

GENDERNORMEN MET BETREKKING TOT SEKSUALITEIT EN HUN INVLOED OP DE SEKSUELE GEZONDHEID EN WELZIJN VAN JONGEREN

**EEN KWALITATIEF ONDERZOEK BIJ VLAAMSE JONGEREN
TUSSEN DE 18 EN 24 JAAR OUD**

Aantal woorden: 13 518

Michelle Bevernage

Stamnummer: 01710788

Zoë Vastenavondt

Stamnummer: 01608178

Promotor: Prof. dr. Kristien Michielsen

Copromotor: Sara De Meyer

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in de gezondheidsvoorlichting en -
bevordering

Academiejaar: 2018 - 2019



**UNIVERSITEIT
GENT**

GENDERNORMEN MET BETREKKING TOT SEKSUALITEIT EN HUN INVLOED OP DE SEKSUELE GEZONDHEID EN WELZIJN VAN JONGEREN

**EEN KWALITATIEF ONDERZOEK BIJ VLAAMSE JONGEREN
TUSSEN DE 18 EN 24 JAAR OUD**

Aantal woorden: 13 518

Michelle Bevernage

Stamnummer: 01710788

Zoë Vastenavondt

Stamnummer: 01608178

Promotor: Prof. dr. Kristien Michiels

Copromotor: Sara De Meyer

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in de gezondheidsvoorlichting en -
bevordering

Academiejaar: 2018 - 2019



Inhoudsopgave

Woord vooraf

Inleiding	1
Wetenschappelijk artikel	4
Abstract (Nederlands).....	4
Abstract (Engels)	4
<i>Literatuurstudie</i>	6
1. Seksuele gezondheid.....	6
2. Gender	10
3. Gender en de seksuele gezondheid van jongvolwassenen.....	12
4. Seksuele scripts	14
5. Probleemstelling.....	16
<i>Methode</i>	17
1. Design	17
2. Steekproef.....	17
3. Datacollectie.....	17
4. Data- analyse	18
5. Ethische overwegingen	19
<i>Resultaten</i>	20
1. Algemeen script vaste relatie	20
2. Algemeen script losse relatie	22
3. Seksuele gezondheid.....	23
4. Invloed drugs en alcohol	26
5. Genderstereotypen	26
<i>Discussie</i>	29
1. Gendernormen aanwezig in seksuele scripts	29
2. Algemeen script vaste en losse relatie.....	30

3. Tekortkomingen.....	32
<i>Aanbevelingen voor de praktijk.....</i>	<i>33</i>
1. Aanbevelingen gezondheidspromotie.....	33
2. Aanbevelingen verder onderzoek.....	34
<i>Conclusie</i>	<i>35</i>
<i>Referentielijst</i>	<i>36</i>
Bijlagen.....	42
<i>Bijlage 1: Interviewgide focusgroepinterviews</i>	<i>42</i>
<i>Bijlage 2: Informed consent</i>	<i>44</i>
<i>Bijlage 3: Goedkeuring Ethisch Comité Bevernage Michelle.....</i>	<i>49</i>
<i>Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité Vastenavondt Zoë</i>	<i>51</i>
<i>Bijlage 5: Logboek veldwerk Bevernage Michelle.....</i>	<i>53</i>
<i>Bijlage 6: Logboek veldwerk Vastenavondt Zoë.....</i>	<i>56</i>

Woord vooraf

Als afronding van onze masteropleiding Gezondheidsvoorlichting en -bevordering presenteren wij u de masterproef “Gendernormen met betrekking tot seksualiteit en hun invloed op de seksuele gezondheid en welzijn van jongeren”. Wij hebben deze thesis als zeer positief, leerrijk maar tegelijk ook uitdagend ervaren. Dit gezien wij toch wel op enkele moeilijkheden zijn gestoten tijdens het hele proces. Aangezien deze thesis niet zou zijn geschreven zonder de hulp van enkele mensen, zouden wij graag dit moment benutten om hen te bedanken.

Allereerst zouden wij graag onze promotor Dr. Kristien Michielsen willen bedanken voor de sturing en kritische blik tijdens dit hele proces. In het bijzonder een bedanking aan onze copromotor Sara De Meyer voor de begeleiding en het vertrouwen tijdens het schrijven van deze thesis. Beiden hebben ervoor gezorgd dat we deze thesis tot een goed einde hebben kunnen volbrengen.

Daarnaast zouden wij graag onze participanten onze dank willen overmaken voor hun medewerking aan deze masterproef. Zonder hen had dit onderzoek niet kunnen plaatsvinden.

Tot slot willen wij ook graag onze ouders bedanken die ons de middelen alsook de steun hebben gegeven om niet alleen deze thesis maar ook de volledige academische opleiding te vervolmaken. Ook onze vrienden willen wij bedanken voor de soelaas die ze ons geboden hebben de afgelopen periode.

Inleiding

De invloed van gendernormen op seksualiteit is een onderwerp dat de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt. Onder gendernormen verstaan we onder andere de typische rolpatronen en verwachtingen die men ten aanzien van een man of vrouw heeft. Deze gendernormen komen in elke samenleving overheen de hele wereld voor en spelen vanaf de kindertijd een belangrijke rol (Saewyc, 2017). *The Gender Unicorn* omschrijft op een toegankelijke manier het genderspectrum en maakt een onderscheid tussen gender, genderidentiteit, sekse (toegewezen bij de geboorte), fysieke en emotionele aantrekking en genderexpressie (TSER, 2019). Genderexpressie kan zowel kledij, haarstijl, lichaamstaal als de rol die een individu in het dagelijks leven opneemt omvatten (Doggett, Krishna & Robles, 2016; Vandamme & Van Bauwel, 2012; Killerman, 2013). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat gendernormen invloed hebben op de seksuele gezondheid. Zo zouden zij invloed hebben op soa's, onbedoelde zwangerschappen en seksueel geweld (Schalet et al., 2014). Om gendernormen -en rollen en hun invloed op seksuele gezondheid en welzijn alsook anticonceptiegebruik beter te begrijpen, is het tenslotte belangrijk om inzicht te krijgen in wat seksuele scripts zijn. Gendernormen zijn namelijk verweven in seksuele scripts die gehanteerd worden door personen. Simon en Gagnon (1986) omschrijven seksuele scripts als "*cognitieve representaties van de regels omtrent seks*". Dit zijn eigen ervaringen of ervaringen van iemand anders die je jezelf hebt eigen gemaakt met betrekking tot seksuele interacties. Bestaande seksuele scripts beschrijven dus hoe iemand zich moet gedragen in een bepaalde situatie (Masters, Casey, Wells, & Morrison, 2013).

De algemene doelstelling van dit onderzoek is om na te gaan wat de algemene scripts binnen een heteroseksuele relatie zijn en of deze verschillen voor mannen en vrouwen. Zodoende zijn anticonceptie en de aanwezigheid van gendernormen in deze scripts belangrijke componenten binnen dit onderzoek. Inzichten uit dit onderzoek kunnen een meerwaarde bieden voor interventies gericht op het verminderen van seksueel risicovol gedrag. Desondanks het bestaan van interventies hieromtrent blijkt uit onderzoek dat seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) bij jongvolwassenen in België blijven stijgen. Chlamydia, gonorrhoe en syfilis zijn hiervan de meest voorkomende (Sensoa, 2019d; WIV, 2016; WIV, 2018).

Bij aanvang van de masterproef werd eerst en vooral een semi-gestructureerde *interviewguide* opgesteld, gebaseerd op de *interviewguide* van Krahé, Bieneck & Scheinberger-olwig (2007).

Nadien werd een grondige literatuurstudie uitgevoerd, waaruit vervolgens een probleemstelling werd geformuleerd. Op basis van de literatuurstudie werd in samenspraak met de promotor en copromotor een hoofddoelstelling en een aantal deelonderzoeksvragen opgesteld. Rekeninghoudend met vorige onderzoeksvragen werden alle interviews, zowel de focusgroep- als de diepte-interviews, afgenomen. Er werd gekozen voor narratief onderzoek om zo inzicht te krijgen in het onderzoeksthema. Hierbij werden de participanten gevraagd om twee scripts op te bouwen. Enerzijds een script dat eindigde in een losse relatie en anderzijds een script dat uitdraaide op een vaste relatie. Er werd gekozen om in de seksuele scripts het eerste seksuele contact met een nieuwe partner te bespreken. Mannen en vrouwen doen namelijk vooral op dat moment beroep op deze scripts, gezien ze niet kunnen terugvallen op eerdere ervaringen (Eaton & Rose, 2011; Eaton, Rose, Interligi, Fernandez, & McHugh, 2016). Deze interviews gingen door tot datasaturatie bereikt werd. Vervolgens werden de interviews geanalyseerd, gebruikmakend van de software Nvivo 12 Pro. Bij de analyse ging onze specifieke focus naar hoe de verhalen van jongvolwassenen beïnvloed werden door sekse en het soort script.

Om de belangrijke componenten gendernormen en seksuele gezondheid in kaart te brengen start deze thesis met een literatuurstudie bestaande uit vijf onderdelen. Eerst wordt er dieper ingegaan op de seksuele gezondheid van jongvolwassenen in België. Hierin wordt getracht een duidelijk beeld te geven van de meest voorkomende soa's, het gebruik van anticonceptie en wat seksueel welzijn precies inhoudt. Het tweede deel handelt over gender. Hier wordt beschreven wat de term gender omvat, wat gendernormen zijn en hoe gender in onze samenleving aanwezig is. In het derde gedeelte wordt onderzocht wat het verband is tussen gender en de seksuele gezondheid van jongvolwassenen. Deel vier probeert inzicht te geven in wat seksuele scripts zijn. Tenslotte behandelt het laatste deel de probleemstelling. In het tweede hoofdstuk wordt de methodiek van het onderzoek weergegeven. De resultaten zijn in het derde hoofdstuk neergeschreven. In het vierde hoofdstuk volgt de discussie. Tenslotte bevat hoofdstuk 5 de aanbevelingen en hoofdstuk 6 de conclusie van dit onderzoek.

Vanuit onze opleiding werd aangeraden om dit onderzoek in duo uit te voeren. De samenwerking is gedurende het gehele proces vlot verlopen. Vooraleer het onderzoek van start ging behandelden wij samen de ethische aanvraag. Aangezien het onderzoek van nul af aan moest opgestart worden hebben wij al het veldwerk op ons genomen. Dit veldwerk besloeg het rekruteren van participanten, het organiseren van focusgroep- en diepte-interviews, het transcriberen en tenslotte het coderen van de data. In verhouding tot het aantal uur uit te

voeren veldwerk hebben wij zowel samen als apart deze taken verdeeld. Met betrekking tot het uitschrijven van de masterproef hebben wij aan de meeste onderdelen samengewerkt. Indien een stukje alleen werd uitgeschreven, werd dit nadien steeds gecontroleerd door de andere student. De specifieke verdeling is terug te vinden in tabel 1.

Tabel 1: Taakverdeling masterproef

Onderdelen	Naam student
Woord vooraf	Michelle en Zoë
Inleiding	Michelle
Abstract	Michelle en Zoë
Literatuurstudie	Michelle en Zoë
Methoden	Michelle
Resultaten	Michelle (onderdeel vaste relatie) en Zoë
Discussie	Zoë
Conclusie	Michelle en Zoë

Wetenschappelijk artikel

Abstract (Nederlands)

Probleemstelling

Eerder onderzoek toonde aan dat gendernormen een invloed hebben op de seksuele gezondheid en het welzijn van jongvolwassenen. Wat deze invloed precies is, is nog niet voldoende bestudeerd bij jongvolwassenen (18 - 24 jaar) in België.

Doelstelling

Er wordt getracht een antwoord te vinden op wat de algemene seksuele scripts binnen een heteroseksuele relatie zijn en of deze verschillen voor mannen en vrouwen. Meer specifiek, wordt een antwoord gezocht op wat het standaard script is voor een vaste en losse relatie, wat de plaats van anticonceptie is binnen deze scripts en hoe gendernormen hierin aanwezig zijn.

Methode

Er werden vier focusgroepinterviews (twee gemengd, één x mannen, één x vrouwen) georganiseerd met telkens vijf tot zes jongvolwassenen (18 - 24 jaar). Daarnaast vonden er ook zes individuele diepte-interviews (drie mannen en drie vrouwen) plaats. Hierbij werd data verzameld aan de hand van narratief onderzoek. De opgenomen gesprekken werden nadien getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd in Nvivo 12 Pro.

Resultaten

Belangrijke verschillen tussen een vaste en losse relatie werden teruggevonden op vlak van initiatiefname, de plaats en het fysieke en emotionele aspect van seks. In beide scripts zijn nog steeds gendernormen aanwezig, zoals 'slutshaming'. Daarnaast is het gebruik van anticonceptie binnen de scripts vooral toegespitst op het voorkomen van zwangerschap.

Conclusie

Uit de interviews blijkt een verschil aanwezig tussen het vaste en losse script. Ook het belang van gendernormen binnen deze scripts valt niet te ontkennen. Daarom is het belangrijk deze te integreren in toekomstige interventies om seksueel risicogedrag te verminderen.

“Aantal woorden artikel: 9975”

“Aantal woorden literatuurstudie en onderzoeksvragen: 3481”

Abstract (Engels)

Problem

Previous research showed that gender norms have an impact on the sexual health and well-being of young adults. What this influence is, has not been sufficiently studied in young adults (18 - 24 years) in Belgium.

Aim

The main objective of this research is to find an answer to what the general sexual scripts are within a heterosexual relationship and whether these differ for men and women. More specifically, an answer is sought to what the standard script is for a fixed and loose relationship, what the place of contraception is within these scripts and how gender norms are present in this.

Method

Four focus group interviews (two mixed, one x men, one x women) were organized with five to six young adults (18-24 years). In addition, six individual in-depth interviews (three men and three women) took place. Data was collected based on narrative inquiry. The recorded conversations were subsequently transcribed, coded and analyzed in Nvivo 12 Pro.

Results

Important differences between a fixed and loose relationship were found in terms of initiative, the place and the physical and emotional aspect of sex. Both scripts still contain gender norms, such as 'slutshaming'. In addition, the use of contraception within the scripts focuses primarily on preventing pregnancy.

Conclusion

The interviews show a difference between the fixed and loose script. The importance of gender norms within these scripts is also undeniable. That is why it is important to integrate gender norms into future interventions to reduce sexual risk behavior.

Literatuurstudie

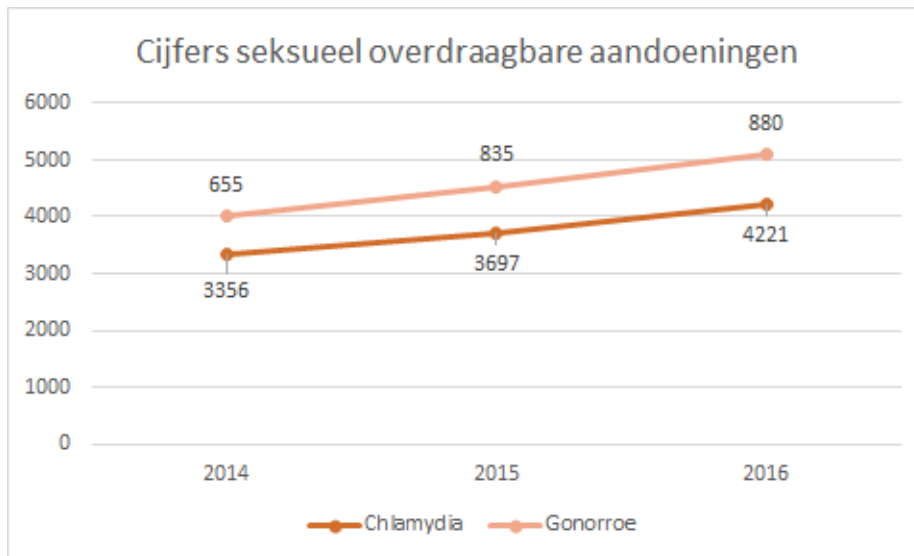
In deze literatuurstudie wordt onderzocht hoe gendernormen gerelateerd zijn aan de seksuele en reproductieve gezondheid van jongvolwassenen (18 - 24 jaar). Daarom is het belangrijk om inzicht te krijgen in volgende concepten: de seksuele gezondheid van jongvolwassenen in België, het concept gender en seksuele scripts die gehanteerd worden door jongvolwassenen. Hoe deze concepten zich verhouden tot elkaar wordt hieronder verduidelijkt.

1. Seksuele gezondheid

De *World Association of Sexual Health (WAS)* (2014) beschrijft in hun herziene versie van seksuele rechten het belang van het hanteren van een holistische visie omtrent seksuele gezondheid. Seksuele gezondheid staat volgens de WAS voor het psychisch, emotioneel, mentaal en sociaal welbevinden met betrekking tot seksualiteit. Seksuele gezondheid moet breder benaderd worden dan enkel de afwezigheid van een ziekte, disfunctie of handicap. Het vereist een positieve benadering van seksualiteit en seksuele relaties zodat de mogelijkheid bestaat om aangename seksuele ervaringen te hebben zonder dwang, discriminatie of geweld. Seksuele gezondheid omvat volgens de WAS: seksueel gedrag, seksuele oriëntatie, genderidentiteit en genderrollen, erotiek, plezier, enzovoort. Daarnaast is er reeds heel wat onderzoek dat een correlatie tussen stereotype gendernormen en seksueel onveilig gedrag aantoonst (Moreau et al., 2019; Doyal, 2000; Connell, 2012; Pleck, Sonenstein, & Ku, 1994; Courtenay, 2000; Tolman, Striepe, & Harmon, 2003). Wereldwijd wordt er onderzoek verricht naar de seksuele gezondheid van personen, zo ook in België. Hieronder enkele cijfers.

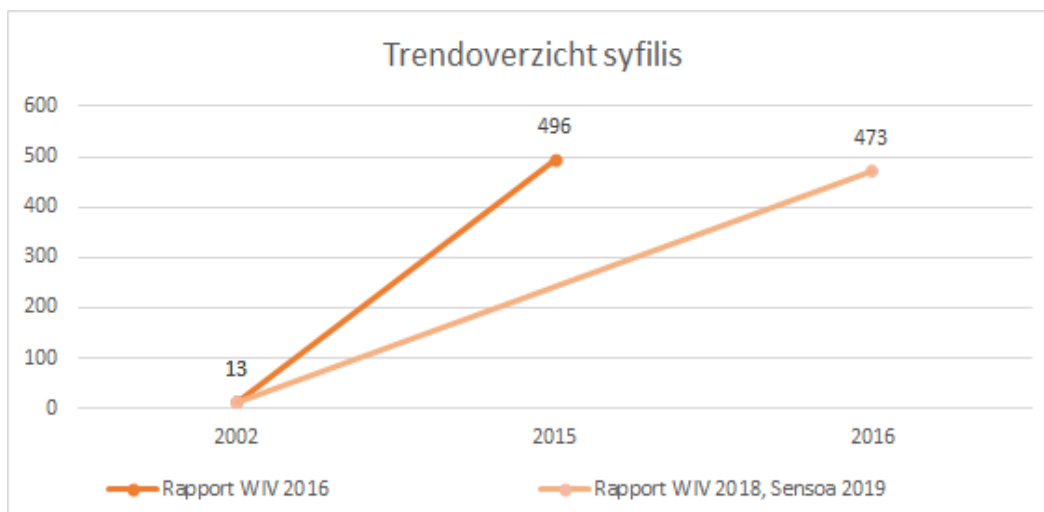
1.1. Seksueel overdraagbare aandoeningen

Onderzoek in België toont aan dat seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) van jongvolwassenen blijven stijgen. De meest voorkomende soa's in Vlaanderen zijn chlamydia, gonorrhoe en syfilis. Zoals in figuur 1 duidelijk wordt, kennen chlamydia en gonorrhoe een stijgende tendens door de jaren heen. Voor chlamydia slaan de cijfers op zowel mannen als vrouwen (20 - 24 jaar) terwijl bij gonorrhoe het vooral jonge mannen (20 - 39 jaar) zijn. Opmerkelijk is dat sinds 2012 gonorrhoe ook een stijging kent bij vrouwen (20 - 29 jaar) (Sensoa, 2019d; WIV, 2016; WIV, 2018). Een recent onderzoek van de Christelijke mutualiteit (CM) vertoont een stijging van 63% van 2002 tot 2015 naar de vraag van testen op chlamydia, dit zowel bij mannen als vrouwen (18 - 25 jaar) (CM, 2018).



Figuur 1: Cijfers chlamydia en gonorrhoe van 2014, 2015 en 2016 (Sensoa, 2019d; WIV, 2016; WIV, 2018)

Wat betreft de cijfers van syfilis is er ook een uitgesproken stijging merkbaar in Vlaanderen, zie figuur 2. Sinds 2015 wordt echter een andere definiëring gehanteerd waardoor de cijfers moeilijk vergeleken kunnen worden (Sensoa, 2019d; WIV, 2016; WIV, 2018).

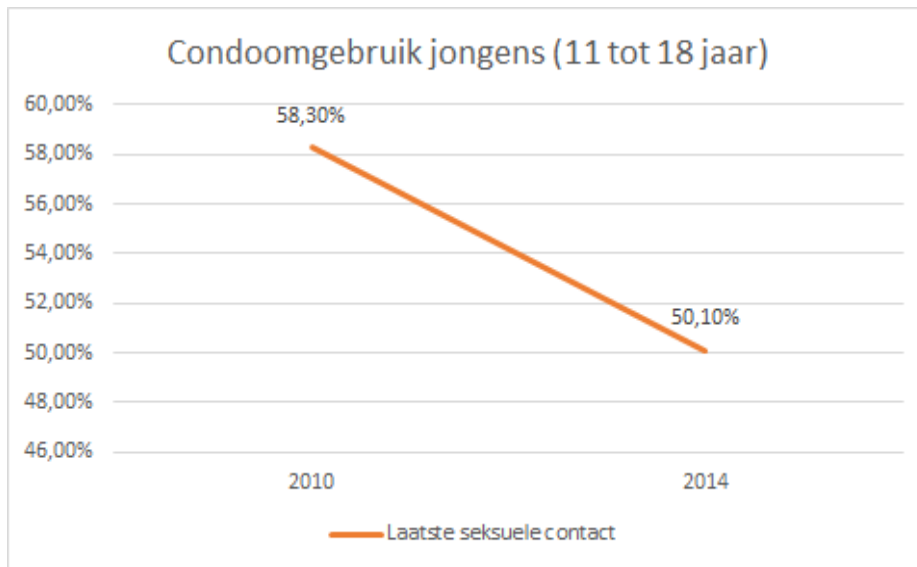


Figuur 2: Trendoverzicht syfilis van 2002 tot 2015 en 2016 (Sensoa, 2019d; WIV, 2016; WIV, 2018)

Volgens de *World Health Organization* (WHO) hebben soa's zowel op korte als lange termijn effecten op het individu. Dit op financieel, psychologisch en sociaal vlak alsook op de algemene gezondheid, fertiliteit en seksualiteit. Soa's kunnen voorkomen worden door correct condoomgebruik en het uitstellen van het seksueel debuut (WHO, 2017b).

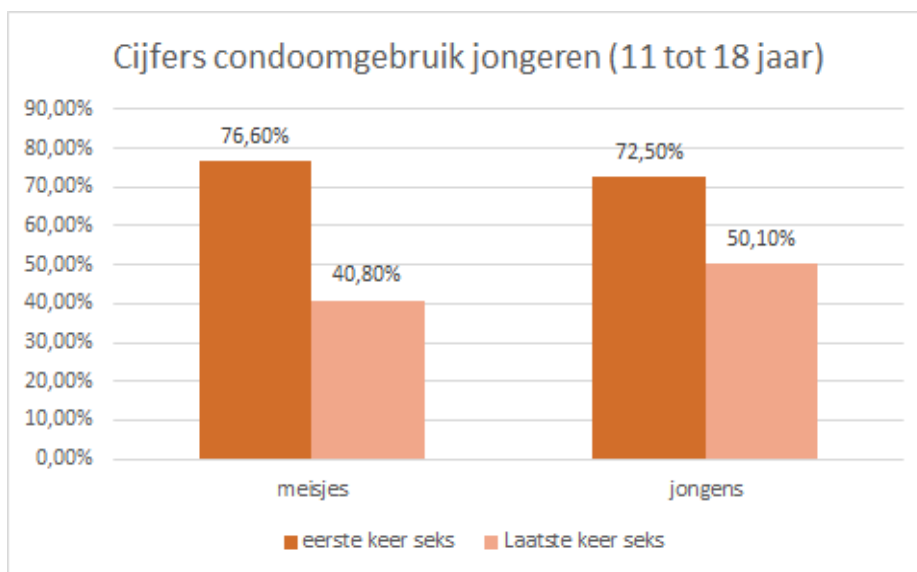
1.2. Anticonceptie

Wat betreft het gebruik van condooms bij jongeren (11 - 18 jaar) in België blijft het condoomgebruik bij het eerste seksuele contact in 2014 stabiel ten opzichte van een vorige meting in 2010. Onderling bij de jongens is er een significante daling waarneembaar wat betreft condoomgebruik bij het laatste seksueel contact. Bij de meisjes is deze tendens niet merkbaar (Zorg en gezondheid, 2014).



Figuur 3: Tendens condoomgebruik jongens (11 tot 18 jaar) bij laatste seksueel contact (Zorg en gezondheid, 2014)

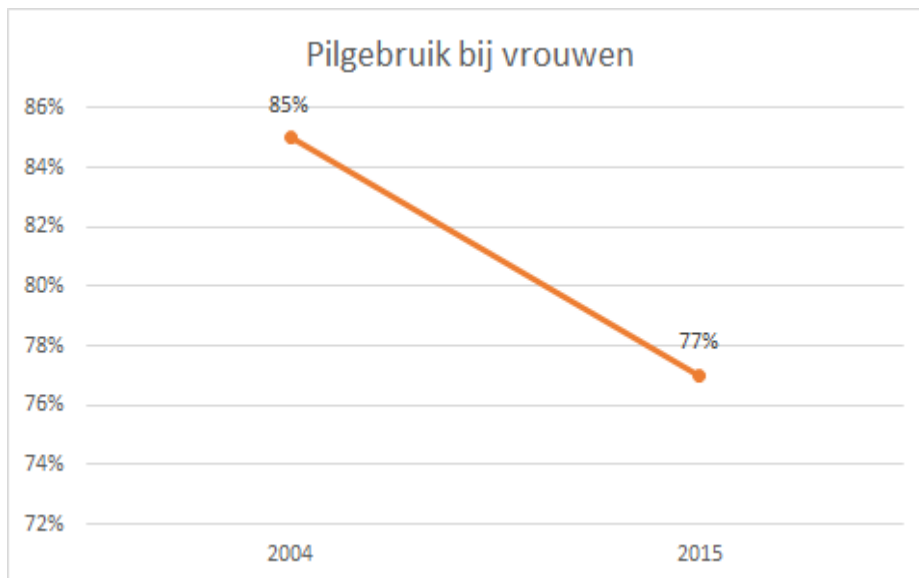
Kijkend naar 'de laatste keer seks' is er een significant verschil zichtbaar tussen jongens en meisjes zoals duidelijk wordt in figuur 4. Jongens gebruiken namelijk meer condooms tijdens hun laatste seksueel contact ten opzichte van meisjes (Zorg en gezondheid, 2014).



Figuur 4: Cijfers condoomgebruik van 2014 bij jongeren van 11 tot 18 jaar (Zorg en gezondheid, 2014)

Uit de Sexpertstudie van 2013 blijkt dat de jongste leeftijdscategorie (18 - 29 jaar) van de respondenten meer gebruik maakte van een condoom tijdens hun laatste seksueel contact dan oudere respondenten, namelijk 18%. In deze jongste leeftijdscategorie werd een significant verschil naargelang geslacht opgemerkt, zo gebruiken mannen vaker een condoom dan vrouwen (Buisse et al., 2013).

Wat betreft het pilgebruik bij vrouwen, blijkt uit onderzoek dat er een dalende tendens is, zoals wordt aangegeven in figuur 5. Dit ten voordele van langdurige anticonceptie zoals een spiraaltje of een hormonaal implantaat. Het is duidelijk dat de pil nog steeds de voorkeur geniet bij vele vrouwen (vooral jongeren) maar ook andere vormen kennen hun opmars (Buisse et al., 2013 ; Sensoa, 2019a).



Figuur 5: Pilgebruik bij vrouwen (Sensoa, 2019a)

Zoals reeds werd aangegeven hierboven, wordt er wereldwijd onderzoek gevoerd naar de seksuele gezondheid van mensen. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat er demografische verschillen in anticonceptiegebruik kunnen teruggevonden worden. Zo is de pil en het condoom het meest gebruikte anticonceptiemiddel omdat andere vormen nauwelijks voorkomen. Leeftijd en herkomst spelen ook een rol. Er zijn ook niet-demografische verschillen van belang, namelijk betrokkenheid van de ouders, communicatie omtrent seks met ouders, geanticipeerde spijt, kennis, bespreekbaarheid anticonceptie met partner, enzovoort (De Graaf et al., 2005; De Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012; Picavet, 2012).

1.3. Seksueel welzijn

Seksueel welzijn is een onderdeel van de seksuele gezondheid en staat voor het kunnen hebben van seksuele ervaringen zonder dwang, discriminatie of geweld. Plezier is ook onderdeel van de seksuele gezondheid. Seksueel plezier houdt onder andere seksueel verlangen, intimiteit delen alsook opwinding dat kan leiden tot een orgasme tijdens de seks (Zanzu, 2018). Uit de cijfers van Sensoa (2019b) blijkt dat Vlaamse mannen gemiddeld een score van 3,6 op 5 geven over de tevredenheid over hun seksleven en Vlaamse vrouwen een gemiddelde score van 3,5 op 5.

Seksuele ervaringen vinden niet altijd zonder geweld of dwang plaats. Eén op vier vrouwen krijgen tijdens hun leven te maken met intiem partnergeweld (WHO, 2017a). *The United Nations* definiëren geweld tegen vrouwen of mannen als volgt: *“Elke vorm van gendergerelateerd geweld dat resulteert in, of waarschijnlijk resulteert in, fysieke, seksuele of mentale schade of lijden van de vrouw/man, inclusief dreigementen van zulke daden, dwang of willekeurige vrijheidsbelemmering, en dit zowel in de openbare als privé-sfeer”* (WHO, 2019a). De meest gebruikte invalshoek omtrent seksueel geweld is dat de man het geweld pleegt op de vrouw. Dit omdat in het algemeen vrouwen meer geconfronteerd worden met seksueel geweld dan mannen. Dit wil echter niet zeggen dat mannen en jongens geen seksueel geweld kunnen ervaren (WHO, 2014). Het onderzoek van Krahé et al. (2015) staft deze bevindingen. Hieruit blijkt dat slechts 10,1% van de Belgische mannen seksueel geweld heeft ervaren ten opzichte van 20,4% van de vrouwen. Cijfers uit Vlaanderen tonen aan dat 16,6% van de ondervraagden seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren voor de leeftijd van 18 jaar, waaronder één op vijf van de meisjes en één op tien van de jongens. Slechts 8,1% maakte seksueel grensoverschrijdend gedrag mee na het 18^e levensjaar (13,8% van de vrouwen en 2,4% van de mannen) (Buysse et al., 2013; Sensoa, 2019c). Uit Europees onderzoek blijkt dat 24% van de vrouwen die op het moment van ondervraging getrouwd waren, samenwonend, of een relatie hadden, fysiek en/of seksueel geweld hebben ervaren van hun partner of ex-partner (European Union Agency for fundamental rights, 2015). Seksueel geweld heeft gevolgen op de mentale, fysieke, seksuele en reproductieve gezondheid (WHO, 2019a).

2. Gender

Om na te gaan hoe gender gerelateerd is aan de seksuele gezondheid en hoe gendernormen vervat zitten in seksuele scripts is het belangrijk om een zicht te krijgen op wat gender precies inhoudt. Gender duidt op de sociaal geconstrueerde karakterisering van mannen en vrouwen

en is cultureel bepaald. Vanaf de geboorte worden individuen normen en gedragingen aangeleerd. Deze omvatten alle economische, sociale en politieke rollen, verantwoordelijkheden, rechten en gedragingen geassocieerd met het man- of vrouw-zijn (Vandamme & Van Bauwel, 2012; Killerman, 2013, Doggett, Krishna & Robles, 2016; WHO, 2018).

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen gender en sekse (toegewezen bij de geboorte). In tegenstelling tot gender is sekse geen cultureel bepaald begrip maar een term die alle lichamelijke en biologische kenmerken omvat (Doggett, Krishna & Robles, 2016).

Sinds een aantal jaar is er steeds meer aandacht voor de invloed van gendernormen op seksualiteit. Gendernormen zijn sociale normen, informele regels waaraan leden van een gemeenschap zich houden en die de gemeenschap ook versterken. Zij zijn een belangrijke sociale determinant voor de gezondheid en het welzijn van de mens (Saewyc, 2017). Gendernormen worden impliciet of expliciet doorgegeven door individuen die deel uitmaken van een bepaalde maatschappij. Het volgen van gendernormen zorgt ervoor dat individuen gunstiger geëvalueerd, geaccepteerd en ondersteund worden door anderen. Jongvolwassenen die zich anders gedragen en afwijken van gendernormen of genderstereotypen, worden vaak bestraft door de maatschappij. Discriminatie op basis van gendernormen wordt ook genderisme genoemd. Bovendien kan het naleven van gendernormen kosten voor het individu omvatten. Door het gevoel van eigenwaarde te veel te baseren op externe bronnen, bijvoorbeeld de goedkeuring van anderen, kan dit gevolgen meedragen voor het psychisch welzijn (Carver, Yunger & Perry, 2003; Egan & Perry, 2001; Sanchez & Crocker, 2005; Transgender infopunt, 2019a).

Onze samenleving is dus doordrongen met gendernormen. Als opvolging op *the Genderbread Person* ontworpen door Sam Killerman (2013), heeft de organisatie *Trans Student Educational Resources* (TSER) *the Gender Unicorn* ontwikkeld, die op een toegankelijke manier het gender spectrum voorstelt. De eenhoorn bevat significante veranderingen ten opzichte van *the Genderbread Person* om het onderscheid tussen gender, sekse (toegewezen bij de geboorte) en seksualiteit nauwkeuriger te beschrijven. Zo vindt TSER dat sekse niet exclusief bepaald wordt door de genitaliën. *The Gender unicorn* bevat verschillende onderdelen van gender, zoals genderidentiteit, sekse, fysieke en emotionele aantrekkingskracht en tot slot genderexpressie. Aangezien andere onderdelen niet aan bod komen in deze thesis, wordt enkel genderexpressie verduidelijkt (TSER, 2019).

Genderexpressie omvat alles wat we overbrengen naar anderen: kledij, haarstijl, acties, lichaamstaal, de rol die een individu opneemt in het dagelijkse leven. Genderrollen zijn één van de oudste en meest gedefinieerde rollen. Een genderrol is een positie in de maatschappij die bepaalde gedragingen, verantwoordelijkheden en kenmerken met zich meebrengt. Het beschrijft hoe mannen en vrouwen zich in een bepaalde groep binnen een samenleving moeten gedragen. Net zoals gendernormen veranderen deze rollen voortdurend binnen een gemeenschap (Doggett, Krishna & Robles, 2016; Vandamme & Van Bauwel, 2012; Killerman, 2013; Transgender infopunt, 2019b).

3. Gender en de seksuele gezondheid van jongvolwassenen

Uit onderzoek blijkt dat gender een invloed heeft op de seksuele gezondheid en het welzijn van jongvolwassenen.

3.1. Onderzoek wereldwijd

Gender-theoretici Miller en Gilligan toonden aan dat seks binnen de vrouwelijke en mannelijke cultuur anders waargenomen en gewaardeerd wordt. Zo wordt seks door vrouwen eerder in verband gebracht met relaties. Daaropvolgend is seksuele betrokkenheid belangrijker voor vrouwen dan voor mannen (Gilligan, 1982; Miller, 1986). Dit wordt bekrachtigd door een onderzoek van Carroll, Volk en Hyde (1985) waaruit blijkt dat 95% van de vrouwelijke universiteitsstudenten een emotionele band noodzakelijk vindt alvorens seks te hebben. Slechts 40% van de mannen deelt dit standpunt. Uit dit onderzoek blijkt ook dat een gebrek aan liefde en toewijding de voornaamste reden is waarom vrouwen seks zouden weigeren. Het onderzoek van Whitley (1988) staaft vorige bevindingen. Bovendien komt de motivatie van vrouwen om seks te hebben meestal voort uit emotionele gevoelens als expressie van hun liefde terwijl mannen seks eerder bekijken als een bron van plezier. Uit een kwalitatief onderzoek van Shoveller, Johnson, Langille & Mitchell (2004) bleek dat jonge vrouwen, vooral diegenen met een lagere sociale status, met een seksuele reputatie door anderen in het onderzoek als 'sletten' of als 'gemakkelijk' worden bestempeld. Bovendien associeerden jonge vrouwen net zo snel als jonge mannen vrouwelijke promiscuïteit met opvattingen zoals 'sletten' en mannelijke promiscuïteit met uitspraken zoals 'jongens blijven jongens'.

Uit een onderzoek van Sanchez, Crocker, & Boike (2005) bij studenten is gebleken dat wanneer individuen stereotype gendernormen hebben dit het seksueel plezier negatief zal beïnvloeden. Deze relatie wordt gemedieerd door de neiging om het gevoel van eigenwaarde te baseren op de goedkeuring van anderen, en zo de seksuele autonomie te ondermijnen.

Daarnaast verklaren een behoorlijk aantal onderzoekers dat seksuele interactie een van de meest beïnvloedde sferen is waar mannen en vrouwen druk voelen op het waarmaken van genderrollen (Coward, 1985; Rohlinger, 2002).

Uit verschillende onderzoeken bleek dat het naleven van traditionele gendernormen gerelateerd is aan de seksuele gezondheid. Deze zouden invloed hebben op soa's, onbedoelde zwangerschappen en seksueel geweld (Schalet et al., 2014). Zo zou de conservatieve gendernorm waarbij de man als superieur wordt gezien er toe leiden dat mannen veelal geen condoom gebruiken. Vermits zij door het gebruiken van een condoom als minder mannelijk worden aanzien (Shai, Jewkes, Nduna, & Dunkle, 2012). Ook kunnen traditionele gendernormen onterecht laten uitschijnen dat mannen altijd naar seks verlangen en nooit seks, zelf risicovolle seks, mogen weigeren (Bowleg, Belgrave, & Reisen, 2000; Schalet et al., 2014). Over het algemeen blijkt dat mannen die zich meer vasthouden aan traditionele gendernormen meer risico lopen dan andere (Schalet et al., 2014).

Daarnaast worden traditionele gendernormen in verband gebracht met een lagere zelf-effectiviteit van vrouwen om te communiceren over onderwerpen met betrekking tot veiligere seks. Bijvoorbeeld, weigeren van ongewenste seks, of uitnodigen tot condoomgebruik (Bui et al., 2010; Impett, Schooler, & Tolman, 2006; Pettifor, MacPhail, Anderson, & Maman, 2012). Deze laatste bevinding wordt echter tegengesproken door het onderzoek van Broaddus, Moriss & Bryan (2010) uitgevoerd in de Verenigde Staten. Uit dit onderzoek bleek dat er geen verschil bestaat tussen een man of een vrouw op het gebied van het uitnodigen tot condoomgebruik. In 2007, bleek uit een Zweedse studie met 18- tot 24- jarigen dat meisjes zich gemakkelijker op HIV laten testen. Dit mede doordat er van hen verwacht wordt dat zij meer zelfzorg hebben dan jongens. Jongens schamen zich eerder om zich te laten testen (Christianson, Lalos, & Johansson, 2007). Om af te sluiten linken klassieke gendernormen mannelijkheid vaak met een hoger libido, eerste verwijzing naar seks (initiatie) en gebrek aan emotioneel engagement. Daarnaast brengen zij vrouwelijkheid in verband met seksuele passiviteit, seksuele terughoudendheid en emotionele overbetrokkenheid (Allen, 2003; Bay-Cheng, 2003; Schalet et al., 2014).

4. Seksuele scripts

Deze gendernormen en -rollen zijn op hun beurt vervat in seksuele scripts.

4.1. Theorie

Simon & Gagnon (1986) zijn de grondleggers van seksuele scripts. Zij definiëren seksuele scripts als: “*cognitieve representaties van de regels omtrent seks*”. Cognitieve representaties zijn eigen ervaringen in verband met seksuele interacties of ervaringen van iemand anders die je jezelf eigen hebt gemaakt. Typische elementen zoals eigen verwachtingen omtrent het gedrag van je seksuele partner alsook normatieve opvattingen over de sociaal aanvaardbaarheid van bepaald seksueel gedrag maken hier ook deel van uit.

Deze seksuele scripts maken op hun beurt onderdeel uit van culturele normen over seksualiteit en zijn een weergave van algemeen aanvaarde genderstereotypen en verwachtingen (Krahé, Bieneck & Scheinberger-Olwig, 2007). Bestaande seksuele scripts zoals deze van dating en een casual relatie zijn dus cognitieve schema's die beschrijven en voorschrijven hoe iemand zich moet gedragen in die bepaalde situatie (Masters, Casey, Wells, & Morrison, 2013). Deze seksuele scripts kunnen nog eens opgesplitst worden in twee soorten, namelijk individuele scripts en algemene scripts. De individuele scripts staan voor persoonlijke belangen terwijl algemene scripts meer uitgaan van stereotype opvattingen (Demorest, 1995; Krahé, Bieneck & Scheinberger-Olwig, 2007).

Uit Amerikaans onderzoek van Masters, Casey, Wells, & Morrison (2013) bij jongvolwassenen (18 - 25 jaar) blijkt dat de respondenten op drie manieren kunnen omgaan met de cultureel heersende gendernormen binnen seksuele scripts. *Conforming* staat voor het grotendeels overeenkomen van de individuele scripts met de cultureel algemeen heersende scripts omtrent seksualiteit. Deze groep wordt vooral vertegenwoordigd door mannen al is het verschil met vrouwen niet groot. *Exception-finding* is de tweede manier en bestaat voornamelijk uit vrouwen. Deze groep staat voor mensen die uitzonderingen voor zichzelf maken binnen hun seksuele relaties zonder conflict tussen de tegenstellingen van het individuele script en het algemene script. De algemene culturele scripts blijven dus wel bestaan maar er is ruimte voor kleine seksuele vrijheid. Vrouwen in deze groep, indien ze openlijk uitkomen voor hun afwijkende scripts, lopen risico op genderspecifieke kritiek zoals slet, hoer, enzovoort. De laatste manier is *transforming* en dit staat voor een conflict tussen het individuele script en het algemene script omtrent seksualiteit. Er wordt getracht het algemene script te veranderen op een expliciete of impliciete manier. In veel gevallen gebeurt dit om de ontevredenheid eigen

aan het algemene script te verminderen ten voordele van de seksuele autonomie van de vrouw en het seksueel welzijn van zowel mannen als vrouwen.

4.2. Onderzoek wereldwijd

Littleton en Axsom (2003) hebben deze stereotype seksuele scripts op hun beurt onderzocht bij universiteitsstudenten. Hieruit bleek dat als mannen met meerdere vrouwen op korte tijd seks hebben, dit wordt gezien als een positieve daad. Als een vrouw dit doet, wordt dit gedrag helemaal niet als positief beschouwt. Integendeel, het doet afbreuk aan de waardigheid van de vrouw. Dit is een voorbeeld van hoe gendernormen verweven zijn met seksuele scripts. Mannen en vrouwen doen vooral beroep op seksuele scripts indien het het eerste seksuele contact is met een nieuwe partner omdat ze niet kunnen terugvallen op eerdere ervaringen (Eaton & Rose, 2011; Eaton, Rose, Interligi, Fernandez, & McHugh, 2016). Onderzoek wijst dus uit dat ondanks de sociale context van seksuele relaties overheen de tijd verandert, gendernormen binnen seksuele scripts aanwezig blijven (Eaton, Rose, Interligi, Fernandez, & McHugh, 2016).

De hedendaagse norm die gehanteerd wordt is dat losse relaties en casual seks een vaste standaard zijn in seksuele scripts (Bogle, 2008; Garcia, Reiber, Massey, & Merriwether, 2012; Wade, 2017). Hierbij staat casual seks voor een vorm van seksueel contact waarbij je seksuele vrijheid hebt, plezierig is, status verbetering en zonder emotionele verbondenheid. Tijdens zo'n casual seksuele interactie wordt er voornamelijk gebruik gemaakt van non-verbale communicatie (Timmermans & Van den Bulck, 2018). Casual seks zorgt voor een verhoogt risico op negatieve mentale gevolgen en het oplopen van soa's (Heldman & Wade, 2010; Bersamin et al., 2014).

Binnen traditionele seksuele scripts zijn er culturele gendernormen en -rollen verweven, namelijk vrouwen worden een passieve houding toegeschreven en dit zowel voor het dating-script, 'hook-up' - script en 'hanging out' – script. Vrouwen worden door deze scripts aangemoedigd het plezier van de man centraal te plaatsen in hun intieme en seksuele ervaringen en het introduceren van een condoom over te laten aan de man. De mannen daarentegen zijn volgens de traditionele scripts 'de doeners' en 'de wetters' als het gaat over seks. In deze scripts zit ook het beeld dat mannen deelnemen aan alle seksuele activiteiten die er op hun pad komen ook als er risico's aan verbonden zijn. Enkele voorbeelden van stereotype gedragingen die aan de man worden toegeschreven zijn de vrouw mee uit vragen, betalen, de vrouw ophalen voor de date, een nieuwe date voorstellen (Dworkin, Beckford, &

Ehrhardt, 2007; Masters, Casey, Wells, & Morrison, 2013; Eaton, Rose, Interligi, Fernandez, & McHugh, 2016). Volgens het onderzoek van Eaton, Rose, Interligi, Fernandez, & McHugh (2016) kan deze lijn echter niet doorgetrokken worden naar het script van een casual afspraakje. Hierbij blijkt dat mannen zichzelf wel zien als de initiatiefnemer maar blanke vrouwen geven aan dat de initiatiefname gelijk verdeeld is. Bij dit laatste script is er dus sprake van een genderverschil in perceptie van controle tijdens zo'n intieme of seksuele situatie. Verder blijkt uit dit onderzoek dat het dating - script kan gezien worden als de basis voor andere scripts plus enkele gedragingen eigen aan het script zelf. Bijvoorbeeld enkel in het 'hook-up' - script komt frequent alcohol drinken en seks aan bod waardoor de bevindingen in de literatuur worden bevestigd dat alcohol geassocieerd kan worden met het hebben van casual seks. Desalniettemin is er weinig empirisch onderzoek dat bevestigt dat seksuele scripts veranderd kunnen worden overheen de tijd (Dworkin, Beckford, & Ehrhardt, 2007). Ook is er in de literatuur weinig tot geen relevante onderzoeken te vinden omtrent seksuele scripts bij jongvolwassenen (18 - 24 jaar) in België.

5. Probleemstelling

Ondanks het bestaan van interventies om seksueel risicogedrag te verminderen, blijft het moeilijk om gedragsverandering te verkrijgen om zo het aantal soa's te laten dalen (WHO, 2019b). De cijfers omtrent soa's en condoomgebruik die hierboven vermeld worden bevestigen dit. Uit onderzoek, zoals hierboven aangehaald wordt, is gebleken dat gendernormen een rol spelen bij deze seksuele gezondheid van jongvolwassenen. Ook zijn deze gendernormen verweven in de seksuele scripts die gehanteerd worden door jongvolwassenen (Littleton & Axsom, 2003; Eaton & Rose, 2011; Eaton, Rose, Interligi, Fernandez, & McHugh, 2016). Deze seksuele scripts kunnen op hun beurt bijdragen tot risicovol gedrag dat leidt tot het oplopen van soa's en negatieve mentale gevolgen (Heldman & Wade, 2010 ; Bersamin et al., 2014). In België is er echter niet voldoende onderzoek bij jongvolwassenen (18 - 24 jaar) voorhanden omtrent dit thema.

Als hoofddoelstelling wordt er getracht een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag 'Wat zijn de algemene seksuele scripts binnen een heteroseksuele relatie en zijn deze verschillend voor mannen en vrouwen?'. Meer specifiek, wordt een antwoord nagestreefd op onderstaande deelonderzoeksvragen:

1. Wat is het standaard script voor een vaste en losse relatie?
2. Wat is de plaats van anticonceptie en condoomgebruik in de seksuele scripts van jongvolwassenen?
3. Hoe zijn gendernormen aanwezig binnen seksuele scripts?

Methode

1. Design

Er werd gekozen voor een prospectief kwalitatief onderzoek. Om toegang te krijgen tot de gevoelens, gedachten en ervaringen van jongvolwassenen werd binnen de kwalitatieve methoden geopteerd voor een narratief onderzoek (Holloway & Wheeler, 2014). Dit is een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt om participanten aan te moedigen hun ervaringen en meningen aan de hand van een verhaal te delen. Narratief onderzoek geeft de onderzoekers inzicht in het onderzoeksthema vanuit het perspectief van de participanten (Jovchelovitch & Bauer, 2000).

2. Steekproef

Er werd een steekproef van 24 participanten vooropgesteld met leeftijdscategorie 18 tot 24 jaar als inclusiecriteria. Deze afbakening is er aangezien op deze leeftijd de meeste soa's gediagnosticeerd worden. Daarnaast was het beheersen van de Nederlandse taal ook een vereiste. De participanten werden vanaf november 2018 in een eerste fase gerekruteerd via een oproep op Facebook. Daarnaast werden ook verscheidene affiches uitgehangen en flyers verspreid in verschillende gebouwen van de Universiteit Gent. Door de lage respons werd in een tweede fase besloten ook andere scholen in Gent, Aalst en Avelgem te contacteren (*convenience sampling*). In een derde fase werden participanten gerekruteerd door middel van verwijzingen van bestaande contacten (*snowball sampling*). Deze aanpak leverde ons uiteindelijk een totaal van 12 vrouwelijke en 11 mannelijke participanten op. Aanvankelijk werd vooropgesteld het volledige bereik van leeftijden (18 – 24 jaar) te includeren. Na de rekrutering bleek vooral de oudere leeftijdscategorie vertegenwoordigd.

3. Datacollectie

In de periode van januari tot april 2019 werden alle interviews afgenomen. Er werden zowel diepte-interviews als focusgroepgesprekken gevoerd. Alle interviews vonden plaats in het International Centre for Reproductive Health (ICRH) te Gent of op een andere veilige en rustige plaats zoals een jeugdhuis (buiten de openingsuren). Beide instellingen garandeerden maximale privacy en kwamen tegemoet aan het comfort niveau van zowel de participanten als de interviewers.

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen werd een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt. Er werden vier focusgroepterviews (twee x gemengde groep,

één x mannen, één x vrouwen) en zes diepte-interviews (drie x mannen, drie x vrouwen) uitgevoerd. Dit aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst en gebruikmakend van narratief onderzoek.

De focusgroepgesprekken werden op een semi-gestructureerde wijze gevoerd waarvoor vooraf een *interviewguide* werd opgesteld (bijlage 1). Hieraan participeerden telkens vijf tot zes jongvolwassenen. Er werd gekozen voor focusgroepgesprekken aangezien deze interactie tussen de participanten stimuleren. Tijdens het focusgroepgesprek werd aan de participanten gevraagd om twee scripts op te bouwen. Enerzijds een script dat uitmondde in een vaste relatie en anderzijds een script dat resulteerde in een losse relatie. In tegenstelling tot de meeste interviews werd er geen vraag-antwoordschema gebruikt maar een verhaalschema. Indien nodig werden er bijkomende open vragen gesteld. De participanten dienden deze te beantwoorden om zo een volledig verhaal te bekomen. De methode stimuleert participanten een situatie te schetsen zoals zij het zien, in hun eigen taal. Elk focusgroepgesprek duurde minstens één uur en werd telkens in het Nederlands uitgevoerd. In het totaal werden er vier focusgroepgesprekken gehouden.

Daarnaast werden er ook diepte-interviews gehouden. Hierbij werd er gewerkt met dezelfde twee scripts die gehanteerd werden bij de focusgroepinterviews. Echter lag hier de focus op persoonlijke ervaringen met betrekking tot de twee scripts terwijl het tijdens de focusgroepinterviews meer over algemene ervaringen ging. Bij de diepte-interviews was er ruimte om dieper in te gaan op wat de participant aanbracht. De duur van de zes diepte-interviews varieerde tussen 30 minuten en één uur. De vragen die werden gesteld tijdens de focusgroep – en diepte-interviews kunnen worden geraadpleegd in de *interviewguide*. Deze *interviewguide* werd gebaseerd op de *interviewguide* van Krahé, Bieneck & Scheinberger-Olwig (2007). Door de data die verkregen werd uit de interviews, werd datasaturatie bereikt (O'Reilly & Parker, 2012).

4. Data- analyse

Alle interviews werden opgenomen met een geluidsrecorder, waarna deze meermaals beluisterd werden. De geluidsopnames werden letterlijk getranscribeerd en transcripties werden gecontroleerd op juistheid. Veldnotities bevatten beschrijvingen van lichaamstaal en andere contextuele kenmerken en zijn opgenomen in de analyse. De software Nvivo 12 Pro werd gebruikt om de gegevenscoderingen te beheren. De gehanteerde methode bij het analyseren van de data wordt gekenmerkt door een iteratief proces. In een eerste fase werden

er zeven vaste codes opgesteld, gelinkt aan relevante thema's met betrekking tot de onderzoeksvragen. Het eerste focusgroepinterview werd door de twee onderzoeksters apart gecodeerd. Vervolgens werd dit focusgroepinterview samen overlopen om te kijken of er nog andere codes van toepassing waren. In een tweede fase werden dezes codes verder gespecificeerd naar geslacht, script en tijdsmoment in het script. Gedurende het proces werd een continue vergelijking gemaakt tussen de verschillende data overheen de focusgroepgesprekken en diepte - interviews. Hierbij werd gezocht naar verschillen en gelijkenissen binnen de twee scripts om zo algemene resultaten te bekomen (Strauss & Corbin, 1998). In een laatste fase van de analyse werd er aandacht besteed aan de manier waarop de ervaring van jongeren een afspiegeling waren van eerdere bevindingen uit de theoretische en empirische literatuur. Bij het analyseren werd er aandacht besteed aan de manier waarop de verhalen van jongeren beïnvloed werden door het geslacht en het soort script. Tijdens bovenstaand onderzoeksproces werd door beide onderzoekers reflexiviteit gegarandeerd door kritisch te reflecteren over het onderzoeksproces.

5. Ethische overwegingen

Het onderzoek werd goedgekeurd door het Centraal Ethisch Comité van het Gents Universitair Ziekenhuis. Alle participanten gaven mondelinge en schriftelijke toestemming na het ontvangen van het *informed consent*. Na afloop van de dataverzameling werd er gewerkt met de verloting van een minimale beloning (bioscooptickets) onder de participanten. De geluidsopnames werden na het transcriberen gewist. Tenslotte werd alle data op een gepseudonimiseerde manier verwerkt door de twee onderzoeksters.

Resultaten

In dit onderdeel worden de bekomen resultaten besproken die relevant zijn voor de vooropgestelde onderzoeksvragen. De resultaten worden besproken per thema om daarna bediscussieerd te worden per onderzoeksvraag in het onderdeel discussie.

1. Algemeen script vaste relatie

Gedurende het behandelen van het vaste relatie script kwam vooral naar voor dat de avond van start gaat op een plaats, café of restaurant, waarbij de mogelijkheid bestaat om een conversatie te voeren. Hierbij werd expliciet door zowel mannelijke als vrouwelijke participanten aangehaald dat personen die de avond samen doorbrengen reeds vertrouwd waren met elkaar. Dit hetzij door vorige dates, ofwel door een eerdere vriendschap.

“Man: Als je een vaste relatie op het oog hebt dan ga je die sowieso al kennen.”

“Vrouw: ... ik zou eerder de avond doorbrengen met iemand die ik al een tijdje ken.”

Volgens de vrouwelijk participanten ligt het initiatief tot verwijzing naar de mogelijkheid tot seks eerder in de handen van de man.

“Vrouw: Dan vraagt de man misschien om mee naar huis te gaan.”

“Vrouw: Ik denk dat de jongens daar meer het initiatief in nemen, echt zo naar het samen slapen.”

Bij uitzondering werd door één vrouwelijke participant aangehaald dat dit ook persoonsgebonden kan zijn. Mannelijke participanten daarentegen vinden dat dit niet langer afhankelijk is van het geslacht, maar eerder situatie-afhankelijk en persoonsgebonden.

“Man: Ik denk dat er snel vanuit wordt gegaan dat de man dat doet maar euh ja ik vind euh dat dat gewoon de meeste dominante persoon van de twee kan zijn die dan durft de stap te zetten.”

“Man: Ik denk dat dat bij beiden kan zijn. Dat is vorige keer ook gezegd geweest dat diejen tijd echt voorbij is, nog niet helemaal maar dat dat zo begint af te nemen van stereotypen dat de man altijd de eerste stappen moet nemen.”

In dit script gaven zowel mannen als vrouwen aan dat er een meer afwachtende houding wordt aangenomen ten aanzien van seks. Dit gezien deze relatie waardevoller wordt beschouwd dan een losse relatie. In dit script is zowel een fysieke als mentale connectie van belang.

Gevoelens spelen in dit script eerder een centrale rol dan de seks op zich, dit voornamelijk bij de vrouw. Hierbij geven mannelijke participanten aan dat verbale communicatie een rol speelt alvorens de seks plaatsvindt om zo na te gaan of de vrouw zeker bereid is tot seks. Ook non-verbale communicatie zoals oogcontact, subtiele aanrakingen en kussen gaan vooraf aan de seks. Het bed wordt zowel door de vrouwelijke als de mannelijke participanten als voornaamste plaats aanzien om de eerste keer met iemand te vrijen. Het bed wordt erkend als een veilige en rustige omgeving. Zowel mannen als vrouwen gaven aan dat het in dit script belangrijk is dat je blijft slapen nadat de seks heeft plaatsgevonden.

“Man: Ja, als het met zicht op een vaste relatie is ga je toch wel blijven slapen. Alé, je gaat toch niet de sfeer gaan verpesten en zeggen van kijk ...

Vrouw: Ja, dat zou wel erg zijn.”

Na de seksuele activiteit gaven mannelijke participanten aan eerst een gelukkig en uitgelaten gevoel te hebben. Echter kwam er ook aan bod dat zij zich in het begin wat ongemakkelijk voelen, aangezien zij angst ervaren om eventueel iets fout gedaan te hebben. Daarom vinden zij het belangrijk om daarover achteraf een conversatie aan te gaan. Mannen vinden het nog altijd aan hen om de vrouw achteraf als eerste opnieuw aan te spreken. Vrouwen voelen zich na de seks ook wel gelukkig en relaxed aangezien het om een vertrouwd persoon gaat. Desondanks speelt onzekerheid nog een grote rol bij vrouwen.

“Vrouw: Ja ik en daar zo een beetje ja bang daarvoor, dan denk ik oh shit het is nu gebeurd en nu kan hij ieder moment weglopen als hij wil en .. en .. ieder moment weggaan en niets meer van hem laten weten.”

Voornamelijk omwille van die reden vinden ook vrouwen het belangrijk dat de man als eerste weer contact opneemt.

Zowel vrouwelijke als mannelijke participanten zijn van mening dat mannen niet *hard to get* spelen. Enkele vrouwen gaven aan dit soms wel te doen omdat ze onzeker zijn over de intenties van de man. Er bleek wel een genderrol aanwezig te zijn met betrekking tot mannen, namelijk indien een man seks al of niet zou weigeren. Uit de resultaten bleek dat indien een man nee zegt dit afbreuk kan doen aan zijn mannelijkheid. Bij vrouwen is dit niet aanwezig. Dit laatste wordt verder besproken in “hoofdstuk 5 Genderstereotypen”.

2. Algemeen script losse relatie

Bij het bespreken van het script van een losse relatie werd vooral het scenario van een *one night stand* aangehaald dat geïnitieerd wordt via Tinder of tijdens het uitgaan. Hierbij kan je elkaar al kennen of ontmoet je elkaar de avond zelf, afhankelijk van de situatie volgens de mannelijke en vrouwelijke participanten.

“Onderzoeker: Waar ontmoet je elkaar dan?”

Man: Dat valt te zien waar je bent he, op een openbare plaats, op café ofzo of op een festival misschien, ja zoiets.”

“Vrouw: Ik was dat ook aan het denken dat het waarschijnlijk wel bij het uitgaan zou gebeuren of met Tinder maar dat is niet uit eigen ervaring dan maar je hoort wel regelmatig dat mensen afspreken met Tinder om dan seks te hebben.”

Volgens de participanten is de initiatiefname voor seks tegenwoordig afhankelijk van de persoonlijkheid van de betrokken personen en niet van de sekse van de persoon.

“Onderzoeker: En wie zou er daar dan het initiatief nemen?”

Vrouw: Daar beiden denk ik.

Vrouw: Omdat je alle twee weet waarvoor dat het is he.”

“Man: Goh ja, dat hangt er ook vanaf hoor. Dat is ook gewoon zo afhankelijk van wie er het meeste zin in heeft en wie gewoon de eerste stap durft te zetten denk ik.”

Onbewust, enkele participanten bewust, bleken toch de man de rol als initiatiefnemer toe te schuiven.

“Man: Ja misschien als het op een one night stand uitdraait dat het toch meestal de man is nee?”

“Onderzoeker: Wie zou volgens u voor de eerste keer verwijzen naar seks?”

Vrouw: Hij, sowieso.”

In dit script gaven mannen en vrouwen aan dat ze toch een soort van *smalltalk* voeren alvorens effectief over te gaan naar het hebben van seks. Ook de non-verbale communicatie bleek een belangrijke rol te spelen. Afhankelijk van de gegeven signalen, bijvoorbeeld ‘schuren’¹,

¹ Op een verleidelijke, intieme en seksuele manier dansen waarbij de vrouw haar billen tegen de erogene zone van de man duwt.

oogcontact, elkaar aanraken of kussen, gaan zowel mannen als vrouwen het initiatief nemen in deze setting.

Daarna vindt de seks plaats. Waar dit plaatsvindt is niet zo belangrijk volgens mannen en vrouwen. Dit kon plaatsvinden op hun kot, thuis of in de auto. Alles bleek een mogelijkheid te zijn, zoals blijkt uit volgende getuigenissen:

“Man: Dat kan echt alles en iedereen en overal zijn.”

“Vrouw: Op een kot als je nog studeert. Uhm, of in de auto dan. Dan maakt het allemaal eigenlijk niet zoveel uit zeker, bij een one night stand.”

Al of niet blijven slapen is afhankelijk van de situatie volgens de deelnemende mannen en vrouwen. Zowel de man als de vrouw kon weggaan volgens hen. Enkele vrouwen gaven wel aan dat ze zich slecht zouden voelen, indien de man zou weggaan meteen na de seks.

“Vrouw: Maar als je dan ergens zo afgewezen wordt doordat hij zich omdraait of zo gewoon in slaap valt nee ja denk dat je je dan efkes minder goed voelt.

Vrouw: Ja.

Vrouw: Dat denk ik ook.”

Over het algemeen bleek dat zowel mannen als vrouwen aangaven zich goed en voldaan te voelen na de seks. Hier komen weinig gevoelens bij kijken waardoor je geen verplichtingen hebt achteraf. Mannen uitten niet zoveel moeite te spenderen aan het contact achteraf. Vooral vrouwen gaven aan dat ze achteraf toch gevoelens van schuld kunnen ervaren en hopen op een vaste relatie. Dit was echter niet zo voor alle vrouwen.

De participanten rapporteerden ook dat het spelen van *hard to get* zowel onder mannen als vrouwen niet langer leeft onder jongvolwassenen. Ook hier blijkt een genderrol aanwezig met betrekking tot mannen (zie onderdeel Resultaten, “Hoofdstuk 5 Stereotypen”).

3. Seksuele gezondheid

3.1. Anticonceptie

Uit de resultaten bleek dat zowel mannen als vrouwen in het algemeen niet de behoefte hadden om anticonceptie ter sprake te brengen. Beiden haalden aan dat ze dit op jongere leeftijd wel expliciet ter sprake brachten. Zowel mannen als vrouwen zagen het als een vanzelfsprekendheid dat anticonceptie (pil en condoom) wordt gebruikt tijdens de eerste keer

seks en zeker in een losse relatie. Enkele vrouwen gaven wel aan dat, met oog op een vaste relatie, er soms nog steeds gevreeën wordt zonder condoom. In de context van een vaste relatie, gaven enkele vrouwen aan dat ze het moeilijk vonden om hier het initiatief te nemen.

“Vrouw: Hm, op die moment zelf zou ik geen condoom aanhalen. Alé, je pakt altijd de pil. En ja, ik zou het zelf niet aanhalen een condoom. Omdat dat (...) ‘k weet niet. Je wordt verondersteld dat je de pil neemt en ik denk dat dat zo ergens het moment verpest.”

“Vrouw: Ik denk dat als die moment er dan zo is, denk ik dat het iets wat gênant is om dat te vragen. ... Als jij als meisje weet van ik pak de pil, ga je het misschien iets gênanter vinden om te vragen voor een condoom maar als de jongen een condoom pakt ga je eerder als meisje denken van oké het is in orde voor mij.”

Toch werd er ook vermeld dat de initiatiefname van beide partijen kon komen en dit door zowel mannelijke als vrouwelijke participanten.

In de setting van een losse relatie, meer bepaald een *one night stand*, is het algemeen aanvaard dat het initiatief van beide partijen kan komen en gaven vrouwen aan dat ze dit ook effectief doen.

“Onderzoeker: Daar is dat dan minder awkward om over te spreken?”

Vrouw: Ja.”

“Onderzoeker: Dus daar ga je het effectief vragen van neem jij een condoom of neem je de pil?”

Vrouw: Ja.

Vrouw: Ik denk dat de drempel kleiner is.”

Ook blijkt dat zowel bij mannen als vrouwen de verwachting heerst dat vrouwen in de leeftijdscategorie 18 tot 24 jaar sowieso de pil gebruiken. Hierdoor vinden vrouwen het gênant om binnen een vaste relatie naar een condoom te vragen. Indien je als vrouw toch niet de pil gebruikt is het aanvaard dat je naar een condoom vraagt als de man dit niet zelf aanhaalt, volgens de vrouwen in dit onderzoek.

“Onderzoeker: Maar dus meisjes kunnen ook vragen aan jongens om een condoom te nemen?”

Vrouw: Zeker. alé, moest hij niets pakken zou ik dat zeker wel vragen.

[Andere vrouwelijke participanten in de focusgroep beamen dit]”

Enkelingen onder de mannen vonden het wel belangrijk om te vragen naar het pilgebruik van de vrouw.

“Man: Kweni, ik vraag dat toch altijd want dat is zo een beetje een veiligheid als het condoom scheurt ofzo ...”

“Man: ... gewoon efkes vragen van neem jij de pil ofzo?”

Naar belangrijkheid toe van anticonceptie, steeg dit in de setting van een losse relatie. Zowel mannen als vrouwen gaven aan het belangrijk te vinden anticonceptie te gebruiken in de context van een losse relatie gezien het gebrek aan achtergrondinformatie en vertrouwen. Mannen gaven wel aan de moeite niet te nemen om naar het pilgebruik van de vrouw te vragen indien het een *one night stand* betrof. Ze beperkten zich enkel tot het gebruik van een condoom.

Een algemene bevinding doorheen de interviews omtrent anticonceptie is dat zowel mannen als vrouwen het merendeels hebben over het gebruik van een condoom in het kader van preventie van een zwangerschap. Indien men expliciet vroeg naar hun beweegredenen voor condoomgebruik werd het voorkomen van soa's vernoemd. Enkelingen vernoemden dit spontaan. Het voorkomen van soa's werd door beiden vooral aangehaald in de setting van een *one night stand*.

3.2. Plezier

Plezier wordt anders geïnterpreteerd afhankelijk van de context, zo bleek uit de resultaten. Plezier werd bij een losse relatie, bijvoorbeeld *one night stand*, als belangrijker ervaren dan bij een vaste relatie en dit door zowel mannelijke als vrouwelijke participanten. Bij een *one night stand* draait het namelijk puur om het fysieke, om de seksuele daad op zich. Dit voor zowel mannen als vrouwen. Er werd wel geopperd door ongeveer de helft van de vrouwen dat er langs hun kant steeds een emotionele waarde verbonden is aan seks. Maar ook zij erkenden wel dat er uitzonderingen zijn. Bij een vaste relatie daarentegen is niet enkel de lust belangrijk maar ook de gevoelens. Er is wel een verschil merkbaar tussen mannen en vrouwen. Vrouwen gaven aan de gevoelens en heel het intieme gebeuren rond de seksuele daad belangrijker te vinden tijdens de eerste keer terwijl mannen zich meer focusten op het fysieke, de daad op zich. Enkele mannen gaven toch aan dat ook bij hun gevoelens een rol spelen, zij het wel minder dan bij de vrouwen. Beiden gaven aan dat het plezier, naarmate de relatie vordert, op gelijk niveau komt. Je groeit hier samen in waardoor de seks plezieriger wordt.

4. Invloed drugs en alcohol

Wat betreft drugs bleek dat de participanten dit geen essentieel element vonden binnen het script van een vaste relatie. Bij het script voor een losse relatie, meer bepaald een *one night stand*, werd over het algemeen de kans groter geacht dat er drugs werden gebruikt. Wederom is dit geen vereist element.

Alcohol werd wel gezien als een belangrijk element bij beide scripts, al had alcohol wel een andere functie volgens de participanten. Bij het script van een losse relatie werd alcohol gezien als essentieel door de mannen en vrouwen. Alcohol werd in deze setting vooral geconsumeerd om alles vlotter en makkelijker te laten verlopen.

“Man: Je durft veel meer doen als je zat bent. Anders zou ik, alé ik zou dat nooit durven in een nuchtere toestand naar een meisje stappen en vragen om seks nee ik zou dat niet doen.”

“Vrouw: ... dan denk ik wel dat het voor velen makkelijker is in het uitgaansleven als ze gedronken hebben.”

De rol van alcohol binnen het script van een vaste relatie hing dan weer meer samen met de sfeer die er heerste op zo'n date en werd niet gezien als een noodzakelijk element. Zowel mannen als vrouwen vonden dat er gerust iets kon gedronken worden maar dat je je niet 'ladderzat' drinkt op de avond van je eerste keer. Een vrouw zei het als volgt: *“K vind met een oog op een vaste relatie moet je u niet ladderzat drinken.”*

Wat betreft de invloed van drugs en alcohol werd er geen verschil naargelang sekse teruggevonden.

5. Genderstereotypen

Doorheen de interviews kwamen er enkele genderstereotypen aan bod die in dit onderdeel verder zullen worden toegelicht.

Allereerst rapporteerden alle participanten dat de initiatiefname in de context van een losse relatie (*one night stand*) niet langer gendergerelateerd is. Desalniettemin bleek uit de verhalen die de participanten vertelden dat de man toch merendeel van de tijd het initiatief op zich nam of dit toch onbewust verlangd werd.

“Vrouw: Dan ben jij daar en ben jij naar hem geweest en is hij niet naar jou gekomen.”

“Vrouw: Ja ik heb dat nu wel gedaan (...) omdat hij dat ook deed.”

“Man: Ja misschien als het op ne one night stand uitdraait dat het toch meestal de man is nee?”

Hieruit blijkt dat ondanks de participanten zeggen dat de genderrol niet meer aanwezig is binnen de seksuele scripts, dit uiteindelijk onbewust toch nog het geval is. De man wordt dus bewust of onbewust de rol van initiatiefnemer toegeschreven en dit overheen de twee scripts. Mannen gaven op hun beurt aan dit ook te doen omdat dit zo hoort. Ook werd aangehaald dat er uitzonderingen zijn waarbij het meer afhankelijk is van iemands persoonlijkheid.

“Vrouw: Ik denk dat meestal de man wel gaat sturen maar ..//”

“Man: Tegenwoordig. Alé, dat wordt altijd eigenlijk verwacht dat de vent altijd als eerste stuurt.”

“Vrouw: Ik denk dat de jongens dan daar meer het initiatief in nemen, echt zo naar het samen slapen.”

“Vrouw: Maar pas op. Ik ken ook meisjes die dan bijvoorbeeld zelf aan een jongen voorgesteld hebben om mee naar hun kot te gaan. ... misschien afhankelijk van karakter tot karakter. Want dat is misschien dan meer uitzonderlijk.”

Zoals reeds hierboven werd aangehaald, bleek uit de resultaten dat enkele mannen aangaven ook belang te hechten aan de emoties die bij een vaste relatie horen. Het merendeel van de participanten rapporteerden echter het tegendeel dat vrouwen gefocust zijn op de gevoelens en mannen meer op het fysieke.

Verder bleek dat er nog steeds ‘*slutshaming*’ heerst en dit zowel bij de mannen als de vrouwen in het onderzoek. Beiden gaven aan dat vrouwen negatieve eigenschappen zoals slet, hoer en ‘gemakkelijk’ worden toegeschreven als ze een *one night stand* heeft gehad. En dit door zowel mannen als vrouwen zelf. Terwijl de man bij het stellen van datzelfde gedrag positieve eigenschappen worden toegeschreven en dit aanvaard wordt. Mannen gaan ook opscheppen met hun *one night stands*. Onder mannen wordt dit positief onthaald terwijl de vrouwen juist te kennen gaven dat zij dit als een afknapper ervaren. Doorheen de interviews kwam dan ook de term ‘*playboy*’ aan bod indien de man vele bedpartners had.

Volgens mannen zit 'slutshaming' vooral in vrouwen hun hoofd aangezien een *one night stand* dezer dagen toch meer aanvaard is. Ook enkele vrouwen bleken deze mening te delen. Vrouwen vonden wel dat het bestempelen van slet onderling afnam naarmate men ouder werd.

"Vrouw: ... zou ze kunnen denken van ale wat ben ik nu aan het doen dat is mega sletterig ..."

"Vrouw: En ook 't is nog altijd als een meisje het doet, word je nog altijd slechter bekeken dan als een vent dat doet."

Enkele participanten haalden wel aan dat er mogelijks een verschil is qua regio wat betreft 'slutshaming'. Twee mannen en drie vrouwen uit focusgroep drie opperden dat in een grootstad of zelfs ander land deze labeling niet zo snel plaatsvond ten opzichte van een kleine gemeente waar iedereen elkaar kent. Dit element kwam echter niet terug in de andere interviews.

Kijkend naar de mannen bleek uit de resultaten dat indien een man nee zegt tegen seks hiermee gelachen zou worden en dit als niet mannelijk beschouwd wordt. Dit is in overeenstemming met de genderrol van de man. Indien een man seks weigert, en zich dus niet gedraagt zoals voorgeschreven in de mannelijke genderrol, draait dit op ongeloof en spot uit. Vrouwen gaven aan dat indien hun partner nee zou zeggen tegen seks, ze dit zouden projecteren op zichzelf en twijfelen aan zichzelf als vrouw. Eén vrouw verklaarde echter dat ze dit juist als mannelijk zou beschouwen want de man toont op dat moment zijn gevoelens. Eén man vond dat de man het recht had om te weigeren indien hij geen seks wou. Een andere man verklaarde zelfs dat hij nee zou zeggen indien hij niet wou.

"Man: ... er wordt verwacht dat de mannen dat het meeste willen doen."

"Vrouw: Ik zou zeggen zije gay ofzo? <<lacht>> Wat scheelt er met u?"

"Man: Ja ik heb het al gehoord, als een man dan nee zegt heb ik ook al gehoord dat er dan mee gelachen wordt ..."

"Vrouw: Dan zou ik wel verschieten. ... Omdat je dat niet verwacht. ... Hoh, dan zou ik wel zo denken dat hij van mij niet moet weten ofso. Dat hij mij niet aantrekkelijk vindt of ..."

"Vrouw: Ik zou het super raar vinden moest er ne jongen zeggen van nee ik wil niet omdat dat bij ons er zo inzit van een jongen wilt dat sowieso."

Discussie

1. Gendernormen aanwezig in seksuele scripts

Op basis van eerder aangehaalde literatuur kan er een onderscheid gemaakt worden in hoe jongvolwassenen omgaan met de aanwezige gendernormen in seksuele scripts (Masters, Casey, Wells, & Morrison, 2013). De eerste manier is *'conforming'* en tevens ook de meest voorkomende manier in huidig kwalitatief onderzoek. Concreet wil dit zeggen dat de jongvolwassenen hun individuele script overeenkomt met het algemeen heersende script. Een eerste voorbeeld hierbij zijn de gendernormen die mannen en vrouwen worden toebedeelt met betrekking tot initiatiefname (Allen, 2003; Bay-Cheng, 2003; Dworkin, Beckford, & Ehrhardt, 2007; Masters, Casey, Wells, & Morrison, 2013; Schalet et al., 2014; Eaton, Rose, Interligi, Fernandez, & McHugh, 2016). Zo bleek immers dat, bij het script van een vaste relatie, vrouwen inderdaad meer de passieve rol op zich nemen en mannen eerder de initiatiefname. Beide partijen verwachten dit ook.

Ook bleek dat vrouwen meer gericht zijn op de emotionele aspecten binnen een vaste relatie en mannen meer op het fysieke. Slechts enkelingen onder de mannen gaven aan de gevoelens en het intieme gebeuren belangrijk te vinden. Dit laatste is in overeenstemming met de bevindingen uit het onderzoek van Caroll, Volk en Hyde (1985) waarbij 95% van de vrouwen en slechts 40% van de mannen een emotionele band noodzakelijk vinden voor het hebben van seks. Bovendien bleken deze gendernormen ook aanwezig in het script van een losse relatie, hetzij onbewust. Uit de resultaten bleek dat zowel mannen als vrouwen als initiatiefnemer beschouwd werden door beiden maar onbewust, sommige bewust, toch de verwachting hadden dat de man het initiatief nam. Voorts werd erkend dat vrouwen in deze context zich niet langer enkel focussen op het emotionele aspect maar ook puur voor het fysieke aspect kunnen gaan. Niettegenstaande, gaven ook vrouwelijke participanten, hetzij wel een kleiner deel, aan dat ze toch een emotionele waarde toekennen aan seks.

Een tweede voorbeeld bij deze manier van omgaan met gendernormen en -rollen binnen seksuele scripts is de manier waarop de man onthaald wordt in de maatschappij indien hij seks weigert. Indien een man seks weigert, bleek dit op ongeloof en spot te stuiten. Het individuele script van de participanten is dus in overeenstemming met de heersende genderrol van man, namelijk dat mannen steeds naar seks dienen te verlangen en dit nooit mogen weigeren (Bowleg, Belgrave, & Reisen, 2000; Schalet et al. 2014). Echter werd er door twee mannelijke deelnemers op een *'transforming'* manier met dit gegeven omgegaan. Beiden gaven aan dat de man het recht had om nee te zeggen en de ene man gaf zelfs aan nee te

zeggen indien hij niet wou. Beiden trachten dus het algemene script te veranderen ten voordele van het seksueel welzijn van de man.

Verder gaven sommige vrouwelijke participanten aan onvoldoende zelf-effectiviteit te ervaren omtrent het in handen nemen van condoomgebruik. Bovendien gaan ze hier op een *'conforming'* manier mee om. Deze vrouwen rapporteerden namelijk dat ze het moeilijk vinden om initiatief te nemen voor het gebruik van een condoom. Dit is conform de traditionele gendernormen die vrouwen worden toebedeeld (Bui et al., 2010; Impett, Schooler, & Tolman, 2006; Pettifor, MacPhail, Anderson, & Maman, 2012) en is een niet – demografische factor die van invloed is op het gebruik van anticonceptie zoals in de literatuurstudie reeds werd aangehaald (De Graaf et al., 2005; De Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012; Picavet, 2012).

Tevens kwam ook de term *'slutshaming'* aan bod. Zowel mannen als vrouwen verklaarden dat indien een vrouw meerdere losse relaties had gehad dit als negatief werd gezien terwijl dit bij de man als positief werd onthaald. Vrouwen werden negatieve eigenschappen zoals slet, hoer en 'gemakkelijk' toegeschreven. Tot deze conclusie kwamen ook Shoveller, Johnson, Langille en Mitchell (2004) bij hun onderzoek. Enig verschilpunt met het huidige onderzoek is dat de invloed van sociale status niet werd gerapporteerd. Vrouwen uit deze studie verklaarden wel *one night stands* te hebben meegemaakt en hier zelf geen problemen mee te hebben. Dit is een voorbeeld van de derde methode beschreven door Masters, Casey, Wells en Morrison (2013) namelijk *'exception - finding'*. De vrouwen hebben zelf afwijkende scripts maar zonder conflict met het algemeen heersende script.

2. Algemeen script vaste en losse relatie

Wat betreft het algemene script voor een vaste relatie gaat er voornamelijk *een date* vooraf aan de seksuele interactie. Tijdens deze date zijn beide personen reeds vertrouwd met elkaar. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Caroll, Volk en Hyde (1985). Vrouwen geven, zoals reeds vermeld, aan dat de man het initiatief tot seks moeten nemen. Dit gebeurt door zowel verbale als non - verbale communicatie, bijvoorbeeld oogcontact, subtiele aanrakingen enzovoort. Mannen geven aan dat er tegenwoordig een eerder afwachtende houding heerst. Dit mede dankzij het huidig heersende klimaat van de MeToo-beweging. Zij vinden ook dat zowel de vrouw als de man dit initiatief kan nemen. Zowel de vrouwelijke als mannelijke participanten zijn van mening dat de seks in een bed plaatsvindt. Steeds wordt in dit scenario aangegeven dat men blijft slapen. Achteraf heerst er bij zowel de mannen als vrouwen een gelukkig gevoel. Desondanks speelt er onzekerheid bij de vrouw. Zij verwacht dat de man achteraf als eerste het initiatief neemt om terug contact te hebben. Mannen zijn zich bewust van de onuitgesproken onzekerheid die kan spelen bij de vrouw en anticiperen op

deze nood. De enige reden waarom vrouwen seks zouden weigeren, desondanks ze het zelf wel willen, is omdat ze onzeker zijn over de intenties van de man. Ook uit het onderzoek van Caroll, Volk en Hyde (1985) blijkt dat een gebrek aan liefde en toewijding de voornaamste reden is waarom vrouwen seks zouden weigeren. Emoties en de mentale aantreking spelen zowel voor de mannen als voor de vrouwen een grotere rol bij de plezierbeleving in dit script. Alcohol kan voor sfeer zorgen, maar is geen noodzaak binnen het script van een vaste relatie. Ook drugs wordt over het algemeen als niet noodzakelijk ervaren.

Het algemene script voor een losse relatie heeft volgens de deelnemers van deze studie vooral betrekking op een *one night stand* die tot stand komt via Tinder of in het uitgaansleven. Hoe lang men de andere persoon reeds kent is afhankelijk van de situatie volgens de vrouwelijke en mannelijke deelnemers. Je kon elkaar reeds kennen of elkaar de avond zelf ontmoeten. Mannen en vrouwen geven ook aan eerst een oppervlakkige babbel, '*smalltalk*', te hebben terwijl tegelijkertijd non - verbale communicatie plaatsvindt. Non - verbale communicatie, bijvoorbeeld oogcontact, streling, enzovoort, werd door al de deelnemers aangehaald als 'de signalen'. Dit is in overeenstemming met eerder aangehaalde literatuur van Timmermans en Van Den Bulck (2018) dat non - verbale communicatie wel degelijk een rol speelt bij een *one night stand*. Zoals reeds hierboven aangehaald werd, rapporteerden de participanten bewust of onbewust dat de initiatiefname vooral door de man gebeurt. Daarna vond de seks plaats en waar deze plaatsvond had geen belang volgens de participanten. Afhankelijk van de situatie werd er gezegd door zowel mannen als vrouwen dat men al of niet bleef slapen. Achteraf hadden de meeste een goed gevoel. De mannen gaven aan dat er geen verplichtingen zijn achteraf terwijl sommige vrouwen meedeelden dat ze zich toch ergens schuldig zouden voelen.

Plezier, met name het fysieke aspect, werd hier erkend als een belangrijkere rol dan bij een vaste relatie door zowel mannen als vrouwen. Ook de rol van alcohol werd hier gezien als een essentieel element door alle participanten. Alcohol zorgde er namelijk voor dat alles lossier was. Dit laatste wordt ook teruggevonden in de literatuur, namelijk alcohol speelt een rol bij losse relaties (Grello, Welsh, & Harper, 2006; Eaton, Rose, Interligi, Fernandez, & McHugh, 2016). Drugs werd niet gezien als een veelvoorkomend element binnen dit script.

Vervolgens als men kijkt naar de rol van anticonceptie in seksuele scripts, kan er geconcludeerd worden dat zowel mannen als vrouwen de verwachting hebben dat vrouwen in de leeftijdscategorie van 18 tot 24 jaar sowieso de pil nemen. Vrouwen in de studie haalden

dit aan als een reden waarom ze het moeilijk vonden om tijdens hun seksuele betrekkingen te vragen naar condoomgebruik. Bovendien haalden alle participanten ook aan dat anticonceptie eigenlijk een vanzelfsprekendheid is geworden. Toch gaven enkele vrouwen toe dat er in sommige situaties nog steeds gevreeën wordt zonder condoom. Overheen de interviews werd er opgemerkt dat indien de deelnemers anticonceptiegebruik (zowel pil als condoomgebruik) aanhaalden dit vooral in het kader was ter preventie van een zwangerschap. Indien er expliciet naar werd gevraagd werden soa's ook betrokken. De belangrijkheid omtrent anticonceptie (zowel pil als condoomgebruik) werd door alle participanten groter bevonden in het script van een losse relatie dan van een vaste relatie. Er kan dus geconcludeerd worden dat de participanten wel degelijk kennis hebben omtrent het oplopen van soa's maar hier onvoldoende aandacht aan besteden. Uit onderzoek blijkt dat casual seks wel degelijk een invloed heeft op het verkrijgen van soa's (Heldman & Wade, 2010 ; Bersamin et al., 2014).

3. Tekortkomingen

Als eerste tekortkoming van dit onderzoek kan de steekproefgrootte in twijfel getrokken worden en zodus ook de representativiteit van deze resultaten voor de totale Vlaamse populatie. Vervolgens behoorde het merendeel van de participanten tot de oudste categorie binnen de afbakening van 18 tot 24 – jarigen waardoor de resultaten vooral slaan op 22 - tot 24 - jarigen.

Aanbevelingen voor de praktijk

1. Aanbevelingen gezondheidspromotie

Uit de resultaten bleek dat er vooral gedacht wordt aan anticonceptie vanuit het perspectief om een zwangerschap te voorkomen en dit door zowel mannen als vrouwen. Toch werd er geen gebrek aan kennis vastgesteld bij de participanten indien men hiernaar peilde. Toekomstige campagnes omtrent anticonceptie moeten hiermee dus rekening houden met als doel vanzelfsprekendheid omtrent preventie van zwangerschap en soa's te bekomen.

Ook dient er nog steeds aandacht geschonken te worden aan het stereotype dat vrouwen krijgen toebedeeld bij het hebben van losse relaties. Uit de resultaten van deze studie kwam naar boven dat een vrouw bestempelen als slet, hoer of 'gemakkelijk' nog steeds leeft onder jongvolwassenen en dit door zowel mannen als vrouwen. Het is dus noodzakelijk hier nog steeds op in te spelen bij komende campagnes om zo de mentale gezondheid van de vrouw te bevorderen alsook de autonomie en seksuele vrijheid. Voorbeelden van acties die kunnen ondernomen worden zijn onder andere scholen wijzen op de nood aan het belichten van gendernormen in relationele en seksuele vormingen die gegeven worden.

De organisatie Sensoa (2019e) heeft sinds 2014 reeds een educatief lespakket voor jongeren (14 - 17 jaar) ontwikkeld dat zich toespitst op gender en genderrollen genaamd 'Weetewa...ge zijt mijn stereotype niet'. Dit kan verder gepromoot worden om zo een flexibelere houding van de jongeren te verkrijgen.

Als laatste aanbeveling moet er meer aandacht besteed worden aan tolerantie omtrent de genderrol van de man. Indien een man seks weigerde bleek uit de resultaten dat zowel mannen als vrouwen dit niet verwachten en dit resulteerde in spot. Uit deze studie blijkt echter dat ook jongvolwassenen nood hebben aan campagnes die zich toeleggen op het flexibeler denken over eigenschappen die een man of vrouw worden toegeschreven. Daarom is het belangrijk dat er campagnes en interventies worden ontwikkeld in toekomst omtrent dit gebeuren om zo de mentale gezondheid te bevorderen van de man alsook zijn autonomie. Ook hier kan het educatief lespakket 'Weetewa...ge zijt mijn stereotype niet' (Sensoa, 2019e) gebruikt worden om een meer tolerantere houding te bekomen ten opzichte van afwijkende gendernormen en -rollen.

2. Aanbevelingen verder onderzoek

Als eerste aanbeveling zou het raadzaam zijn onderzoek te doen bij de jongste leeftijdscategorie om zo eventueel een generatieverschil op te merken.

Tenslotte gaven de deelnemers uit één focusgroepinterview aan dat er verschillen kunnen bestaan tussen jongeren wonend in gemeenten en in grootsteden. Een volgende aanbeveling is dan ook om hieromtrent bijkomend onderzoek te doen.

Een laatste aanbeveling is om onderzoek te doen naar de achterliggende reden waarom jongvolwassenen preventie van zwangerschap als voornaamste reden zien voor het gebruik van anticonceptie.

Conclusie

In dit onderzoek werd er getracht inzicht te verkrijgen in gendernormen en hun invloed op de seksuele gezondheid en welzijn van jongvolwassenen (18 - 24 jaar) in Vlaanderen.

Eerst en vooral blijken er belangrijke verschilpunten tussen het script van een vaste en losse relatie. Zo is de rol van vertrouwen belangrijker bij een vaste relatie en komen er meer emoties aan te pas, door zowel de man als de vrouw. Ook is de plaats verschillend. Bij een vaste is dit merendeel thuis in bed terwijl bij een losse relatie de plaats geen rol speelt. Mannen vinden nog steeds het fysieke aspect van seks belangrijk zowel bij een vaste als losse relatie. Vrouwen hechten daarentegen meer belang aan het emotionele aspect binnen een vaste relatie. In een losse relatie wordt, net zoals bij mannen, de rol van het fysieke aspect bij vrouwen groter. Met betrekking tot alcohol, speelt alcohol een beduidend grotere rol bij een losse dan bij een vaste relatie.

Vervolgens zijn volgende gendernormen merkbaar binnen de seksuele scripts. Als eerste blijkt de initiatiefname in een vaste relatie eerder genomen te worden door de man. Terwijl in een losse relatie beiden aangeven initiatief te nemen. Ten tweede komt *'slutshaming'* nog steeds voor ten aanzien van vrouwen door zowel mannen als vrouwen. Een laatste gendernorm dat uit dit onderzoek voortkomt is dat er nog steeds een negatief draagvlak is voor mannen die seks weigeren.

Ten slotte blijkt dat preventie van een zwangerschap de voornaamste reden is voor het gebruik van anticonceptie. Toch blijkt kennisgebrek niet aan de basis te liggen van dit gegeven. Ook komt uit dit onderzoek naar voor dat het gebruik van hormonale anticonceptie door vrouwen als vanzelfsprekend wordt aanzien, dit door zowel mannen als vrouwen.

Dit onderzoek draagt bij aan de huidige kennis die men heeft omtrent algemene seksuele scripts, gehanteerd door jongvolwassenen. Met de bevindingen van dit onderzoek kan rekening gehouden worden bij het ontwikkelen en/of herwerken van campagnes ter bevordering van seksuele gezondheid bij jongvolwassenen.

Referentielijst

Referenties bekomen door middel van Endnote

- Allen, L. (2003) Girls want sex, boys want love: Resisting dominant discourses of (hetero)sexuality. *Sexualities*, 6, 215 - 236.
- Bay-Cheng, L.Y. (2003). The trouble of teen sex: The construction of adolescent sexuality through school based sexuality education. *Sex education: sexuality, society and learning*, 3(1), 61 - 74.
- Bersamin, M. M., Zamboanga, B. L., Schwartz, S. J., Donnellan, M. B., Hudson, M., Weisskirch, R. S., . . . Caraway, S. J. (2014). Risky Business: Is There an Association between Casual Sex and Mental Health among Emerging Adults? *The Journal of Sex Research*, 51(1), 43-51.
- Bogle, K. (2008) *Hooking Up: Sex, Dating, and Relationships on Campus*. New York: New York University.
- Bowley, L., Belgrave, F.Z., Reisen, C.A. (2000). Gender roles, power strategies, and precautionary sexual self-efficacy: Implications for black and latina women's HIV/AIDS protective behaviors. *Sex roles*, 42 (7-8), 613 - 635.
- Broadus, M.R., Morris, H. & Bryan, A.D. (2010). It's not what you said, it's how you said it': Perceptions of condom proposers by gender and strategy. *Sex roles*, 62(9-10), 603 - 614.
- Bui, T. C., Diamond, P. M., Markham, C., Ross, M. W., Nguyen-Le, T. A., & Tran, L. H. (2010). Gender relations and sexual communication among female students in the Mekong River Delta of Vietnam. *Culture, health & sexuality*, 12(6), 591-601.
- Buysse, A., Van Houtte, M., Caen, M., Enzlin, P., Lievens, J., Dewaele, A., T'Sjoen, G. (2013). *Sexpert : Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.
- Carroll, J.L., Volk, K.D., & Hyde, J.S. (1985). Differences between males and females in motives for engaging in sexual intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 14(2), 131-139.
- Carver, P.R., Younger, J.L., & Perry, D.G. (2003). Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex roles*, 49, 95 - 109.
- Christelijke Mutualiteit (CM). (2018). Persbericht 19 november 2018: Steeds meer jongeren laten zich testen op Chlamydia. Opgehaald op 23 november 2018, van <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/steeds-meer-jongeren-laten-zich-testen-op-chlamydia>
- Christianson, M., Lalos, A., & Johansson, E. E. (2007). Concepts of risk among young Swedes tested negative for HIV in primary care. *Scandinavian journal of primary health care*, 25(1), 38-43.

- Connell, R. (2012) Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science Medicines*, 74, 1675–1683.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Coward, R. (1985). *Female desires*. New York: Grove.
- De Graaf, H., Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- De Graaf, H., Kruijer, H., van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25ste, Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Demorest, A. P. (1995). The personal script as a unit of analysis for the study of personality. *Journal of Personality*, 63(3), 569-592.
- Doggett, E., Krishna, A. & Robles, O.J. (2016). Gender and Sexual and Reproductive Health 101. Opgehaald 22 maart, 2019, van <http://www.globalhealthlearning.org/course/gender-and-sexual-and-reproductive-health-101>
- Doyal, L. (2000). Gender equity and health: Debates and dilemmas. *Social Science Medicines*, 51,931–939.
- Dworkin, S. L., Beckford, S. T., & Ehrhardt, A. A. (2007). Sexual scripts of women: a longitudinal analysis of participants in a gender-specific HIV/STD prevention intervention. *Archives of sexual behavior*, 36(2), 269-279.
- Eaton, A. A., & Rose, S. (2011). Has Dating Become More Egalitarian? A 35 Year Review Using Sex Roles. *Sex Roles*, 64(11), 843-862.
- Eaton, A. A., Rose, S. M., Interligi, C., Fernandez, K., & McHugh, M. (2016). Gender and Ethnicity in Dating, Hanging Out, and Hooking Up: Sexual Scripts Among Hispanic and White Young Adults. *The Journal of Sex Research*, 53(7), 788-804.
- Egan, S.K., & Perry, D.G. (2001). Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 17, 451 - 463.
- European Union Agency for fundamental rights. 2015. Violence against women:an EU-wide survey. Opgehaald 23 maart, 2019, van https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf
- Garcia, J. R., Reiber, C., Massey, S. G., & Merriwether, A. M. (2012). Sexual Hookup Culture: A Review. *Review of General Psychology*, 16(2), 161–176.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Boston: Harvard University Press.
- Grello, C. M., Welsh, D. P., & Harper, M. S. (2006). No strings attached: The nature of casual sex in college students. *The Journal of Sex Research*, 43(3), 255-267.

- Heldman, C., Wade, L. J. S. R. (2010). Hook-up culture: Setting a new research agenda. *Sexuality Research and Social Policy*, 7(4), 323-333.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Chichester, West Sussex, U.K: Wiley-Blackwell.
- Impett, E. A., Schooler, D., & Tolman, D. L. (2006). To be seen and not heard: femininity ideology and adolescent girls' sexual health. *Archives of sexual behavior*, 35(2), 131-144.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2000). Narrative interviewing. In M. W. Bauer, & G. Gaskell (Eds.), *Qualitative researching with text, image and sound* (pp. 57–74). London, England: Sage
- Killermann, S. (2013). *The social Justice Advocate's Handbook: A GUIDE TO GENDER*. TX: Impetus Books
- Krahé, B. , Bieneck, S., Scheinberger-Olwig, R. (2007). Adolescents' Sexual Scripts: Schematic Representations of Consensual and Non Consensual Heterosexual Interactions. *Journal of Sex Research*, 44(4), 316 - 327.
- Krahe, B., Berger, A., Vanwesenbeeck, I., Bianchi, G., Chliaoutakis, J., Fernandez-Fuertes, A. A., . . . Zygadlo, A. (2015). Prevalence and correlates of young people's sexual aggression perpetration and victimisation in 10 European countries: a multi-level analysis. *Culture, health & sexuality*, 17(6), 682-699.
- Littleton, H. L. & Axsom, D. (2003). Rape and seduction scripts of university students: Implications for rape attributions and unacknowledged rape. *Sex roles*, 49, 465 - 475.
- Masters, N. T., Casey, E., Wells, E. A., & Morrison, D. M. (2013). Sexual Scripts among Young Heterosexually Active Men and Women: Continuity and Change. *The Journal of Sex Research*, 50(5), 409-420.
- Miller, J.B. (1986). *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon Press.
- Moreau, C., Li, M., De Meyer, S., Vu Manh, L., Guiella, G., Acharya, R., Bello, B., Maina, B., Mmari, K. (2019). Measuring gender norms about relationships in early adolescence: Results from the global early adolescent study. *SSM - population health*, 7, 014-014.
- O'Reilly, M., & Parker, N. (2013). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 13(2), 190–197.
- Pettifor, A., MacPhail, C., Anderson, A. D., & Maman, S. (2012). 'If I buy the Kellogg's then he should [buy] the milk': young women's perspectives on relationship dynamics, gender power and HIV risk in Johannesburg, *South Africa*. *Culture, health & sexuality*, 14(5), 477-490.

- Picavet, C. (2012). Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 121-128.
- Pleck, J.H., Sonenstein, F.L., Ku, L.C. (1994) Attitudes toward male roles among adolescent males: A discriminant validity analysis. *Sex Roles*, 30, 481–501.
- Rohlinger, D. A. (2002). Eroticizing men: Cultural influences on advertising and male objectification. *Sex Roles*, 46, 61-74.
- Saewyc, E. (2017). A Global Perspective on Gender Roles and Identity. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(4 Suppl), S1-s2.
- Sanchez, D.T., & Crocker, J. (2005) Why investment in gender ideals affects well-being: The role of external contingencies of self-worth. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 63 - 77.
- Sanchez, D. T., Crocker, J., & Boike, K. R. (2005). Doing Gender in the Bedroom: Investing in Gender Norms and the Sexual Experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(10), 1445–1455.
- Schalet, A.T., Santelli, J.S., Russell, S.T., Halpern, C.T., Miller, S.A., Pickering, S.S., et al. (2014). Invited commentary: broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States. *Journal of youth and adolescence*, 43 (10), 1595 - 1610.
- Sensoa. (2019a). Anticonceptiegebruik bij Belgische jongeren en volwassenen: feiten en cijfers. Opgehaald 18 maart, 2019, van <https://www.sensoa.be/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers#title0>
- Sensoa. (2019b). Seksualiteitsbeleving van Vlaamse volwassenen: feiten en cijfers. Opgehaald 23 maart, 2019, van <https://www.sensoa.be/seksualiteitsbeleving-van-vlaamse-volwassenen-feiten-en-cijfers#title0>
- Sensoa. (2019c). Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij jongeren en volwassenen: feiten en cijfers. Opgehaald 23 maart, 2019, van <https://www.sensoa.be/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-bij-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers#title2>
- Sensoa. (2019d). Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's): feiten en cijfers. Opgehaald 20 april, 2019, van <https://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/seksueel-overdraagbare-aandoeningen-soas-feiten-en-cijfers>
- Sensoa. (2019e). Weetwa...ge zijt mijn stereotype niet. Opgehaald dinsdag 7 mei, 2019, van <https://www.sensoa.be/materiaal/weetwa-ge-zijt-mijn-stereotype-niet>
- Shai, N. J., Jewkes, R., Nduna, M., & Dunkle, K. (2012). Masculinities and condom use patterns among young rural South Africa men: a cross-sectional baseline survey. *BMC Public Health*, 12(1), 462.

- Shoveller, J.A., Johnson, J.L., Langille, D.B., Mitchell, T. (2004) Socio-cultural influences on young people's sexual development. *Social science & medicine*, 59 (3). 473 -87.
- Simon, W. & Gagnon, J.H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual behavior*, 15, 97 - 120
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Timmermans, E., & Van den Bulck, J. (2018). Casual Sexual Scripts on the Screen: A Quantitative Content Analysis. *Archives of sexual behavior*, 47(5), 1481-1496.
- Tolman, D. L., Striepe, M. I., & Harmon, T. (2003). Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health. *The Journal of Sex Research*, 40(1), 4-12.
- Transgender infopunt. (2019a). Terminologie. Opgehaald 25 maart, 2019, van <https://transgenderinfo.be/f/pers/terminologie/>
- Transgender infopunt. (2019b). Genderexpressie. Opgehaald 24 maart, 2019, van <http://transgenderinfo.be/m/identiteit/sekse-en-gender/sociale-genderrol/>
- TSER (2019). *The Gender Unicorn*. Opgehaald 12 mei, 2019, van <http://www.transstudent.org/gender/>
- Van Damme, E. & Van Bauwel, S. (2012, April). Sex as Spectacle. *Journal of Children and Media*, 7(2), 170 - 185.
- Wade, L. (2017). *American hookup: The new culture of sex on campus*. New York: W.W. Norton & Company.
- WAS. 2014. Declarations of sexual rights. Opgehaald 30 januari, 2019, van http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
- Whitley, B.E. (1988). The relation of gender-role orientation to sexual experience among college students. *Sex Roles*, 19(9/10), 619-635.
- WHO. (2014). Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Opgehaald 23 maart, 2019, van https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?sequence=1
- WIV. (2016). Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen 2002-2015. Tussentijds rapport. Opgehaald 22 november, 2018, van https://epidemiology.wiv.be/ID/reports/Rapport%20Seksueel%20Overdraagbare%20Aandoeningen%2020022015_TUSSENTIJD%20RAPPORT.pdf

- WHO. (2017a). Fact sheets SDG: Sexual and reproductive health. Opgehaald 23 maart, 2019, van http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/348008/Fact-sheet-SDG-SRH-FINAL-04-09-2017.pdf?ua=1
- WHO. (2017b). Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Opgehaald 23 maart, 2019, van <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf;jsessionid=2F762E6D5FA1FBE8DA1755BF32F75E4B?sequence=1>
- World Health Organization (2018). Gender, equity and human rights. Opgehaald 1 december, 2018, van <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>
- WHO. (2019a). Violence against women. Opgehaald 23 maart, 2019, van <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- WHO. (2019b). Sexually Transmitted Infections (STI's). Opgehaald 30 januari, 2019, van [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- WIV. (2018). Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen 2002-2016. Tussentijds rapport. Opgehaald 22 november, 2018, van <https://epidemiologie.wivispc.be/ID/reports/Surveillance%20van%20SOA%202002-2016.pdf>
- Zanzu. (2018). Wat is seksueel plezier? Opgehaald 13 mei, 2019, van <https://www.zanzu.nl/nl/wat-seksueel-plezier>
- Zorg en Gezondheid. (2014). HBSC: Seksuele gezondheid bij jongeren. Opgehaald 22 november, 2018, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/seksuele-gezondheid-bij-jongeren>

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewgide focusgroepinterviews

Interviewgide focusgroepinterviews

Onderzoeksvraag

- *'Wat zijn algemene seksuele scripts binnen heteroseksuele relaties?'*

Subonderzoeksvragen:

- *'Wat is het standaard script voor een losse en vaste relatie?'*
- *'Wat is de link tussen de seksuele scripts van jongvolwassenen en anticonceptie?'*
- *'Hoe zijn gendernormen aanwezig binnen seksuele scripts?'*

1. Voorstelling onderzoek
2. Ondertekenen informed consent
3. Inleiding – introductie

Hallo, onze namen zijn Zoë Vastenavondt en Michelle Bevernage, wij volgen beide de master gezondheidsvoorlichting en –bevordering aan de Universiteit Gent.

Eerst en vooral bedankt dat jullie willen meewerken aan dit onderzoek. De deelname bestaat eruit dat u deelneemt aan een groepsgesprek. Het doel van het onderzoek is om meer te weten te komen over algemene scripts die heersen binnen heteroseksuele relaties alsook de link met anticonceptie, standaard scripts voor een losse en vaste relatie en tenslotte de aanwezigheid van gendernormen binnen seksuele scripts.

Heeft iemand nog vragen vooraleer wij het groepsgesprek starten?
Als jullie akkoord zijn wil ik nu de geluidsrecorder aanzetten.

4. Algemeen script

Probeer de volgende situatie in te beelden zoals een film en beschrijf de typische elementen en opeenvolgende gebeurtenissen die zich voordoen bij zo een ontmoeting, niet in termen dat hoe zij zich zullen voordoen bij jou, maar hoe je denkt dat deze zich zal voordoen bij leeftijdgenoten in het algemeen. Probeer ons mee te nemen in het verhaal hoe jij denkt dat het over het algemeen zou gaan bij leeftijdgenoten. Wij zullen tijdens dit gesprek enkele specifiek bijkomende vragen stellen om de context te verduidelijken.

1. ***"Een jongen en een meisje brengen de avond samen door. In de loop van de avond slapen zij voor het eerst samen."***

Hou in je achterhoofd dat deze situatie uiteindelijk eindigt in een vaste relatie.

2. ***"Een jongen en een meisje brengen de avond samen door. In de loop van de avond slapen zij voor het eerst samen."***

Hou in je achterhoofd dat deze situatie een one night stand is en niet eindigt in een vaste relatie.

5. Thema's en bijkomende vragen bij beide scripts

Situationele achtergrond

1. Hebben de twee afspraken gemaakt om elkaar te ontmoeten? Zo ja, Welke en hoe? Zo neen, hoe ontmoeten ze elkaar?

2. Waar ontmoeten ze elkaar? Op een feest, op café, bij een vriend thuis, ... ? Zijn ze alleen? Zijn er nog andere mensen aanwezig?

Seksuele interactie

3. Wat gebeurt er tussen het eerste contact (in levende lijve - niet sociale media) en de geslachtsgemeenschap?
4. Wie verwijst voor de eerste keer naar de mogelijkheid om seks te hebben? En hoe gebeurt dit?
5. Waar vindt de geslachtsgemeenschap plaats?
6. Hoe waarschijnlijk is het dat ...
 - er gesproken wordt over anticonceptie;
 - de vrouw de pil neemt;
 - er een condoom gebruikt wordt;
 - de man zich terugtrekt (de penis net voor de zaadlozing uit de vagina haalt)?
7. Hoe waarschijnlijk is het dat de jongen vanaf het begin heeft gehoopt dat ze geslachtsgemeenschap zouden hebben?
8. Hoe waarschijnlijk is het dat het meisje vanaf het begin heeft gehoopt dat ze geslachtsgemeenschap zouden hebben?

Risico elementen

9. Hadden ze elkaar reeds ontmoet?
10. Hoe lang kennen zij elkaar al?
11. Hoe waarschijnlijk is het dat er alcohol wordt geconsumeerd door het meisje/ de jongen?
12. Hoe waarschijnlijk is het dat er drugs door het meisje/ de jongen wordt geconsumeerd?
13. Hoe dronken / gedrogeerd is het meisje / de jongen?
14. Als de jongen begint met het maken van seksuele avances:
 - Hoe waarschijnlijk is het dat het meisje voor het eerst "nee" zegt, ook al wil ze ook seks met hem hebben? En hoe zou de jongen daarop reageren?
 - Hoe waarschijnlijk is het dat het meisje "ja" zegt, ook al wil ze geen seks met hem hebben? En hoe zou de jongen daarop reageren?
15. Als het meisje begint met het maken van seksuele avances:
 - Hoe waarschijnlijk is het dat de jongen voor het eerst "nee" zegt, ook al wil hij ook seks met haar hebben? En hoe zou het meisje daarop reageren?
 - Hoe waarschijnlijk is het dat de jongen "ja" zegt, ook al wil hij geen seks met haar hebben? En hoe zou het meisje daarop reageren?

Evaluatie en vooruitzichten

16. Hoe voelt het meisje / de jongen zich achteraf?
17. Heeft de jongen/het meisje plezier gehad aan de geslachtsgemeenschap?
 - Is dit verschillend voor de jongen/het meisje? Waarom wel, waarom niet?
18. Hoe waarschijnlijk is het dat het meisje / de jongen "plezier" tijdens de geslachtsgemeenschap anders interpreteert dan de jongen /het meisje?
19. Wat zijn de gedachten van het meisje omtrent hoe het verder moet vanaf nu? De jongen wil ... ? (relatie? one night stand?, enz.)
20. Wat zijn de gedachten van de jongen omtrent hoe het verder moet vanaf nu? Het meisje wil ... ? (relatie? one night stand?, enz.)

Gebaseerd op:

Krahé, B., Bieneck, S., Scheinberger-Olwig, R. (2007). Adolescents' Sexual Scripts: Schematic Representations of Consensual and Non Consensual Heterosexual Interactions. *Journal of Sex Research*, vol. 44, No.4, p.316 - 327.

Bijlage 2: Informed consent



Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Gendernormen omtrent seksualiteit en hun invloed op de seksuele gezondheid en welzijn van jongeren

1. Onderwerp van het onderzoek

We hebben u gevraagd om deel te nemen aan een onderzoek over seksuele scripts, gendernormen en anticonceptie bij jongvolwassenen tussen 18 en 24 jaar. Met scripts verwijzen wij naar handelingsschema's die aangeven welk gedrag je moet vertonen, met wie, hoe en in welke volgorde. Gendernormen zijn de verwachtingen die een cultuur of maatschappij verbindt aan je sekse. Het doel van dit onderzoek is om te weten te komen wat de algemene seksuele scripts binnen een heteroseksuele relatie zijn en of deze verschillen voor jongens en meisjes. Wij willen ook nagaan hoe gendernormen hierop een eventuele invloed hebben.

2. Verloop van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit het afnemen van een focusgroep interview en eventueel een bijkomend diepte-interview indien u hiervoor toestemming geeft. Het focusgroep interview neemt ongeveer 1 uur in beslag en het diepte interview ongeveer 30 minuten. Binnen de focusgroep interviews worden de bovengenoemde thema's bevraagd aan de hand van 2 casussen die in groep besproken worden. Hierbij gaat het over algemene ideeën die heersen over deze topics, er wordt niet gepeild naar persoonlijke ervaringen. De gegevens zullen door studenten Bevernage Michelle en Vastenavondt Zoë omwille van een masterscriptie voor de opleiding gezondheidsvoorlichting- en bevordering verwerkt worden onder begeleiding van promotor Dr. Michiels Kristien en copromotor De Meyer Sara. Met de diepte - interviews proberen we achteraf meer inzicht te verwerven op bepaalde topics die meer verduidelijking vergen. De interviews zullen opgenomen worden met een geluidsrecorder. Nadien worden de interviews uitgetypt en vervolgens gewist van de geluidsrecorder. Het is belangrijk te weten dat u op elk moment kan beslissen om uw deelname stop te zetten en dat u hiervoor geen specifieke reden moet aangegeven. Wanneer u akkoord gaat, dient u het bijgevoegde formulier te ondertekenen.

3. Anonimiteit

Binnen de focusgroep interviews en de diepte-interviews wordt er discreet omgegaan met de identiteit van mede-participanten alsook met de informatie die gedeeld wordt. De gegevens worden hierna vertrouwelijk en gepseudonimiseerd verwerkt.

4. Eventuele struikelblokken

Er is een kans dat u zich niet comfortabel of kwetsbaar gaat voelen bij het beantwoorden van bepaalde vragen. Om die reden kan u op bepaalde vragen ook aangeven dat u hier liever niet op antwoord of over wilt uitwijden.

5. Winst

De deelname aan dit onderzoek zal ons meer leren over hoe gendernormen een invloed kunnen hebben op (seksuele) relaties van jongeren. Deze kennis zullen wij gebruiken om initiatieven op te zetten die bijdragen tot een betere (seksuele) gezondheid van jongeren. Als deelnemer heeft u de kans om een cinema ticket te winnen.

6. Kost

Het deelnemen aan dit onderzoek omvat enkel eventuele verplaatsingskosten.

7. Extra info en contact

Wanneer u extra informatie wilt over het onderzoek, kan u contact opnemen met drs. Sara De Meyer, via mail naar SaraA.DeMeyer@ugent.be

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek welke verbonden is aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. Deze commissie is onafhankelijk en zorgt ervoor dat personen die deelnemen aan een onderzoek beschermd worden. De goedkeuring van de Ethische Commissie voor het uitvoeren van een bepaalde onderzoek, mag niet worden geïnterpreteerd als een aanzet tot deelname.

8. Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 met betrekking tot de bescherming van de privacy en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier). Hierbij zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem aangestelde vervanger. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Uw gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Dr. Michiels Kristien.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: privacy@ugent.be.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichhoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

9. Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan dit onderzoek. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

Toestemmingsformulier voor de deelnemers

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik heb de uitleg over de aard van de vragen en de manier waarop ze aangeboden zullen worden tijdens dit onderzoek gekregen. Er werd mij de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.	
Ik stem ermee in om totaal uit vrije wil deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.	
Ik geef de toestemming aan de onderzoeker(s) om mijn resultaten op vertrouwelijke wijze te bewaren en te verwerken en gepseudonimiseerd te rapporteren.	
Ik geef de toestemming aan de betrokken studenten om de gegevens te verwerken.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik ben ervan op de hoogte dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.	
Ik ben geïnformeerd over de mogelijke voordelen en risico's die verbonden zijn aan mijn deelname.	
Ik beschik over de contactgegevens van de onderzoek(st)er(s) zodat ik ze kan contacteren mocht ik aanvullende vragen hebben.	

Ik geef mijn toestemming om deel te nemen aan het <u>focusgroepinterview</u> .	
Ik geef mijn toestemming om deel te nemen aan het bijkomend <u>diepte-interview</u> .	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker(s)	Handtekening	Datum

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen

Onderzoeker(s):

- Bevernage Michelle, Michelle.Bevernage@ugent.be
- Vastenavondt Zoë, Zoe.Vastenavondt@ugent.be

International Centre for Reproductive Health – Universiteit Gent
C.Heymanslaan 10 UZ-P114
9000 Gent
België

Bijlage 3: Goedkeuring Ethisch Comité Bevernage Michelle

Atz.: Commissie voor Medische Ethiek

Uro-Gynaecologie
Kristien MICHIELSEN
Polikliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Ann Haenebalcke	+32 (0)9 332 22 66	Ethisch.comite@uzgent.be	
Commissie voor medische Ethiek		ann.haenebalcke@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/1320		16-nov-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Gendemomen omtrent seksualiteit en hun invloed op de seksuele gezondheid en welzijn van jongeren - Scriptie Michelle Bevernage

Belgisch Registratienummer: B670201837842

- * Adviesaanvraagformulier dd. 22/10/2018, (volledig ontvangen dd. 26/10/2018) versie 2
- * Begeleidende brief dd. 12/10/2018
- * Diverse : Interviewgide focusgroepinterviews
- * Antwoord onderzoekers dd. 31/10/2018 (ontv. 08/11/2018) op opmerkingen EC dd. 30/10/2018
- * (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 31/10/2018, (versie 3)

Advies werd gevraagd door:
K. MICHIELSEN ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 09/11/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 09/11/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinica (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 09/11/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 09/11/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinica (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 20/11/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/11/2018

* Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels
* Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

* In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.

* Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.

* Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.

* Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)

* The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. D. Mathys

SECRETARIS
Prof. dr. J. Declercq

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(0)9 332 33 36
Sara De Smet
T +32(0)9 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(0)9 332 68 54

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(0)9 332 56 13
Sandra De Praepe
T +32(0)9 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(0)9 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

rules.

- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimtra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité Vastenavondt Zoë

Atz.: Commissie voor Medische Ethiek

Uro-Gynaecologie
Kristien MICHIELSEN
Polikliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Ann Haenebalcke Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 22 66	Ethisch.comite@uzgent.be ann.haenebalcke@uzgent.be	
Ons kenmerk:	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/1321		16-nov-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Gendernormen omtrent seksualiteit en hun invloed op de seksuele gezondheid en welzijn van jongeren - Scriptie Zoë Vastenavondt

Belgisch Registratienummer: B670201837843

- * Adviesaanvraagformulier dd. 16/10/2018, (volledig ontvangen dd. 26/10/2018) versie 2
- * Begeleidende brief dd. 12/10/2018
- * Diverse : Interviewgids focusgroepinterviews
- * Antwoord onderzoekers dd. 31/10/2018 (ontv. 08/11/2018) op opmerkingen EC dd. 30/10/2018
- * (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 31/10/2018, (versie 3)

Advies werd gevraagd door:

K. MICHIELSEN ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 09/11/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 09/11/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinica (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 09/11/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 09/11/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinica (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 20/11/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/11/2018**

- * *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- * *Het Ethisch Comité beklamt dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- * *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- * *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- * *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- * *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- * *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

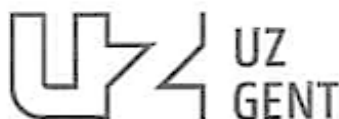
VOORZITTER:
Prof. dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof. dr. J. Deoruyssere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(0)9 332 33 36
Sara De Smet
T +32(0)9 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(0)9 332 68 54

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(0)9 332 68 13
Sandra De Paep
T +32(0)9 332 28 88
Ann Haenebalcke
T +32(0)9 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

rules.

- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *in the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development, Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Bijlage 5: Logboek veldwerk Bevernage Michelle





Logboek Veldwerk (totaal 50u)

Bevernage Michelle

Beschrijving veldwerk	Plaats (UGent of naam externe locatie)	Duur (X aantal uur of minuten)	Handtekening (co)promotor-begeleider
Maken affiches	Gent	1u	
Uithangen affiches overheen de campussen	Ugent campussen: - UZ - STERRE - DUNANT	1u30	
Rekruteren focusgroep 1 via mailverkeer, facebook, etc.	Spiere – helkijn	2u	
Eerste focusgroepgesprek	ICRH	2u30	
Eerste individuele gesprek	ICRH	1u	
Transcriberen focusgroepgesprek 1	Spiere-helkijn	9u	
Rekruteren focusgroep 2 via mailverkeer, facebook, etc.	Spiere – helkijn	2u	
Affiches uithangen	Artevelde hogeschool	1u	

Tweede focusgroepgesprek	ICRH	2u30	
Tweede individuele gesprek	ICRH	1u	
Rekruteren focusgroep 3 via mailverkeer, facebook, etc.	Spiere-helkijn	2u	
Derde focusgroepgesprek	Avelgem	1u30	
Transcriberen individueel gesprek 2	Spiere-helkijn	3u45	
Focusgroepgesprek 4	Peizegem	1u30	
Zesde individuele gesprek	Avelgem	1u	
Coderen focusgroep 2 in Nvivo 12 (samen via Skype)	Spiere-helkijn	4u	
Coderen individueel gesprek 1 in Nvivo 12 (eerst apart daarna samen overlopen via Skype)	Spiere - Helkijn	3u	
Transcriberen focusgroepgesprek 3	Spiere - helkijn	11u	
Coderen individueel gesprek 6 in Nvivo 12	Spiere - helkijn	2u	

Coderen focusgroep 3 in Nvivo 12	Spiere - helkijn	4u	
Bespreken en hercoderen interviews deel 1 (via Skype)	Spiere - helkijn	3 uur	
Bespreken en hercoderen interviews deel 2 (via Skype)	Spiere - helkijn	3 uur	
Totaal: 63 uur 15 min			

Bijlage 6: Logboek veldwerk Vastenavondt Zoë















Logboek Veldwerk

Vastenavondt Zoë

Beschrijving veldwerk	Plaats (UGent of naam externe locatie)	Duur (X aantal uur of minuten)	Handtekening (co)promotor- begeleider
Affiches ophangen overheen de campussen	Campus UZ, Dunant en Sterre	1u30	
Mailverkeer, facebookbericht	Thuis (Affligem)	1u30	
Eerste focusgroepgesprek	ICRH	2u30	
Eerste individuele gesprek	ICRH	1u	
Mailverkeer	Thuis (Affligem)	1u	
Affiches ophangen	Artevelde hogeschool	1u	
Tweede focusgroepgesprek	ICRH	2u30	
Tweede individuele gesprek	ICRH	1u	

Transcriberen focusgroepgesprek 2	Thuis (Affligem)	9u	Dalleys
Transcriberen individueel gesprek 1	Thuis (Affligem)	3u	Dalleys
Derde focusgroepgesprek	Avelgem	1u30	Dalleys
Organiseren vierde focusgroepgesprek	Thuis (Affligem)	2u	Dalleys
Vierde focusgroepgesprek	Peizegem	1u30	Dalleys
Organiseren diepte-interviews	Thuis (Affligem)	2u	Dalleys
Derde individueel gesprek	ICRH	1u	Dalleys
Transcriberen focusgroepgesprek 4	Thuis (Affligem)	8u20	Dalleys
Vierde individueel gesprek	Peizegem	1u	Dalleys
Vijfde individueel gesprek	Peizegem	1u	Dalleys
Transcriberen individueel gesprek 3	Thuis (Affligem)	4u	Dalleys

Transcriberen individueel gesprek 4	Thuis (Affligem)	5u11	
Transcriberen individueel gesprek 5	Thuis (Affligem)	3u20	
Coderen focusgroep 2 in Nvivo 12 (samen via Skype)	Thuis (Affligem)	4u	
Coderen individueel gesprek 1 in Nvivo 12 (eerst apart daarna samen overlopen via Skype)	Thuis (Affligem)	3u	
Coderen focusgroep 4 in Nvivo 12	Thuis (Affligem)	3u	
Coderen individueel gesprek 2 in Nvivo 12	Thuis (Affligem)	1u30	
Coderen individueel gesprek 3 in Nvivo 12	Thuis (Affligem)	1u50	
Coderen individueel gesprek 4 in Nvivo 12	Thuis (Affligem)	1u45	
Coderen individueel gesprek 5 in Nvivo 12	Thuis (Affligem)	1u30	
Bespreken en hercoderen interviews deel 1 (via Skype)	Thuis (Affligem)	3u	
Coderen focusgroep 1 in Nvivo 12	Thuis (Affligem)	3u30	

Bespreken en hercoderen interviews deel 2 (via Skype)	Thuis (Affigem)	3u	
Totaal uren: 80u15			