeelden waren voorbehoedsmiddelen die hevige menstruatie met verhoogde bloedingen, kortom menstruele klachten verergerden. Een hoge kost, onregelmatige bloedingen en een kans van 10/100 per jaar op een zwangerschap sloten de top vijf af. Het beste ingeschat waren producten die slechts één keer in de vijf en drie jaar moesten gebruikt worden. Daarop volgden lichte maandstonden met minder pijn, en jaarlijkse inname van een product, en een lage prijs en het verdwijnen van maandstonden volgende op de respectievelijk vijfde en zesde plaats: geen sprake van een hoge effectiviteit. Het schijnt dus dat zowel vrouwen als huisartsen sterk beïnvloed worden door gezondheid gerelateerde uitkomsten, en gebruiksgemak. De huisartsen leken echter ook gefocust op klinische uitkomsten zoals het risico op een zwangerschap, terwijl vrouwen meer belang hechten aan de wijze waarop het voorbehoedsmiddel gebruikt diende te worden.

2.3.5.3 *Gebruiksgemak*

Gebruiksgemak omhelst vele aspecten: anticonceptiemiddelen kunnen bijvoorbeeld zichtbaar dan wel onzichtbaar zijn en verschillen danig in gebruik. Zo zullen voorbehoedsmiddelen als de pil elke dag ingenomen moeten worden, terwijl met een spiraaltje enkele jaren bescherming tegen zwangerschap geniet. Voorbehoedsmiddelen als een condoom dienen tijdens seksuele contacten aangebracht te worden terwijl dit bij het staafje niet het geval is.

Het Sexpertonderzoek bevroeg respondenten naar de ervaren moeilijkheidsgraad van hun gekozen anticonceptiemethode. Waar het spiraaltje als een zeer gemakkelijke methode werd omschreven, gaven één op tien pilgebruiksters aan dat zij hun methode als vrij moeilijk ervoeren (Buysse e.a., 2013).

Ook het vrouwen- en mannencondoom worden als eerder moeilijk beschouwd (Sessler-Branden, 1998; Glasier e.a., 2008).

Over LARC-methoden zijn vrouwen het doorgaans wel eens: het zou erg gemakkelijk zijn door één handeling lange tijd beschermd te zijn tegen zwangerschappen (Glasier e.a., 2008).

Gebruiksgemak bleek bovendien de meest doorslaggevende factor te zijn in de Europese CHOICE-studie en blijkt bovendien vooral belangrijk voor vrouwen die andere hormonale middelen gebruiken dan de pil (Egarter e.a., 2013; Picavet, 2011).

Wat betreft gebruiksgemak associeerden Belgische vrouwen in de CHOICE-studie de pil met mogelijkheid tot vergeten, maar dit hield hen niet tegen deze toch op te geven als voorbehoedsmiddel van voorkeur. Men was van de werking en de voor- en nadelen van de pil zeer goed op de hoogte. De overige hormonale voorbehoedsmiddelen waren iets minder goed gekend, al linkte het grootste gedeelte van de deelnemster de pil en de ring met het gemakkelijk vergeten ervan. Dit stemt in wezen overeen met het gebruik in de realiteit. Vrouwen die de ring of de pleister gebruiken vertonen dan ook een betere gebruikersgraad dan pilgebruiksters (Merckx e.a., 2011, Egarter e.a., 2013).

Ook werden hier verscheidene factoren door de onderzoeksgroep aangehaald als reden om voor een bepaalde anticonceptieve methode te kiezen, en andere te verwerpen. Belangrijk is het hierbij op te merken dat er natuurlijk wel schommelingen zijn over de landen heen, waarvan ik de Belgische behandel. Onder meer gebruiksgemak en een regelmatige menstruatiecycclus waren belangrijke determinanten in het algemeen. Indien zij niet de pil namen, gaven de vrouwen ook aan voor hun voorbehoedsmiddel (zoals de vaginale ring en pleister) te hebben gekozen omdat deze niet dagelijks ingenomen moesten worden.

Daarentegen werden het dagelijks innemen, het mogelijk vergeten van de pil en het reduceren van zijn effectiviteit in geval van lichamelijke problemen zoals braken of diarree, opgegeven als redenen om net niet voor dit voorbehoedsmiddel te kiezen, terwijl het verbeteren van menstruele pijnen wel positief aan de pil (en pleister) gelinkt werd. Het dagelijks innemen van de pil werd echter minder aangewezen door Belgische en Nederlandse vrouwen. Indien zij de pil niet selecteerden, werd de reden dat andere ‘gemakkelijkere’ methoden voorhanden waren ook minder aangehaald. De pleister werd niet gekozen daar deze niet onzichtbaar is en ook te verliezen is.

Discretie en onzichtbaarheid bleken vooral bij Oost-Europese vrouwen belangrijk te zijn indien men koos voor een voorbehoedsmiddel. De vaginale ring werd meewarig bekeken daar het ‘een vreemd lichaam’ is en het voorhanden zijn van eenvoudiger, minder omslachtige methodes. Ook hier dient de kanttekening gemaakt te worden dat Belgische vrouwen het lichaamsvreemde aspect van de ring minder aangaven (Egarter e.a., 2013; Merckx e.a., 2011).

Dat ook wijze van gebruik vrouwen kan afschrikken, blijkt uit een Australisch onderzoek. Meer invasieve methoden van anticonceptie, zoals het spiraal, bleken voor vele respondenten een stapje te ver: ze stonden daarentegen wel open voor het gebruik van een pleister, een indicatie dat er een openheid is naar andere voorbehoedsmiddelen, die minder invasief zijn maar wel een langere werkingsduur hebben. Volgens de onderzoekers kan de vaginale ring hier een oplossing zijn voor deze vrouwen. De initiële negatieve percepties die Australische vrouwen echter hebben ten aanzien van dit voorbehoedsmiddel zullen moeten ondervangen worden door de artsen (Knox, e.a., 2012).

Ook Schotse vrouwen gaven toe niet geïnteresseerd te zijn in LARC-methoden als de prikpil, het staafje en het spiraaltje, omwille van angst voor naalden, de lichaamsvreemdheid van het middel, en het inbrengen en verwijderen van het staafje via de arm (Glasier e.a., 2008).

2.3.5.4 Prijs

Op 1 januari 2005 werden verschillende soorten anticonceptiepillen in België plots 20% duurder. Enige maanden daarna wilden de producenten van deze pillen de prijs nog verder laten stijgen. Dit werd gevolg door hevige protesten van het middenveld dat onder meer argumenteerde dat deze prijsverhoging tot gevolg zou kunnen hebben dat een aantal vrouwen met de pil zou stoppen, zonder hierover overleg te plegen met hun arts, of zou overschakelen naar een andere, goedkopere pil of zelfs ander voorbehoedsmiddel. Het terugbetalen van bepaalde anticonceptiemiddelen werd nadien ingeschreven in de nieuwe gezondheidswet. Dat

prijsstijgingen wel degelijk een effect hebben op het consumentengedrag, ook wat betreft anticonceptiemiddelen, bewijst een Nederlandse studie. Deze toonde aan dat 2% van de Nederlandse vrouwen tussen 21 en 49 jaar stopte met de pil omwille van financiële redenen, nadat de terugbetaling van de hormonale anticonceptiepil stopgezet werd. Ook Wyatt e.a. beargumenteerden dat in landen waar anticonceptie deel uitmaakt van de ziekteverzekering en/of (gedeeltelijk) terugbetaald wordt door de staat, de invloed van prijs op de keuze voor een bepaald soort voorbehoedsmiddel beïnvloedt kan worden (Vermeire en Caers, 2006; Wyatt e.a., 2014; Grubb e.a., 2014).

Merckx e.a. (2011) vermoedt in haar onderzoek eveneens dat de prijs van bepaalde anticonceptiva een groot verschil uitmaakt en dat dit mede een rol speelt inzake de populariteit van de pil: deze komt namelijk in een waaier aan versies, met bijbehorende verschillen in prijzen. Bovendien worden deze in tegenstelling tot andere anticonceptiva terugbetaald. Mutualiteiten in België betalen op dit moment tot de leeftijd van 21 verscheidene merken van anticonceptiepillen alsook het hormonenspiraaltje volledig tot gedeeltelijk terug. Voorwaarde is dat het meisje in kwestie aangesloten is bij een erkende mutualiteit, en dat het gekochte product voorkomt op de lijst met terugbetaalbare producten, die opgesteld is door de overheid. Anticonceptiemiddelen zoals de pleister, het condoom, de vaginale ring...worden niet terugbetaald (RIZIV, 2014; Allesoverseks.be, 2014; Sensoa, 2014).

Deze kostprijs blijkt vooral een reden om niet voor de duurdere voorbehoedsmiddelen zoals een spiraaltje of staafje te kiezen.

De Amerikaanse CHOICE-studie onderzoekt of het wegnemen van informele hiaten en financiële kostprijs de keuze voor een LARC-methode kan stimuleren. Onderzoek duidde aan dat indien de drempel van kostprijs verwijderd werd meer adolescente meisjes kozen voor het gebruik van een langdurige betrouwbare methode, zoals het spiraal of het staafje, ten nadele van middelen zoals de pil en het condoom. LARC-methoden bleken voor vele vrouwen immers een investering te zijn, wat hen ervan weerhield deze methode te overwegen. Tegelijkertijd weerhield de kostprijs patiënten die lichamelijke bijwerkingen ondervonden van hun LARC-methode ervan over te schakelen: ze hadden hier reeds geïnvesteerd, en vonden en nevenwerkingen niet zwaar genoeg opwegen tegen de kostprijs (Hoggart & Newton, 2013; Kittur e.a., 2011).

Het belang van deze kostenbarrière werd bevestigd door Secura e.a. (2010): van de 2500 Amerikaanse vrouwen die geïnteresseerd waren in een nieuwe hormonale

anticonceptiemethode, besloot 56% na een counselingsessie, en het verdwijnen van de kostprijs gebruik te maken van het spiraaltje. Nog eens 11% stapte over naar het onderhuidse implantaat. Dat het staafje vaak niet werd gekozen omwille van de kostprijs, bleek eveneens uit verdere literatuurstudie en internationale onderzoeken (Mestad e.a., 2011; Sessler-Branden, 1998; Kittur e.a., 2011).

Ook in landen als Tsjechië, Slowakije en Rusland kwam uit de studie naar voren dat de kostprijs vele vrouwen ervan weerhield de vaginale ring als voorbehoedsmiddel te kiezen. In de overige ondervraagde landen was dit 13% voor de pleister, en 22% van de ring, maar hierbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat in deze landen de pleister of ring even duur is als merk-pillen. Generische pillen zijn nog steeds het goedkoopst (Egarter e.a., 2013).

Healthcare providers lijken echter geen invloed te ondervinden van de prijs van een contraceptief middel. Mogelijk weegt hun kennis over alle mogelijke voor- en nadelen, als ook effectiviteit en gepastheid aan hun levensstijl zwaarder door. Hierbij dient dan ook de kanttekening gemaakt te worden dat hun kennis haast zonder uitzondering groter zal zijn dan die van de doorsnee vrouw (Gemzell-Danielsson e.a., 2012).

Dat naast de prijs ook vrije beschikbaarheid van een anticonceptiemiddel een invloed kan hebben op de verkoop ervan, bewijst ook hier weer Nederland. Mede dankzij de Rutgers Nisso Groep, die onder meer kaartjes verspreidde over het nut en de werking van de noodpil, is het gebruik ervan sinds de vrije verkrijgbaarheid sinds januari 2005 spectaculair gestegen (Vermeire en Caers, 2006) Hetzelfde gebeurt echter niet in Australië: daar deed enkele jaren geleden de vaginale ring zijn intrede op de voorbehoedsmiddelenmarkt, maar vele vrouwen gaven aan hier niet in geïnteresseerd te zijn. Volgens de onderzoekers kan dit te maken hebben met de het gebrek aan kennis over deze voorbehoedsmiddelen als aan mensen in de persoonlijke omgeving die ervaring hebben met deze middelen (Knox e.a., 2012).

2.3.5.5 Schaamte

Veel vrouwelijke proefpersonen halen in verscheidene onderzoeken aan dat zij een voorbehoedsmiddel liever niet gebruiken uit schaamte. Voorbehoedsmiddelen, anders dan de pil, die bij enkel voorgeschreven kunnen worden door een arts worden daarom vaak niet gekozen (Glasier e.a., 2008).

Ook andere voorbehoedsmiddelen zoals het diafragma of het vrouwencondoom worden liever

niet gebruikt, aangezien niet alle vrouwen zich comfortabel voelen bij het aanraken van hun genitalia (Sessler-Branden e.a., 1998).

De pil is ondertussen zodanig ingeburgerd dat vrouwen hierover minder schaamte voelen, bovendien kan deze ook gebruikt worden als geneesmiddel: dit excuus verlaagt het mogelijke schaamtegevoel nog meer (Sessler-Branden, 1998; Glasier e.a., 2008).

Ook voelen vrouwen vaak een zekere schroom in hun relatie wat betreft gesprekken over voorbehoedsmiddelen. Het gevoel van schaamte zorgt er in vele relaties voor dat partners zich geremd voelen het gesprek aan te gaan over voorbehoedsmiddelen, alsook het gaan aankopen van voorbehoedsmiddelen (Bell, 2009).

Ze vrezen dat het gebruik van voorbehoedsmiddelen, en zeker het gebruik van condooms gepaard gaat met een associatie van losse seksuele contacten, soa's en zelfs promiscuïteit (Bell, 2009; Marston & King, 2006).

Met name meisjes gaven aan dat ze moeilijkheden hadden om condooms aan te schaffen, en zeiden dat jongens het in dat opzicht makkelijker hadden. Zij zouden niet fout bekeken worden, voor hen zou het aanschaffen van condooms minder vreemd lijken. Ditzelfde genderverschil kwam naar voren wat betrof het bij zich dragen van een condoom. Hoewel dit voor sommige jongens zelfs aanzet gaf tot opscheppen, bleek dit de reputatie van de ondervraagde meisjes te beschadigen (Hillier e.a., 1998).

Deze schaamte blijft evenwel niet beperkt tot de relatie zelf, maar ook daarbuiten: bij vrienden, familie, tot zelfs de arts toe. Wat de arts betreft, is de relatie met deze zeer bepalend voor het gevoel van comfort: indien vrouwen deze relatie als warm en persoonlijk ervoeren, spraken zij gemakkelijker over hun seksuele leven (Bell, 2009; Glasier e.a., 2008; Dehlendorf e.a., 2013; Marston & King, 2006).

Vermoedelijk is het idee van schaamte een verklaring voor de populariteit van voorbehoedsmiddelen zoals de pil: dit zijn methodes die onzichtbaar zijn voor de partner en aldus niet besproken dienen te worden (Ellen e.a., 1996).

3 Data en methodologie

3.1 Keuze methode

In overleg met mijn promotor, begeleider en Sensoa werd besloten voor deze masterproef kwalitatief onderzoek uit te voeren, meer bepaald het afnemen van diepte-gesprekken. Deze gesprekken hebben als voordeel dat de respondent zelf antwoorden aanreikt, en die mate zelf bewuste en onbewuste processen kan identificeren. Er zijn echter twee nadelen. Deze methode is niet gemakkelijk uit te voeren, en de interviewer moet het stellen van sturende vragen zoveel mogelijk tegengaan, en tegelijkertijd een antwoord op zijn vragen krijgen. Ten tweede gebeurt de ondervraging retrospectief: herinneringen zijn vaak emotioneel gekleurd, zaken kunnen vergeten worden en ook onbewuste processen vallen hieruit moeilijk af te leiden, tenzij expliciet aangegeven door de respondent.

Een topiclijst werd opgesteld ter leidraad tijdens de interviews: deze werd losjes gevolgd. Omdat deze methode moeilijk aan te leren is, werd een proefgesprek afgenomen op de kantoren van Sensoa. Op april vond er een proefgesprek plaats in de kantoren van Sensoa, waarna feedback gegeven werd. Deze opmerkingen werden meegenomen tijdens het afnemen van de diepte-interviews.

Om sturende vragen te vermijden, werd het uitvoeren van een uitvoerige literatuurstudie uitgesteld tot na de gesprekken. Op voorhand werd ook het hoofdstuk over interviewtechnieken van Brymans boek over kwalitatieve onderzoeksmethoden doorgenomen (Bryman, 2004).

3.2 Voorwaarde en kenmerken van respondenten

Er werd tevens overleg gepleegd over wie in aanmerking kwam als respondent. Allereerst werd bepaald dat het aantal respondenten diende te liggen tussen 10 en 15. Daar respondenten onder de 18 jaar ouderlijke toestemming moeten hebben voor dergelijk onderzoek, is geopteerd om de leeftijdsgrens van 18 jaar te hanteren.

Tijdens de interviews vermeldden respondenten regelmatig persoonlijke kenmerken als studierichting of woonplaats. Om hun anonimiteit te garanderen, werden deze persoonlijke kenmerken in de transcripten vervangen door (x).

De respondenten mochten mij geen van allen op persoonlijke wijze kennen, om het aanpassen van antwoorden aan mogelijke sociale wenselijkheid tegen te gaan.

3.3 Verloop gesprekken

Het verzamelen van respondenten gebeurde door middel van oproepen op sociale media als Facebook, Blackboard, alsook een oproep op de Facebookpagina van Sensoa en het forum van Allesoverseks.be. Hoewel veel respondenten via deze sneeuwbal methode gerekruteerd werden, werd ervoor gewaakt dat geen van deze vrouwen elkaar persoonlijk kenden. Voorheen de interviews verliepen alle contacten via e-mail, Facebookberichten, of SMS, er was dus geen persoonlijk contact alvorens de gesprekken. Tussen de gesprekken werd een pauze van een halfuur voorzien, zodat de respondenten elkaar niet konden kruisen, en de gesprekken rustig afgewerkt konden worden.

De respondenten werden voor de gesprekken ingelicht over de opzet en het doel van het onderzoek. Zij hebben allen een 'informed consent' getekend.

3.4 Codering

De transcripten werden zo verbatim mogelijk uitgeschreven, vele respondenten spraken een dialectvorm van de Nederlandse taal. Er is opnieuw in overleg geopteerd om handmatig te coderen, aan de hand van de KAVES-methode. Om deze reden zullen de geanalyseerde determinanten verschillen van deze in de literatuurstudie.

Deze methode wordt door Sensoa aangehaald als zijnde het meeste geschikt voor RSV in het onderwijs. KAVES staat respectievelijk voor Kennis en Informatie, Attitudes, Vaardigheden (vaak communicatief), Emoties en Ervaringen en tot slot Steun. In dit onderzoek kan Kennis begrepen worden als het voldoende vergaard hebben van informatie alvorens tot een beslissing over te gaan, en het kennen van voor- en nadelen van bepaalde anticonceptiemiddelen. Attitudes zijn hier onder meer de attitudes die men heeft ten aanzien van (bepaalde) voorbehoedsmiddelen en een niet-veroordelende houding aannemen tegenover het anticonceptiegebruik van anderen. Vaardigheden zijn dan weer het kunnen formuleren van informatievragen, en kunnen uitleggen hoe bepaalde voorbehoedsmiddelen werken en gebruikt moeten worden. Emoties en Ervaringen betekenen dat iemand zijn eigen ervaringen kan bespreken, maar ook weet aan te voelen dat anticonceptie mogelijk een gevoelig onderwerp kan zijn. Steun tenslotte, is weten waar men zelf steun en informatie kan krijgen, alsook het kunnen teruggeven van deze steun aan anderen (Peeters, 2011).

De antwoorden van de respondenten werden aan de hand van deze overkoepelende begrippen gecodeerd.

4 Resultaten

4.1 Kenmerken respondenten

Er werd geen bovengrens gesteld aan de leeftijd van de respondent. Hierdoor lagen deze ten tijde van het interview tussen 19 en 28 jaar. Deze open leeftijdsgrenzen hadden als voordeel dat deze respondenten langere tijd seksueel actief waren, en mogelijk al geopteerd hadden om voor een ander voorbehoedsmiddel te kiezen.

Hoewel dit geen voorwaarde was, bleken alle respondenten verder te studeren in het hoger onderwijs, of reeds afgestudeerd te zijn aan de universiteit of hogeschool. Negen respondenten studeerden nog, twee van hen waren afgestudeerd. Allen spraken zij een Vlaams dialect van het Nederlands, en waren zij van het Kaukasische type. Slechts één van hen gaf expliciet tijdens het interview aan een niet-Vlaamse Oost-Europese etnische achtergrond te hebben.

Van deze respondenten vermeldden 7 respondenten een vaste relatie te hebben, vier van hen waren vrijgezel. Van deze vier onderhielden drie respondenten geregeld losse seksuele contacten.

De ondervraagde respondenten zijn op heel uiteenlopende leeftijden en om verschillende redenen gestart met een voorbehoedsmiddel. Een respondent gaf aan reeds op twaalfjarige leeftijd gestart te zijn met de pil omwille van menstruele klachten. De gemiddelde respondente startte echter met voorbehoedsmiddelen op 15- tot 18-jarige leeftijd. Alle respondenten gebruikten een voorbehoedsmiddel tijdens hun eerste seksuele betrekkingen: zij maakten gebruik van de pil, het condoom, of beiden.

Gevraagd naar de voorbehoedsmiddelengeschiedenis, gaven de meeste respondenten aan hiermee gestart te zijn alvorens de eerste seksuele betrekkingen: bij de dezemeisjes ging dit om de pil. Er kon echter geconstateerd worden dat het leeuwendeel van de pilgebruikster deze pil reeds enige tijd nam alvorens de eerste seksuele contacten. Deze respondenten gaven allen aan de pil eerst als geneesmiddel tegen hormonale kwalen als acne en onregelmatige menstruatie voorgeschreven te hebben gekregen. Pas later zijn zij de pil als een voorbehoedsmiddel gaan gebruiken. Naast de pil werd ook het condoom vaak gebruikt als eerste en op dat moment enige voorbehoedsmiddel: dit ging om de respondenten die tijdens hun eerste seksuele betrekkingen geen ander voorbehoedsmiddel gebruikten.

Het merendeel van de ondervraagde respondenten gaf aan momenteel nog steeds de pil te gebruiken, al dan niet in combinatie met andere voorbehoedsmiddelen. Opvallend is dat ook diegenen die aangeven momenteel niet aan de pil te zijn deze wel ooit gebruikt hebben, maar

gestopt te zijn: alle respondenten hebben dus ervaring met de hormonale pil. Op één na, hadden ook alle respondenten ervaring met het condoom, sommigen van hen gebruikten dit in het heden dan wel verleden als belangrijkste voorbehoedsmiddel. Een respondent gaf aan ervaring te hebben met het vrouwencondoom, twee met de vaginale ring. Een respondente die op het moment van gesprek gebruik maakte van condooms, combineerde deze methode met de kalendermethode. Geen van de ondervraagde respondenten had persoonlijke ervaring met voorbehoedsmiddelen als het staafje, de pleister of het spiraaltje.

De noodpil werd door de respondenten niet als volwaardig voorbehoedsmiddel beschouwd, toch hadden vier van hen hier reeds ervaring mee.

Geen van deze respondenten gaf aan persoonlijke ervaring te hebben met een zwangerschap of een soa.

4.2 Kennis

Kennis over welke voorbehoedsmiddelen verkrijgbaar zijn op de Belgische markt, hun voor- en nadelen, als ook hun werking en specifieke kenmerken kunnen de keuze voor een ervan danig beïnvloeden.

Tijdens de gesprekken viel het verwerven van informatie op te splitsen in twee groepen: de informatie die respondenten kregen van anderen, en de informatie die zij zelf verwierven door op eigen houtje op zoek te gaan.

4.2.1 Passief verworven kennis

De kennis die anderen aanbrachten, bleek erg belangrijk zijn. Deze gesprekken gingen vaak over het gebruik en bestaan van deze voorbehoedsmiddelen, of de ervaringen die deze mensen ermee hadden. Zo gaven respondenten te kennen vooral gehoord te hebben van bepaalde voorbehoedsmiddelen uit gesprekken met anderen, of geïnteresseerd te raken in een ander door enkele verhalen.

4.2.1.1 Onderwijs

Wat betreft het krijgen van seksuele en relationele voorlichting op school waren de meningen eerder verdeeld. Respondenten gaven aan dit zeer leerrijk en nuttig te hebben gevonden, terwijl een minderheid aangaven hier absoluut niets aan gehad te hebben. Twee respondenten gaven aan geen RSV te hebben gekregen op de schoolbanken. De meisjes gaven wel geregeld aan dat deze lessen bijzonder eenzijdig en repetitief waren en dat ze liefst meer informatie over de verschillende voorbehoedsmiddelen hadden gehad, alvorens een beslissing te hebben gemaakt voor eigen gebruik: sommige scholen bleken erg te focussen op het gebruik van

condoom en pil. Twee respondenten gaven expliciet aan dat zij RSV op een onconventionele manier hadden gekregen en dat dit belangrijk was geweest, voor hen en voor klasgenoten. Een van hen kreeg op school bezoek van een HIV-patiënt die hen uitleg verschafte, de andere respondent vertelde over 'seksdagen' en een 'seksweekend' dat georganiseerd werd door de school. Ook hier kwamen ervaringsdeskundigen aan het woord.

Wat mijns inziens een belangrijke vaststelling is, is het mogelijke belang dat de Anticonceptiekoffer van Sensoa kan hebben. Een respondente die aangaf geen RSV te hebben gekregen op school, vertelde hoe zij tijdens haar opleiding kennis maakte met de koffer en hier erg veel informatie uithaalde. Andere respondenten zeiden dat zij tijdens gesprekken met de arts voorbehoedsmiddelen als het spiraaltje konden bekijken en vasthouden, en dat hen dit geruststelde over de grootte van dit voorbehoedsmiddel.

Anderen gaven aan dat zij graag wat praktische ervaring hadden opgebouwd inzake het gebruik van bepaalde voorbehoedsmiddelen. Dit was voornamelijk het geval met het condoom en het vrouwencondoom. Een respondente gaf daarbij aan dat zij zich niet zelfzeker genoeg voelde van haar kunnen om een condoom te gebruiken. Mogelijk kan de Anticonceptiekoffer hier een leemte vullen .

Hierbij dient opgemerkt te worden dat negatieve informatie beduidend meer invloed had, zoals de literatuur reeds aangaf. Negatieve verhalen en ervaringen werden gemakkelijker gecommuniceerd ('een vriendin van mijn tante') en onthouden: deze verhalen waren vaak ook een reden voor een respondent om niet voor een bepaald voorbehoedsmiddel te kiezen .

Helaas bleek uit de gesprekken eveneens dat er nog steeds hardnekkige mythes omtrent bepaalde voorbehoedsmiddelen bestaan, en dat deze door de omgeving van de respondent vaak bevestigd worden: velen zagen geen reden om aan deze mythes te twijfelen en deden er geen verder onderzoek naar.

4.2.1.2 Familie

Familie, en dan voornamelijk vrouwelijke familieleden als moeders, zussen en tantes werden aangehaald als belangrijke bronnen van informatie. Vaders of andere mannelijke familieleden werden in dit opzicht niet vermeld. Gesprekken met hen waren niet informatief, eerder steungerelateerd.

Deze vrouwelijke familieleden zijn vaak een eerste contact voor de respondenten: indien hun vrouwelijke familieleden een bepaald anticonceptiemiddel gebruiken, geeft dit een gevoel van vertrouwdheid en bekendheid. Dit verhoogt de kans op het zelf gebruiken van dit

voorbehoedsmiddel. Dit was voornamelijk het geval voor de pil, waarbij vooral zussen en moeders een belangrijke rol speelden. Ook inzake toekomstige voorbehoedsmiddelen bleek de onmiddellijke familie een bron aan informatie te zijn. De respondenten die interesse hadden in een spiraaltje als mogelijk toekomstig voorbehoedsmiddel, gaven haast allen aan dat hun moeder dit ook gebruikte of gebruikt had.

Bovendien zijn deze vrouwelijke familieleden ook diegenen die de respondenten suggereerden een dokter te consulteren over voorbehoedsmiddelen, en de respondent ook vaak vergezelden op deze afspraak.

Over de kwaliteit van deze informatie bleken de meningen verdeeld te liggen. Waar sommigen respondenten duidelijk maken dat de informatie die ze van thuis uit meekregen afdoende en de communicatie open was, gaven anderen aan dat het doktersbezoek meer dan voor haar informatief was voor haar moeder. Dit doet vermoeden dat kennis over verschillende voorbehoedsmiddelen niet van thuis uit meegegeven wordt, en dat deze overdracht van kennis voornamelijk beperkt blijft tot de voorbehoedsmiddelen waar vrouwelijke familieleden zelf ervaring mee hebben. Dit is vergelijkbaar met mannelijke vrienden als gesprekspartner, met wie hoofdzakelijk condoomgebruik besproken wordt.

4.2.1.3 Vrienden

Informatie werd door verschillende mensen aangebracht: vrienden bleken hierbij het vaakst vermeld. Hierbij dient opgemerkt te worden dat vrienden in het merendeel van de gevallen als vriendinnen begrepen dient te worden. Opvallend is dat indien een respondent expliciet de communicatie met 'vrienden' aangaf, deze gesprekken vaak verliepen met homoseksuele vrienden. Deze gesprekken gingen doorgaans over veilig vrijen, en het gebruik van een condoom. Slechts één respondent vermeldde expliciet heteroseksuele vrienden als gesprekspartner, hoewel ook hier het gesprek beperkt bleef tot veilig vrijen, het gebruik van een condoom en soa's. Hieruit kan mogelijk afgeleid worden dat het geslacht van de gesprekspartner een invloed heeft op de soorten voorbehoedsmiddelen die besproken worden: condooms blijken vooral besproken te worden met mannelijke vrienden.

Veel respondenten gaven aan dat hun eerste voorbehoedsmiddel gekend was via gesprekken met vrienden. Dit was minder het geval bij die respondenten die reeds vroeg begonnen met het gebruiken van voorbehoedsmiddelen: vaak waren zij de eerste van hun vriendenkring om hiermee te beginnen, en dienden zij terug te vallen op familie.

Na verloop van tijd evolueerden de gesprekken: respondenten gaven aan op de hoogte te zijn van het bestaan van verschillende voorbehoedsmiddelen, maar dat de gesprekken nu meer

over het gebruik ervan en de ervaringen ermee gingen. Vrouwen raakten zo mogelijk geïnteresseerd in een ander voorbehoedsmiddel dan hetgene dat zij op dat moment gebruikten: zowat elke respondente gaf aan recensies en ervaringen van anderen erg belangrijk te vinden inzake anticonceptiekeuze.

4.2.1.4 De arts

De arts was voor velen de grootste bron van informatie. Waar zij basiskennis hadden verworven van vrienden, familie en op school, was de informatie die de arts kon geven over anticonceptie, alsook het beantwoorden van vragen belangrijk voor de uiteindelijke keuze van de respondenten. Ruim driekwart van de pilgebruiksters in dit onderzoek waren bovendien met de pil gestart omwille van lichamelijke klachten, zelden in functie van anticonceptie. Het had interessant kunnen zijn te achterhalen of dergelijke gesprekken van elkaar verschillen: meisjes die de pil reeds gebruikten voor hun seksuele contacten, hebben mogelijk niet dezelfde informatie gekregen als meisjes die expliciet aangaven een voorbehoedsmiddel te zoeken.

Wat betreft de duur van de eerste consultatie, gaf slechts één respondent expliciet aan dat de arts hiervoor ruim de tijd had genomen om haar en haar moeder afdoende te informeren. De anderen zeiden reeds op voorhand een keuze gemaakt te hebben, en hierbij geen extra suggesties of informatie over andere voorbehoedsmiddelen van de arts te hebben gekregen.

Verder is het ook belangrijk te weten dat sommige respondenten zelf informatie vergaren over voorbehoedsmiddelen en soa's en hierover blijvend geïnformeerd wilden blijven. Waar zij vanaf de lagere school doorheen hun middelbare opleiding blijvend informatie kon verwerven, valt dit na de middelbare school zo goed als volledig weg. Enkelen van hen haalden het belang van verdere promotiecampagnes aan tijdens hogere studies. Sommige respondenten volgden in het hoger onderwijs een medische richting en zeiden door de lessen en extra mogelijk studiemateriaal beïnvloed te kunnen worden. Sommigen gaven ook aan dat zij door hun richting een voorsprong hadden op hun niet medische leeftijdsgenoten: zo kregen zij vanuit de opleiding bijvoorbeeld extra informatie over het gratis testen op soa's, terwijl hun vrienden dit niet zouden weten. Deze respondenten gaven eveneens aan tijdens hun opzoekwerk gebruik te maken van medische naslagwerken in hun campusbibliotheek, dit was niet het geval voor de respondenten die geen medische richting gevolgd hadden. Volgens deze respondenten zou deze informatie moeten openstaan aan iedereen: promotiecampagnes zouden hier een uitkomst kunnen zijn.

4.2.2 Actief verworven kennis

Bij het zelf vergaren van informatie werd uit eigen beweging rond gehoord bij voorgemelde personen, maar viel vooral hier de rol op van anoniemere informatiebronnen, zoals media en boeken.

Ook andere media werden aangehaald als bron van informatie. Diegene die hierbij het meest vermeld werd, was het internet. Sites als Sensoa en ook Laura.be kwamen hier onder meer aan bod. Ook gaven respondenten aan actief op zoek te gaan naar recensies van voorbehoedsmiddelen op fora. Het is hierbij heel belangrijk op te merken dat zo goed als elke respondent die het internet vermeldde, daarbij ook het belang van betrouwbare bronnen aanhaalde: de verworven informatie en bronnen worden telkens kritisch beoordeeld. Deze respondenten leken dus wel degelijk op de hoogte te zijn van de verschillende mythes en foutieve informatie circuleren om sommige voorbehoedsmiddelen.

Sommigen haalden ook magazines zoals Joepie en kranten aan als mogelijke informatiebronnen, al gaven ze toe dat deze artikels eerder aanzetten tot het zelf opzoeken van extra informatie, dan zelf informatief te zijn. Op TV werden documentaires of programma's zoals 'Tienermoeders' en de Amerikaanse versie 'Teen Mom' gevolgd. Wat betreft de werking van een bepaald voorbehoedsmiddel, gaf een respondente aan ook wel eens de bijsluiter hiervoor te raadplegen.

Ook boeken en boekjes die in reclamepakketten van maandverbandenmerk Always zaten, bleken voornamelijk op jonge leeftijd een mogelijke invloed gehad te hebben op het kennisniveau van de bevraagde vrouwen.

Slechts één respondente gaf een extra bron van informatie aan: op zeer jonge leeftijd had zij kennis verworven via de jeugdbeweging: de Chiro.

Tot slot leek er een verschil te zijn in het inwinnen van informatie voor het beslissen van een voorbehoedsmiddel en erna. Op jongere leeftijd zijn vooral de meningen van vrienden en familie, en informatie van de arts belangrijk. Na het kiezen van een voorbehoedsmiddel kiezen niet alle vrouwen ervoor zich blijvend bij te scholen en informeren. Sommige respondenten gaven aan tevreden te zijn met hun huidige voorbehoedsmiddel en verder geen behoefte te hebben aan extra informatie over andere voorbehoedsmiddelen. Op het einde van

het gesprek gaven van deze groep sommigen wel aan dat ze dit misschien wel zouden moeten doen. Toch waren er ook respondenten die deze nood wel aangaven. Dit doen zij vaak door zelf op zoek te gaan op internet en vragen te stellen aan de arts. De persoonlijke invloed is daarmee echter niet weg. Indien respondenten van hun peers extra informatie krijgen over andere voorbehoedsmiddelen, zullen zij zelf extra opzoekwerk verrichten indien geïnteresseerd. Het lijkt er dus echter wel op dat een voorbehoedsmiddel gesuggereerd moet worden alvorens verder bestudeerd te worden.

4.3 Attitudes

Door de respondenten werden sommige voorbehoedsmiddelen hoger ingeschat dan anderen. Doorheen de interviews bleek dat de kenmerken van voorbehoedsmiddelen de attitude van een vrouw ernstig kunnen beïnvloeden: zij kunnen ervoor zorgen dat een vrouw geïnteresseerd raakt, maar zij kunnen er net zo goed voor zorgen dat een vrouw het desbetreffende voorbehoedsmiddel volledig van haar lijstje schrapt.

4.3.1 De hormonale pil

De pil is vertrouwd en bekend: wanneer meisjes beginnen van een voorbehoedsmiddel, is de onmiddellijke omgeving zeer belangrijk wat betreft het inwinnen van informatie. Als meest gebruikte voorbehoedsmiddel in België, is de kans heel groot dat er zich een pilgebruikster in de onmiddellijke omgeving bevindt, die informatie en ervaringen kan verschaffen. Dat bleek ook uit de gesprekken: zo goed als alle respondentes gaven aan op de pil te zijn gekomen omdat vriendinnen, moeder, zussen... dit ook gebruikten, en de pil het meeste gebruikte en meest normale voorbehoedsmiddel was.

4.3.2 Het condoom

De wijze van gebruik bleek een doorn in het oog te zijn bij respondenten die een condoom gebruikten. Zowat alle respondenten stonden positief tegenover condoomgebruik en gaven aan in het begin van de relatie vaak 'dual use' gehanteerd te hebben, zij hadden gebruik gemaakt van het condoom in combinatie met een ander, doorgaans hormonaal voorbehoedsmiddel. Hoewel het gebruiken van een condoom positief bekeken werd en zo goed als altijd aan bescherming tegen soa's gekoppeld werd, bleek dit in de praktijk nauwelijks gebruikt te worden. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat ze dit wel zouden moeten gebruiken. Het antwoord op de vraag waarom zij dit dan niet deden, was uiteenlopend. Zo was het condoom niet altijd even praktisch om te gebruiken, bestond er een

risico op scheuren en gaven respondenten ook aan dat zowel zij als hun partner hierdoor minder gevoel hadden tijdens seksuele betrekkingen. Tot slot vertelden respondenten hoe er geen condoom voor handen was op het moment van de seksuele betrekkingen. De verantwoordelijkheid hiervoor werd vaak bij de man gelegd, ik kom hier later op terug. Beschikbaarheid van een condoom werd door sommigen positief, door andere negatief ervaren. Waar sommige respondenten het condoom vrij goedkoop en gemakkelijk te verkrijgen vonden, bleken anderen af te moeten rekenen met schaamtegevoelens bij de aanschaf ervan. Hierbij moet tevens vermeld worden dat respondenten de kwaliteit van de condooms nauwlettend in de gaten hielden en daarbij vaker voor een bekend merk kozen. Dat lijkt erop te wijzen dat zij kwaliteit aan bekendere en duurdere merken koppelen.

Afgezien van de bescherming tegen soa's, leken de respondenten deze methode te waarderen omwille van de barrière die gecreëerd werd: een respondente vermeldde, ondanks haar pilgebruik, een condoom te gebruiken tijdens de week dat zij het vruchtbaarst is.

Hoewel uit onderzoek naar voren kwam dat voorbehoedsmiddelen als een gedeelte tot vrouwelijke verantwoordelijkheid werden beschouwd, zeker in het geval van condooms, bleek uit dezelfde en andere onderzoeken dat in realiteit voornamelijk de partner de condooms op zak hadden. Hierover waren de meningen verdeeld in de steekproef. Een respondent gaf expliciet aan steeds condooms bij de hand te hebben, en deze geregeld uit te delen aan mannelijke vrienden die dat niet hadden. Een andere respondent vertelde dat indien haar vriend de condooms niet aangekocht deze ook niet in huis waren. Dit kon mogelijk ook te maken hebben met een gebrek aan tijd van haar kant.

Bovendien was er een bijzondere tweedeling waar te nemen die enkele respondenten maakten inzake voorbehoedsmiddelen wat betreft gender. Zo werden condooms vaak als mannelijke verantwoordelijkheid beschouwd. Hiervoor gaven de respondenten verscheidene redenen. Een respondente gaf aan dat zij condooms wilde gebruiken, ondanks enige tegenprutting van haar partner in het begin. Omdat dit haar beslissing was, kreeg haar vriend de vrije hand in welk merk en variëteit van condooms die zij zouden gebruiken. Dezelfde mening werd gedeeld door een andere respondente die zei niet over condooms te willen beslissen daar dit over haar partners lid gebruikt diende te worden. Anderen gaven aan dat zij reeds beschermd waren tegen een mogelijke zwangerschap, en dat de partner ook voor een vorm van bescherming mocht zorgen. De respondenten gaven echter wel aan dat de houding van mannen ten opzichte van condooms in hun ervaring eerder negatief was. Zo zouden mannen zelf niet meer zorgen dat deze in huis waren, wilden zij deze niet gebruiken omwille van

onder meer verminderd gevoel of was gecombineerd gebruik geen optie die hun partners bedachten. Mannen zouden bovendien ook minder verantwoordelijk zijn wat betreft voorbehoedsmiddelen: sommige respondenten voelden alsof de 'last' hiervan bij hen gelegd werd.

Condooms werden ook, meer dan andere voorbehoedsmiddelen gekoppeld aan losse seksuele contacten, en werd als enige voorbehoedsmiddel aangehaald dat zou kunnen beschermen tegen soa's. Waar het condoomgebruik in een relatie mettertijd begon te tanen, bleek dit bij zogeheten one nightstands net zeer van belang te zijn. Het risico op besmetting met een soa werden hoger ingeschat bij losse seksuele contacten, wat de respondenten ertoe aanzette tijdens deze contacten wel condooms te gebruiken. Vaak werden deze echter niet gebruikt, al gaven de respondenten aan hier wel spijt van te hebben, en te wensen 'dat ze dit wel gedaan zouden hebben'. Het gebruiken van een condoom zou volgens het merendeel van hen bij losse seksuele contacten wel moeten. Wanneer gevraagd naar welke raad zij meisjes op zoek naar een voorbehoedsmiddel zouden geven, was het zeer opvallend dat de meeste respondenten dual use aanraden als methode. Dit duidt er dus op dat er een grote discrepantie is inzake de attitudes die men heeft omtrent condoomgebruik en het effectieve gebruik hiervan. Dit is een vaststelling die interessant kan zijn voor verder onderzoek.

4.3.3 Het spiraaltje

Verder was ook een spiraaltje een gekend voorbehoedsmiddel: ook hier kende de respondenten minstens een iemand in de onmiddellijke omgeving die gebruik maakte van het spiraaltje. Dit was doorgaans een oudere vrouwelijke kennis, zoals de moeder, een tante of een zus. Het spiraaltje werd positief onthaald omwille van zijn langdurige werking, zijn hormonale effecten en zijn gebruiksgemak: na een doktersbezoek was men beschermd tegen zwangerschappen voor enige jaren en er bestond niet langer een kans op vergeten. Deze hormonale effecten waren vergelijkbaar met die van de pil: hormonale acne, onregelmatige bloedingen, hevige buikkrampen en langdurige menstruatie waren hiermee te bestrijden. Met de zogeheten LARC-methoden bestaat de kans dat de menstruatie zelfs volledig wegblijft, een feit dat zeer positief onthaald werd door de respondenten. Zij erkenden dat sommige vrouwen menstrueren belangrijk vinden: het is voor hen een bevestiging van hun vrouwelijkheid, het is natuurlijk en geeft een gevoel van zekerheid dat men niet zwanger is. De langdurige werking bleek echter vooral voor de omgeving een reden te zijn om het spiraal af te raden. Spiraaltjes werden voornamelijk aangeraden aan oudere vrouwen, en werden vooral geassocieerd met

een gesetteld leven, waar de vrouw in kwestie reeds enige kinderen had. Op jongere leeftijd werden deze afgeraden zowel door vriendinnen, familie als arts. Ook is het minder vanzelfspreken te starten en te stoppen met het spiraaltje, een positieve eigenschap die men vooral aan pilgebruik toedichtte.

4.3.4 Het vrouwencondoom en de vaginale ring

Vertrouwdheid met voorbehoedsmiddelen speelt mogelijk ook een rol in de impopulariteit van het vrouwencondoom. Dit voorbehoedsmiddel werd door slechts een respondente gebruikt, al was zij daar niet tevreden van. Dit voorbehoedsmiddel voelde echter te lichaamsvreemd aan en vraagt ook enige training om correct en eenvoudig gebruikt te worden. De respondente gaf aan dit na een keer niet meer te willen gebruiken, ondanks het feit dat mogelijk enige oefening nodig was. Ook andere respondenten die het vrouwencondoom aanhaalden, gaven te kennen hierin niet geïnteresseerd te zijn, of het zelfs nooit te willen gebruiken. Hiervoor gaven zij verschillende redenen die haast allen gerelateerd waren met de gebruikswijze van dit anticonceptiemiddel, zoals het inbrengen en het geluid van het voorbehoedsmiddel.

Ook de vaginale ring is niet erg bekend bij de ondervraagde respondenten. Net als bij het vrouwencondoom ziet een groot aantal van de respondenten zichzelf geen ring gebruiken, omwille van de gebruikswijze. Dit vinden ze onhygiënisch en moeilijk. Bovendien blijkt dat men ook een vaginale ring kan vergeten.

4.3.5 Andere methoden

Het staafje werd vaak in een adem vernoemd met het spiraaltje en werden dezelfde eigenschappen toegedicht. Het staafje bleek echter beduidend minder bekend dan het spiraaltje: dit is een nieuwere methode en ook hier zullen ervaringsdeskundigen in de onmiddellijke omgeving moeilijk te vinden zijn. De respondenten die geïnteresseerd waren in voorbehoedsmiddelen als het staafje en het spiraaltje zeiden enigszins gereserveerd te zijn tegenover deze middelen omwille van hun invasieve plaatsing in het lichaam: deze jaagt hen angst aan.

Methoden als terugtrekken en de kalendermethode werden eerder negatief onthaald. Een respondente gaf aan condooms te gebruiken in combinatie met de kalendermethode en door haar omgeving onthaald te worden op onbegrip. Deze methoden zouden worden als zeer onveilig beschouwd. Deze meningen gingen eveneens op voor zaaddodende gel. Zowel in

effectiviteit als gebruikswijze scoorde deze vorm van voorbehoedsmiddelen slecht, zowel door de respondenten zelf, als door hun omgeving.

4.4 Vaardigheden

Enkele respondenten gaven aan bepaalde voorbehoedsmiddelen niet te gebruiken omwille van de gebruikswijze. Deze vonden zij bijvoorbeeld te omslachtig, maar evengoed gaven zij aan niet vertrouwd te zijn met deze voorbehoedsmiddelen en een gebrek aan zelfvertrouwen te hebben wat betrof het gebruik van deze methoden.

Vertrouwdheid en de familiariteit met een bepaald voorbehoedsmiddel belangrijk voor de kennis die meisjes hierover kunnen vergaren: deze kennis omhelst echter ook de vaardigheden om deze voorbehoedsmiddelen te gebruiken. Indien de kennis hierover afdoende is, en meisjes weten hoe deze voorbehoedsmiddelen gebruikt dienen te worden, zal de kans vergroten dan zij deze voorbehoedsmiddelen kunnen en zullen gebruiken. Dit werd door verschillende respondenten zelf aangegeven. Een van hen vertelde dat zij vaker condoms zou gebruiken indien zij zich meer zelfzeker voelde in het gebruik ervan, andere respondenten waren het erover eens dat in RSV meer aandacht besteed moet worden aan het effectief leren gebruiken van voorbehoedsmiddelen, en minder aan de pure theorie van de werking en gebruik.

De pil is een voorbehoedsmiddel waarbij consistent en consequent gebruik de enige garantie op een goedewerking is. Deze werking hangt dan ook zeer sterk af van de gebruikster in kwestie. Een pilgebruikster gaf expliciet aan geregeld gestopt te zijn met de pil, en doorgaans te herbeginnen in het geval van een seksuele relatie. Dit inconsistent gebruik probeerde zij te ondervangen door eveneens een condoom te gebruiken. Zij was echter niet de enige die aangaf de pil inconsistent te gebruiken: ook de andere respondenten gaven aan al eens een pil vergeten te zijn. Om die reden zorgden de meesten van hen ervoor dat zij een goede routine hadden: zo bewaarden zij hun pil op hun nachtkastje en zetten zij (al dan niet gelijk met hun vriendinnen) een alarm. Anderen bewaarden hun pil dan liever in de buurt van hun lenzen, zodat zij deze 's ochtends konden innemen. De meeste vrouwen erkenden dat het dagelijkse gebruik voor enige stress zorgde, en niet altijd even eenvoudig was, er werd regelmatig toegegeven dat zij reeds een pil waren vergeten in de tijd dat zij hun pil gebruikten.

LARC-methoden als het staafje en het spiraaltje en ook de prikpil werden vooral positief ervaren omwille van hun gebruiksgemak. Deze middelen hebben een langdurige werking en vereisen slechts één handeling waarna men lange tijd beschermd is tegen zwangerschappen. Van diegenen die geïnteresseerd waren in LARC-methoden en op het moment van gesprek de

pil gebruikten, vertelden enkele respondenten dat deze LARC-methode voornamelijk op een later moment in hun leven geschikt zou zijn, voornamelijk wanneer zij reeds een gezin zouden hebben. Het hebben van een gezin werd geassocieerd met een hectisch en druk leven: de kans op het vergeten van een pil zou dan danig toenemen.

Het vrouwencondoom werd door slechts een respondente gebruikt, al was zij daar niet tevreden van. Dit voorbehoedsmiddel voelde naar haar mening zeer lichaamsvreemd en vraagt ook enige training om correct gebruikt te worden. De respondente gaf aan dit na een keer niet meer te willen gebruiken, ondanks het feit dat mogelijk enige oefening nodig was. Ook andere respondenten die het vrouwencondoom aanhaalden, gaven te kennen hierin niet geïnteresseerd te zijn, of het zelfs nooit te willen gebruiken. Hiervoor gaven zij verschillende redenen die haast allen gerelateerd waren met de gebruikswijze van dit anticonceptiemiddel, zoals het inbrengen en het geluid van het voorbehoedsmiddel.

Over het condoom en het gebruiksgemak ervan, liepen de meningen uiteen: sommige respondenten gaven aan hier moeite mee te hebben, zeker wanneer zij iets gedronken hadden. Andere omschreven het condoom als zijnde gemakkelijk in gebruik. De respondenten waren zich zeer bewust van de mogelijke kans op scheuren: sommigen van hen hadden hier reeds ervaring mee, en probeerden dit te ondervangen door hierna de morning afterpil te gebruiken. Alle respondenten die reeds ervaring hadden met de morning afterpil gaven aan dit gebruikt te hebben na fouten in voorbehoedsmiddelengebruik. Zo gebeurde dit nadat het condoom gescheurd was, of indien men een pil was vergeten innemen. Alle respondenten die dit anticonceptiemiddel hadden genomen, gaven aan enorme last gehad te hebben van de bijwerkingen. Deze zijn onder meer hevige bloedingen en ernstige misselijkheid. Aan de andere kant gaven zij aan zeer blij te zijn dat deze noodpil bestaat, ‘voor het geval dat.’

4.5 Ervaringen en Emoties

Ervaringen zijn onder meer aan bod gekomen bij het begrip Kennis, en ook Emoties kunnen gekoppeld worden aan de concepten Steun en Attitudes. Vooral schaamte en angst lijken belangrijke emoties te zijn die spelen bij het kiezen voor een voorbehoedsmiddel.

4.5.1 Voorbehoedsmiddelen en lichamelijke effecten

Voorbehoedsmiddelen en hun effecten op het lichaam bleken zeer belangrijk. Om deze reden werd het gebruik van de pil in twee verschillende codes opgesplitst: indien de pil als voorbehoedsmiddel gebruikt werd, en indien deze als medicijn tegen lichamelijke klachten

gebruikt werd. De meeste respondenten gaven aan met de pil gestart te zijn, vaak omwille van lichamelijke klachten, maar dat het mooi meegenomen was dat de pil tevens een anticonceptiemiddel was, daar zij enige tijd later hun eerste relatie aangingen. De pil kreeg zo een dubbele functie, waarbij de overgang meestal verliep van geneesmiddel naar anticonceptiemiddel. Zoals eerder vermeld bleken de respondenten die op het moment van gesprek de pil gebruikten, deze vaak op jonge leeftijd voorgeschreven te kregen, als geneesmiddel voor lichamelijke klachten: één respondente was 12 jaar oud. Deze lichamelijke klachten waren voor verschillende respondentes ook nu nog een reden om een hormonaal voorbehoedsmiddel te gebruiken. Een van de respondenten gaf expliciet aan dat zij zonder het gebruik van de pil tijdens haar menstruatie een week buiten strijd was wegens hevige krampen en zware migraineaanvallen. In extreme gevallen veroorzaakten deze zelfs appelflauwtjes.

Daartegenover staan de dames die opteerden om de afstand te doen van de pil, ten voordele van een ander, doorgaans hormonaal voorbehoedsmiddel. Hun hormonenregeling raakte net helemaal uit balans door het gebruiken van de pil. Dit was voor hen de aanleiding te veranderen van anticonceptiemiddel. De meeste respondenten gaven aan dat hun eerste pil niet meteen de goede was, en dat er in samenspraak met de arts gezocht werd naar een pil die beter geschikt was. Dit is een voor- en een nadeel aan de pil te noemen: door de grote variatie binnen de verschillende merken kan eenieder de pil kiezen die haar het beste past, en is er geen 'one size fits all'. Uiteindelijk bleken sommige respondenten binnen het brede gamma geen geschikte pil te vinden: zij schakelden om naar een ander voorbehoedsmiddel. Eén van hen koos zo voor het gebruik van de vaginale ring, terwijl de andere opteerde voor condoomgebruik, en eveneens kalendermethode tijdens haar minst vruchtbare periode. Ook zij had de vaginale ring geprobeerd. Beide vrouwen gaven aan tevreden te zijn van dit voorbehoedsmiddel, maar dat deze in werking vrijwel gelijk was aan de pil: ook hier moest men een routine aanleren, en bestond er een kans op het vergeten van het gebruik.

Zoals eerder vermeld, speelde ook de ervaring van anderen een grote rol inzake de kennis die meisjes verwerven, maar ook hun eigen ervaringen. Wanneer gevraagd naar wat zij zouden aanraden aan personen die hen om hulp zouden vragen bij het beslissingsproces voor een bepaald voorbehoedsmiddel, gaven zij voornamelijk het belang van de arts en eigen opzoekwerk aan. Vrienden en familie werden hierin veel minder benoemd, en de nadruk lag voornamelijk op het vergaren van informatie alvorens een keuze te maken.

Veel respondenten gaven echt nog voor deze vraag aan tijdens gesprekken met anderen hun ervaringen met voorbehoedsmiddelen graag te delen, en ook vaak hun eigen gebruikte voorbehoedsmiddel aan te raden, zeker indien zij hier heel tevreden over waren. Sommigen van hen wierpen zich binnen hun vriendengroep of familie zelfs op als iemand bij wie men altijd terecht kon met vragen en problemen, al dan niet over voorbehoedsmiddelen. Een respondente gaf voornamelijk raad aan jongeren binnen haar familie, en als leidster van jeugdkampen. Een andere respondente gaf aan veel mannelijke vrienden te hebben en deze aan te zetten tot condoomgebruik, zowel in gesprekken als het hen effectief bevoorraden met condooms.

Opvallend aan de communicatie met vrienden, was dat deze doorgaans open en zonder schaamte verliep. De meeste respondenten gaven aan geen probleem te hebben om hierover met hun vriendinnen een gesprek te voeren. Het belang van het uitwisselen van ervaringen kan belangrijk zijn in de voorlichtingslessen: het leren communiceren over voorbehoedsmiddelen en seksualiteit met verschillende doelgroepen is belangrijk. Bovendien hoorden de respondenten zelf graag de meningen en ‘recensies’ van anderen wat betreft voorbehoedsmiddelen. Er zou dan ook een veilige ruimte gecreëerd moeten worden waarin dit mogelijk is tijdens de lessen.

Deze nood aan ‘recensies’ en de mening van anderen komt ook in andere zaken naar voren. Wanneer respondenten aanhalen dat zij geregeld informatie opzoeken via het internet, komt naast het belang van betrouwbare bronnen ook de populariteit van verschillende fora naar voren.

4.5.2 Schaamte

Een voordeel van deze fora is de anonimiteit. Weinig vrouwen gaven aan een schaamtegevoel te hebben bij het vragen om extra informatie of het aankopen van voorbehoedsmiddelen, als beseften zij zeer goed dat dit net bij iedereen het geval was. In tegenstelling tot de literatuurstudie gaven sommige respondenten aan geen probleem te hebben met het communiceren met hun leerkrachten over voorbehoedsmiddelen. Daar dit in het kader van de lessen gebeurde, leek vragen stellen niet onlogisch en ging dit dus ook niet met schaamte gepaard. Een respondente gaf wel aan hier problemen mee gehad te hebben: zij had geen RSV gekregen op school, en kon in dat kader dus ook geen vragen stellen aan de leerkracht.

Er bleek echter wel vaak een schaamtegevoel te heersen in gesprekken met anderen. Dit was niet zozeer het geval voor vriendinnen en leeftijdsgenoten, maar wel voor familie en dan vooral de mannelijke gezinsleden. Een opvallende vaststelling was dat ook bij de arts enige

schroom gevoeld werd. Niet alle respondenten voelden zich op hun gemak met vragen over seksualiteit bij de gewone huisarts, daar deze vaak het hele gezin behandelt en de respondent reeds langere tijd kent. Ook gaven ze aan zich soms niet begrepen te voelen bij hun arts. Bij problemen over seksualiteit willen deze respondenten liefst vertrouwelijk en anoniem terecht kunnen. Ook hebben vele respondenten angst voor een arts, en dan vooral voor een gynaecoloog. Deze wordt geassocieerd met schaamte en onaangename lichamelijke onderzoeken. De meeste respondenten die aangaven een voorbehoedsmiddel op voorschrift te gebruiken, leken deze bij hun huisarts verkregen te hebben.

De kwaliteit van de gesprekken was bovendien zeer belangrijk. Sommige respondenten gaven aan minder tevreden te zijn van hun arts. Zij voelden soms alsof hun arts een duidelijke voorkeur had voor een bepaald anticonceptiemethode en hen deze probeerde op te leggen. Hierbij voelden zij zich niet comfortabel, en dit leidde soms tot het gebruik van een voor hen niet gepast voorbehoedsmiddel. Ook voelden sommige respondenten zich niet begrepen of serieus genomen door hun artsen, bij het aanbrenge van lichamelijke klachten of wanneer zij angst hadden voor een mogelijke zwangerschap. Het leek een gevoel van schaamte op te wekken.

4.5.3 Angst

Verder werd de emotie 'angst' door vele respondentes aangehaald, zij het angst voor verscheidene zaken. Respondenten gaven aan bang te zijn voor de mogelijke effecten die hun hormonale voorbehoedsmiddelen zouden hebben op hun vruchtbaarheid in hun latere leeftijd. Ook angst voor een zwangerschap kwam vaak naar voren, voor vele respondenten dé reden om voorbehoedsmiddelen te gebruiken tijdens hun seksuele contacten. In datzelfde opzicht, maar minder aangehaald, is er ook de angst om besmet te worden met een soa. Tot slot zijn vele respondentes om hormonale redenen gestart met een hormonaal voorbehoedsmiddel, zoals de pil. De angst dat deze hormonale problemen kunnen terugkomen indien men overschakelt op een ander voorbehoedsmiddel, weerhoudt sommigen van hen ervan over te stappen.

Vruchtbaarheid is voor veel van de respondenten een zeer belangrijk gegeven. De meesten vermelden het belang hiervan terloops tijdens het gesprek, anderen gaven zeer duidelijk aan dat zij het zichzelf niet zouden vergeven indien zij later onvruchtbaarheid zouden vertonen door het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Om deze reden zijn ook hormonale voorbehoedsmiddelen als het spiraaltje of staafje niet altijd even populair. Ondanks het feit

dat de pil ook een vorm van innemen van hormonen is, schatten zij het risico op onvruchtbaarheid bij LARC-methodes hoger in. Een respondente haalde zo aan dat zij met andere geïnteresseerde vriendinnen onderzoek had gedaan naar de vaginale ring, maar hiervan was afgestapt toen deze zoektocht opleverde dat de ring de hormonen erg plaatselijk afgeeft, een reden voor hen dit voorbehoedsmiddel niet langer als goed alternatief te beschouwen. Er moet echter gewaakt worden over de informatie die vergaard wordt, en de kwaliteit van de bronnen: negatieve verhalen en mythes kunnen jammer genoeg door anderen in stand worden gehouden. Zo hebben respondentes angst voor een mogelijke infectie na het plaatsen van een spiraaltje bijvoorbeeld, een risico dat zij liever niet nemen. Anderen zijn dan weer onder de indruk van de manier van plaatsen: LARC-methoden zijn hen té invasief. Vooral een staafje wordt als ‘te eng’ omschreven. Dit gold zeker voor die respondentes die aangaven angst voor naalden of dokters te hebben. Omwille hiervan gaf een respondente aan een voorkeur te hebben voor een barrièremethode als een condoom: voorbehoedsmiddelen ‘en machinekes’ die in haar lichaam plaatselijk hormonen afgeven zag ze niet meer zitten. Deze respondente gaf ook aan na haar pilgebruik candida te hebben ontwikkeld, iets waar zij voorheen nooit last van had gehad. Om deze reden was zij erg voorzichtig met het gebruik van hormonale voorbehoedsmiddelen.

Ook pilgebruiksters gaven geregeld aan bezorgd te zijn om de dosis hormonen die ook dit voorbehoedsmiddel bezit: zij gaven de voorkeur aan de pil met een lichtere dosis hormonen indien de keuze mogelijk was. Ook verhaalden de helft van de pilgebruiksters dat zij meerdere pillen dienden te gebruiken alvorens de voor hen geschikte gevonden te hebben. Hun voorgangers bleken hevige ongewenste fysieke en emotionele bijwerkingen te vertonen. Bovendien zijn pilgebruik en een hogere kans op trombose gecorreleerd. Meerdere respondenten zeiden van dit verhoogde risico op de hoogte te zijn, maar toch niet te willen afstappen van hun pil. Anderen vertelden dan weer wel dat zij het belangrijk vonden dat hun voorbehoedsmiddel geen tot zo weinig mogelijk hormonen bevatten. Omdat zij last bleken hebben van de hormonen die in de pil gebruikt worden, zijn sommige respondentes overgeschakeld op zaken zoals de ring en het condoom.

Zoals eerder vermeld, waren vele respondenten zeer te spreken over de werking van het condoom: dit voorbehoedsmiddel houdt samen met het minder gekende vrouwencondoom, als enige verkrijgbare voorbehoedsmiddel de besmetting van soa's tegen. De angst voor soa's zat er bij veel respondenten wel in, al gaven zij zelf aan dat ze deze angst dan wel tegen konden gaan door condoomgebruik, zij dit toch niet deden. Van alle soa's was de angst voor HIV/aids

het grootste, daar alle andere soa's 'geneesbaar' zijn. Het was opvallend dat een groot deel van de respondenten in dit opzicht over soa-testen praatte. Zowel respondenten als hun partners ondergingen geregeld een soa-test: vaak was dit voor een respondente een voorwaarde alvorens af te stappen van dual use tijdens een relatie.

Angst voor zwangerschap is de belangrijkste reden voor de respondenten om van dual use gebruik te maken. Bij de start van hun seksuele leven gaven de meeste respondenten aan schrik te hebben voor een mogelijke tienerzwangerschap: de populariteit van het Vlaamse 'Tienermoeders' en Amerikaanse tegenhanger 'Teen Mom' zou hier mogelijk voor iets tussen kunnen zitten. Tienerzwangerschappen in de nabije omgeving en de effecten ervan op deze omgeving, bleken deze angst nog meer te vergroten. Zo goed als alle respondenten gaven aan dat een zwangerschap bij de start van hun seksuele leven alsook nu geen plaats had in hun leven. In dit kader vermeldden enkelen zelfs abortus. Deze angst voor een ongewenste zwangerschap werd voor sommige respondenten wel zeer reëel na inconsistent anticonceptiegebruik: het condoom scheurde, of de respondent was de afgelopen maand een pil vergeten. Om deze reden hadden verscheidene respondenten ook ervaring met het gebruik van de morning afterpil: deze werd enkel gebruikt om een mogelijke zwangerschap te vermijden.

Het was echter opvallend dat bij veel pilgebruiksters zich zorgen bleven maken om een mogelijke en ongewenste zwangerschap. Dit kan erop wijzen dat het gebruik van de pil voor de ondervraagde pilgebruiksters toch een moeilijkheid of een reden tot zorg blijft. Deze angst tot zwangerschap bleek bij de respondenten die andere voorbehoedsmiddelen gebruikten minder sterk. Ook gaf een respondente aan dat ze vermoedde dat een spiraal in dat opzicht veiliger was dan de pil.

Angst voor een zwangerschap was voor sommige respondentes een reden om hun pil of ring niet door te nemen, en hun menstruatie te laten doorkomen, ter bevestiging dat zij niet zwanger waren.

Sommige respondentes geven aan geen ander voorbehoedsmiddel te overwegen, omwille van het positieve effect dat de pil op hun menstruatie heeft. De angst dat deze problemen met een ander voorbehoedsmiddel herbeginnen, is een goede reden bij de pil te blijven. Voor sommigen is het aanpassen van de dosis hormonen van zwaar naar lichter reeds 'not done', en ook de vraag of zij een andere, goedkopere pil voorgeschreven konden krijgen, was voor sommigen geen optie.

4.6 Steun

Attitudes van vrouwen zelf kunnen aanleiding geven tot het kiezen dan wel verwerpen van een bepaald voorbehoedsmiddel. Ook de attitudes van de onmiddellijke omgeving spelen echter een belangrijke rol. De mening en steun die partner, vrienden, familie en arts meisjes bieden, kunnen zo een doorslaggevende factor zijn inzak de keuze voor een anticonceptiemiddel. Deze attitudes kunnen bovendien ook een belangrijke invloed hebben op de mate waarin vrouwen zich gesteund voelen om bepaalde voorbehoedsmiddelen wel, dan niet te gebruiken. Open communicatie is dan ook zeer belangrijk. Tot slot kan ook de staat vrouwen steunen bij de keuze voor een anticonceptiemiddel: dit door mee de prijs te controleren, of voorbehoedsmiddelen terug te betalen.

4.6.1 Familiale steun

Er blijkt voornamelijk gecommuniceerd te worden met vrouwelijke familieleden bij aanvang van voorbehoedsmiddeleengebruik: moeders en zussen zijn het aanspreekpunt bij uitstek.

Slechts een respondente vermeldde ook expliciet haar vader, maar gaf tevens aan dat dit gesprek met hem plaatsvond, omdat zij als kind van gescheiden ouders die week bij haar vader verbleef. Gesprekken over voorbehoedsmiddelen lijken vooral aan de start van het gebruik plaats te vinden, later lijken ouders en kinderen hierover niet langer met elkaar te communiceren. Het voorbehoedsmiddel bij de start van de seksuele betrekkingen schetst echter een belangrijk thema. De meeste respondenten gebruikten bij de seksuele start reeds de pil, hiervan was hun moeder doorgaans op de hoogte. Meer zelfs, moeders werden aangehaald als diegene die aandrongen op een doktersconsult en de respondent hierbij ook begeleidde. De respondenten die geen pil gebruikten, gebruikten een condoom: deze meisjes gaven toe dat hun moeder doorgaans niet op de hoogte was van hun seksuele start. Indien zij dit nieuws vernam, bleken de houdingen ten aanzien van anticonceptie negatief gekleurd: ouders vreesden dat anticonceptie ervoor zou zorgen dat hun dochters 'met Jan en alleman' losbandige contacten zou onderhouden. Indien hun kind een relatie had, gaven zij vaak na enige tijd toe toch een doktersafpraak te maken.

Sommige respondenten geven zelf ook aan geen problemen te hebben met het open communiceren over voorbehoedsmiddelen. Een vrouw weet dit heel stellig aan haar open gezinsklimaat: er kon heel open over alle mogelijke onderwerpen gepraat worden. Hierdoor voelde zij ook de nood om anderen te informeren inzake voorbehoedsmiddelen, en dan voornamelijk het voorkomen van zwangerschappen. Zij vond het zeer belangrijk de steun die zij zelf had mogen ervaren wat betreft het gebruiken van anticonceptie door te kunnen geven

aan anderen, zeker indien het deze personen aan steun en correcte informatie ontbrak. Het informeren van anderen en het voorkomen van soa's kwam ook naar voren bij een andere respondent. Zij schatte veel van haar mannelijke vrienden onverantwoordelijk in als het op dergelijke zaken aankwam en vertelde onder meer hoe zij hen extra uitleg en waarschuwingen verschaftte, alsook voorbehoedsmiddelen indien de gesprekspartners deze niet voor handen hadden. Ook vrouwen die positieve ervaring hadden met voorbehoedsmiddelen andere dan de pil, verhaalden hoe zij geen problemen hadden om hier open over te praten en zelfs te suggereren aan vrienden en familie.

4.6.2 Steun van vrienden

Ook met vriendinnen wordt gepraat over voorbehoedsmiddelen: hier worden vooral ervaringen uitgewisseld. De meeste vriendinnen gaven aan dat er niet spontaan over voorbehoedsmiddelen gepraat werd, maar dat dit af en toe terloops ter sprake kwam. Er is geen schaamte om dergelijke gesprekken te voeren, maar er lijkt tevens geen nood aan.

Opvallend aan de communicatie met vrienden, was dat deze doorgaans open en zonder schaamte verliep. De meeste respondenten gaven aan geen probleem te hebben om hierover met hun vriendinnen een gesprek te voeren.

4.6.3 Steun van de partner

Partners werden zelden genoemd als kennisbron: dit heeft vermoedelijk te maken met het feit dat de meeste voorbehoedsmiddelen door de vrouwelijke partner gebruikt dienen te worden. Zoals ook naar voren kwam in het literatuuronderzoek, geven de meeste respondenten aan zelden een open gesprek gevoerd te hebben met hun partner, alvorens voorbehoedsmiddelen te gebruiken of seksuele contacten te hebben. De enige meisjes die dit expliciet aangaven, waren die respondenten die gebruik maken van voorbehoedsmiddelen waarbij de actieve medewerking van de partner vereist was, zij gebruikten bijvoorbeeld een condoom of maakten gebruik van de kalendermethode. Opvallend is tevens dat deze respondenten ook aangaven het condoom te gebruiken of niet te gebruiken door lichamelijke problemen van de partner, of zichzelf. Dit gold voor drie respondenten. Bij deze drie respondenten was de communicatie met de partner ook als open te beschrijven: partner noch respondent hadden problemen met het praten over voorbehoedsmiddelen, al gebeurde dit niet vaak. De mening van de partner inzake condooms bleek bij zo goed als alle respondenten die melding maakten hiermee ervaring te hebben, belangrijk te zijn wat betreft het gebruiken van dit condoom. Gesprekken over voorbehoedsmiddelen met de partner gebeurden volgens de meeste respondenten vooral

in het begin van de relatie (doorgaans voor de eerste seksuele betrekkingen), waarbij de partner informeerde of de respondent een voorbehoedsmiddel gebruikte, dit was doorgaans de pil. Indien dit het geval was, en de respondent niet expliciet aangaf een condoom te willen gebruiken, werd het condoom niet gebruikt. Sommige respondentes gaven aan dat dit gesprek eenrichtingsverkeer was: zij wilden graag een condoom gebruiken, dus dan werd dit ook gebruikt. Niemand gaf aan dat deze gesprekken negatief verliepen, maar dat hun partner hierop begripvol reageerde. In het geval van condoomgebruik gaf één van de respondenten dat de condooms in samenspraak met de partner gekocht werden: de partner mocht kiezen welke soort voor hem het aangenaamst waren. Verdere communicatie over voorbehoedsmiddelen was er na dat punt niet echt. Veel respondenten gaven echter aan dat hun partner schrik had voor mogelijke zwangerschappen, en dat dit wel af en toe ter sprake kwam. Indien echter vastgesteld was dat de respondent een voorbehoedsmiddel gebruikte, viel deze angst weg.

Verdere gesprekken over voorbehoedsmiddelen waren er nauwelijks. Sommige respondenten gaven aan dat het voor hun partner goed was als zij een voorbehoedsmiddel gebruikte waar zij zich goed bij voelde, en er geen verdere nood aan communicatie was. Andere gesprekken behelsden negatieve ervaringen van de respondent met voorbehoedsmiddelen: indien zij bijvoorbeeld hun pil waren vergeten, lichamelijke klachten ondervonden bij hormonale anticonceptie, of de prijs van hun voorbehoedsmiddel.

Indien er toch een condoom gebruikt werd in het begin van de relatie, bevestigden de respondenten de hypothesen uit de literatuurstudie: naarmate de relatie langer duurde, en het vertrouwen groeide, verdween ook het gebruik van een condoom. Dit begrip vertrouwen werd door veel respondenten aangehaald: indien je elkaar reeds een tijdje kende en wist dat je elkaar kon vertrouwen, werd het gebruik van een condoom niet langer nodig geacht. Opvallend was dat enkele respondenten het belang van een soa-test aanhaalden. Vrijen zonder condoom was voor hen pas een optie indien de partner negatieve testresultaten kon voorleggen.

4.6.4 Steun van de arts

De steun van de arts werd ook hoog ingeschat. Indien de arts een duidelijk positieve dan wel negatieve mening naar voren bracht inzake een bepaald voorbehoedsmiddel, was dit voor de patiënt belangrijk genoeg om bepaalde voorbehoedsmiddelen te schrappen dan wel te favoriseren. Zo bleek een respondente tevreden met haar voorbehoedsmiddel wanneer haar arts aanhaalde dat dit gezonder was dan de pil. De arts dient er echter voor op te letten dat

deze mening niet ongewenst of te opdringerig is. Zo gaf een respondente mee dat zij weigerachtig begon te staan tegenover een spiraal omdat ze zich te fel die richting uitgeduwd voelde door haar arts.

4.6.5 Culturele steun

Attitudes omtrent anticonceptie en het gebruik ervan kunnen daarnaast cultureel gekleurd zijn. Slechts twee van de respondenten waren van allochtone afkomst. Daarvan gebruikte een van hen de pil, de andere maakte gebruik van de kalendermethode en het condoom. De pilgebruikster haalde aan ernstige lichamelijke klachten te hebben tijdens haar menstruatie. Dit was voor haar een reden om voor een hormonale pil te kiezen, maar ze gaf eveneens aan zeer tevreden te zijn over het onzichtbare aspect ervan: zo moesten vrienden en familie niet weten dat zij reeds seksuele betrekkingen had. Indien ze toch geconfronteerd werd door een peer, kon zij dankzij de status van pil als voorbehoedsmiddel en medicijn duidelijk maken dat zij dit omwille van haar lichamelijke klachten gebruikte. Haar cultuur is immers geen voorstander van seks voor het huwelijk: voorbehoedsmiddelen zijn bijgevolg niet nodig. De respondente die de kalendermethode en het condoom hanteerde leek geen invloed van haar cultuur te hebben.

Een andere steunbron, of beter het gebrek eraan, werd aangegeven door de respondente die duidelijk haar allochtone achtergrond vermeldde: de Kerk. Hoewel dit in België vermoedelijk minder zal spelen, gaf zij aan dat in haar Oost-Europese thuisland anticonceptie en seksualiteit zeer moeilijk bespreekbaar waren, omwille van het sterke katholieke geloof. De standpunten van de Kerk hieromtrent worden gevolgd door media en soms zelfs artsen.

4.6.6 Steun van de staat

Ook de staat kan ervoor zorgen dat vrouwen zich gesteund voelen in het gebruiken van voorbehoedsmiddelen. Enkele respondenten drukten hun bezorgdheid betreffende de prijs van hun voorbehoedsmiddel. Hierin was een duidelijk onderscheid te maken tussen de meisjes die gebruik maakten van de pil, en zij die een ander voorbehoedsmiddel gebruikten. De meeste pilgebruiksters gaven niet aan zich zorgen te maken om de prijs van hun voorbehoedsmiddelen, en leken eveneens minder op de hoogte van de verschillende kostprijzen van voorbehoedsmiddelen in vergelijking met de niet-pilgebruiksters. Zij drukten expliciet uit dat hun voorbehoedsmiddel wel degelijk een hap uit het budget was, en dat een goedkoper alternatief hen zeer aantrekkelijk zou lijken. Bovendien bleek in de meeste gevallen dat de ouders de pil betaalden voor de respondent, dit betekent dat zij ook na hun

21^{ste} verjaardag niet moesten betalen voor hun voorbehoedsmiddelen. Sommigen gaven wel aan dat dit een rol zou kunnen spelen wanneer ze het huis zouden uitgaan: dit is mogelijk een periode waarin er naar een alternatief voor het huidige voorbehoedsmiddel wordt gezocht. De respondenten gaven zelf aan dat de prijs mogelijk een kleinere invloed zou hebben wanneer zij zouden werken.

De duurdere kostprijs van de LARC-methoden weerhield sommige respondenten ervan zich dit aan te schaffen. Ze gaven aan interesse te hebben in deze methode, maar dit tijdens hun studententijd niet te kunnen betalen. Dit uitte zich ook in de uitlatingen van een respondente die de leeftijdsgrens van 21 jaar te laag vond, daar niet alle 21-jarige studenten al kunnen afstuderen.

Dit is een zeer belangrijke vaststelling. Van de ruime keuze in voorbehoedsmiddelen worden slechts enkele erkende soorten en merken van de pil, en het hormonenspiraaltje terugbetaald. Andere merken en ook alle andere voorbehoedsmiddelen worden niet terugbetaald. Dat betekent dat de pil een veel aantrekkelijker voorbehoedsmiddel is dan een andere methode (zeker tijdens de studentenperiode), en kan ervoor zorgen dat vele meisjes zo kiezen voor een voorbehoedsmiddel dat goedkoop is, maar tevens niet geschikt voor hen.

4.7 Het ideale voorbehoedsmiddel

Tot slot stelde ik de meeste respondenten de vraag hoe zij hun ideale voorbehoedsmiddel zagen, en welke aspecten zij aan hun huidige voorbehoedsmiddel zouden veranderen waardoor dit nog beter voor hen geschikt zou zijn. Op deze manier trachtte ik te achterhalen welke aspecten de respondenten belangrijk vonden bij het kiezen voor een contraceptiemiddel, en of zij al dan niet onbewust waren.

Vele respondenten gebruikten de pil en gaven aan dat indien zij de frequentie van inname zoveel mogelijk konden terugschroeven, dit een enorme vooruitgang teweeg zou brengen in hun tevredenheid. Om deze reden waren velen van hen enthousiast over methoden als het spiraaltje en het staafje. Over het algemeen waren zij echter zeer tevreden van hun voorbehoedsmiddel, voornamelijk de effectiviteit ervan in het verhinderen van zwangerschappen was zeer belangrijk. Indien deze effectiviteit meegenomen kon worden, of zelfs teruggebracht worden naar 0%, zou dat een goede zaak zijn.

Naast een verminderde frequentie van gebruik en 'veiligheid', is ook een langdurige werking een aspect dat wel op prijs gesteld werd door de respondenten, alsook het regelen van hormonen en mogelijk uitblijven van de menstruatie. Dit zijn typische kenmerken van LARC-

methoden. Het is dan ook opvallend dat er een beter geschikt voorbehoedsmiddel bestaat voor de ondervraagde pilgebruiksters, maar dat zij dit toch niet gebruiken. Niet alle pilgebruiksters geven aan tevreden te zijn over hun voorbehoedsmiddel, en sommigen vertelden dat zij reeds een ander voorbehoedsmiddel op het oog hadden. Vaak waren dit LARC-methoden, vooral het spiraaltje en het staafje bleken populair. De meeste respondenten associeerden deze methoden echter met een latere levensfase, voornamelijk 'indien men gesetteld was, getrouwd met een paar kinderen'. Deze levensfase leek hen immers zeer hectisch te zijn, ze vermoedden dat een routine voor pilgebruik dan snel niet meer gevolgd zou worden. Deze kans op het vergeten van een routine werd ook aan het gebruik van een vaginale ring gekoppeld.

Tot slot werd ook het condoom als mogelijk toekomstig voorbehoedsmiddel aangehaald: dit voorbehoedsmiddel beschermt immers tegen soa's, waar de gekende hormonale methoden dit niet doen. Respondenten willen dit in de toekomst graag gebruiken, en stellen dat zij dit zeker zouden gebruiken indien hun toekomstige partner of zijzelf besmet zou zijn met een soa. Een voorbehoedsmiddel op hormonale basis dat eveneens besmetting met een soa voorkomt, bleek een populair voorbehoedsmiddel.

Ook hier viel het erg op hoe respondenten aangaven tevreden te zijn met hun huidig voorbehoedsmiddel, maar bij het antwoord op deze vraag kenmerken inherent aan hun voorbehoedsmiddel als negatief of voor verbetering vatbaar te beschrijven. Bij het beschrijven van hun ideale voorbehoedsmiddel, bleek dat een ander voorbehoedsmiddel voor hen veel beter zou aansluiten bij hun definitie van een ideaal voorbehoedsmiddel. Dit doet vragen rijzen. Ondanks het feit dat vrouwen weten welke kenmerken zij waarderen in een anticonceptiemiddel, kiezen zij toch voor een voorbehoedsmiddel dat hen minder geschikt lijkt. De discrepantie hiertussen is zeker verder onderzoek waard mijn inziens.

5 Discussie en conclusie

Ondanks een uitgebreide kennis en de waaier aan beschikbare voorbehoedsmiddelen op de markt, blijken Vlaamse jongeren nog steeds erg vatbaar voor tienerzwangerschappen en soa-besmettingen. Nochtans gebruikt het merendeel van hen voorbehoedsmiddelen. Dit kan wijzen op inconsistent en incorrect voorbehoedsmiddelengebruik. Jongeren gebruiken immers vaak de pil en het condoom bij aanvang van hun seksuele leven, twee voorbehoedsmiddelen die

Door middel van dieptegeprekken met elf respondenten, werd in deze scriptie getracht een antwoord te zoeken op de geformuleerde onderzoeksvragen. De uitgeschreven transcripten werden gecodeerd aan de hand van KAVES, een didactische methode die gebruikt wordt bij seksuele opvoeding in het onderwijs.

Voorbehoedsmiddelen werden door de respondenten op drie verschillende manieren gebruikt. Als eerste gingen voorbehoedsmiddelen zwangerschap tegen. Ten tweede beschermden het condoom en het vrouwencondoom ook tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Als laatste werden hormonale voorbehoedsmiddelen ook als medicijn ingeschakeld. Doordat er een geregelde hormonendosis ingenomen werd, ervoeren vele respondenten een afname tot het volkomen verdwijnen van bepaalde lichamelijke klachten.

De ondervraagde respondenten bleken haast allemaal dezelfde start genomen te hebben betreffende voorbehoedsmiddelen. Zij gebruikten allemaal een voorbehoedsmiddel bij hun eerste seksuele betrekkingen, over het algemeen was dit de pil. Een groot deel van de respondenten gebruikte dit anticonceptiemiddel nog voor de seksuele betrekkingen, hun arts had dit voorgeschreven omwille van menstruele en lichamelijke klachten. Doorgaans wisten deze respondenten van het bestaan van de pil dankzij voorlichtingslessen en hun onmiddellijke omgeving. In deze onmiddellijke omgeving leken voor moeders belangrijk: zij gaven raad, maar faciliteerden eveneens het doktersbezoek om een pilvoorschrift te verkrijgen. Dat de pil wijdverspreid en algemeen gekend is, bleek ook een invloed uit te oefenen op hun keuze voor dit voorbehoedsmiddel. Tot slot blonk de pil ook uit in gebruiksgemak. Men kon deze gemakkelijk verkrijgen, het gebruik ervan was zeer simpel en stoppen met deze methode is eenvoudig. Voor een jong meisje dat voor het eerst een voorbehoedsmiddel gebruikt, kunnen dit belangrijke factoren zijn. Voorbehoedsmiddelen zoals een spiraaltje en het staafje lijken vaak te invasief. Bovendien hebben LARC-methoden een negatieve reputatie: de respondenten namen aan dat de hormonendosis in deze

voorbehoedsmiddelen vele malen hoger lag en op latere leeftijd vruchtbaarheidsproblemen zou kunnen veroorzaken. Deze negatieve attitudes werden vaak ingegeven door de onmiddellijke omgeving.

De respondenten die geen pil gebruikten bij de aanvang van hun seksuele leven, gebruikten het condoom. Ook dit voorbehoedsmiddel was hen bekend, en beschermde bovendien tegen zwangerschappen én soa's. De meeste respondenten die startten met het condoom, schakelden nadien over naar de pil. Het condoom leek hier een tussenoplossing te zijn, tot de respondent naar de arts trok.

De meeste respondenten gebruikten op het moment van ondervraging nog steeds de pil, en gaven in eerste instantie aan hier tevreden over te zijn. Zij voelden dan ook geen verdere nood om zich verder te informeren over andere methoden. Respondenten die op het moment van interview geen relatie hadden haalden het belang van condoomgebruik aan. Hoewel zij nagenoeg allemaal een voorbehoedsmiddel gebruikten op het moment van gesprek, zouden zij bij de start van een nieuwe seksuele relatie wellicht een condoom gebruiken. Zij gaven zelf aan hier vermoedelijk mee te stoppen indien hun partner een negatieve soa-test zou kunnen voorleggen, of indien de relatie enige tijd duurde. Het condoom lijkt op latere leeftijd voornamelijk als bescherming tegen soa's gebruikt te worden, en wordt gecombineerd met een ander voorbehoedsmiddel dat zwangerschappen voorkomt. Negatieve ervaringen van anderen met andere vormen van anticonceptie, alsook de angst voor onvruchtbaarheid of het terugkomen van lichamelijke klachten waren nog steeds doorslaggevende factoren om niet van het huidige voorbehoedsmiddel af te stappen. De pilgebruiksters onder de respondenten hadden over het algemeen een zeer negatieve perceptie van andere contraceptieve methoden.

Sommige respondenten waren afgestapt van hun pilgebruik omdat zij hier hinderlijke lichamelijke effecten van ondervonden. Beiden hebben zo de vaginale ring gebruikt en ervoeren geen nevenwerkingen meer. Deze respondenten waren zeer geïnformeerd, en niet enkel over die methode waarmee zij zelf ervaring hadden.

Zowat alle respondenten waren op moment van interview echter geïnteresseerd om een LARC-methode zoals het spiraaltje en het staafimplantaat te gebruiken in een latere levensfase. Zij vertrouwden er niet op dat zij nog effectief zouden zijn in hun dagelijkse pilgebruik wanneer zij een druk gezinsleven zouden hebben. Het is opvallend dat een spiraaltje wel een optie zou zijn voor de respondenten indien zij moeder zouden zijn. Het grootste gedeelte van hen koppelt het spiraaltje immers aan een verminderde vruchtbaarheid.

Alle pilgebruiksters gaven aan dat een pil gemakkelijk vergeten was. Hoewel de meeste respondenten aangaven dat zij een routine of een vaste opbergplek hadden gecreëerd, gaven zij even vaak aan wel eens een pil vergeten te zijn. De dagelijkse inname bleek moeilijk te combineren met een hectisch en chaotisch leven. Ook het condoomgebruik bleek niet altijd even gemakkelijk in gebruik. Respondenten gaven aan dat dit soms scheurde of moeilijk te gebruiken was in combinatie met alcoholgebruik. Het was opvallend hoe veel respondenten aangaven dat zij een condoom zouden moeten gebruiken, maar dit toch niet deden. Hierbij werd de rol van de partner vaak aangehaald. Daar de meeste meisjes reeds een vorm van anticonceptie gebruikten, vonden zij dat hun seksuele partner daar ook in mocht bijdragen. Vaak bleken deze condooms echter niet voorhanden of wilde de partner dit liever niet gebruiken. Tot slot bleek een respondente ook haar vaginale ring niet correct gebruikt te hebben.

Indien respondenten wisten dat zij onbeschermd seksuele contacten hadden gehad, gebruikten zij de noodpil teneinde een ongewenste zwangerschap te voorkomen. Ondanks incorrect en inconsistent voorbehoedsmiddeengebruik, lijken de respondenten wel hun voorzorgen te nemen: een ongeplande zwangerschap willen zij met alle mogelijkheden vermijden.

Tot slot werden de respondenten gevraagd naar hun ideale voorbehoedsmiddelen of welke aspecten zij aan hun huidige anticonceptiemiddel graag anders hadden gezien. Zowat alle pilgebruiksters gaven aan dat een voorbehoedsmiddel dat geen dagelijkse inname vereiste veel beter zou zijn. Deze zijn echter op de markt, maar worden blijkbaar niet als optie gezien. Mogelijk wegen factoren als lichamelijke effecten en kostprijs zwaarder door. Respondenten hadden zo graag een voorbehoedsmiddel dat hun lichamelijke klachten of menstruatie zou regelen. Daarnaast zeiden verschillende respondenten dat zij naar een goedkopere pil waren overgeschakeld, of dat zij een bepaalde methode als studenten niet konden betalen. Ook bleken respondenten wier ouders hun pil betaalden veel minder op de hoogte van de terugbetalingsregeling en de prijs van andere voorbehoedsmiddelen. Dit doet vermoeden dat de prijs van anticonceptie mogelijk belangrijk wordt wanneer men het huis uitgaat en hier zelf voor dient te betalen.

Voorbehoedsmiddelen die de kans op zwangerschap naar 0% konden brengen waren voor de respondenten ook zeer interessant, als ook methoden die naast zwangerschap ook soa-besmettingen voorkomen. Het condoom en het vrouwencondoom bleken niet erg populair

omwille van moeilijkheden met het gebruik ervan.

Er blijkt dus een discrepantie vast te stellen inzake de aspecten die de respondenten belangrijk vinden in een voorbehoedsmiddel, en het voorbehoedsmiddel dat zij op het moment van gesprek gebruikten. Verder onderzoek naar hoe deze kloof gedicht kan worden is zeer belangrijk.

Het onderzoek uitgevoerd in deze masterscriptie had zijn beperkingen. Het was niet mogelijk om minderjarigen te bevragen, dus moesten de respondenten retrospectief antwoorden. Dit kan ertoe leiden dat het verleden positiever dan wel negatiever ingebeeld wordt dan het geval was. Bovendien zijn onderwerpen als voorbehoedsmiddelen en het seksuele leven gevoelige onderwerpen. Het is niet onmogelijk dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven.

Het is ook zeer moeilijk om het keuzeproses te bevragen: een groot deel van deze processen speelt zich immers onbewust af, iets dat in gesprekken nauwelijks te achterhalen is. Daarnaast zijn de ondervraagde respondenten geen goede afspiegeling van de bevolking. Zo zijn zij allen hoogopgeleid, en nagenoeg allemaal autochtone Vlaamse vrouwen. Dit lag mogelijk aan de wijze van rekruteren: oproepen voor respondenten werden voornamelijk gedeeld in het studentenmilieu. Tot slot was de voorbehoedsmiddelenkeuze van deze groep erg beperkt: niemand had ervaring met de LARC-methoden zoals het spiraaltje, de pleister en het staafje. Dit kan vertekende resultaten opleveren.

Jongeren zouden bij aanvang van hun seksuele leven een goede en geïnformeerde keuze moeten kunnen maken voor anticonceptie. Hiervoor hebben zij onder meer kennis en vaardigheden nodig op voorhand. Hierbij moet men echter de nuance maken dat er veel foutieve informatie omtrent verscheidene voorbehoedsmiddelen uitgewisseld wordt. De mening en kennis van andere mensen, zeker in hun nabije omgeving, kan een grote invloed hebben op jonge meisjes indien zij voor een voorbehoedsmiddel kiezen. Deze invloed werkt bovendien door in het verdere seksuele leven, recensies van anderen blijven dan belangrijk. Respondenten geven echter aan op latere leeftijd ook kritischer te worden, en zelf vaker onderzoekswerk te verrichten.

Ook andere factoren als steun van de partner, gebruiksgemak en de lichamelijke effecten die voorbehoedsmiddelen kunnen hebben op het vrouwelijk lichaam, oefenen een invloed op de keuze voor een voorbehoedsmiddel.

Belgisch onderzoek naar het gebruik van voorbehoedsmiddelen is echter schaars. Groter en

diepgaander onderzoek naar het keuzeproces van Vlaamse jongeren voor een voorbehoedsmiddel is dan ook zeer nodig.

6 Beleidsaanbevelingen

Uit deze masterproef kunnen mijn inziens vele inzichten en beleidsaanbevelingen gefilterd worden.

Allereerst moet de rol van het onderwijs inzake kennis over voorbehoedsmiddelen, hun gebruik en werking herbekeken worden. Herhaling slaat niet aan bij de leerlingen, ervaringsdeskundigen des te meer. Meer onconventionele wegen zouden hier bewandeld kunnen worden. Zo horen jongeren graag andere meningen, en hechten zij erg veel belang aan de ervaringen van anderen. Ook het aanzetten van de jongeren zelf tot het opzoeken van extra informeren en achterhalen welke zaken zij zelf belangrijk vinden bij het gebruik van anticonceptie, kan een betere keuze mogelijk maken.

Bovendien moet men tijdens deze lessen voldoende aandacht geven aan alle mogelijke soorten voorbehoedsmiddelen, hun voor- en nadelen, hun werking, maar bovenal hun gebruik. Ook de minder traditionele anticonceptiemethoden zouden voldoende aanbod moeten komen. Daarnaast is ook het geven van seksuele voorlichting aan kansengroepen en holebi's is zeer belangrijk. Deze jongeren vallen in de lessen vaak uit de boot en krijgen niet voldoende informatie voor hun seksuele contacten. De respondenten verhaalden hier over het gebrek aan seksuele opvoeding bij jongeren die geen onderwijs in de A-stroom volgden. Met de op til zijnde hervorming van het onderwijs zou dus gekeken mogen worden naar het uitbreiden van een degelijk RSV-programma voor alle schoolgaande jongeren, waarbij meer aandacht wordt besteed aan kansengroepen zoals jongeren van allochtone afkomst, of jongeren uit gezinnen met een laag inkomen. Hierbij zou de Anticonceptiekoffer van Sensoa een grote stap voorwaarts kunnen zijn: er is nood aan praktische kennis over voorbehoedsmiddelen. Op deze manier zullen jongeren meer vertrouwen krijgen in zichzelf en hun eigen kunnen en sneller geneigd zijn 'moeilijkere' voorbehoedsmiddelen te gebruiken. Bovendien zullen meer invasieve methoden als het spiraaltje op deze manier meer context krijgen, en een valabeler alternatief lijken.

Tot slot mag men de verschillende stromingen in het onderwijs niet verwaarlozen. Jongeren uit technische en beroepsopleidingen hebben evenveel recht op een volwaardige RSV. Hopelijk wordt dit pijnpunt aangepakt met de op til zijnde hervorming van het onderwijs.

Ook zou men ouders moeten begeleiden naar een open communicatie met hun kinderen. Sensoa wijdde reeds een deel van zijn site aan de opvoedende ouder, maar dit kan beter. Ouders zijn een belangrijke informatiebron voor jongeren, en dienen zelf dan ook de correcte

kennis te bezitten. Ook zouden zij op de hoogte moeten zijn van verschillende voorbehoedsmiddelen, om hun kinderen hierover extra te kunnen informeren indien nodig. Er moet oog zijn voor ouders die meer ondersteuning kunnen gebruiken.

Deze open communicatie is ook belangrijk voor het hebben van een mogelijk schaamtegevoel. Indien de jongere minder schaamte vertoont inzake voorbehoedsmiddelen en vrijen, kan dit zijn informatievergaring alsook zijn open communicatie met zijn partner later ten goede komen. In dit opzicht moet men ook aandacht hebben voor de zogeheten dubbele standaard. Indien jongens en meisjes leren dat anticonceptie een gedeelde verantwoordelijkheid is, vallen de vooroordelen, schaamte en slechte communicatie hopelijk weg.

Ook artsen kunnen hun steentje bijdragen. Indien zij hun patiënten op voorhand laten aangeven dat het om een gesprek inzake voorbehoedsmiddelen gaat, kunnen zij een langer gesprek inplannen om zo voldoende informatie te verschaffen en mee met de patiënt te zoeken naar het voor hen best passende voorbehoedsmiddel. Bovendien moeten zij ervoor waken de patiënt te allen tijde serieus te nemen en geen té sturend advies te geven, Een goede relatie met de patiënt is hier erg belangrijk. Er moet bovendien ook gewaakt worden over die patiënten die met het pilgebruik starten op jonge leeftijd omwille van lichamelijke klachten. Mogelijk hebben zij later, met de start van hun seksuele leven meer baat bij een ander soort voorbehoedsmiddel: het is belangrijk dit aan te geven tijdens het consult. Hierbij dient men in het achterhoofd te houden dat de dubbele functie van de pil als geneesmiddel en anticonceptiemiddel een uitkomst kan zijn voor meisjes die seksueel actief zijn, maar hiermee in hun omgeving niet terecht kunnen.

Artsen kunnen hun patiënten ook aansporen tot het opzoeken van informatie alvorens het consult. Hierbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat het opzoeken van informatie zeer afhangt van de gebruikte bronnen. Artsen zouden mogelijk sites als Sensoa kunnen aanreiken. Niet alle respondenten gaven immers aan Sensoa te kennen, terwijl hun jongerensite expliciet gericht is op het geven van informatie aan jongeren. Allesoverseks.be toont als startscherm hoe jongeren hun vraag of een begrip waarover zij meer uitleg wensen, kunnen ingeven. Momenteel wordt deze site in een nieuw jasje gestoken, en raadpleegt Sensoa regelmatig zijn jongerengroep om feedback. Het belang van een forum moet wel onderstreept worden: jongeren zijn erg geïnteresseerd in de mening en ervaringen van anderen wat betreft seksualiteit en voorbehoedsmiddelen. Hiervoor moet een veilige en correcte ruimte voor beschikbaar zijn, Sensoa kan hierbij zeker helpen. Enkele respondenten gaven

aan zeer tevreden te zijn van de interactiviteit op de site, dit dient zeker meegenomen te worden.

Ook prijs is heel belangrijk. Ik zou een oproep aan de nieuwe regering willen doen om geld vrij te maken voor de terugbetalingen van voorbehoedsmiddelen. Hierbij zou niet alleen de leeftijdsgrens omhoog getrokken moeten worden, er zouden meer soorten voorbehoedsmiddelen op de lijst met terugbetaalbare producten moeten komen. Ook zouden condooms gratis verspreid moeten worden. Bovendien zou het systeem van terugbetaling herbekeken moeten worden. Jongeren die nog ten laste zijn van hun ouders, kunnen zo geen anonieme terugbetaling ontvangen: deze verschijnt op de afrekening van hun ouders.

Het is dan ook uitkijken naar de nieuwe beleidsnota van minister van Welzijn, Jo Vandeurzen, die zijn mandaat verlengd zag. Minister Vandeurzen (2009) haalde in de beleidsnota 2009-2014 aan dat de HIV-preventie een prioriteit was, net als de uitbreiding van de HPV-vaccinatie. Ik wil hem graag suggereren een promotiecampagne omtrent voorbehoedsmiddelen en jongeren op te nemen in zijn toekomstige beleidsnota.

Hierop aansluitend zijn er verder ook meer promotie- en informatiecampagnes nodig. Het nadenken over en kiezen van een voorbehoedsmiddel stopt niet na de middelbare school, en dus zou de informatie en het onderwijs hier ook niet mogen stoppen. Campagnes specifiek gericht op studenten, op het stimuleren van anticonceptiegebruik, op het correct en consistent gebruik van voorbehoedsmiddelen zouden welkom zijn. Bovendien geven veel respondenten aan dat het huis uitgaan een invloed zou kunnen hebben op de keuze van het voorbehoedsmiddel. De meeste studenten gaven aan dat hun voorbehoedsmiddel op dat moment nog betaald werd door hun ouders, bij het aanbreken van een nieuwe levensfase zou de voorbehoedsmiddelenkeuze volgens de respondenten wel eens herbekeken kunnen worden. De meeste respondenten gaven zo aan dat de hogere kostprijs van een voorbehoedsmiddel beter ondervangen zou kunnen worden indien zij voor hun eigen financiën instaan. Een informatiecampagne gericht op nestverlaters zou mogelijk zijn nut hebben.

Ook de promotie van minder traditionele, maar even veilige of zelfs veiligere methoden zouden hun plek moeten vinden in het campagneveld. Bij jongere meisje zouden campagnes meer gericht kunnen worden op het maken van een bewuste keuze. Een online keuzehulp waarbij jongeren voor hen belangrijke aspecten van anticonceptie kunnen ingeven, zou hiervoor een goede uitkomst kunnen zijn. Methoden die minder traditioneel maar beter

geschikt zijn, zouden zo toch tot bij de jongere kunnen geraken. Ook het werken met rolmodellen en hun persoonlijke ervaringen zouden een mogelijke invloed op deze jongeren kunnen hebben.

Het kan interessant zijn verschillende kanalen hierin samen te brengen om jongeren zo doelgericht mogelijk te kunnen helpen. Jongeren starten immers op verschillende leeftijden met voorbehoedsmiddelen en om verscheidene redenen, het is erg moeilijk slechts één campagne op een dergelijk grote doelgroep af te stemmen.

Tot slot dient ook meer wetenschappelijk onderzoek gevoerd te worden naar voorbehoedsmiddelen en de keuze ervoor. In dit onderzoek werden zo jammer genoeg geen mannen ondervraagd, hoewel hun stem hierin gehoord dient te worden en vaak een doorslaggevende invloed heeft.

Ook meer onderzoek naar de invloed die factoren als levensstijl, aard van de seksuele contacten en de RSV kunnen hebben op de keuze voor een voorbehoedsmiddel, zouden kunnen bijdragen tot gerichtere campagnes.

7 Bibliografie

- Aalsma, M.C., Ph.D., Fortenberry, J.D., M.D., M.S., Sayegh, M.A., Ph.D. & Orr, D.P., M.D. (2006) Family and friend closeness to adolescent sexual partners in relationship to condom use. *Journal of Adolescent Health*, 38, 173-178.
- Allesoverseks.be. (2014). Hoeveel kost mijn anticonceptie? Gelezen op <http://www.allesoverseks.be/cms/vragen/anticonceptiemiddelen/hoeveel-kost-mijn-anticonceptie.aspx>
- Anderson, N., Steinauer, J., Valente, T., Koblentz, J. & Dehlendorf, C. (2014). Woman's social communication about IUD's: a qualitative analysis. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(3), 8p.
- Bell, J. (2009). Why embarrassment inhibits the acquisition and use of condoms: a qualitative approach to understanding risky sexual behaviour. *Journal of Adolescence*, 32, 379-391.
- Buysse A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin P., Lievens J., T'Sjoen G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. Sexpert. Seksuele gezondheid in Vlaanderen. Gent: Academia Press; 2013.
- Bryman, A. (2004) *Social research methods*, Oxford: Oxford University Press; 592 p.
- Dehlendorf, C., Levy, K. Kelley, A., Grumbach, K. & Steinauer, J. (2013). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*, 88, 250-256.
- Domus Medica. (2014). Steekkaart orale anticonceptie. Gelezen op http://www.domusmedica.be/component/docman/doc_view/669-orale-anticonceptie.html?Itemid=1356.
- Egarter, C., Frey Tim, B., Bitzer, J., Kaminsky, V., Oddens, B.J., Prilepskaya, V., Yeshaya, A., Marintcheva-Pertova, M. & Weyers, S. (2013). Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch or ring in the CHOICE study: cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *Women's Health*, 13(9), 14 p.
- Ellen, J.M., M.D., Cahn, S., B.A., Eyre S.L., Ph.D, & Boyer, C.B., Ph.D. (1996). Types of adolescent sexual relationships and associated perceptions about condom use. *Journal of Adolescent Health*, 18, 417-421.
- Fiebig, D.G., Knox, S., Vincy, R., Haas, M. & Street, D.J. (2011). Preferences for new and existing contraceptive products. *Health Economics, Supplement 1*, 35-52.

- Frost, J.J. & Darroch, E. (2008). Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 94-104.
- Garbers, S., Flandrick, K., Bermudez, D., Meserver, A. & Chiasson, M.A. (2014). Improving contraceptive choice: fidelity of implementation and the gap between effectiveness and efficacy. *Health Promotion Practice*, 1-10.
- Gebhardt, W.A., Ph.D., Kuyper, L., B.Sc. & Greunsven, G., M.Sc. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health*, 33, 154-164.
- Gemzell-Danielsson, K., Cho S., Inki, P., Mansour, D., Reid, R. & Bahamondes, L. (2012). Use of contraceptive methods and contraceptive recommendations among health care providers actively involved in contraceptive counseling- results of an international survey in 10 countries. *Contraception*, 86, 631-638.
- Glasier, A., Scorer, J. & Bigrigg, A. (2008). Attitudes of women in Scotland to contraception: a qualitative study to explore the acceptability of long-acting methods. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(4), 213-217
- Grubb, E.J., Ph.D., Howard, B., Ph.D., Lage, M., Ph.D. & Weiss, H., Ph.D. (2014). Contraceptive Choice: Association with health insurance copay. *Obstetrics and Gynaecology*, 123(5: supplement), 9S-10S.
- Häggström-Nordin, E., Hanson, U. & Tydén, T. (2002). Seks behavior among high school students in Sweden: Improvement in contraceptive use over time. *Journal of Adolescent Health*, 30,288-295.
- Harper, C.C., Brown, B.A., Foster-Rosales, A. & Raine T.R. (2010). Hormonal contraceptive method choice among young, low-income women: how important is the provider? *Patient Education and Counseling*, 81, 349-354.
- Hoggart, L. & Newton, V.L. (2013). Young women's experiences of side-effects from contraceptive implant: a challenge to bodily control. *Reproductive Health Matters*, 21 (41), 196-204.
- Hillier, L., Harrison, L. & Warr, D. (1998). "When you carry around condoms all the boys think you want it": negotiating competing discourses about safe sex. *Journal of Adolescence*, 21, 15-29.

- Kirby, D.B., Ph.D., Laris, B.A., M.P.H. & Rolleri, L.A., M.S.W., M.P.H. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health, 40*, 20-217.
- Kittur, N.D., Secura, G.M., Peipert, J., Madden, T., Finer, L.B. & Allsworth, J.E. (2011). Comparison of contraceptive use between the Contraceptive CHOICE Project and state and national data, *Contraception, 83*, 479-485.
- Klai, T. (2007). Let's talk about sex. In Bleys, R. (eds.) *Lief en Leed 2. Seks en Relatie anders bekeken*, (p 131-136). Antwerpen: Garant.
- Knox, S.A., Viney, R.C., Street, D.J., Haas, M.R., Fiebig, D.J., Weisberg, E. & Bateson, D. (2012) What's good and bad about contraceptive products. A best-worst attribute experiment comparing the values of women consumers and GPs. *Pharmaceutics, 30*(12), 1187-1202.
- Knox, S.A., Viney, R.C., Gu, Y., Hole, A.R., Fiebig, D.G., Street, D.J., Haas, M.R., Weisberg, E. & Bateson, D. (2013) The effect of adverse information and positive promotion on women's preferences for prescribed contraceptive products. *Social Science and Medicine. 83*, 70-80.
- Lamvu, G., Steiner, M.J., Condon, S. & Hartmann, K. (2006). Consistency between the most important reasons for using contraception and current method used: the influence of health care providers. *Contraception, 73*, 399-403.
- Madden, T., Mullersman J.L., Omvig, K.J., Secura, G.M. & Peipert, J.F. (2013). Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE project, *Contraception, 88*, 243-249.
- Manlove, J., Ph.D., Ikramullah, E., B.A./B.S. & Terry- Humen, E., M.P.P. (2008). Condom use and consistency among male adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health, 43*, 325-383.
- Marston, C. & King, E. (2006). Factors that shape young people's behaviour: a systematic review. *The Lancet, 368*, 1581-586.
- Mestad, R., Secura, G., Allsworth, J.E., Madden, T., Zhao, Q. & Peipert, J.E. (2011). Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE-project. *Contraception, 84*, 493-498.
- Merckx, M., Donders, G., Grandjean, P., Van de Sande, T. & Weyers, S. (2011). Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice?. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 16*, 418-429.

- Mueller, T.E., M.P.H., Gavin, L., Ph.D. & Kulkarni, A., M.B.B.S., M.P.H. (2008). The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse and birth control use at first sex. *Journal of Adolescent Health*, 42, 89-96.
- Oddens, B.J. (1997). Determinants of contraceptive use: from birth control to fertility awareness. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and reproductive Biology*, 71, 1-2.
- Peeters, K. (ed.) (2011). *Relationele en Seksuele Vorming. Handboek voor Secundair Onderwijs*. Antwerpen: Garant.
- Picavet, C. (2008). Sexy Wetenschap- Kroniek seks en Wetenschap. In Bleys, R., *Lief en Leed 3: Seks en Relaties anders bekeken*. Antwerpen: Garant. 159 p.
- Picavet, C. (2009). Alternatieven voor pil en condoom krijgen te weinig aandacht. In Bleys, R., *Lief en Leed 4. Seks en relaties anders bekeken* (p 29-31). Antwerpen: Garant.
- Picavet, C. (2011). Anticonceptie op maat. Achtergronden van anticonceptiekeuze door jongeren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 35, 64-73.
- Picavet, C. (2012) Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 121-128.
- Picavet, C., & Klai, T. (2006), Tussen losbandigheid en verantwoordelijkheid. Jongeren, relaties, seksualiteit en de relationele en seksuele vorming. In Bleys, R. (eds.), *Lief en leed. Jaarboek Seksuele Gezondheid 2006* (p 102-107). Antwerpen: WPG Uitgevers.
- Raine, T., M.D., M.P.H., Harper, C., Ph.D., Paukku, M.D., Ph.D. & Darney, P., M.D., M.Sc. (2002). Race, adolescent contraceptive choice and pregnancy at presentation to a family planning clinic. *Obstetrics and Gynaecology*, 99(2), 241-247.
- RIZIV. (2014). Contraceptiva voor jongeren. Gelezen op <http://www.riziv.fgov.be/citizen/nl/medical-cost/specific/contraceptions/>
- Rosenberg, M.J., Burnhill, M.S., Waugh, M.S., Gimes, D.A. & Hillard P.J.A. (1995). Compliance and oral contraceptives: a review. *Contraception*, 52, 137-141.
- Rosenberg, M., M.D., M.P.H. & Waugh, M.S., M.A. (1999) Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. *American Journal of Obstetrics an Gynaecology*, 180(2.2), 276-279.

- Sayegh, M.A., Ph.D., M.P.H., Fortenberry, J.D., M.D., M.S., Shew, M., M.D., M.P.H. & Orr, D., P., M.D. (2006). The developmental association of relationship quality, hormonal contraceptive choice and condom non-use among adolescent women. *Journal of Adolescent Health, 39*, 388-395.
- Secura, G.M., Ph.D., M.P.H., Allsworth, J.E., Ph.D., Madden, T., M.D., M.P.H., Mullersman, J.L., B.S.N. & Peipert J.F., M.D., Ph.D. (2010). The contraceptive CHOICE-project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115e1-115e7.
- Seksuele Vorming. (2014a). Feiten en cijfers: Hiv-diagnoses in België. Gelezen op <http://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/feiten-cijfers-hiv-diagnoses-belgie>.
- Seksuele Vorming. (2014b). Feiten en cijfers: jongeren en ongeplande zwangerschap. Gelezen op <http://www.seksuelevorming.be/feiten-en-cijfers/feiten-en-cijfers-jongeren-en-ongepande-zwangerschap>.
- Seksuele Vorming. (2014c). Feiten en cijfers: seksueel gedrag van Vlaamse jongeren. Gelezen op <http://www.seksuelevorming.be/feiten-en-cijfers/feiten-en-cijfers-seksueel-gedrag-van-vlaamse-jongeren>.
- Seksuele Vorming. (2014d). Feiten en cijfers: soa's bij jongeren. Gelezen op <http://www.seksuelevorming.be/feiten-en-cijfers/feiten-en-cijfers-soas-bij-jongeren>.
- Sensoa. (2014). Terugbetaling anticonceptie structureel vastgelegd. Gelezen op <http://www.sensoa.be/nieuws/terugbetaling-anticonceptie-structureel-vastgelegd>.
- Sessler-Branden, P., C.N.M., M.S. (1998). Contraceptive choice and patient compliance: the health care provider's challenge. *Journal of Nurse-Midwifery, 43*(6), 471-482.
- Sexpert Vlaanderen. (2014). Sexpert: seksuele gezondheid in kaart: ongeplande/ongewenste zwangerschap. Gelezen op http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/media/4978/sexpert_parallelsessie-ongepande-en-ongewenste-zwangerschap.pdf
- Svare, E.I., Krüger Kjaer, S., Poll, P. & Bock, J.E. (1997). Determinants for contraceptive use in young, single, Danish women from the general population. *Contraception, 55*, 287-294.
- Tschann, J.M., Ph.D., Adler, N.E., Ph.D., Millstein, S.G., Ph.D., Gurvey, J.E., M.P.H. & Ellen, J.M., M.D. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents, *Journal of Adolescent Health, 31*, 17-25.

- Vandeurzen, J. (2009). *Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014*. Gelezen op <http://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2009-2010/g191-1.pdf>.
- Vermeire, K. & Caers, B. (2006). Kiwi's op voorschrift. Kroniek anticonceptie. In Bleys, R. (ed.) *Lief en Leed. Jaarboek Seksuele Gezondheid 2006* (p 97-99). Antwerpen: WPG Uitgevers.
- Vermeire, K. & van Lee, L. (2006). 'Belgisch onderzoek naar anticonceptie is te schaars.' Kroniek anticonceptie. In Bleys, R. (ed.) *Lief en Leed. Jaarboek Seksuele Gezondheid 2006* (p 126-130). Antwerpen: WPG Uitgevers.
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014a). Lager Onderwijs- Wereldoriëntatie- Eindtermen. Gelezen op <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/basisonderwijs/lager-onderwijs/leergebieden/wereldoriëntatie/eindtermen.htm>
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014b). Secundair Onderwijs-A- stroom- Natuurwetenschappen-Vakgebonden Eindtermen. Gelezen op <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/eerste-grad/vakgebonden/a-stroom/natuurwetenschappen/eindtermen.htm>
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014c). Secundair Onderwijs-A- stroom- Natuurwetenschappen-Uitgangspunten. Gelezen op <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/eerste-grad/vakgebonden/a-stroom/natuurwetenschappen/uitgangspunten.htm>.
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014d). Secundair Onderwijs- B- stroom- Natuurwetenschappen- Vakgebonden Ontwikkelingsdoelen. Gelezen op <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/eerste-grad/vakgebonden/b-stroom/natuurwetenschappen/ontwikkelingsdoelen.htm>
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014^e). Secundair Onderwijs- Derde graad ASO- Natuurwetenschappen- Eindtermen. Gelezen op: <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/derde-grad/aso/vakgebonden/natuurwetenschappen/eindtermen.htm>
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014f). Secundair Onderwijs- Derde graad ASO- Natuurwetenschappen- Uitgangspunten. Gelezen op <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/derde-grad/aso/vakgebonden/natuurwetenschappen/uitgangspunten.htm>
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014g). Secundair Onderwijs- Derde graad BSO. Gelezen op <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair->

onderwijs/derde-graad/bsv/vakgebonden/eerste-en-tweede-leerjaar/project-algemene-vorming/eindtermen.htm

- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014h). Secundair onderwijs-Vakoverschrijdende eindtermen en ontwikkelingsdoelen. Context 1; Lichamelijke gezondheid en veiligheid. Gelezen op <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/vakoverschrijdend/context3.htm>
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2014i). Secundair onderwijs-Vakoverschrijdende eindtermen en ontwikkelingsdoelen. Context 3: Sociorelationele ontwikkeling. Gelezen op <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/secundair-onderwijs/vakoverschrijdend/context1.htm>
- Walcott, C.M., Chenneville, T. & Tarquini, S. (2011). Relationship between recall of sex education and college students' sexual attitudes and behavior. *Psychology in the Schools*, 48(8), 828-842.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. (2014a). Gezondheidsenquête. Gelezen op <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx>.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. (2014b). Volledige rapporten: Gezondheidsenquête door Interview België 2004: Leefstijl: Gezondheid en seksualiteit. Gelezen op https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2004.aspx.
- Widman, L., M.A., Welsh, D.P., Ph.D., McNulty, J.K., Ph.D. & Little, K.C., B.A. (2006). Sexual Communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *Journal of Adolescent Health*, 39, 893-899.
- Woods, J.L., M.D., M.S., Shew, M.L., M.D., M.P.H., Tu, W., Ph.D., Ofner, S., M.S., Ott, M.A., M.D. & Fortenberry, D., M.D., M.S., (2006). Patterns of oral contraceptive pill-taking and condom use among adolescent contraceptive pill users. *Journal of Adolescent Health*, 39, 381-387.
- Wyatt, K.D., Anderson, R.T., Creedon, D., Monton, V.M., Bachman, J., Erwin, P. & LeBlanc, A. (2014). Women's values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids. *Women's Health*, 14(28), 13 p.

8 Lijst met afkortingen

ASO: Algemeen Secundair Onderwijs

BSO: Beroepsecundair Onderwijs

CHOICE: Contraceptive Health Research of Informed Choice

HIV: Humaan immunodeficiëntievirus

HPC: Health Care Provider

LARC: LongActing Reversible Contraceptives

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

RSV: Relationele en seksuele vorming

soa: Seksueel Overdraagbare Aandoening