

ACHTER HET (ROOK-)GORDIJN: ROKEN EN DE SEKSUELE GEZONDHEID VAN VROUWEN

Een prospectief, cross-sectioneel, differentieel onderzoek

Promotor: prof. dr. P. Enzlin
Faculteit Geneeskunde
Departement Neurowetenschappen
Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen

Co-promotor: prof. dr. E. Thys
Faculteit Geneeskunde
Departement Neurowetenschappen
Eenheid Klinische Psychiatrie

Bram Steeman
Masterproef aangeboden tot het behalen van de
graad van Master in de Seksuologie

ACHTER HET (ROOK-)GORDIJN: ROKEN EN DE SEKSUELE GEZONDHEID VAN VROUWEN

Een prospectief, cross-sectioneel, differentieel onderzoek

Promotor: prof. dr. P. Enzlin
Faculteit Geneeskunde
Departement Neurowetenschappen
Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen

Co-promotor: prof. dr. E. Thys
Faculteit Geneeskunde
Departement Neurowetenschappen
Eenheid Klinische Psychiatrie

Bram Steeman
Masterproef aangeboden tot het behalen van de
graad van Master in de Seksuologie

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven. Telefoon +32 (0)16 37 76 68.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Bram Steeman, Achter het (rook-)gordijn: Roken en de Seksuele Gezondheid van Vrouwen. Een prospectief, cross-sectioneel, differentieel onderzoek.

Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de Seksuologie, juni 2023.

Promotor: prof. dr. P. Enzlin

Co-promotor: prof. dr. E. Thys

Inleiding. Roken wordt in verband gebracht met verhoogde morbiditeit en vroege mortaliteit. Relaties zijn aangetoond met verschillende ziektes en aandoening van uiteenlopende lichaamsstelsels. De invloed van roken op seksueel functioneren werd al meermaals onderzocht bij mannen en leverde eenduidige resultaten op, namelijk een dosisafhankelijk verband met erectiestoornissen. De relatie tussen roken en vrouwelijke seksualiteit werd minder onderzocht en de huidige resultaten worden omschreven als controversieel en tegenstrijdig. Deze masterproef onderzoekt of er een verschil bestaat in seksuele gezondheid tussen rokende en niet-rokende vrouwen.

Methoden. Aan de hand van een survey werd een prospectief, cross-sectioneel, differentieel onderzoek uitgevoerd. De survey werd ingevuld door 338 cisvrouwen die tussen 21 en 45 jaar oud waren en een vaste relatie hadden die minstens één jaar duurde. De survey bestond uit vragenlijsten naar rookprofiel en seksueel functioneren. De antwoorden van rokende en niet-rokende vrouwen werden met elkaar vergeleken aan de hand van statistische analyses, waaronder de ongepaarde t-toets en ANOVA, met behulp van IBM SPSS, versie 28.0.1.1. Verschillen binnen de rokende vrouwen werden onderzocht aan de hand van correlatiecoëfficiënten.

Resultaten. Dit onderzoek suggereert dat er geen significante verschillen bestaan tussen rokende en niet-rokende vrouwen voor seksuele satisfactie, seksuele opwinding, mate van vaginale lubricatie, het voorkomen van pijn tijdens de coïtus en seksuele distress. Rokende vrouwen in deze steekproef scoorden significant hoger voor de mate van seksueel verlangen en orgastisch functioneren dan niet-rokende vrouwen. Binnen de rokersgroep werden volgende significante associaties gevonden: een positieve associatie tussen leeftijd en vaginale lubricatie, orgastisch functioneren en de globale score van seksueel functioneren; een positieve associatie tussen duurtijd van de verslaving en vaginale lubricatie; een positieve associatie tussen van nicotinedependentie en seksueel verlangen en de globale score van seksueel functioneren; een negatieve associatie tussen nicotinedependentie en seksuele distress; een positieve associatie tussen roken omwille van het stimulatief aspect en seksuele opwinding en globale score van seksueel functioneren; en tenslotte een positieve associatie tussen roken uit sociale motieven en seksuele distress.

Discussie en conclusie. De relatie tussen roken en vrouwelijke seksualiteit blijkt inderdaad complexer dan gedacht. Verschillende resultaten zijn niet in lijn met de gestelde hypotheses en op sommige aspecten van seksueel functioneren lijken rokende vrouwen beter te scoren dan niet-rokende vrouwen. Twee hoofdverklaringen kunnen naar voor worden geschoven om deze resultaten te verklaren. Allereerst zijn er de steekproefkarakteristieken. De rokende vrouwen die in deze steekproef zijn opgenomen hebben een relatief korte verslavingsduurtijd en een lage mate van nicotinedependentie. Persoonlijkheid zou een andere verklarende piste kunnen zijn. Er wordt zowel een beroep gedaan op het vijf-factor model van persoonlijkheid als op neurobiologische persoonlijkheidstypes om de resultaten te verklaren. Verder onderzoek is nodig om deze verklaringen te bevestigen en om de relatie tussen seksuele gezondheid bij vrouwen en roken beter in kaart te brengen.

Bram Steeman, Behind the veil (of smoke): Tobacco Smoking and Female Sexual Health. A prospective, cross-sectional, differential study.

Master thesis presented to obtain the degree of Master in de Sexology, June 2023.

Promotor: prof. dr. P. Enzlin

Co-promotor: prof. dr. E. Thys

Introduction. Smoking is associated with increased morbidity and early mortality. Relationships have been shown with various diseases and disorders of various body systems. The influence of smoking on sexual function has been studied several times in men and yielded unequivocal results, namely a dose-dependent relationship with erectile dysfunction. The relationship between smoking and female sexuality has received less research and current results are described as controversial and contradictory. This thesis investigates whether there is a difference in sexual health between smoking and non-smoking women.

Methods. A prospective, cross-sectional, differential study was conducted by means of a survey. The survey was completed by 338 ciswomen who were between 21 and 45 years old and had been in a steady relationship for at least one year. The survey consisted of questionnaires about smoking profile and sexual functioning. The responses of smoking and non-smoking women were compared using statistical analyses, including unpaired t-test and ANOVA, using IBM SPSS, version 28.0.1.1. Differences within the smoking women were examined using correlation coefficients.

Results. This study suggests that there are no significant differences between smoking and non-smoking women regarding sexual satisfaction, sexual arousal, degree of vaginal lubrication, the occurrence of pain during coitus and sexual distress. Smoking women in this sample scored significantly higher for levels of sexual desire and orgasmic functioning than non-smoking women. Within the smoking group, the following significant associations were found: a positive association between age and vaginal lubrication, orgasmic functioning and the global score of sexual functioning; a positive association between duration of addiction and vaginal lubrication; a positive association between nicotine dependence and sexual desire and the global score of sexual functioning; a negative association between nicotine dependence and sexual distress; a positive association between smoking for its stimulant aspect and sexual arousal and global score of sexual functioning; and finally a positive association between smoking for social reasons and sexual distress.

Discussion and conclusion. The relationship between smoking and female sexuality indeed appears to be more complex than previously thought. Several results are not in line with the stated hypotheses and smoking women seem to score better than non-smoking women on some aspects of sexual functioning. Two main explanations can be advanced to explain these results. First, there are the sample characteristics. The smoking women included in this sample have a relatively short duration of addiction and a low degree of nicotine dependence. Personality could be another explanatory avenue. Both the five-factor model of personality and neurobiological personality types are invoked to explain the results. Further research is needed to confirm these explanations and to better map the relationship between female sexual health and smoking.

Ten geleide

Ik herinner het me nog als de dag van gisteren. Ondertussen bijna vier jaren geleden kwam ik thuis na mijn nachtdienst als verpleegkundige en vertelde ik mijn vriendin over mijn besluit om me in te schrijven voor de masteropleiding seksuologie aan de KU Leuven. Hoewel ze wist dat ik speelde met het idee om deze opleiding te volgen, kwam het voor haar nog steeds als een verrassing. Ergens voelde dat voor mij ook zo. Ik wist nog niet goed waaraan ik begon, maar ik moest het doen. Deze opleiding was voor mij veel meer dan een tocht naar een diploma. Het was een queeste, een zoektocht, een proces naar worden wie ik als persoon wil zijn. Ik heb enorm veel bijgeleerd qua kennis, maar minstens evenveel op persoonlijk vlak. Seksuologie studeren heeft me als mens in positieve zin veranderd.

Nadat ik mijn schakeljaar had voltooid en mijn eerste echte seksuologische lessen had gekregen, werd het voor mij duidelijk dat ik in mijn eindwerk twee van mijn passies wou samenbrengen. Naast mijn werk als verpleegkundige ben ik tabakoloog. Ik begeleid mensen bij het stoppen met roken. De interesse in de invloed van roken op seksuele gezondheid en seksueel functioneren is een logisch gevolg. Ik richtte mijn onderzoek specifiek op vrouwen, daar deze weinig onderzocht zijn binnen dit onderwerp en, zoals zal blijken uit deze masterproef, de hedendaagse resultaten hierover tegenstrijdig en controversieel zijn.

Een eerste dankwoord wil ik richten aan alle professoren, docenten en gastsprekers die in de opleiding aan bod zijn gekomen. Ik durf in eer en geweten stellen dat ik van elke les en cursus heel erg heb genoten. Les krijgen van mensen met zo veel ervaring en met zo een passie voor hun vakgebied is een voorrecht. Daarnaast ben ik dank verschuldigd aan mijn stagementor, Chloé De Bie. Zij heeft mij als eerste student ooit de kans gegeven om stage te lopen in haar praktijk, wat uiteraard een zeer leerrijke ervaring was en een mooie toevoeging aan mijn gehele opleiding. Binnen deze groep wil ik ook appreciatie en dankbaarheid uiten naar mijn medestudente die zich ondertussen al seksuoloog mag noemen, Berthe Scheers. Zij ondersteunde mijn hele opleidingstraject door het delen van samenvattingen, wat me als werkstudent erg ontlastte en mijn slaagkansen ongetwijfeld deden toenemen.

Ten tweede ben ik een groot en oprecht dankwoord verschuldigd aan een belangrijk persoon in mijn leven die ik ondertussen met grote fierheid mijn verloofde mag noemen, Heleen De Roeve. Ze heeft me van de eerste tot de laatste dag van de opleiding gesteund in het hele proces en mij geholpen om mijn doel te bereiken. Ik zou liegen mocht ik stellen dat deze opleiding niet veel van mij heeft gevraagd, wat resulteerde in veel afwezigheid in mijn eigen relatie. Telkens was Heleen er om ons gezin en huishouden draaiende te houden, terwijl ik mijn persoonlijk doel nastreefde. Dat

streven was niet zonder consequenties voor haar. Ik ben haar zonder twijfel eeuwige dankbaarheid verschuldigd.

De derde persoon die ik wil bedanken, is mijn co-promoter, professor dr. Erik Thys. Hij is de man die ervoor koos om het door mij gekozen onderwerp te willen begeleiden en geloofde in mijn onderzoek. Ik kon steeds bij hem terecht met vragen en hij gaf de feedback die ik nodig had om dit werk tot een resultaat te brengen waarop ik fier kan zijn. Ook aan mijn promotor, prof. dr. Paul Enzlin, ben ik een dankwoord verschuldigd voor het beantwoorden van mijn praktische vragen.

Tenslotte zijn er nog enkele mensen die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het verwezenlijken van dit eindwerk. Zo denk ik bijvoorbeeld aan Veerle Van Vaerenbergh en Marcel Van der Biest. Beiden zijn ze licentiaten in de Germaanse Filologie en hebben ze dit werk meermaals nagelezen ter controle van spelling en grammatica. David Michiels en Annelies Van Royen, twee bevriende psychologen, verdienen eveneens aandacht in dit dankwoord. David controleerde dit werk op wetenschappelijke rapportage en Annelies hielp met bij de statistische analyses die ik uitvoerde om de data te analyseren.

Hier eindig ik mijn dankwoord en wens u veel leesplezier bij het lezen van mijn eindwerk.

Bram Steeman

juni, 2023

Inhoudsopgave

Ten geleide	viii
Inhoudsopgave	xi
Lijst van tabellen	xiii
Lijst van figuren	xiv
Lijst van afkortingen	xv
Introductie	1
<i>Seksuele gezondheid</i>	<i>2</i>
<i>Humane Seksuele Respons</i>	<i>2</i>
Alternatieven voor de Humane Seksuele Respons	4
<i>Seksuele disfuncties</i>	<i>5</i>
Classificatie	5
Diagnosecriteria volgens het DSM-5	6
Een alternatieve classificatie voor seksuele disfuncties	9
<i>Roken en seksuele disfuncties</i>	<i>9</i>
Fysiologie van de erectie en pathofysiologie bij roken	10
<i>Roken en vrouwelijke seksualiteit</i>	<i>11</i>
Achtergrond	11
Pathofysiologie	12
<i>Rookstop en seksualiteit</i>	<i>13</i>
<i>Huidig onderzoek</i>	<i>14</i>
Methoden	15
<i>Procedure</i>	<i>15</i>
Onderzoeksvragen en hypothesen	15
Onderzoeksdesign en onderzoeksopzet	16
Variabelen	16
Meetinstrumenten	17
Uitvoering van het onderzoek	19
Ethische aspecten	20
<i>Participanten</i>	<i>20</i>
Rekruteringscriteria	20
Rekrutering	21
Uitsluitings- en uitvalscriteria	22
<i>Statistische analyses</i>	<i>22</i>
Statistische analyses en assumpties	22
Resultaten	26
<i>Populatie en steekproef</i>	<i>26</i>
De rokersgroep	28
De controlegroep	29
<i>Toetsing van de hypotheses</i>	<i>30</i>
Assumptiecontroles statistische toetsen	30
Seksuele satisfactie	30
Seksueel functioneren	31
Seksuele distress	32
Verschillen binnen de rokersgroep	32
<i>Bijkomende analyses</i>	<i>38</i>
Relationele satisfactie	38
Lichamelijke gevoeligheid	38

Discussie	40
<i>Bespreking van de steekproef</i>	40
<i>Bespreking van de resultaten</i>	41
Onderzoeksvragen en hypothesetoetsing	41
Bijkomende analyses	45
Mogelijke verklaringen van de resultaten	46
<i>Beperkingen van het onderzoek</i>	49
<i>Sterktes van het onderzoek</i>	52
<i>Aanbevelingen</i>	52
<i>Belangenconflict</i>	53
Conclusie	54
Referenties	55
Appendices	68
<i>Bijlage I: Qualtrics enquête</i>	68
<i>Bijlage II: Goedkeuringsbrief ethische commissie</i>	85
<i>Bijlage III: Informatiebrief</i>	90
<i>Bijlage IV: Rekruteringsposter</i>	93
<i>Bijlage V: Mailing binnen Odisee Hogeschool</i>	94
<i>Bijlage VI: Nieuwsbericht op website tabakologiepraktijk</i>	95
<i>Bijlage VII: Rekruteringsstekst sociale media</i>	96
<i>Bijlage VIII: Normaliteitscontrole van de data</i>	97
Binnen de groep van rokende vrouwen	97
Binnen de controlegroep	98
<i>Bijlage IX: Enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses</i>	99
Op basis van leeftijd	100
Op basis van duurtijd	101
Op basis van het rookmotief 'stimulatief aspect van het roken'	103
Op basis van het rookmotief 'plezierig aspect van het roken'	105
Op basis van het rookmotief 'sociaal aspect van het roken'	107
Op basis van het rookmotief 'roken als automatisme'	109
<i>Bijlage X: Formele goedkeuring tot indienen door promotor</i>	111

Lijst van tabellen

Tabel 1: <i>Demografische gegevens van de gehele steekproef</i>	26
Tabel 2: <i>Tabaksproducten en duurtijd van de rookverslaving binnen de rokersgroep</i>	28
Tabel 3: <i>Rookmotieven binnen de rokersgroep</i>	29
Tabel 4: <i>Ongepaarde t-toets en Mann-Whitney U toets tussen rokende en niet-rokende vrouwen voor seksueel functioneren</i>	32
Tabel 5: <i>Correlationele samenhang tussen leeftijd van de rokende vrouwen en seksueel functioneren, en tussen duurtijd van de verslaving en seksueel functioneren</i>	33
Tabel 6: <i>Correlationele samenhang tussen mate van nicotinedependentie en seksueel functioneren</i>	34
Tabel 7: <i>Correlationele samenhang tussen de verschillende rookmotieven en seksueel functioneren</i>	35
Tabel 8: <i>Ongepaarde t-toets en Mann-Whitney U toets tussen rokende en niet-rokende vrouwen voor lichamelijke gevoeligheden</i>	39

Lijst van figuren

Figuur 1: <i>De mannelijke seksuele responscyclus</i>	3
Figuur 2: <i>De vrouwelijke seksuele responscyclus</i>	3
Figuur 3: <i>Alternatieve visie op de humane seksuele respons, beschreven door Helen Kaplan (1979)</i> ...	4
Figuur 4: <i>De vrouwelijke seksuele responscyclus, beschreven door Rosemary Basson (2000)</i>	5
Figuur 5: <i>Gemiddelde scores voor opwinding en tevredenheid van masturbatie op basis van score op het rookmotief stimulatief aspect van het roken</i>	36
Figuur 6: <i>Gemiddelde globale scores voor seksueel functioneren (FSFI) op basis van score op het rookmotief het stimulatief aspect van het roken</i>	36
Figuur 7: <i>Gemiddelde score voor orgastisch functioneren bij masturbatie en tevredenheid masturbatie op basis van score op het rookmotief het plezierig aspect van het roken</i>	37
Figuur 8: <i>Gemiddelde scores voor seksuele distress (FSDS) op basis van score op het rookmotief het sociaal aspect van het roken</i>	38

Lijst van afkortingen

AMI	<i>Acuut Myocard Infarct</i>
ANOVA	<i>Enkelvoudige variantieanalyse</i>
ATP	<i>Adenosinetrifosfaat</i>
cAMP	<i>Cyclisch adenosinemonofosfaat</i>
cGMP	<i>Cyclisch guanosinemonofosfaat</i>
DE	<i>Vertraagde ejaculatie (delayed ejaculation)</i>
DSM-5	<i>Diagnostisch en statistisch handboek van psychische stoornissen, versie 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</i>
DSM-IV	<i>Diagnostisch en statistisch handboek van psychische stoornissen, versie 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</i>
ED	<i>Erectiestoornis (Erectile disorder)</i>
FOD	<i>Orgasmestoornis bij de vrouw (Female orgasmic disorder)</i>
FSAD	<i>Vrouwelijke seksuele opwindingsstoornis (Female sexual arousal disorder)</i>
FSAID	<i>Seksuele-interesse-/opwindingstoornis bij de vrouw (Female sexual interest/arousal disorder)</i>
FSD	<i>Vrouwelijke seksuele disfunctie (Female sexual dysfunction)</i>
FSDS	<i>Female Sexual Distress Scale</i>
FSDS-R-NL	<i>Nederlandstalige en gereviseerde versie van de Female Sexual Distress Scale</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
FSFI-NL	<i>Nederlandstalige versie van de Female Sexual Function Index (FSFI)</i>
FTND	<i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i>
FTQ	<i>Fagerström Tolerance Questionnaire</i>
GPPD	<i>Genitopelviëne pijn-/penetratiestoornis bij de vrouw (Genito-pelvic pain/penetration disorder)</i>
GTP	<i>Guanosinetrifosfaat</i>
HSDD	<i>Hypoactieve seksuele verlangenstoornis (Hypoactive Sexual Desire Disorder)</i>
LOPS	<i>Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie (Nederland)</i>

M	<i>Gemiddelde (Mean)</i>
MHSDD	<i>Hypoactief-seksueel-verlangensteroornis bij de man (Male hypoactive sexual desire disorder)</i>
MO	<i>Modus</i>
MRSS	<i>Modified Reasons for Smoking Scale</i>
MRSS-NL	<i>Nederlandstalige versie van de Modified Reasons for Smoking Scale</i>
NO	<i>Stikstofoxide</i>
NOS	<i>Stikstofoxide synthase</i>
OSSD	<i>Anderes gespecificeerde seksuele disfunctie (Other specified sexual dysfunction)</i>
PE	<i>Voortijdige ejaculatie (Premature (early) ejaculation)</i>
PGE₁	<i>Prostaglandine E₁</i>
PTC	<i>Pijn tijdens de coïtus</i>
RCT	<i>Gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (Randomised Controlled Trial)</i>
RSS	<i>Reasons for Smoking Scale</i>
SD	<i>Standaard Deviatie</i>
SFS	<i>Sexual Functioning Scale</i>
SMISD	<i>Seksuele disfunctie door een middel/medicatie (Substance/medication-induced sexual dysfunction)</i>
Tukey's HSD	<i>Tukey's Honestly Significant Difference</i>
USD	<i>Ongespecificeerde seksuele disfunctie (Unspecified Sexual Dysfunction)</i>
WHO	<i>Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization)</i>

Introductie

Roken wordt beschouwd als de grootste vermijdbare oorzaak van morbiditeit en vroege mortaliteit (Lim et al., 2012). Het doet de levensverwachting met ongeveer zeven jaren afnemen en heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van het leven (Gisle et al., 2018). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation [WHO]) (2021a) is roken verantwoordelijk voor een jaarlijkse sterfte van acht miljoen mensen wereldwijd. In België wordt ongeveer één op zeven overlijdens toegeschreven aan een tabaksgerelateerde ziekte (Gisle et al., 2018).

Sigarettenrook bevat meer dan 4000 chemische stoffen, waarvan er minstens 60 toxisch zijn (Shiverick & Salafia, 1999; Talhout et al., 2011). Volgens Talhout et al. (2011) lopen deze cijfers zelfs op tot respectievelijk 5000 en 98 stoffen. Deze grote hoeveelheid aan toxische stoffen zou de relatie tussen gezondheidsproblemen en roken kunnen verklaren. Roken wordt in verband gebracht met hartaandoeningen, luchtwegaandoeningen en emfyseem (World Health Organisation, 2021b). Ook de invloed op het cardiovasculair stelsel is groot. Rokers lopen een verhoogd risico op een acuut myocardinfarct (AMI), atherosclerose, glucose-intolerantie, vasoconstrictie van de bloedvaten, hypertensie en een versnelde aanmaak van bloedklonters (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Daarnaast is roken de belangrijkste veroorzaker van longkanker (90% van de gevallen) en is het verantwoordelijk voor één op de drie soorten kanker (Gisle et al., 2018). De verbanden tussen longkanker en hart- en vaataandoeningen kunnen ook worden waargenomen bij niet-rokers die worden blootgesteld aan tabaksrook (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Ondanks de verontrustende gevolgen op de individuele en collectieve gezondheid blijven de prevalentiecijfers van roken hoog. Dai et al. (2022) vonden een wereldwijde prevalentie van 32.6% rokende volwassen mannen en 6.5% rokende volwassen vrouwen in 2020. Volgens de WHO (2022) zijn deze cijfers nog hoger, respectievelijk 36.7% en 7.8%. In België toont de laatste Gezondheidsenquête dat één op vijf mensen (19.4%) ouder dan 15 jaar rookt, 15.4% rookt dagelijks en 4.0% rookt occasioneel (Gisle et al., 2018). Wanneer wordt gecategoriseerd naar geslacht¹, dan blijkt 18.9% van de mannen dagelijks te roken en 5.6% occasioneel. Voor vrouwen is dat respectievelijk 12.1% en 2.5%. In het Vlaams Gewest liggen de cijfers lager: 11.9% rookt dagelijks en 8.3% rookt occasioneel. Van de Vlaamse mannen rookt 16.3% dagelijks en 5.9% occasioneel, van de vrouwen is dit respectievelijk 10.5% en 2.3%.

¹ De Gezondheidsenquête geeft niet weer hoe het construct *geslacht* werd gedefinieerd.

Seksuele gezondheid

In de laatste decennia evolueerde de definiëring van het construct *seksuele gezondheid* op verschillende vlakken (Edwards & Coleman, 2004). Een evolutie die te wijten is aan politieke, sociale en andere historische gebeurtenissen. Pogingen om seksuele gezondheid te definiëren werden steeds sterk beïnvloed door de WHO. Ook het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid, Sensoa, beroept zich op de WHO om seksuele gezondheid te definiëren (Sensoa, 2023). Momenteel definieert de WHO seksuele gezondheid als:

A state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (World Health Organisation, 2023)

In deze masterproef wordt eveneens de WHO-definitie gevolgd. Hoewel voornamelijk de biologische capaciteiten en fysiologische responsen zullen worden onderzocht, wordt ook aandacht besteed aan de psychologische- en belevingsaspecten van seksualiteit. Naast de lichamelijke en psychologische aspecten (solitair), krijgt seksuele gezondheid mede vorm binnen een dyadische relatie en een bredere sociale context. Hoewel deze laatsten geen aandacht genieten binnen dit onderzoek, worden de invloeden ervan niet ontkend of ontkracht.

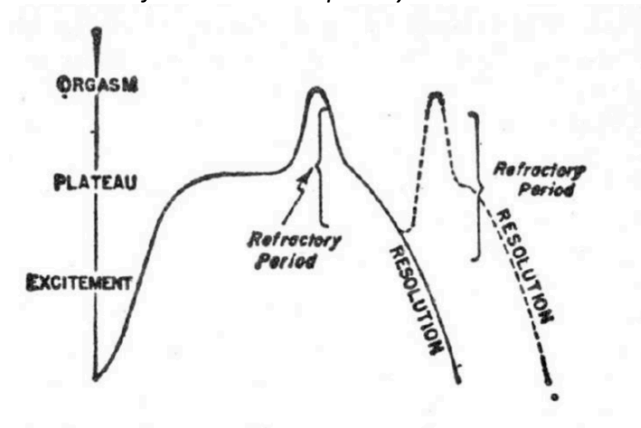
Er wordt in deze masterproef gesproken over *seksueel functioneren* als deelaspect van *seksuele gezondheid*. *Seksueel functioneren* kan dan bijvoorbeeld gaan over orgastisch functioneren of mate van vaginale lubricatie. Wanneer de term *seksuele gezondheid* wordt gebruikt, worden alle aspecten van seksueel functioneren bedoeld, welke worden aangevuld met de aspecten uit de WHO-definitie.

Humane Seksuele Respons

De humane seksuele respons werd voor het eerst beschreven door Masters en Johnson (1966) en onderscheidt vier opeenvolgende fasen: (1) Opwinding (Excitement); (2) Plateau; (3) Orgasme (Orgasm); en de (4) Herstelfase (Resolution). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de mannelijke en vrouwelijke seksuele respons². Figuur 1 en figuur 2 tonen respectievelijk de mannelijke en vrouwelijke seksuele responscyclus.

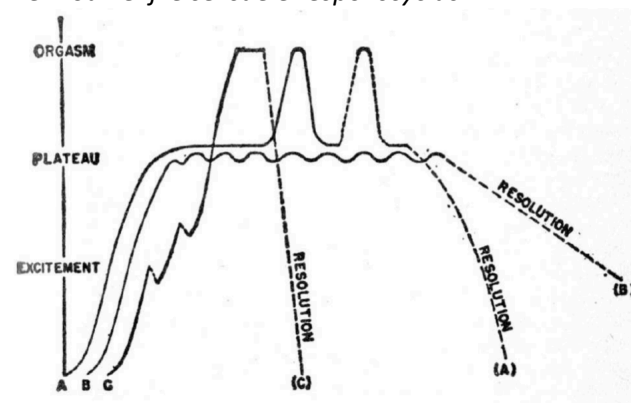
² De publicatie van Masters en Johnson (1966) geeft niet weer hoe het construct *geslacht* werd gedefinieerd.

Figuur 1:
De mannelijke seksuele responscyclus



Noot. De mannelijke seksuele responscyclus, zoals beschreven door Masters en Johnson (1966), bestaat uit vier opeenvolgende fases: (1) Opwinding (Excitement); (2) Plateau; (3) Orgasme (Orgasm); en de (4) Herstelfase (Resolution). Mannen onderscheiden zich van vrouwen door de refractaire periode³. Overgenomen uit "Human sexual response," door W. Masters en V. Johnson, 1966.

Figuur 2:
De vrouwelijke seksuele responscyclus



Noot. De vrouwelijke seksuele responscyclus, zoals beschreven door Masters en Johnson (1966), bestaat uit vier opeenvolgende fases: (1) Opwinding (Excitement); (2) Plateau; (3) Orgasme (Orgasm); en de (4) Herstelfase (Resolution). Vrouwen kunnen de cyclus op drie verschillende manieren doorlopen: (a) Een verloop waarbij de vier fases opeenvolgend worden doorlopen; (b) Het verloop wordt doorlopen zonder een orgasme te beleven; of (c) Een verloop waarbij de plateaufase wordt overgeslagen en men meteen tot een orgasme komt. Vrouwen hebben, in tegenstelling tot mannen, geen refractaire periode en worden omschreven als multi-orgastisch. Overgenomen uit "Human sexual response," door W. Masters en V. Johnson, 1966.

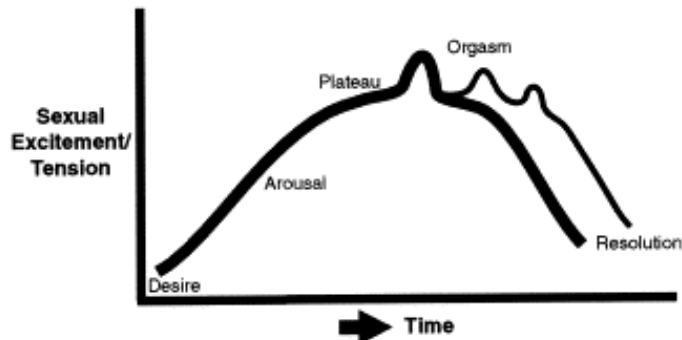
³ Masters en Johnson (1966) schrijven over de refractaire periode: "For the man the resolution phase includes a superimposed refractory period which may extend during the involutory phase as a lower excitement level of response. Effective restimulation to higher levels of sexual tension is possible only upon termination of this refractory period." (p. 7)

Alternatieven voor de Humane Seksuele Respons

De Humane Seksuele Respons zoals beschreven door Masters en Johnson (1966) biedt weinig ruimte voor de psychische, dyadische en belevingsaspecten binnen humane seksualiteit en is sterk biologisch georiënteerd (Tiefer, 2002). Kaplan (1979) introduceerde een alternatief model door te starten met de fase van verlangen (desire), zoals figuur 3 weergeeft. De Bie (2020) stelt dat de fase van verlangen wordt voorafgegaan door de fase van bereidheid om zin te krijgen.

Figuur 3:

Alternatieve visie op de humane seksuele respons, beschreven door Helen Kaplan (1979)

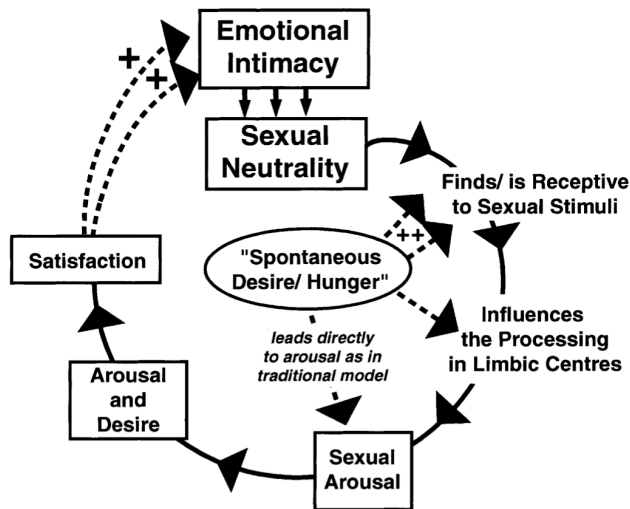


Noot. De humane seksuele responscyclus, zoals beschreven door Kaplan (1979), voegt de fase van verlangen (desire) toe voorafgaand aan de responscyclus die werd beschreven door Masters en Johnson (1966). Overgenomen uit "Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction," door R. Basson, 2001, *Obstetrics & Gynecology*, 98(2), p. 350-353.

Figuur 4 toont een alternatief en cyclisch model dat werd voorgesteld door Basson (2000) en tracht de vrouwelijke seksuele respons en ervaring accurater te beschrijven. Het model biedt een sterkere erkenning dat de vrouwelijke seksuele respons vaker voortkomt uit intimiteitsbehoeften in plaats van een behoefte aan fysieke seksuele opwinding (Basson, 2002). Daarnaast wijst Basson (2000) erop dat seksuele opwinding van vrouwen vaak slechts minimaal voortkomt uit het besef van genitale seksuele opwinding, zoals vasocongestie. Hiermee vermijdt de visie van Basson (2000) een biologisch reductionistische visie op vrouwelijke seksualiteit.

Figuur 4:

De vrouwelijke seksuele responscyclus, beschreven door Rosemary Basson (2000)



Noot. De weergave van de vrouwelijke seksuele respons, zoals beschreven door Basson (2000), start vanuit een seksuele neutraliteit en wordt gevolgd door receptiviteit voor seksuele prikkels of zoeken naar seksuele prikkels. Deze prikkels stimuleren vervolgens het limbisch systeem, wat op diens beurt leidt tot seksuele opwinding. Spontaan seksueel verlangen kan receptiviteit veroorzaken, limbische stimulatie of onmiddellijk overgaan tot opwinding, zoals in het traditionele model. Volgens Basson (2000) volgt verlangen pas na opwinding en gaat met dit verlangen meer opwinding gepaard om uiteindelijk te leiden tot seksuele satisfactie en tenslotte emotionele intimiteit. Overgenomen uit "Rethinking low sexual desire in women," door R. Basson, 2002, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(4), p. 357-363.

Seksuele disfuncties

Classificatie

Het *Handboek voor de Classificatie van Psychische Stoornissen* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. [DSM-5]) (American Psychiatric Association, 2013) onderscheidt tien verschillende seksuele stoornissen: (1) de *Vertraagde ejaculatie* (Delayed ejaculation [DE]); (2) de *Erectiestoornis* (Erectile disorder [ED]); (3) de *Orgasmestoornis bij de vrouw* (Female orgasmic disorder [FOD]); (4) de *Seksuele-interesse-/opwindingstoornis bij de vrouw* (Female sexual interest/arousal disorder [FSAID]); (5) de *Genitopelviene pijn-/penetratiestoornis bij de vrouw* (Genitopelvic pain/penetration disorder [GPPD]); (6) de *Hypoactief-seksueel-verlangendoornis bij de man* (Male hypoactive sexual desire disorder [MHSD]); (7) de *Voortijdige ejaculatie* (Premature (early) ejaculation [PE]); (8) de *Seksuele disfunctie door een middel/medicatie* (Substance/medication-induced sexual dysfunction [SMISD]); (9) de *Andere gespecificeerde seksuele disfunctie* (Other

specified sexual dysfunction [OSSD]); en (10) de *Ongespecifieerde seksuele disfunctie* (Unspecified Sexual Dysfunction [USD]).

Diagnosecriteria volgens het DSM-5

De eerste zeven seksuele disfuncties die in het DSM-5 worden beschreven, bevatten gelijkaardige diagnosecriteria. Het A-criterium verwijst telkens naar de specifieke klacht (cfr. infra). De terugkerende B-, C- en D-criteria verwijzen respectievelijk naar het duurtijd criterium, het lijdensdruk criterium en het uitsluitings criterium⁴. De andere diagnoses wijken hiervan af. Er wordt telkens verder gespecificeerd voor ernst (licht, matig of ernstig), ontstaan (levenslang of verworven) en context (gegeneraliseerd of situationeel).

De vertraagde ejaculatie. Het A-criterium van het DSM-5 stelt voor de diagnose *Vertraagde ejaculatie*:

Eén van de volgende symptomen moet worden ervaren in alle of bijna alle gevallen (ongeveer 75-100%) van seksuele activiteit met een partner (in omschreven situaties, of, indien gegeneraliseerd: in alle situaties), en moet optreden zonder dat de betrokkene de vertraging wenst: (1) Duidelijk vertraagd optreden van de ejaculatie; (2) Duidelijk zelden of nooit optreden van de ejaculatie. (American Psychiatric Association, 2013, p. 581)

De erectiestoornis. Het A-criterium van het DSM-5 stelt voor de diagnose *Erectiestoornis*:

Minstens één van de volgende drie symptomen moet worden ervaren in alle of bijna alle gevallen (75-100%) van seksuele activiteit (in omschreven situaties, of, indien gegeneraliseerd: in alle situaties): (1) Duidelijke moeite om een erectie te krijgen tijdens seksuele activiteit; (2) Duidelijke moeite met het behouden van een erectie tot en met de afronding van de seksuele activiteit; (3) Duidelijk verminderde erectiele rigiditeit. (American Psychiatric Association, 2013, p. 584)

De orgasmestoornis bij de vrouw. Het A-criterium van het DSM-5 stelt voor de diagnose *Orgasmestoornis bij de vrouw*:

De aanwezigheid van één van de hierna genoemde symptomen, die tijdens alle of bijna alle gevallen (ongeveer 75-100%) van seksuele activiteit worden ervaren (in omschreven situaties, of, indien gegeneraliseerd: in alle situaties): (1) Fors vertraagd optreden of zeer

⁴ In het DSM-5 stelt het duurtijd criterium dat de symptomen in het A-criterium ongeveer minstens zes maanden bestaan. Het lijdensdruk criterium stelt dat de betrokkene klinisch significante lijdensdruk ondervindt van de symptomen in het A-criterium. Het uitsluitings criterium sluit uit dat de diagnose door een andere stoornis, relationeel probleem, andere stressor, medicatie, middel of somatische aandoening kan worden verklaard (American Psychiatric Association, 2013).

vaak of altijd uitblijven van het orgasme; (2) Duidelijk verminderde intensiteit van de orgastische sensaties. (American Psychiatric Association, 2013, p. 588)

De seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij de vrouw. Het A-criterium van het DSM-5 stelt voor de diagnose *Seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij de vrouw*:

Het ontbreken of een significante vermindering van seksuele belangstelling/opwinding, zoals blijkt uit minstens drie van de volgende kenmerken: (1) Afwezige/verminderde interesse in seksuele activiteit; (2) Afwezige/verminderde seksuele/erotische gedachten of fantasieën; (3) Geen/verminderd initiatief tot seksuele activiteit en meestal niet ontvankelijk voor het initiatief van de partner; (4) Afwezige/verminderde seksuele opwinding/plezier tijdens seksuele activiteit in bijna alle of alle (ongeveer 75-100% van de) seksuele ontmoetingen (in omschreven situaties, of, indien gegeneraliseerd: in alle situaties); (5) Afwezige/verminderde seksuele interesse/opwinding in reactie op interne of externe seksuele/erotische prikkels (bijvoorbeeld geschreven tekst, verbaal, visueel); (6) Afwezige/verminderde genitale of niet-genitale sensaties tijdens seksuele activiteit in bijna alle of alle (ongeveer 75-100% van de) seksuele ontmoetingen (in omschreven situaties, of, indien gegeneraliseerd: in alle situaties). (American Psychiatric Association, 2013, p. 593)

Ten opzichte van de vierde editie van het *Handboek voor de classificatie van Psychische Stoornissen* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th, Tekst Revision ed. [DSM-IV-TR]) (American Psychiatric Association, 2000) vindt in deze diagnose een verschuiving plaats. De diagnose FSAID van het DSM-5 is een samentrekking van de voormalige diagnoses *Hypoactieve seksuele verlangenstoornis* (Hypoactive Sexual Desire Disorder [HSDD]) en *Vrouwelijke seksuele opwindingsstoornis* (Female sexual arousal disorder [FSAD]), welke in de classificatie van het DSM-IV-TR werden beschreven. Volgens Sungur & Gündüz (2014, p. 367) valt de vermenging van deze diagnose eerder te wijten aan een klinisch oordeel, dan aan empirische evidentie. Goldstein en Goldstein pleiten in een rapport van Derogatis et al. (2010) voor de erkenning van de drie verschillende diagnoses: HSDD, FSAD en FSAID. In deze masterproef worden deze diagnoses afzonderlijk opgenomen.

De genitopelviene pijn-/penetratiestoornis. Het A-criterium van het DSM-5 stelt voor de diagnose *Genitopelviene pijn-/penetratiestoornis*:

Persisterende of recidiverende moeilijkheden met een (of meer) van de volgende: (1) Vaginale penetratie tijdens de gemeenschap; (2) Duidelijke vulvovaginale of onderbuikspijn tijdens de vaginale gemeenschap of pogingen tot penetratie; (3) Duidelijke angst of vrees voor vulvovaginale of onderbuikspijn in anticipatie op, tijdens, of als gevolg van vaginale

penetratie; (4) Duidelijke spanning in of aanspannen van de bekkenbodemspieren tijdens pogingen tot vaginale penetratie. (American Psychiatric Association, 2013, p. 598)

De diagnose GPPD is, net zoals FSAID, een samentrekking van twee verschillende diagnoses uit het DSM-IV-TR. Deze diagnose werd daar gecategoriseerd als *Dyspareunie* en *Vaginisme*, waar deze werden gegroepeerd als seksuele pijnstoornissen (Sungur & Gündüz, 2014).

De hypoactief-seksueelverlangenstoornis bij de man. Het A-criterium van het DSM-5 stelt voor de diagnose *Hypoactief-seksueelverlangenstoornis bij de man*:

Persisterende of recidiverende deficiëntie van (of geheel afwezige) seksuele en/of erotische gedachten of fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit. Of er sprake is van een deficiëntie is aan de clinicus om te beoordelen, en hierbij moet rekening worden gehouden met factoren die het seksuele functioneren beïnvloeden, zoals leeftijd en de algemene sociaal-culturele context van het leven van de betrokkene. (American Psychiatric Association, 2013, p. 603)

De voortijdige ejaculatie. Het A-criterium van het DSM-5 stelt voor de diagnose *Voortijdige ejaculatie*: “Een persisterend of recidiverend patroon waarin de ejaculatie tijdens seksuele activiteit met de partner optreedt binnen ongeveer 1 minuut na penetratie in de vagina, en voordat de betrokkene dit wenst” (American Psychiatric Association, 2013, p. 607).

De seksuele disfunctie door een middel/medicatie. De diagnosecriteria van het DSM-5 voor de diagnose *Seksuele disfunctie door een middel/medicatie* zijn:

- (A) Een klinisch significante stoornis in het seksuele functioneren staat in het klinisch beeld op de voorgrond.
- (B) Er zijn aanwijzingen vanuit anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen voor zowel: (1) De in criterium A genoemde symptomen zijn ontstaan tijdens of kort na de intoxicatie door of onttrekking van een middel, of na blootstelling aan een geneesmiddel; (2) Van het betreffende (genees)middel is bekend dat het de in criterium A genoemde symptomen kan veroorzaken.
- (C) De stoornis kan niet beter worden verklaard door een seksuele disfunctie die niet wordt veroorzaakt door een middel/medicatie. (...)
- (D) De stoornis treedt niet uitsluitend op in het beloop van een delirium.
- (E) Lijdensdruk criterium (cfr. supra). (American Psychiatric Association, 2013, p. 610)

De andere gespecificeerde seksuele disfunctie en de ongespecificeerde seksuele disfunctie. De andere gespecificeerde seksuele disfunctie en de ongespecificeerde seksuele disfunctie worden niet verder besproken in deze masterproef.

Een alternatieve classificatie voor seksuele disfuncties

Een alternatief classificatiesysteem werd voorgesteld door de poliklinieken seksuologie in Nederland (Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie [LOPS]) (IJff, 2016). Het LOPS gaat uit van problemen, met inbegrip van zowel fysiologische- als belevingsproblemen, in plaats van stoornissen. In deze classificatie wordt een onderscheid gemaakt tussen zes categorieën: (1) Problemen met het seksueel verlangen; (2) Problemen met de seksuele opwinding; (3) Problemen met het orgasme; (4) Seksuele-pijnproblemen; (5) Seksueel misbruik/seksueel geweld; en (6) Seksuele ontevredenheid (IJff, 2016).

Deze hoofdcategorieën worden verder gespecificeerd. De diagnoses *Verminderd seksueel verlangen*; *Seksuele aversie*; *Overmatig seksueel verlangen*; en *Een ander probleem met seksueel verlangen* zijn onderdeel van categorie (1). Binnen categorie (2) wordt een onderscheid gemaakt tussen *Probleem met de subjectieve seksuele opwinding*; *Erectie- of lubricatieprobleem*; en *Een ander probleem met de seksuele opwinding*. Problemen met betrekking tot het orgasme (3) kunnen zijn: *Geen of vertraagd optreden van het orgasme*; *Voortijdig orgasme*; *Anhedonisch orgasme*; *Ejaculatieproblemen*; en *Een ander probleem met het orgasme*. Binnen de seksuele pijnstoornissen (4) komen *Vaginisme* en *Dyspareunie* aan bod, alsook *Verminderde gevoeligheid van de geslachtsdelen*. Seksuele ontevredenheden kunnen betrekking hebben op *De frequentie van seksueel contact*; *De aard van seksueel contact*; etc. (IJff, 2016).

Roken en seksuele disfuncties

De relatie tussen erectiestoornissen en roken werd meermaals onderzocht. Verschillende studies konden besluiten dat roken de kans op erectiestoornissen vergroot (vb. Allen & Walter, 2018a; Biebel et al., 2016; Christensen et al., 2011; Feldman et al., 2000; Pourmand et al., 2004; Verze et al., 2015; Wen et al., 2017) en dat deze relatie dosisafhankelijk is (vb. Allen & Walter, 2018a; Kovac et al., 2015; Polsky et al., 2005; Pourmand et al., 2004; Verze et al., 2015). In een studie van Glina et al. (1988) kregen 12 mannen op twee meetmomenten intracavernosaal papaverine hydrochloride⁵ toegediend. Bij het tweede meetmoment kregen de mannen de opdracht om voorafgaand aan de injectie twee sigaretten te roken. Waar bij het eerste meetmoment alle mannen een erectie konden krijgen, lukte dat op het tweede meetmoment slechts bij vier mannen. Daarnaast werd er een significant verschil ($p < .01$) in tumescentie waargenomen: de gemiddelde cavernosale

⁵ Papaverine hydrochloride is een medicijn dat omwille van zijn vasodilaterende eigenschappen wordt gebruikt in de behandeling van erectiestoornissen (Berko et al., 2018).

druk bedroeg respectievelijk 85.83 mmHg en 53.30 mmHg. In een gerandomiseerd, dubbelblind en placebogecontroleerd onderzoek van Harte en Meston (2008a) werd de peniele tumescentie van mannen vergeleken met en zonder inname van nicotine. Zij vonden hier een significante afname van 23% ($p = .02$). Echter, nicotine had geen significante invloed op de subjectieve score van seksuele opwinding ($p = .70$).

Christensen et al. (2011) vonden significante verbanden tussen roken en erectiestoornissen (AOR 2,37, 95% CI [1.15, 4.90]; $p = .05$). Verder vonden Wen et al. (2017) een significant verband tussen roken en verminderde interesse in seksuele activiteit (AOR 2.18, 95% CI [1.20, 3.97]; $p = .01$) en prestatieangst (AOR 2.46, 95% CI [1.24, 4.86]; $p = .01$).

Fysiologie van de erectie en pathofysiologie bij roken

Het is niet ondenkbaar dat de lichamelijke veranderingen ten gevolge van roken effecten hebben op de seksuele reponscyclus en seksualiteitsbeleving. Masters en Johnson (1966, pp. 7 - 8) rapporteerden dat vasocongestie en myotonie noodzakelijke fysiologische processen zijn om tot een adequate seksuele respons en genitale opwinding te komen. Verschillende onderzoeken konden hun stelling later bevestigen (vb. Dubinskaya et al., 2021; Giuliano et al., 2010; Janssen, 2011; Laan et al., 2021; Schober et al., 2011).

Een erectie ontstaat door de activatie van een neurovasculair mechanisme dat afhankelijk is van voldoende arteriële bloedtoevoer (Biebel et al., 2016; Rosen & McKenna, 2002). De vasocongestie of bloedtoevoer naar de penis wordt mogelijk gemaakt door dilatatie van de arterie helicina, waardoor de bloedruimtes van de corpora cavernosa zich vullen. Hierdoor ontstaat tumescentie en wordt de subtunicale vene platgeduwd, waardoor het bloed niet kan wegvloeien en de erectie behouden blijft. Dit proces wordt mogelijk gemaakt door het vrijkomen van twee neurotransmitters na parasympatische stimulatie, ten gevolge van seksuele opwinding. Prostaglandine E₁ (PGE₁) zorgt voor de omzetting van adenosinetriphosfaat (ATP) naar cyclisch adenosinemonofosfaat (cAMP) en stikstofoxide (NO) zorgt gelijktijdig voor de omzetting van guanosinetriphosfaat (GTP) naar cyclisch guanosinemonofosfaat (cGMP). Het zijn vervolgens cAMP en cGMP die ervoor zorgen dat de gladde spiercellen van de arterie helicina gaan ontspannen, waardoor vasodilatatie mogelijk wordt en een erectie wordt geïnduceerd. NO wordt beschouwd als de belangrijkste factor om relaxatie van de peniele bloedvaten mogelijk te maken (Andersson, 2011; Burnett et al., 1992; Kim et al., 1991).

Roken heeft een nefaste invloed op de processen die noodzakelijk zijn om tot genitale opwinding te komen. Verschillende studies konden aantonen dat roken een negatieve invloed uitoefent op de peniele vasculaire endotheliale functie door het verminderen van de activiteit van stikstofoxide synthase (NOS), wat leidt tot daling van de NO-spiegel die noodzakelijk is om vasodilatatie

te creëren (Biebel et al., 2016; Chalon et al., 2000; Kim et al., 1991; Lue, 2000; Lue & Tanagho, 1987; Zeiher et al., 1995). Om het bovenstaande proces te starten is parasympatische activatie noodzakelijk. Roken zorgt echter voor de activatie van het sympathisch zenuwstelsel (Grassi et al., 1994). Vasoconstrictie wordt door verschillende studies beschouwd als de oorzaak van erectiestoornissen op korte termijn (Biebel et al., 2016). Zoals reeds werd aangegeven vergroot roken het risico op atherosclerose (U.S. Department of Health and Human Services, 2014), wat mede het risico op erectiestoornissen op lange termijn in de hand werkt (Biebel et al., 2016; Mollaioli et al., 2020).

Naast de invloed op de genitale bloedsomloop heeft roken een negatieve impact op de testosteronspiegel, wat eveneens verminderde vasocongestie in de hand werkt en tot verminderde seksuele interesse kan leiden (Park et al., 2012). Dit strookt met de eerder vermelde bevindingen van Wen et al. (2017). Laan et al. (2021) wijzen erop dat testosteron een drempelwaarde moet overschrijden om responsief te kunnen zijn voor seksuele prikkels.

Roken en vrouwelijke seksualiteit

Achtergrond

Waar de relatie tussen mannelijke seksualiteit en roken reeds uitgebreid werd onderzocht, heerst er een lacune in de literatuur als het gaat over de relatie tussen vrouwelijke seksualiteit en roken (Harte & Meston, 2008b). De beperkte literatuur die beschikbaar is, blijkt daarenboven heel controversieel en tegenstrijdig (Kovac et al., 2015; McCool-Myers et al., 2018). Mollaioli et al. (2020) vermelden in hun review dat men ervan uit kan gaan dat de aan roken gerelateerde seksuele complicaties dezelfde zijn voor beide geslachten. De hypothese ligt in lijn met het gegeven dat de biologische capaciteit voor seksuele opwindning bij mannen en vrouwen gelijk is (Laan et al., 2021). Christensen et al. (2011) stelden een significante relatie vast tussen roken en vrouwelijke seksuele inactiviteit (OR 1.30, 95% CI [1.05, 1.62]; $p = .005$), een relatie die door Wen et al. (2017) ook bij mannen werd gevonden.

In een onderzoek van Battaglia et al. (2011) werden 137 vrouwen ingedeeld in drie groepen volgens rookfrequentie. De genitale bloedsomloop van de drie groepen werd via dopplersonderzoek vergeleken en er werden 3D-analyses uitgevoerd van de clitorale en labia minora vascularisatie. De onderzoekers toonden aan dat roken een negatieve invloed uitoefent op deze laatste ($p < .0001$). Er kon geen significant verschil worden waargenomen in algemene orgasmefrequentie, maar wel voor vaginaal (door penetratie) geïnduceerde orgasmes. Rokende vrouwen hadden significant minder kans om deze laatste te ervaren ($p < .05$). De negatieve effecten op de clitorale bloedsomloop werden al eerder gevonden door McCall-Hosenfeld et al. (2008).

In het onderzoek van Wen et al. (2017) werd aangetoond dat rokende vrouwen significant meer kans hadden om seks niet aangenaam te vinden (AOR 1.43, 95% CI [1.04, 1.97]; $p = .026$). In hun steekproef van 8816 vrouwen vonden ze daarnaast dat rokende vrouwen significant minder kans hadden op het bereiken van een orgasme (AOR 1.34, 95% CI [.99, 1.81]; $p = .05$). Er kon geen significantie worden vastgesteld bij de zware rooksters (> 20 sigaretten per dag), wat volgens de onderzoekers te wijten is aan een te kleine steekproef, welke op zijn beurt resulteerde in bredere betrouwbaarheidsintervallen. In een eerdere review werd eveneens gevonden dat niet-rokende vrouwen in de menopauze meer kans hadden om seks als bevredigender te ervaren in vergelijking met rokende vrouwen (Nazarpour et al., 2016).

In de review van Allen en Walter (2018a) kon geen relatie worden vastgesteld tussen roken en vrouwelijke seksuele disfunctie (female sexual dysfunction [FSD]) (AOR 1.06, 95%CI [.51, 2.21]). Deze bevindingen staan echter lijnrecht tegenover diegene in de review van McCool-Myers et al. (2018). Zij vonden in hun review dat roken weldegelijk een risicofactor is voor FSD en voor FOD. Daarnaast konden ze roken identificeren als protectieve factor voor HSDD. Deze resultaten zijn consistent met diegene van het recente onderzoek van Ju et al. (2021). Zij konden roken als de sterkste risicofactor identificeren voor FSD (AOR 6.23, 95% CI [1.56, 24.82]) en vonden dat de relatie ook voor passief roken significant is (AOR 1.89, 95% CI [1.09-3.26]). Verder toonde het laatste onderzoek dat er een significante relatie bestaat tussen roken en FSAD, FOD en seksuele dissatisfactie, wat overeenkomt met de conclusies van Wen et al. (2017) en Nazarpour et al. (2016). Voorgaand onderzoek van Harte en Meston (2008b) kon echter geen verschil vinden in subjectief seksueel welbevinden tussen rokende en niet-rokende vrouwen.

Pathofysiologie

Net als bij mannen, is bij vrouwen genitale seksuele opwinding het gevolg van een neurovasculair mechanisme dat de instroom van bloed naar de genitalia bevordert (Rosen & McKenna, 2002). De instroom van bloed naar de clitoris wordt voorzien door de interne pudendale arterie en de diepe, dorsale clitorale arteriën (Dubinskaya et al., 2021). Genitale opwinding wordt gekenmerkt door zwelling van de clitoris en labia minora (Masters & Johnson, 1966). Tijdens seksuele stimulatie zal de bloedstroom naar de clitorale corpora cavernosa en labiale arteriën toenemen (Dubinskaya et al., 2021).

Dieronderzoek kon de negatieve relatie tussen tabaksrook en verminderde genitale congestie al aantonen: Juenemann et al. (1987) vonden een verzwakte genitale respons bij honden na acute blootstelling aan tabaksrook. Dit werd ook bij mensen vastgesteld (Harte & Meston, 2008b) en de resultaten zijn vergelijkbaar met het onderzoek bij mannen door Glina et al. (1988). Bovendien zijn bij vrouwen de effecten van tabaksrook ook dosisafhankelijk (Choi et al., 2015). De verminderde

genitale vasocongestie, zoals aangetoond door Battaglia et al. (2011), valt wellicht te wijten aan de gedaalde NO-spiegel (Chalon et al., 2000; Harte & Meston, 2008b; Kim et al., 2003; Souto et al., 2011; Zeiher et al., 1995). Kim et al. (2003) suggereren dat NO de hoofdregulator zou kunnen zijn bij vaginale hemodynamica. Verminderde lubricatie kan worden verklaard vanuit de verminderde genitale bloedsomloop (Battaglia et al., 2011; Mollaioli et al., 2020), wat op zijn beurt kan leiden tot een daling in seksuele satisfactie, een lagere orgasmefrequentie en pijn tijdens seksuele activiteit.

Naast de vasculaire mechanismen spelen ook de sekshormonen een rol. Net als bij mannen kan een verminderde testosteronspiegel bij vrouwen worden opgemerkt, maar ook de oestrogeenspiegel is gedaald (Park et al., 2012). De effecten van verlaagde testosteronspiegels zijn gelijklopend aan de effecten bij mannen (cfr. supra). De anti-oestrogeeneffecten brengen Battaglia et al. (2011) in verband met de gedaalde vascularisatie, lubricatie en vertraagde orgastische functie.

Rookstop en seksualiteit

De Belgische Gezondheidsenquête leert dat 73% van de dagelijkse rokers al een stoppoging⁶ heeft ondernomen (Gisle et al., 2018). Stoppen met roken heeft verschillende positieve gevolgen voor het lichaam. Zo zal er een heel snelle reductie van de hartslag en cortisolsecretie merkbaar zijn in de eerste uren na de rookstop (West & Saul, 2007) en zal de vasoconstrictie verdwijnen wanneer de nicotine is afgebroken (Schoors, 2018). Verder zal de gestopte roker binnen een week volgende gezondheidseffecten ervaren: (1) Stopzetting van de achteruitgang in longfunctie; (2) Reductie van potentiële postoperatieve complicaties; (3) Afname van het risico op laaggeboortegewicht en zwangerschapscomplicaties; (4) Verlaagd risico op plotse dood ten gevolge van een cardiaal event; (5) Afname in incidentie van respiratoire infecties; (6) Gereduceerde ernst bij astma-opstoot; en (7) Verbetering van de huidskleur. Vervolgens zal het risico op cardiovasculaire aandoeningen afnemen in het eerste jaar na rookstop (West & Saul, 2007). Het risico op een AMI zal halveren één jaar na de rookstop (Lightwood & Glantz, 1997). In de jaren die daarop volgen zal het risico op longkanker normaliseren, net zoals het risico op andere kankers (West & Saul, 2007).

Naast deze invloeden zijn de gezondheidsvoordelen ook zichtbaar op seksueel gebied. Zo werd rookstop meermaals geïdentificeerd als effectieve pijler in de behandeling van erectiestoornissen (Chan et al., 2010; Harte & Meston, 2012; Kovac et al., 2015; Pourmand et al., 2004; Verze et al., 2015). Rookstop leidt immers niet enkel tot een significante verbetering van de tumescentie (Glina et al., 1988; Harte & Meston, 2012; Kovac et al., 2015; Sighinolfi et al., 2007), maar ook tot een significante verbetering van de subjectieve seksuele gezondheid (Harte & Meston, 2012), al is deze bevinding strijdig met een voorgaand onderzoek (Harte & Meston, 2008a).

⁶ Men spreekt hier over een stoppoging wanneer een persoon minstens 24 uren niet heeft gerookt.

Celikhisar et al. (2021) onderzochten de invloed van rookstop op vrouwelijke seksuele gezondheid door vrouwen te screenen voorafgaand aan de stoppoging en negen maanden na rookstop. Deze resultaten werden vergeleken met een controlegroep. De prevalentie van FSD was significant hoger in de groep die bleef roken ($p < .001$) en bovendien was het globaal seksueel functioneren van de rokende vrouwen significant lager ($p < .001$). Dit onderzoek is tot op heden het enige onderzoek dat de relatie tussen rookstop en FSD heeft onderzocht (Celikhisar et al., 2021).

Huidig onderzoek

Het is duidelijk dat de relatie tussen roken, de vrouwelijke seksualiteitsbeleving en seksueel functioneren tot op heden weinig onderzocht werd en controversiële en tegenstrijdige resultaten oplevert. Vanuit deze leemte komt het onderzoek voor deze masterproef tot stand. Deze masterproef onderzoekt of er een correlatie bestaat tussen roken en seksuele gezondheid bij vrouwen. De concrete onderzoeksvraag die wordt gesteld is: Is er een verschil in seksuele gezondheid tussen rokende vrouwen en niet-rokende vrouwen? Bij deze onderzoeksvraag wordt als hypothese gesteld dat er weldegelijk een verschil is in seksuele gezondheid, met name dat rokende vrouwen kwantitatief lager scoren voor seksueel functioneren en dat deze relatie omgekeerd evenredig is met de mate van tabaksconsumptie.

Methoden

Procedure

Onderzoeksvragen en hypotheses

De hierboven geformuleerde onderzoeksvraag en hypothese worden omwille van praktische redenen verder onderverdeeld in concrete onderzoekbare onderzoeksvragen en bijhorende, toetsbare hypotheses. Concreet wordt nagegaan: (1) Of rokende vrouwen een lagere seksuele satisfactie ervaren dan niet-rokende vrouwen; (2) Of er een verschil bestaat in seksueel functioneren tussen rokende en niet-rokende vrouwen; (3) Of er een verschil bestaat in het ervaren van seksuele distress tussen rokende en niet-rokende vrouwen; en (4) Of er verschillen kunnen worden waargenomen bij de rokende vrouwen op basis van hun leeftijd, de duurtijd van de rookverslaving, de mate van hun nicotinedependentie en hun rookmotieven. Binnen onderzoeksvraag (2) zal een concrete vergelijking gebeuren voor volgende aspecten van seksueel functioneren: (a) Seksueel verlangen; (b) Seksuele opwinding; (c) Vaginale lubricatie; (d) Orgastisch functioneren; en (e) Pijnklachten. Voor onderzoeksvraag (4) wordt gekeken of er verschillen te merken zijn in seksuele satisfactie, seksueel functioneren en seksuele distress bij rokende vrouwen op basis van nicotinedependentie en rookmotieven.

Op basis van de beschikbare literatuur worden volgende hypotheses gesteld: Voor de eerste onderzoeksvraag wordt verwacht dat rokende en niet-rokende vrouwen een gelijkwaardige seksuele satisfactie ervaren. Binnen het seksueel functioneren wordt verwacht dat rokende vrouwen zich minder opgewonden voelen, minder lubricatie ervaren, minder orgasmes ervaren, maar meer seksueel verlangen ervaren. Deze laatste is gebaseerd op de bevinding dat roken een protectieve factor zou zijn voor HSDD (zie Roken en vrouwelijke seksualiteit). Verder wordt verwacht dat rokende vrouwen meer kans hebben op het ervaren van pijn tijdens de coïtus. De verwachting voor onderzoeksvraag (3) is dat rokende vrouwen meer kans hebben op het ervaren van seksuele distress. Bij onderzoeksvraag (4) wordt een negatieve correlatie verwacht tussen het seksueel functioneren en zowel leeftijd van de vrouw als duurtijd van de verslaving. Er wordt verwacht dat deze laatste variabelen een positieve correlatie vertonen met seksuele distress, maar een negatieve correlatie wordt verwacht tussen seksuele satisfactie en zowel leeftijd als duurtijd. Verder wordt bij rokende vrouwen een negatieve correlatie verwacht tussen de mate van nicotinedependentie en seksuele satisfactie, seksueel functioneren, seksuele distress. Een positieve correlatie wordt verwacht tussen de mate van nicotinedependentie en seksueel verlangen. Binnen de rookmotieven worden volgende correlaties verwacht: (a) Meer kans op seksuele satisfactie bij vrouwen die roken omwille van het stimulatief of plezierig effect; (b) Lagere scores in seksueel functioneren bij vrouwen die roken uit

automatisme of omwille van de sociale aspecten; en (c) Een hogere kans op seksuele distress bij vrouwen die roken uit automatisme of omwille van de sociale aspecten.

Onderzoeksdesign en onderzoeksopzet

Een prospectief, cross-sectioneel, differentieel onderzoek⁷ werd uitgevoerd. Participanten werden ingedeeld in rokers en niet-rokers. Vrouwen die aangaven gestopt te zijn met roken werden toegewezen aan de niet-rokers als zij meer dan één jaar gestopt waren. Vrouwen die minder dan één jaar geleden gestopt waren, werden niet opgenomen in de steekproef (zie Rekruteringscriteria).

Om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvragen, werden de resultaten van beide groepen vrouwen op de Nederlandstalige versie van de Female Sexual Function Index (FSFI-NL) (Rosen et al., 2000; ter Kuile et al., 2009) en de Nederlandstalige en gereviseerde versie van de Female Sexual Distress Scale (FSDS-R-NL) (Derogatis et al., 2002; ter Kuile et al., 2009) met elkaar vergeleken (zie Meetinstrumenten). Om de vierde onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, werd het antwoord gezocht bij de rokende vrouwen. Zij werden ingedeeld volgens hun leeftijd, de duurtijd van hun rookverslaving, hun mate van nicotinedependentie en op vlak van hun rookmotieven.

Het opzet van deze studie betreft zowel een tussen-, als binnen-subjects design.

Variabelen

Verschillende onafhankelijke variabelen van de participanten werden in kaart gebracht. Allereerst werden demografische gegevens verzameld, zoals leeftijd; opleidingsniveau; relatievorm en seksuele oriëntatie. Er werden eveneens controlevragen naar genderidentiteit en relatiestatus (inclusief duurtijd) opgenomen (zie Rekruteringscriteria). Nadien werd de rookstatus bepaald. Participanten konden worden toegewezen tot de rokersgroep of de niet-rokersgroep. Wanneer de participant aangaf te roken, werd de mate van nicotine-addictie bepaald en werd gepeild naar de rookmotieven (zie Meetinstrumenten).

De afhankelijke variabelen werden gemeten aan de hand van de FSFI-NL en de FSDS-R-NL. Via deze meetinstrumenten konden volgende variabelen in kaart worden gebracht: (1) Mate van seksueel verlangen; (2) Mate van seksuele opwinding; (3) Mate van vaginale lubricatie; (4) Orgastisch functioneren; (5) Subjectieve seksuele satisfactie; (6) Pijnklachten tijdens seksuele activiteit; (7) Globaal seksueel functioneren; en (8) Mate van seksuele distress.

⁷ Een differentieel onderzoek lijkt qua opzet sterk op een correlatieel opzet, met het verschil dat bij een differentieel onderzoek de groepen worden ingedeeld op basis van een bestaand verschil tussen de participanten. Een correlatieel onderzoek beschouwt de participanten als één groep en zal twee variabelen meten per participant (Gravetter & Forzano, 2018). In dit onderzoek is het vooraf bestaande verschil de rookstatus.

Meetinstrumenten

Verschillende meetinstrumenten werden gebruikt om de onafhankelijke en afhankelijke variabelen in kaart te brengen. Daarnaast werden nog enkele bijkomende vragen gesteld die niet in de meetinstrumenten voorkwamen, maar relevant waren binnen deze masterproef.

Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). De Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) (Heatherton et al., 1991) is een gereviseerde versie van de originele Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) (Fagerstrom, 1978) om de mate van nicotinedependentie van een roker te bepalen. De vragenlijst is beschikbaar in het Nederlands, werd reeds gevalideerd (Etter et al., 1999; Vink et al., 2005) en bleek een goede test-hertestbetrouwbaarheid te hebben ($r = .70$ voor mannen; $r = .83$ voor vrouwen), welke in lijn was met voorgaand onderzoek (Etter et al., 1999; Pomerleau et al., 1994; Vink et al., 2005). Bovendien bleek de interne consistentie voldoende ($\alpha = .65$ voor mannen; $\alpha = .69$ voor vrouwen) (Vink et al., 2005).

De FTND werd in dit onderzoek gebruikt om de lichamelijke verslavingscomponent van de rokende participanten in kaart te brengen en de mate van hun nicotinedependentie te bepalen. De FTND bevat zes vragen en resulteert in een score tussen 0 en 10. Een hogere score staat voor grotere mate van nicotinedependentie.

Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS). De originele versie van deze vragenlijst werd gepubliceerd door Horn en Waingrow (1966) onder de naam Reasons for Smoking Scale (RSS). De naamsverandering naar Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS) kwam er na het toevoegen van de sociale component van roken (Boudrez & De Bacquer, 2012). Boudrez en De Bacquer (2012) konden in hun onderzoek naar de Nederlandstalige versie van de MRSS (MRSS-NL) concluderen dat de interne consistenties van de verschillende subschalen uiteenlopen van .65 tot .72, waarvan één subschaal onder $\alpha = .70$ ligt. Ze konden bovendien de validiteit van de Nederlandstalige versie aantonen.

De MRSS-NL is een vragenlijst die peilt naar de reden waarom mensen roken. Dit wordt onderzocht aan de hand van vier subschalen die nagaan in welke mate de roker geniet van deze verschillende aspecten: (1) Stimulatie; (2) Plezier van het roken; (3) Sociaal aspect van roken; en (4) Roken als gewoonte of automatisme. De vragenlijst bestaat uit 14 stellingen, waarbij participanten dienen aan te geven of de betreffende stelling voor hen van toepassing is. Subschalen (1) en (2) worden gemeten met vier stellingen, subschalen (3) en (4) met drie stellingen.

De score voor elke subschaal wordt berekend door de hoeveelheid positieve stellingen ten opzichte van het totaal weer te geven. Hoewel de resultaten als percentage worden weergegeven,

zijn het aantal mogelijkheden beperkt. Om deze reden werd ervoor gekozen om de resultaten op ordinaal meetniveau te beschouwen.

Female Sexual Function Index (FSFI). De Female Sexual Function Index (FSFI) (Meston, 2003; Rosen et al., 2000; Wiegel et al., 2005) is een vragenlijst die bestaat uit 19 items en peilt naar de algemene seksuele gezondheid van vrouwen (Giraldi et al., 2011).

De FSFI heeft een adequate test-hertestbetrouwbaarheid ($r = .75 - .86$) en de interne consistentie blijkt excellent te zijn ($\alpha = .89 - .95$) (Giraldi et al., 2011). De vragenlijst werd vergeleken met verschillende meetinstrumenten, waaruit bleek dat de convergerende/discriminant validiteit adequaat is (Giraldi et al., 2011). De test werd vertaald naar het Nederlands en de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse populatie werden in kaart gebracht. Uit dat onderzoek kon worden besloten dat de Nederlandstalige versie van de FSFI betrouwbaar en valide is (ter Kuile et al., 2009).

De FSFI bevat 19 vragen, verdeeld over zeven subschalen die volgende variabelen in kaart brengen: (1) Mate van seksueel verlangen; (2) Mate van seksuele opwinding; (3) Mate van vaginale lubricatie; (4) Orgastisch functioneren; (5) Subjectieve seksuele satisfactie; (6) Pijnklachten tijdens seksuele activiteit; en (7) Globaal seksueel functioneren.

De vragen die bij de verschillende onderdelen horen, worden gescoord op een 5-punts Likertschaal, waarbij hogere scores overeenkomen met een hogere score in seksueel functioneren voor het betreffende item. De som van de verschillende vragen van elke subschaal wordt gemaakt en vermenigvuldigd met de domeinfactor⁸ om de score van een domein te berekenen. Om de totaalscore van de FSFI te bepalen, worden de verschillende scores van de subschalen opgeteld. Deze laatste geeft de globale score van seksueel functioneren weer (Meston et al., 2020).

Het is toegestaan om de FSFI te gebruiken bij een lesbische populatie, al is voorzichtigheid geboden (ter Kuile et al., 2009). Meyer-Bahlburg en Dolezal (2007) hebben een alternatieve interpretatiemanier voorgesteld voor deze populatie. Tracy en Junginger (2007) konden echter besluiten dat de FSFI voor lesbische vrouwen betrouwbaar is en een goede interne consistentie heeft ($\alpha = .84 - .96$) (Giraldi et al., 2011). Op basis van deze laatste werd beslist om de alternatieve interpretatiemanier van Meyer-Bahlburg en Dolezal (2007) niet te gebruiken in deze masterproef.

Gereviseerde Female Sexual Distress Scale (FSDS-R). Giraldi et al. (2011) wijzen erop dat de FSFI onvoldoende in staat is om het niveau van seksuele distress te meten. Om deze

⁸ De domeinfactor bedraagt 0.6 voor verlangen; 0.3 voor opwinding; 0.3 voor lubricatie; 0.4 voor orgastisch functioneren; 0.4 voor satisfactie; en 0.4 voor pijn.

tekortkoming te overbruggen, adviseren zij om de FSFI steeds te combineren met een meetinstrument dat specifiek peilt naar het niveau van seksuele distress. Daarnaast is de subjectieve seksualiteitsbeleving één van de aspecten die werden onderzocht in deze masterproef.

Om de subjectieve seksuele distress te meten, werd gebruikt gemaakt van een gereviseerde versie van de Female Sexual Distress Scale (FSDS-R) (Derogatis et al., 2002). De FSDS-R heeft een hoge test-hertestbetrouwbaarheid, voor zowel vrouwen die seksuele distress ervaren, als voor vrouwen die geen seksuele distress ervaren, respectievelijk $\alpha = .88$; $\alpha = .86$ (Gibaldi et al., 2011). Het meetinstrument werd eveneens naar het Nederlands vertaald en gecontroleerd op validiteit en betrouwbaarheid in dezelfde Nederlandse populatie als de FSFI (zie Female Sexual Function Index (FSFI).) (ter Kuile et al., 2009).

De vragen van de FSDS-R worden gescoord op een 5-punts Likertschaal. Het meetinstrument bestaat uit 13 stellingen. Participanten geven voor elke stelling aan hoe vaak ze de stelling hebben ervaren in de laatste maand. Een hogere score correleert met een hoger niveau van seksuele distress. De score kan variëren tussen 0 en 52 (Milhausen et al., 2020).

Bijkomende vragen. Om te controleren of participanten voldeden aan de rekruteringscriteria voor dit onderzoek, werden enkele bijkomende controlevragen opgesteld. Er werd gepeild naar blootstelling aan tabaksrook (passief roken). Daarnaast werden vragen toegevoegd om de volledigheid van het onderzoek te garanderen, welke niet in de meetinstrumenten voorkwamen. Om te peilen naar relationele tevredenheid werden drie vragen opgenomen die afkomstig zijn uit de Couple Satisfaction Index (CSI), een gevalideerd meetinstrument dat werd vertaald naar het Nederlands (Funk & Rogge, 2007). Verder werden er vragen gesteld over glijmiddelgebruik om indirect een beeld te krijgen van vaginale lubricatie en waren er vragen over masturbatiefrequentie en ervaringen hiermee. Tenslotte werd gevraagd om van verschillende lichaamsdelen de mate van gevoeligheid te scoren tijdens seksuele activiteit op een 7-punts Likertschaal. De bijkomende vragen zijn samen met de demografievragen en meetinstrumenten terug te vinden in de Qualtrics-enquête, die als bijlage wordt toegevoegd (zie Bijlage I: Qualtrics enquête).

Uitvoering van het onderzoek

De verschillende demografievragen, meetinstrumenten en bijkomende vragen, werden opgeladen in het online surveyplatform Qualtrics (2020). Een survey werd gecreëerd, welke vervolgens via verschillende kanalen werd verspreid (zie Rekrutering).

De duurtijd van de survey was afhankelijk van de rookstatus van de participant. Deze werd globaal geschat op een duurtijd van 20 minuten.

Ethische aspecten

Het onderzoeksopzet van deze masterproef werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de faculteit Geneeskunde van de Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven) onder dossiernummer MP019067. Alle verkregen data werden anoniem verwerkt. De goedkeuringsbrief is te vinden als bijlage (zie Bijlage II: Goedkeuringsbrief ethische commissie).

Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst verklaarde elke participant de informatiebrief te hebben gelezen en diende de participant te verklaren dat deze instemt om deel te nemen aan het onderzoek. Deze informatiebrief is te vinden als bijlage (zie Bijlage III: Informatiebrief). Zonder bevestiging kon de vragenlijst niet worden gestart en werd de participant uitgesloten (zie Uitsluitings- en uitvalsriteria).

Participanten

Rekruteringscriteria

Daar deze masterproef zich richt op seksuele gezondheid bij vrouwen, werd het hebben van een vrouwelijk geslacht het eerste deelnamecriterium. Met vrouwen worden hier personen bedoeld die de primaire vrouwelijke geslachtskenmerken hebben, welke sinds de geboorte aanwezig zijn en die zich daarnaast subjectief als vrouw identificeren. Transgenderpersonen werden op deze manier uitgesloten.

Zowel rokende, niet-rokende als met roken gestopte vrouwen konden deelnemen aan het onderzoek. Gestopte rokers dienden aan een bijkomend criterium te voldoen: zij moesten minimaal één jaar gestopt zijn met roken. Eén jaar na rookstop kan een significante verbetering van arteriële dilatatie worden waargenomen (Johnson et al., 2010). Hier wordt verondersteld dat door deze dilaterende effecten de bloeddorstrooming van de vrouwelijke genitalia verbetert, zoals bij mannen met erectiestoornissen kan worden waargenomen na rookstop (Maiorino et al., 2015). Er werd getracht om passief rokende vrouwen zo veel mogelijk uit te sluiten (zie Bijkomende vragen.). Zij kunnen immers bias opleveren in de groep van niet-rokende vrouwen. Zoals reeds vermeld, toonden Ju et al. (2021) aan dat passief roken een risicofactor vormt voor FSD.

De leeftijd van de participanten diende zich in het interval 21 jaar tot en met 45 jaar te bevinden. De bovengrens van dit interval werd gekozen op basis van beschikbare literatuur over het mogelijks vervroegde optreden van de menopauze bij rokende vrouwen (Kim et al., 2021; Mayor, 2015; Mikkelsen et al., 2007; Sarac et al., 2011; Whitcomb et al., 2018).

Enkel vrouwen die een vaste partner hebben, konden deelnemen aan de studie. Bovendien dienden ze seksueel actief geweest te zijn in de laatste maand. Een vaste relatie garandeert de betrouwbaarheid en validiteit van de FSFI (zie Meetinstrumenten). Voor participatie in deze studie werd een minimale relatieduur van één jaar vastgelegd. Na deze periode is de eerste afname van

relationele satisfactie voltrokken, welke gerelateerd is aan een vermindering van passie (Kurdek, 1999; Lorber et al., 2015; Sternberg, 1986). Kurdek (1999) spreekt over het *Honeymoon is over-effect*. Het includeren van vrouwen in een relatie met een duurtijd van minder dan één jaar zou mogelijks de resultaten van de FSFI in positieve zin kunnen beïnvloeden, welke de interne validiteit van dit onderzoek zou beperken.

Er werden geen beperkingen opgelegd met betrekking tot seksuele oriëntatie.

Samengevat beperkte deze studie zich tot cisvrouwen zonder specifieke eisen naar oriëntatie. Ze hadden een leeftijd van 21 tot en met 45 jaar en een vaste relatie die minstens al één jaar duurde. Afhankelijk van hun rookstatus werden ze in de verschillende groepen ingedeeld, verschillende rookstatussen werden dus toegestaan. Aangezien communicatie rond dit onderzoek in het Nederlands werd gevoerd en de vragenlijst werd afgenomen in het Nederlands, beperkt deze studie zich tot Nederlandssprekende participanten. De participanten dienden tenslotte seksueel actief te zijn geweest met hun partner in de laatste maand voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, wat noodzakelijk is voor een betrouwbare afname van de FSFI.

Rekrutering

Voor het werven van participanten werd uit praktische overwegingen gekozen om de convenience samplingmethode toe te passen. Deze masterproef werd op verschillende manieren bekend gemaakt en participanten die voldoen aan de selectiecriteria konden op eigen initiatief deelnemen aan het onderzoek.

De eerste manier van bekendmaking gebeurde via een informatieposter. Deze poster werd ontworpen in het kader van deze masterproef en werd louter digitaal verspreid. De poster is terug te vinden als bijlage (zie Bijlage IV: Rekruteringsposter).

Deze poster werd opgenomen in een mailing binnen Odisee Hogeschool, ter bekendmaking van de masterproef. De begeleidende tekst voor deze mailing is te vinden als bijlage (zie Bijlage V: Mailing binnen Odisee Hogeschool).

Op de website van de tabakologiepraktijk van de proefleider werd een nieuwsbericht geplaatst over dit onderzoek waarmee participanten zich konden aanmelden (zie Bijlage VI: Nieuwsbericht op website tabakologiepraktijk).

Daarnaast gebeurde bekendmaking via sociale media. Er werd gebruik gemaakt van de kanalen Facebook®, Instagram® en LinkedIn®. Het bericht dat op sociale media werd geplaatst, was voorzien van een begeleidende tekst (zie Bijlage VII: Rekruteringstekst sociale media) en van de eerdergenoemde poster. Door het voorzien van een poster werd de aandacht meer getrokken naar

het bericht (McDonald, 2021), waardoor er potentieel meer participanten konden worden gerekruteerd.

Uitsluitings- en uitvalsriteria

Binnen dit onderzoek werden één uitsluitingscriterium en twee uitvalsriteria gehanteerd, respectievelijk: (1) De participant voldoet niet aan de opgelegde voorwaarden tot deelname aan het onderzoek, zoals beschreven in Rekruteringscriteria; (2) De participant geeft aan regelmatig te worden blootgesteld aan sigarettenrook en bijgevolg passief te roken; en (3) De vragenlijsten werden niet volledig afgewerkt.

Resultaten van participanten die uitvielen werden niet verder gebruikt in de data-analyse.

Statistische analyses

De statistische analyses werden uitgevoerd met de software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 28.0.1.1 (IBM Corporation, 2020).

Om een antwoord te kunnen bieden op de verschillende onderzoeksvragen, werd gebruik gemaakt van verschillende vormen van verklarende statistiek. Op basis van de hypothesen werd bepaald welke statistische toetsen werd uitgevoerd.

Statistische analyses en assumpties

Pearson Chi-Square Toets. De Pearson Chi-Square toets is een non-parametrische, of verdelingsvrije, toets om groepverschillen te analyseren wanneer de afhankelijke variabele werd gemeten op nominaal of ordinaal meetniveau (McHugh, 2013).

Algemeen kunnen non-parametrische toetsen worden gebruikt in één van volgende drie gevallen: (1) Variabelen worden gemeten op een nominaal of ordinaal meetniveau; (2) De steekproefgroottes van de groepen die worden vergeleken zijn ongelijk; en (3) De variabelen werden gemeten op interval of ratio meetniveau, maar schenden één van de aannames van de parametrische toetsen, zoals (a) Er is geen sprake van een normale verdeling; (b) De data schenden de assumptie van gelijke varianties of homoscedasticiteit; en (c) De data werden opgesplitst in verschillende categorieën, waardoor deze zich niet langer op interval of ratio meetniveau bevinden (McHugh, 2013).

Specifiek voor de Pearson Chi-Square toets worden volgende assumpties verondersteld: (1) De data worden weergegeven als frequenties of aantallen, maar niet in percentages of andere transformaties van de gegevens; (2) De niveaus of categorieën sluiten elkaar uit, wat wilt zeggen dat slechts één bepaald onderwerp binnen één categorie past; (3) Elk onderwerp kan gegevens bijdragen aan één en slechts één categorie; (4) De studiegroepen zijn onafhankelijk van elkaar; (5) Er zijn twee variabelen die beide gemeten worden in categorieën, meestal op nominaal meetniveau; en (6) De

waarden van de celverwachting moet vijf of meer bedragen in ten minste 80% van de cellen en geen enkele cel mag een verwachting hebben van minder dan één (McHugh, 2013).

In analyses waarbij de Pearson Chi-Square toets werd gebruikt, werd steeds nagegaan of aan alle assumpties is voldaan.

Ongepaarde t-toets. De ongepaarde t-toets is een parametrische toets om na te gaan of groepsgemiddelden van twee onafhankelijke groepen significant verschillen van elkaar.

Voor parametrische toetsen gelden volgende assumpties: (1) De data dienen normaal verdeeld te zijn; (2) Er is homogeniteit in variantie (homoscedasticiteit); en (3) De data werden minstens op intervalniveau gemeten. Deze assumpties zijn eveneens van toepassing op de ongepaarde t-toets (Kim, 2015).

Wanneer een steekproef voldoende robuust is, kan aan de assumptie van normaliteit minder belang worden gehecht. Concreet betekent dit dat om de ongepaarde t-toets te kunnen uitvoeren beide groepen minstens 25 metingen moeten bevatten en er geen extreme uitschieters mogen zijn (le Cessie et al., 2020). Aan de hand van de Shapiro-Wilk toets werden de data gecontroleerd op normaliteit.

De voorwaarde met betrekking tot homoscedasticiteit kan worden geverifieerd met behulp van de Levene's toets. Wanneer niet aan deze assumptie voldaan werd, werd een beroep gedaan op een alternatieve versie van de ongepaarde t-toets om de p -waarde te bepalen. Deze alternatieve manier heeft een andere mate van vrijheid, die werd berekend door de Welch-Satterthwaite-vergelijking (Kim, 2015). Wanneer deze alternatieve manier werd gebruikt in deze masterproef, wordt dit telkens vermeld.

Bij statistisch significante resultaten wordt de effectgrootte nagegaan door gebruik te maken van de Cohen's d . Hierbij gelden dezelfde assumpties als voor de ongepaarde t-toets.

Mann-Whitney U toets. De Mann-Whitney U toets is de non-parametrische tegenhanger van de ongepaarde t-toets (Deschepper et al., 2018). De test veronderstelt geen normale verdeling van de gegevens. Verder worden voor het uitvoeren van de Mann-Whitney U toets volgende assumpties gemaakt: (1) De data zijn onafhankelijk; (2) De data bevinden zich minstens op een ordinaal meetniveau; en (3) De verdeling van data is voor beide groepen gelijk (Fay & Proschan, 2010).

De laatste voorwaarde werd in deze masterproef telkens gecontroleerd aan de hand van gespiegelde histogrammen. Wanneer de Mann-Whitney U toets werd gebruikt, werden de assumpties telkens gecontroleerd.

Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA). Aan de hand van enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA) kan worden nagekeken of er een verschil bestaat tussen meer dan twee groepen. ANOVA veronderstelt drie assumpties: (1) De data van elke variabele zijn normaal verdeeld; (2) Er geldt homoscedasticiteit; (3) De data zijn onafhankelijk; en (4) De afhankelijke variabele werd gemeten op een interval of ratio meetniveau.

Bij gebruik van ANOVA kan de p -waarde worden berekend op basis van bootstrapping met 1000 samples. Op deze manier dient er geen rekening meer gehouden te worden met de assumpties van normale verdeling en homoscedasticiteit, omdat de steekproef door deze methode robuust wordt (Field, 2017).

Wanneer enkelvoudige variantieanalyse significante verschillen vond, werd aan de hand van post hoc analyses opgespoord tussen welke groepen de significante verschillen bestaan. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de Tukey's Honestly Significant Difference (Tukey's HSD). Deze laatste kent drie assumpties: (1) De observaties zijn onafhankelijk van elkaar; (2) De resultaten zijn normaal verdeeld; en (3) Er is sprake van homogeniteit in variantie. Aangezien de post hoc analyses eveneens werden uitgevoerd met behulp van bootstrapping met 1000 samples zijn ook hier de laatste twee assumpties minder belangrijk.

Kruskal–Wallis enkelvoudige variantieanalyse. De Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyse toets is de non-parametrische tegenhanger van de enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA) (Deschepper et al., 2018). Waar de parametrische ANOVA een normale verdeling, homoscedasticiteit en een meting van de afhankelijke variabele op interval of meetniveau vereist, is dit voor de Kruskal-Wallis toets niet het geval. Er geldt slechts één assumptie: de data zijn onafhankelijk van elkaar.

De Kruskal-Wallis toets werd in deze masterproef uitgevoerd als aanvulling op de ANOVA-analyses die door middel van bootstrapping werden uitgevoerd. Deze laatste is in geval van de Kruskal-Wallis toets niet noodzakelijk gezien diens beperkte assumpties. Hoewel deze analyse in principe overbodig was, net zoals de Mann-Whitney U toets (zie Mann-Whitney U toets.), werd deze bijkomend uitgevoerd om de betrouwbaarheid van de parametrische test met bootstrapping na te gaan.

Pearsons correlatiecoëfficiënt. Aan de hand van de correlatiecoëfficiënten kan de samenhang tussen twee variabelen worden beschreven. In gecorreleerde data zal, wanneer de eerste variabele verandert, de andere variabele eveneens een veranderingen doormaken in dezelfde (positieve correlatie) of de tegengestelde richting (negatieve correlatie). De factor waarmee de andere variabele wijzigt, wordt weergegeven door middel van de coëfficiënt (Schober et al., 2018).

De Pearsons correlatiecoëfficiënt is één van de mogelijke toetsen om de correlatiecoëfficiënt te bepalen. Deze test veronderstelt: (1) Een normale verdeling van de data; (2) Beide variabelen zijn gemeten op interval of ratio niveau; (3) Er zijn geen outliers; en (4) Er bestaat een lineair verband tussen de data (Deschepper et al., 2018).

Ook bij deze test kan bootstrapping met 1000 samples worden gebruikt, om geen rekening te moeten houden met de normaliteitsassumptie (Field, 2017).

Spearman's correlatiecoëfficiënt. De Spearman's correlatiecoëfficiënt is de verdelingsvrije tegenhanger van de Pearsons correlatiecoëfficiënt en vereist bijgevolg geen normaliteit van de data. Bovendien is deze coëfficiënt ook geschikt om correlaties op te sporen in data die op ordinaal niveau worden gemeten (Schober et al., 2018).

Wanneer de Pearsons correlatiecoëfficiënt werd uitgevoerd met bootstrapping, werd steeds de Spearman's correlatiecoëfficiënt bepaald. Hoewel deze test als bijkomstig niet noodzakelijk was, kan het bijdragen om de betrouwbaarheid van de resultaten na te gaan.

Resultaten

Populatie en steekproef

Participanten konden de vragenlijst invullen vanaf 19 juli 2022 tot en met 31 oktober 2022. In deze periode werd de vragenlijst door 452 personen gestart. In deze groep voldeden 382 vrouwen (84.5%) aan de opgelegde criteria van de gekozen populatie (zie Rekruteringscriteria), 70 personen (15.5%) werden niet opgenomen in de steekproef. Verder gebeurde een eliminatie op basis van de uitvalscriteria (zie Uitsluitings- en uitvalscriteria): 41 personen (10.7%) werden uitgesloten omwille van regelmatige blootstelling aan tabaksrook (passief roken) en 3 personen (0.8%) werden geëlimineerd omdat door hen niet de gehele vragenlijst werd afgewerkt. Dit resulteert in een uiteindelijke steekproef van 338 cisvrouwen (74.8% van de totale respons). Rokende en niet-rokende vrouwen werden met elkaar vergeleken aan de hand van kruistabellen om significante verschillen op te sporen (zie Tabel 1).

Tabel 1:
Demografische gegevens van de gehele steekproef

Variabelen	Niet-rokers		Rokers		Kruistabelanalyse		
	N	%	N	%	Chi-Square	df	p
Aantal	269	79.6	69	20.4			
Leeftijdscategorie					5.267	2	.072
21 – 29 jaar	166	61.7	36	52.2			
30 – 39 jaar	76	28.3	29	42.0			
40 – 45 jaar	27	10.0	4	5.8			
Hoogste diploma					46.523	6	< .001***
Lager onderwijs	0	.0	1	1.4			
Secundair onderwijs	34	12.6	28	40.6			
Voortgezet secundair onderwijs (HBO5)	9	3.3	7	10.1			
Professionele bachelor	101	37.5	17	24.6			
Academische bachelor	29	10.8	2	2.9			
Academische master	94	34.9	12	17.4			
Doctoraat	2	.7	2	2.9			
Relationele aantrekkings tot					12.688	2	.002**
Mannen	248	92.2	54	78.3			
Vrouwen	9	3.3	4	5.8			
Beide geslachten	12	4.5	11	15.9			
Geen relationele aantrekkings	0	.0	0	.0			
Seksuele aantrekkings tot					11.709	3	.008**
Mannen	233	86.6	48	69.6			
Vrouwen	6	2.2	4	5.8			
Beide geslachten	29	10.8	16	23.2			
Geen relationele aantrekkings	1	.4	1	1.4			

Variabelen	Niet-rokers		Rokers		Kruistabelanalyse		
	N	%	N	%	Chi-Square	df	p
Seksuele oriëntatie					28.958	7	.001**
<i>Heteroseksueel</i>	241	89.6	47	68.1			
<i>Lesbisch</i>	2	.7	4	5.8			
<i>Biseksueel</i>	13	4.8	14	20.3			
<i>Demiseksueel</i>	1	.4	0	0.0			
<i>Panoseksueel</i>	1	.4	0	0.0			
<i>Aseksueel</i>	1	.4	1	1.4			
<i>Twijfel</i>	7	2.6	2	2.9			
<i>Andere</i>	3	1.1	1	1.4			
Woonplaats					1.826	1	.177
<i>België</i>	255	94.8	68	98.6			
<i>Nederland</i>	14	5.2	1	1.4			
<i>Andere</i>	0	.0	0	.0			
Etnische achtergrond					13.802	5	.017*
<i>België</i>	245	91.1	62	89.9			
<i>Nederland</i>	16	5.9	3	4.3			
<i>Frankrijk</i>	0	.0	1	1.4			
<i>Spanje</i>	0	.0	1	1.4			
<i>Marokko</i>	1	.4	2	2.9			
<i>Andere</i>	7	2.6	0	.0			
Religie					9.267	5	.099
<i>Christelijk – katholiek</i>	208	40.1	18	26.1			
<i>Christelijk – protestants</i>	1	.4	0	.0			
<i>Christelijk – andere</i>	1	.4	1	1.4			
<i>Islam</i>	2	.7	2	2.9			
<i>Atheïstisch</i>	152	56.5	48	69.6			
<i>Andere</i>	5	1.9	0	.0			
Samenwonend					9.687	8	.228
<i>Met niemand (alleenwonend)</i>	5	1.9	2	2.9			
<i>Met partner</i>	106	39.4	28	40.6			
<i>Met partner en familie</i>	5	1.9	1	1.4			
<i>Met partner en kinderen</i>	90	33.5	23	33.3			
<i>Met partner, kinderen en anderen</i>	1	.4	0	.0			
<i>Met familie</i>	51	19.0	10	14.5			
<i>Met vrienden</i>	0	.0	2	2.9			
<i>Andere</i>	9	3.3	3	4.3			
Relatievorm					.518	3	.915
<i>Vaste, exclusieve relatie</i>	259	96.3	67	97.1			
<i>Vaste, open relatie</i>	4	1.5	1	1.4			
<i>Polyamoureuze relatie</i>	4	1.5	1	1.4			
<i>Andere</i>	2	.7	0	.0			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

De rokersgroep

In de steekproef identificeerden 69 vrouwen (20.4%) zich als rookster. Meer dan de helft van deze vrouwen bevinden zich in de leeftijdscategorie van 21 – 29 jaar ($N = 36$, 52.2%). De grootste groep van deze vrouwen behaalde een diploma secundair onderwijs als hoogste diploma ($N = 28$, 40.6%), gevolgd door de professionele bachelors ($N = 17$, 24.6%) en de masters ($N = 12$, 17.4%). De meerderheid voelt zich relationeel aangetrokken tot mannen ($N = 54$, 78.3%), wat eveneens geldt voor seksuele aantrekking ($N = 48$, 69.6%). Dit is consistent met de zelfbenoeming van seksuele oriëntatie waarbij heteroseksualiteit het meest wordt geselecteerd ($N = 47$, 68.1%). Bijna alle participanten zijn woonachtig in België ($N = 68$, 98.6%), slechts één vrouw uit deze groep woont in Nederland (1.4%). De meeste participanten vinden ook hun etnische achtergrond in België ($N = 62$, 89.9%) of in Nederland ($N = 3$, 4.3%). Op religieus vlak komt atheïsme het meeste voor in deze groep, gevolgd door een christelijk-katholieke geloofsovertuiging (resp. $N = 48$, 69.6% en $N = 18$, 26.1%). De meeste vrouwen wonen samen met hun partner ($N = 28$, 40.6%) of met hun partner én kinderen ($N = 23$, 33.3%). Een vaste, exclusieve relatie komt het vaakst voor in deze groep ($N = 67$, 97.1%).

Naast demografische gegevens werd van deze groep vrouwen ook het rokersprofiel bepaald. De grootste groep binnen de rokende vrouwen rookt enkel sigaretten ($N = 53$, 76.8%), gevolgd door enkel roltabak of een combinatie van sigaretten en e-sigaretten (beide $N = 6$, 8.7%). Ongeveer één op drie vrouwen rookt tussen vijf en tien jaren ($N = 21$, 30.4%).

Tabel 2:
Tabaksproducten en duurtijd van de rookverslaving binnen de rokersgroep

Variabelen	N	%	Kruistabelanalyse		
			Chi-Square	df	p
Tabaksproduct			182.043	5	< .001***
<i>Sigaretten</i>	53	76.8			
<i>Roltabak</i>	6	8.7			
<i>E-sigaretten</i>	2	2.9			
<i>Sigaretten en e-sigaretten</i>	6	8.7			
<i>Sigaretten en roltabak</i>	1	1.4			
<i>Sigaretten, roltabak en e-sigaretten</i>	1	1.4			
Duurtijd			10.058	4	.039*
<i>Minder dan 5 jaren</i>	15	21.7			
<i>5 tot 10 jaren</i>	21	30.4			
<i>10 tot 15 jaren</i>	17	24.6			
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	14.5			
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	8.7			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Rokers scoren gemiddeld 3.14 op de FTND ($SD = 2.35$). De mediaan bedraagt 3.00 en de modus is 0. Tabel 3 toont de centrum- en spreidingsmaten voor elk motief en de frequenties binnen de verschillende subschalen. Op basis van de kruistabelanalyse worden verschillen opgespoord.

Tabel 3:
Rookmotieven binnen de rokersgroep

MRSS Variabelen	N	%	M	SD	Kruistabelanalyse		
					Chi-Square	df	p
Stimulatief aspect van het roken					9.435	3	.024*
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	13.0					
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	37.7					
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	29.0					
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	20.3					
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	0.0					
<i>Totaal</i>	69	100.0	39.13	24.06			
Plezier aspect van het roken					21.362	4	< .001***
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	3	4.3					
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	9	13.0					
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	22	31.9					
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	23	33.3					
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	12	17.4					
<i>Totaal</i>	69	100.0	61.59	26.63			
Sociaal aspect van het roken					23.464	3	< .001***
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	13.0					
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	46.4					
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	10.1					
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	30.4					
<i>Totaal</i>	69	100.0	52.66	35.43			
Roken als automatisch gedrag					26.246	3	< .001***
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	34.8					
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	44.9					
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	13.0					
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	7.2					
<i>Totaal</i>	69	100.0	30.92	29.33			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

De controlegroep

De controlegroep bestond uit 269 vrouwen (79.6%). De meeste participanten van deze groep hun leeftijd bevindt zich, net zoals de rokersgroep, tussen 21 en 29 jaar oud ($N = 166$, 61.7%). Een diploma op het niveau van professionele bachelor is met 101 participanten het meest prevalent (37.5%), gevolgd door een masterdiploma ($N = 94$, 34.9%) en een diploma secundair onderwijs ($N = 34$, 12.6%). Voor de variabelen relationele en seksuele aantrekking, wordt deze het meest ten aanzien van mannen ervaren (respectievelijk $N = 248$, 92.2% en $N = 233$, 86.6%). Net zoals in de

rokersgroep identificeert de meerderheid van de participanten zich als heteroseksueel ($N = 241$, 89.6%). De meerderheid van de vrouwen woont in België ($N = 255$, 94.8%) en heeft een Belgische etnische achtergrond ($N = 245$, 91.1%). De op één na grootste groep woont in Nederland ($N = 14$, 5.2%) en heeft ook Nederlandse achtergrond ($N = 16$, 5.9%). Net zoals bij de rokersgroep zijn de meeste vrouwen atheïstisch ($N = 152$, 56.5%), gevolgd door een christelijk-katholieke religie ($N = 108$, 40.1%). Samenwonen met een partner komt het vaakst voor ($N = 106$, 39.4%), gevolgd door samenwonen met partner en kinderen ($N = 90$, 33.5%). Een vaste, exclusieve relatie is in deze groep hoog prevalent ($N = 259$, 96.3%).

Toetsing van de hypothesen

Assumptiecontroles statistische toetsen

Om verschillen op te sporen in seksueel functioneren tussen rokende en niet-rokende vrouwen kon gebruik gemaakt worden van de ongepaarde t-toets. De Shapiro-Wilk toets toonde aan dat de data in de steekproef niet normaal verdeeld zijn (zie Bijlage VIII: Normaliteitscontrole van de data). De ongepaarde t-toets kan in dit geval wel worden gebruikt, aangezien beide groepen in deze steekproef voldoende groot zijn (zie Ongepaarde t-toets.). Echter, ter volledigheid en ter controle van de betrouwbaarheid werd ook de Mann-Whitney U toets uitgevoerd om verschillen tussen beide groepen op te sporen (zie Mann-Whitney U toets.). Andere parametrische testen werden steeds uitgevoerd met behulp van bootstrapping om aan de normaliteitsassumptie tegemoet te komen.

Variabelen die op ordinaal meetniveau werden gemeten, zoals frequentie van seksuele activiteit en glijmiddelgebruik, werden met behulp van de Chi-Square toets geanalyseerd. Correlationele verbanden tussen dergelijke variabelen werden opgespoord door middel van de Spearmans correlatiecoëfficiënt.

Seksuele satisfactie

Op de subschaal *Subjectieve seksuele satisfactie* van de FSFI, kon geen significant verschil worden waargenomen tussen de rokende ($M = 5.00$; $SD = 1.00$) en niet-rokende vrouwen ($M = 4.98$, $SD = .83$) ($p = .886$; 95% CI [-.24, .28]). De Levene's test wees op ongelijke variaties, waardoor de vrijheidsgraad werd aangepast van $df = 336.00$ naar $df = 93.53$ (zie Ongepaarde t-toets.). Ook voor de globale score van de FSFI kon geen significant verschil worden gevonden (rokende vrouwen: $M = 27.64$; $SD = 3.67$, niet-rokende vrouwen: $M = 26.99$, $SD = 3.18$) ($p = .144$; 95% CI [-.22, 1.52]). Echter, de Mann-Whitney U toets stelde voor deze laatste wel een significant verschil vast ($p = .031$). Tenslotte kon geen significant verschil worden gevonden tussen beide groepen voor tevredenheid over masturbatie (rokende vrouwen: $M = 4.56$; $SD = .54$, niet-rokende vrouwen: $M = 4.46$, $SD = .63$) ($p = .300$; 95% CI [-.09, .29]).

Seksueel functioneren

Seksueel verlangen. Een significant verschil werd gevonden voor de score op de subschaal *Mate van seksueel verlangen* in de FSFI. Rokende vrouwen ($M = 4.11$; $SD = 1.01$) blijken meer gevoelens van seksueel verlangen te ervaren, ten opzichte van niet-rokende vrouwen ($M = 3.71$; $SD = .99$) ($p = .003$; 95% CI [.14, .66]). De effectgrootte bedraagt *Cohen's d* = .40. Ook met de Mann-Whitney U toets kon significantie worden waargenomen ($p = .002$). Er werd geen verschil gevonden voor solitaire ($X^2(3, N = 244) = 2.95, p = .400$) en dyadische seksuele frequentie ($X^2(4, N = 338) = 4.64, p = .326$).

Seksuele opwinding. Op vlak van seksuele opwinding konden geen significante verschillen worden waargenomen tussen rokende ($M = 4.99$; $SD = .95$) en niet-rokende vrouwen ($M = 4.97$; $SD = .87$) ($p = .856$; 95% CI [-.21, .26]).

Vaginale lubricatie. Er kon geen significant verschil worden waargenomen tussen rokende vrouwen ($M = 5.42$; $SD = .91$) en niet-rokende vrouwen ($M = 5.52$; $SD = .75$) in lubricatiescore ($p = .356$; 95% CI [-.31, .11]). Verder wees de Pearson Chi-Square toets uit dat er ook geen significant verschil bestaat in het gebruik van glijmiddel tussen beide groepen ($X^2(4, N = 338) = .67, p = .955$).

Orgastisch functioneren. Hoewel er geen significant verschil kon worden vastgesteld in de score van orgastisch functioneren tussen rokende ($M = 5.14$; $SD = 1.11$) en niet-rokende vrouwen ($M = 4.85$; $SD = 1.23$) ($p = .083$; 95% CI [-.04, .60]), kan wel een trend⁹ worden vastgesteld. De effectgrootte is echter beperkt (*Cohen's d* = .23). De Mann-Whitney U toets kon wel een significant verschil vaststellen ($p = .037$). Diezelfde trend kan worden waargenomen binnen het orgastisch functioneren bij masturbatie of solitaire seksuele activiteit. Ook daar scoren rokende vrouwen ($M = 4.83$; $SD = .47$) hoger dan niet-rokende vrouwen ($M = 4.69$; $SD = .68$) ($p = .091$; 95% CI [-.23, .30]). Voor deze laatste wees de Levene's toets op ongelijke varianties, waardoor de vrijheidsgraad werd aangepast (zie Ongepaarde t-toets.) van $df = 242.00$ naar $df = 113.54$. Ook hier is de effectgrootte beperkt (*Cohen's d* = .22). Deze trend werd echter met de Mann-Whitney U toets niet gevonden ($p = .129$).

Pijnklachten. In de subschaal *Pijnklachten tijdens seksuele activiteit* binnen de FSFI kon geen significant verschil in scores worden waargenomen tussen rokende ($M = 2.99$; $SD = .42$) en niet-rokende vrouwen ($M = 2.96$; $SD = .37$) ($p = .649$; 95% CI [-.08, .12]).

⁹ Er is sprake van een trend wanneer $.05 < p < .10$.

Seksuele distress

Op de FSDS scoorden rokende vrouwen hoger ($M = 11.83$, $SD = 10.08$) dan niet-rokende vrouwen ($M = 11.25$, $SD = 9.68$). Echter, dit verschil werd niet significant bevonden ($p = .662$; 95% CI [-2.02, 3.17]).

Tabel 4:

Ongepaarde t-toets en Mann-Whitney U toets tussen rokende en niet-rokende vrouwen voor seksueel functioneren

Variabelen	Ongepaarde t-toets			Mann-Whitney U toets	
	t	df	Tweezijdige p	W	p
Seksuele satisfactie					
<i>Seksuele satisfactie (FSFI)</i>	.14	93.53	.886	45133	.516
<i>Globaal seksueel functioneren (FSFI)</i>	1.46	366.00	.144	44038	.031*
<i>Tevredenheid masturbatie</i>	1.04	242.00	.300	23179	.391
Seksueel verlangen (FSFI)	2.99	336.00	.003**	43432	.002**
Seksuele opwinding (FSFI)	.18	336.00	.856	45216	.598
Vaginale lubricatie (FSFI)	-.93	336.00	.356	46292	.306
Orgastisch functioneren					
<i>Orgastisch functioneren (FSFI)</i>	1.74	336.00	.083	44117	.037*
<i>Orgastisch functioneren bij masturbatie</i>	1.70	113.54	.091	23032	.129
Pijn (FSFI)	.46	336.00	.649	45353	.684
Seksuele distress (FSDS)	.44	336.00	.662	45347	.731

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Verschillen binnen de rokersgroep

De samenhang van seksueel functioneren en verschillende demografische variabelen van de rokende vrouwen werd onderzocht met behulp van correlatiecoëfficiënten. Zoals eerder vermeld, zijn de resultaten van de FSFI niet normaal verdeeld, waarvoor bij de berekening van de Pearsons correlatiecoëfficiënt werd gewerkt met bootstrapping met 1000 samples (zie Pearsons correlatiecoëfficiënt.).

Daarnaast werden enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) uitgevoerd om significante verschillen in seksueel functioneren tussen de verschillende leeftijdscategorieën, categorieën van duurtijd van de verslaving en rookmotieven te onderzoeken. Aangezien deze parametrische toets eveneens normaliteit veronderstelt, werd ook hier bootstrapping met 1000 samples gebruikt (zie Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA).).

Invloed van leeftijd. Zwakke correlatieve, significante verbanden tussen leeftijd en seksueel functioneren konden worden vastgesteld. Leeftijd is positief gecorreleerd aan de mate van vaginale lubricatie ($r_s = .13$), orgastisch functioneren ($r_s = .20$) en de globale score van seksueel

functioneren ($r_s = .13$). Een negatieve correlatie werd gevonden tussen leeftijd en pijn ($r_s = -.16$) (zie Tabel 5).

Noch enkelzijdige variantieanalyses (ANOVA), noch Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses konden significante verschillen in seksueel functioneren aantonen binnen de rokersgroep op basis van leeftijd. De resultaten worden weergegeven in bijlage (zie Bijlage IX: Enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses).

Invloed van duurtijd rookverslaving. Een zwak positief, significant verband werd gevonden tussen duurtijd van de verslaving en mate van vaginale lubricatie ($r_s = .28$) (zie Tabel 5).

Enkelzijdige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyse konden geen significante verschillen in seksueel functioneren vinden binnen de rokersgroep op basis van de duurtijd van de rookverslaving. De resultaten worden weergegeven in bijlage (zie Bijlage IX: Enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses).

Tabel 5:

Correlationele samenhang tussen leeftijd van de rokende vrouwen en seksueel functioneren, en tussen duurtijd van de verslaving en seksueel functioneren

Variabelen	N	Spearman's Correlatiecoëfficiënt			
		Leeftijd		Duurtijd van de verslaving	
		r_s	p	r_s	p
Seksuele satisfactie (FSFI)	69	-.01	.908	.02	.870
Seksueel verlangen (FSFI)	69	.04	.474	.04	.722
Seksuele opwindig (FSFI)	69	.09	.105	.12	.314
Vaginale lubricatie (FSFI)	69	.13	.018*	.28	.020*
Orgastisch functioneren (FSFI)	69	.20	< .001***	.22	.070
Orgastisch functioneren bij masturbatie	52	.07	.296	.16	.270
Tevredenheid masturbatie	52	.00	.983	-.14	.313
Pijn (FSFI)	69	-.16	.003**	-.14	.255
Globale score seksueel functioneren (FSFI)	69	.13	.003**	.17	.172
Seksuele distress (FSDS)	69	-.04	.479	-.01	.922

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Invloed van nicotineverslaving. Er bestaat een matig positieve, significante relatie tussen de mate van nicotineverslaving en de mate van seksueel verlangen ($r = .36$; $r_s = .36$). Daarnaast correleert de mate van nicotineverslaving zwak positief en significant met de globale score van seksueel functioneren ($r = .25$; $r_s = .24$). Een matig negatief, significant correlationeel verband werd gevonden tussen de mate van nicotineverslaving en de mate van seksuele distress ($r = -.32$; $r_s = -.37$). Deze correlaties worden gevonden door zowel de Pearsons als door de Spearman's correlatiecoëfficiënt.

De Spearmans correlatiecoëfficiënt tussen de score op de FTND en score voor seksuele satisfactie is zwak positief en significant ($r_s = .28$). De Pearsons correlatiecoëfficiënt is tussen deze variabelen niet significant, echter er is wel sprake van een trend. Een andere trend die kan worden waargenomen is de zwak positieve correlatie tussen nicotinedependentie en seksuele opwinding ($r = .21$). Deze trend werd enkel gevonden met de Pearsons correlatiecoëfficiënt.

Tabel 6:

Correlatieve samenhang tussen mate van nicotinedependentie en seksueel functioneren

Variabelen	N	Pearsons correlatiecoëfficiënt		Spearmans correlatiecoëfficiënt	
		r	p	r_s	p
Seksuele satisfactie (FSFI)	69	.22	.065	.28	.020*
Seksueel verlangen (FSFI)	69	.36	.002**	.36	.002**
Seksuele opwinding (FSFI)	69	.21	.086	.17	.158
Vaginale lubricatie (FSFI)	69	.02	.849	.00	.998
Orgastisch functioneren (FSFI)	69	.12	.343	.14	.259
Orgastisch functioneren bij masturbatie	52	.07	.630	.09	.545
Tevredenheid masturbatie	52	-.06	.654	-.64	.654
Pijn (FSFI)	69	-.08	.508	-.04	.740
Globale score seksueel functioneren (FSFI)	69	.25	.042*	.24	.044*
Seksuele distress (FSDS)	69	-.32	.007**	-.37	.002**

Noot. Pearsons correlatiecoëfficiënten gebaseerd op 1000 bootstrap samples.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Invloed van rookmotieven. Op basis van de Spearmans correlatiecoëfficiënten konden drie significante correlaties met rookmotieven worden ontdekt. Roken omwille van het stimulatief effect is matig positief gecorreleerd aan de mate van seksuele opwinding ($r_s = .32$) en zwak positief gecorreleerd aan de globale score van seksueel functioneren ($r_s = .29$). Daarnaast bestaat er een zwak positieve relatie tussen roken omwille van sociale aspecten en seksuele distress ($r_s = .27$). Er kunnen verder nog enkele trends worden waargenomen tussen rookmotieven en seksueel functioneren. Het stimulatief rookmotief is zwak positief gecorreleerd aan seksueel verlangen ($r_s = .21$). Er is ook een zwakke positieve correlatie tussen roken omwille van de plezierige aspecten en tevredenheid van masturbatie ($r_s = .25$). De laatste trend die werd gevonden is de zwak negatieve correlatie tussen het sociale aspect als rookmotief en seksuele satisfactie ($r_s = -.23$).

Tabel 7:*Correlatieve samenhang tussen de verschillende rookmotieven en seksueel functioneren*

Variabelen	N	Spearman's correlatiecoëfficiënt			
		Stimulatief aspect van het roken		Plezier aspect van het roken	
		r_s	p	r_s	p
Seksuele satisfactie (FSFI)	69	.12	.338	.02	.861
Seksueel verlangen (FSFI)	69	.21	.085	-.08	.522
Seksuele opwinding (FSFI)	69	.32	.007**	-.04	.756
Vaginale lubricatie (FSFI)	69	.16	.179	-.02	.884
Orgastisch functioneren (FSFI)	69	.17	.155	.08	.502
Orgastisch functioneren bij masturbatie	52	.08	.552	.17	.222
Tevredenheid masturbatie	52	.04	.776	.25	.074
Pijn (FSFI)	69	.17	.165	.11	.367
Globale score seksueel functioneren (FSFI)	69	.29	.016*	.04	.739
Seksuele distress (FSDS)	69	-.09	.488	.14	.246

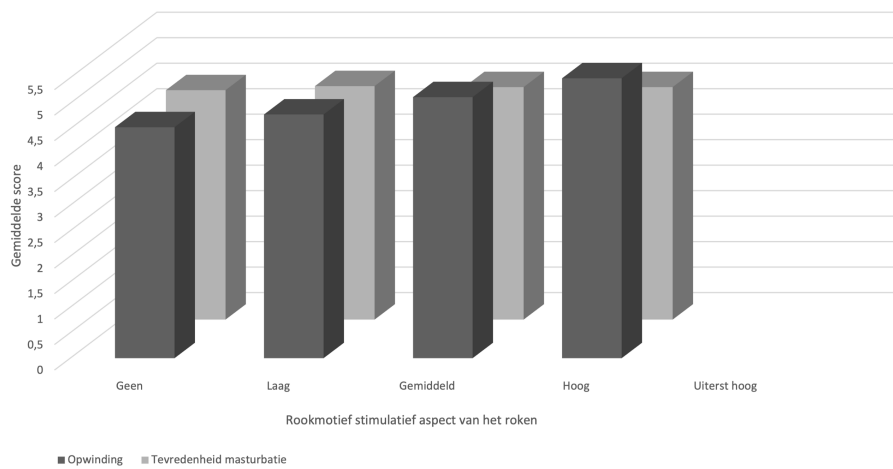
Variabelen	N	Spearman's correlatiecoëfficiënt			
		Sociaal aspect van het roken		Roken als automatisme	
		r_s	p	r_s	p
Seksuele satisfactie (FSFI)	69	-.23	.057	.13	.278
Seksueel verlangen (FSFI)	69	-.07	.572	.17	.157
Seksuele opwinding (FSFI)	69	-.11	.387	-.02	.893
Vaginale lubricatie (FSFI)	69	-.09	.462	.00	.994
Orgastisch functioneren (FSFI)	69	-.09	.475	.02	.878
Orgastisch functioneren bij masturbatie	52	-.03	.846	.12	.407
Tevredenheid masturbatie	52	-.10	.487	.09	.544
Pijn (FSFI)	69	.20	.102	.06	.615
Globale score seksueel functioneren (FSFI)	69	-.11	.388	.06	.603
Seksuele distress (FSDS)	69	.27	.026*	-.06	.625

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Op basis van enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyse konden geen significante verschillen worden waargenomen in de mate van seksueel functioneren op basis van verschillende scores op de subschaal *Stimulatief aspect van roken*. Een trend werd waargenomen voor verschillen in seksuele opwinding ($F(3) = 2.694$; $p = .053$) ($H(3) = 7.655$; $p = .054$), tevredenheid van masturbatie ($F(3) = .031$; $p = .093$) ($H(3) = .213$; $p = .975$), en de globale score van seksueel functioneren ($F(3) = 2.252$; $p = .091$) ($H(3) = 7.284$; $p = .063$). De resultaten worden weergegeven in bijlage (zie Bijlage IX: Enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses). Figuur 5 en figuur 6 geven de absolute scores weer.

Figuur 5:

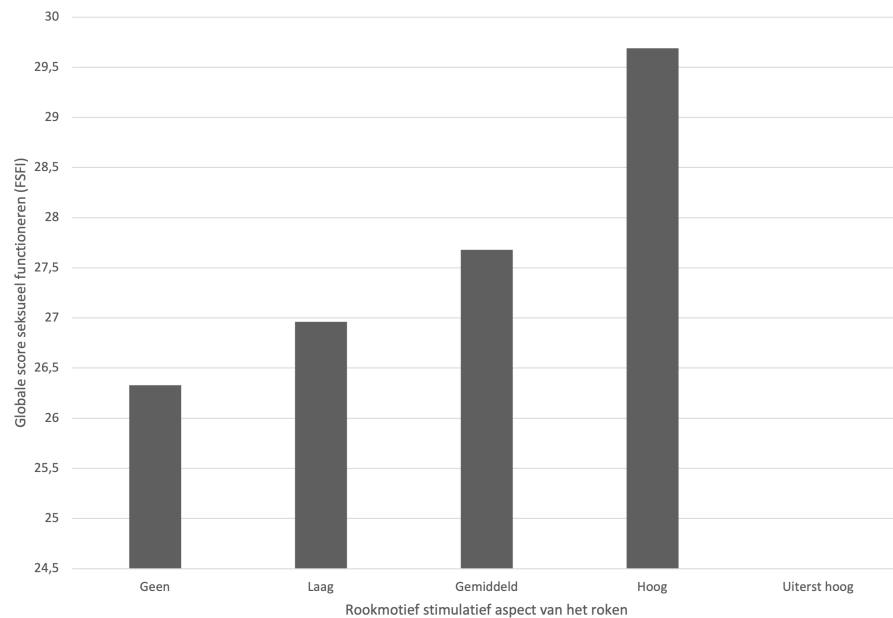
Gemiddelde scores voor opwinding en tevredenheid van masturbatie op basis van score op het rookmotief stimulatief aspect van het roken



Noot. Geen enkele participant scoorde *Uiterst hoog* voor stimulatief aspect van het roken als motivator. Er werden geen significante verschillen gevonden op basis van het stimulatief aspect van roken als rookmotief, enkel trendverschillen in opwinding, tevredenheid masturbatie en het globaal seksueel functioneren.

Figuur 6:

Gemiddelde globale scores voor seksueel functioneren (FSFI) op basis van score op het rookmotief het stimulatief aspect van het roken

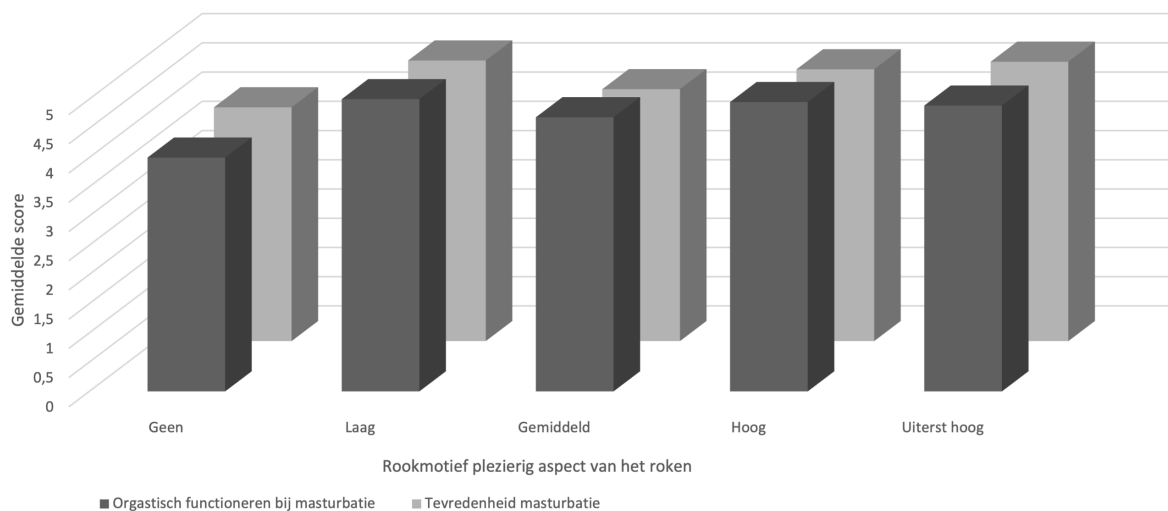


Noot. Geen enkele participant scoorde *Uiterst hoog* voor stimulatief aspect van het roken als motivator. Er werden geen significante verschillen gevonden op basis van het stimulatief aspect van roken als rookmotief, enkel trendverschillen in opwinding, tevredenheid masturbatie en het globaal seksueel functioneren.

Een significant verschil kon worden waargenomen tussen de verschillende scores op de subschaal *Plezier van het roken* en orgastisch functioneren bij masturbatie ($F(4) = 2.743$; $p = .039$) ($H(4) = 6.688$; $p = .153$). Post hoc analyse met behulp van de Tukey's HSD toonden aan dat het significante verschil zich bevindt tussen plezier als geen motivator ($M = 4.00$; $SD = 1.41$) en plezier als hoge motivator ($M = 4.95$; $SD = .22$) ($p = .045$). Verder kon een trend worden waargenomen tussen plezier als geen motivator en plezier als lage motivator ($M = 5.00$; $SD = .00$) ($p = .071$), en plezier als uiterst hoge motivator ($M = 4.89$; $SD = .33$) ($p = .095$). Verder werd een trend waargenomen tussen score op de plezierschaal en tevredenheid van masturbatie ($F(4) = 2.365$; $p = .066$) ($H(4) = 8.463$; $p = .076$). De resultaten worden weergegeven in bijlage (zie Bijlage IX: Enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses). Figuur 7 geeft de absolute scores weer.

Figuur 7:

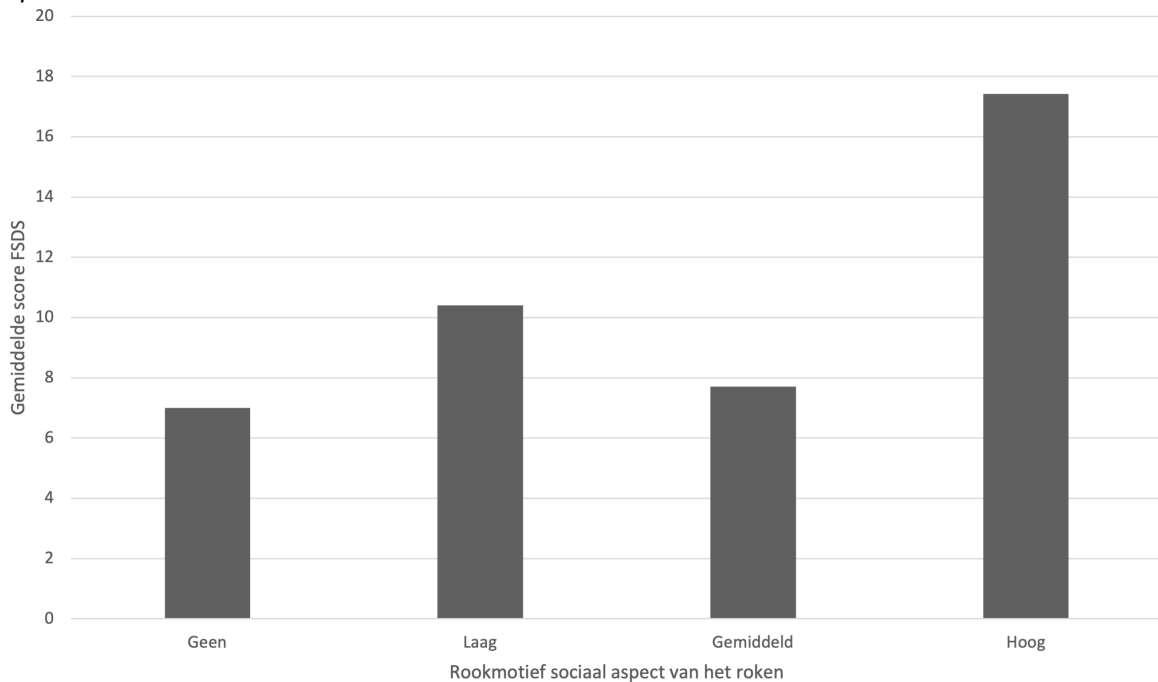
Gemiddelde score voor orgastisch functioneren bij masturbatie en tevredenheid masturbatie op basis van score op het rookmotief het plezierig aspect van het roken



Een significant verschil werd gevonden tussen de verschillende scores op de subschaal *Sociaal aspect van het roken* en de scores voor seksuele distress ($F(3) = 3.895$; $p = .013$) ($H(3) = 7.033$; $p = .071$). Post hoc analyses met behulp van de Tukey's HSD toonden aan dat significante verschillen zich situeren tussen sociaal aspect van het roken als geen motivator ($M = 7.00$; $SD = 6.25$) en als lage motivator ($M = 10.41$; $SD = 7.62$) ($p = .050$), en als hoge motivator ($M = 17.43$; $SD = 12.96$) ($p = .037$). Verder werd een trend gevonden tussen sociaal aspect als gemiddelde motivator ($M = 7.71$; $SD = 7.97$) en als hoge motivator ($p = .098$). De resultaten worden weergegeven in bijlage (zie Bijlage IX: Enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses). Figuur 8 geeft de absolute scores weer.

Figuur 8:

Gemiddelde scores voor seksuele distress (FSDS) op basis van score op het rookmotief het sociaal aspect van het roken



Ten slotte werden geen significante verschillen gevonden in de mate van seksueel functioneren op basis van verschillende scores op de subschaal *Roken als automatisme* binnen de MRSS. De resultaten van de ANOVA en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyse worden toegevoegd als bijlage (zie Bijlage IX: Enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses).

Bijkomende analyses***Relationele satisfactie***

Een ongepaarde t-toets werd uitgevoerd om verschillen op te sporen in relationele satisfactie tussen rokende ($M = 72.58$; $SD = 19.00$) en niet-rokende vrouwen ($M = 77.30$; $SD = 13.83$). De verschillen hier werden niet significant bevonden. Echter, er kon wel een trend worden vastgesteld ($t(87.34) = -1.94$; $p = .056$; 95% CI [-9.56, .12]). Bij deze analyse werden de vrijheidsgraden verlegd, daar Levene's toets wees op ongelijke varianties (zie Ongepaarde t-toets.). De vrijheidsgraad werd verschoven van $df = 336.00$ naar $df = 87.34$ met $t = -1.94$. Ook aan de hand van de Mann-Whitney U toets kon een trend worden vastgesteld ($W = 10491$; $p = .094$).

Lichamelijke gevoeligheid

Op basis van de ongepaarde t-toets konden significante verschillen worden waargenomen tussen rokende ($M = 5.20$; $SD = 1.11$) en niet-rokende vrouwen ($M = 4.81$; $SD = 1.13$) op vlak van

gevoeligheid over het hele lichaam ($p = .011$; 95% CI [.09, .69]), op het vlak van gevoeligheid van de genitale zones (resp. $M = 5.87$; $SD = 1.00$, $M = 5.48$; $SD = 1.14$, $p = .006$, 95% CI [.12, .67]) en op het vlak van gevoeligheid van de vagina (resp. $M = 5.57$; $SD = 1.09$, $M = 5.22$; $SD = 1.18$, $p = .030$, 95% CI [.03, .65]). Binnen de vergelijking voor gevoeligheid van de genitale zones wees de Levene's toets op ongelijke varianties waardoor de vrijheidsgraden werden verlegd van $df = 336$ naar $df = 117.538$ (zie Ongepaarde t-toets.). Voor zowel gevoeligheid van het hele lichaam als voor gevoeligheid van de genitale zones wees ook de Mann-Whitney U toets op significante resultaten (beide $p = .007$). Voor gevoeligheid van de vagina wees deze laatste op een trend ($p = .066$).

Tabel 8:

Ongepaarde t-toets en Mann-Whitney U toets tussen rokende en niet-rokende vrouwen voor lichamelijke gevoeligheden

Variabelen	Ongepaarde t-toets			Mann-Whitney U toets	
	t	df	Tweezijdige p	W	p
Gevoeligheid hele lichaam	2.559	336	.011*	43716	.007**
Gevoeligheid genitale zones	2.809	117.538	.006**	43732	.007**
Gevoeligheid vagina	2.178	336	.030*	44316	.066
Gevoeligheid clitoris	.809	336	.419	44987	.336
Gevoeligheid erogene zones	1.087	336	.278	44819	.272

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Discussie

Bespreking van de steekproef

Participanten werden in dit masterproefonderzoek ingedeeld in twee groepen op basis van hun rookstatus. Beide groepen werden met elkaar vergeleken op basis van de verschillende demografische variabelen die werden bevestigd. Er werden enkele significante verschillen waargenomen tussen beide groepen.

Rokende vrouwen blijken in deze steekproef een significant lager opleidingsniveau te hebben, in vergelijking met de niet-rokende vrouwen (zie Tabel 1). Binnen de rokersgroep behaalde de meerderheid een diploma secundair onderwijs of voortgezet secundair onderwijs, terwijl de meerderheid van niet-rokende vrouwen hoger onderwijs heeft genoten. Deze bevindingen zijn consistent met de resultaten van de laatste Belgische Gezondheidsenquête (Gisle et al., 2018). Daarin werd gevonden dat hoogstopgeleiden significant minder roken en dat er in deze groep minder dagelijkse rokers zijn. Verder is ook het percentage zware rokers¹⁰ negatief gecorreleerd met opleidingsniveau.

Een tweede significant verschil tussen de rokende en niet-rokende vrouwen kon worden waargenomen in relationele aantrekking, seksuele aantrekking en seksuele oriëntatie (zie Tabel 1). Rokende vrouwen rapporteren significant minder aantrekking tot mannen en identificeren zich significant minder als heteroseksueel in vergelijking met niet-rokende vrouwen. Deze bevinding is niet nieuw. Een systematische review van Lee et al. (2009) kon aantonen dat personen die tot seksuele minderheidsgroepen behoren meer roken. Later Amerikaans bevolkingsonderzoek kon dit eveneens bevestigen (Johnson et al., 2019). De onderzoekers wijzen erop dat de verschillen het sterkst waarneembaar zijn bij vrouwen. LGBTQ-adolescenten die zich als vrouw identificeren gebruiken 3.1 keer meer sigaretten dan heteroseksuele adolescenten (Truth Initiative, 2021). Bij Volwassen LGBTQ-vrouwen is dit 1.3 keer meer. Deze trend wordt ook waargenomen bij genderminderheidsgroepen. Een verklarende factor kan mogelijk worden gevonden in de specifieke tabaksreclame ten aanzien van LGBTQ-persoon (Truth Initiative, 2021). Echter, specifieke tabaksreclame door de tabaksindustrie werd pas gelanceerd wanneer deze ervan bewust werden dat LGBTQ-persoon meer roken (Truth Initiative, 2021). Een andere mogelijkheid om dit prevalentieverschil te verklaren is dat het rookgedrag compensatoir is aan het ervaren van minderheidsstress. Meyer (2003) definieerde dit laatste als een vorm van chronische, cumulatieve stress die geassocieerd is met het stigma dat te wijten is aan objectieve gebeurtenissen (zoals

¹⁰ Zware rokers werden in de Gezondheidsenquête gedefinieerd als personen die meer dan 20 sigaretten per dag roken (Gisle et al., 2018).

discriminatie) en psychologische processen ten gevolge van deze gebeurtenissen (zoals geïnternaliseerde schaamte) (Diamond & Alley, 2022). Het minderheidsstressmodel (Meyer, 2003) onderscheidt vier vormen van minderheidsstress bij homoseksuele mannen en lesbische vrouwen: (1) Daadwerkelijke acute en chronische gebeurtenissen en omstandigheden, zoals bijvoorbeeld discriminatie of negatieve bejegening; (2) Verwachting van dergelijke gebeurtenissen en de waakzaamheid die dat vereist; (3) Het verbergen van de eigen seksuele voorkeur; en (4) Het zich eigen hebben gemaakt van negatieve sociale opvattingen en houdingen (Bos et al., 2018). Een systematische review van Collier et al. (2013) deed onderzoek naar de relaties tussen de factoren van het minderheidsstressmodel en welzijn (Bos et al., 2018). Hun onderzoek concludeerde dat negatieve bejegening, die expliciet was gerelateerd aan seksuele oriëntatie, samenhangt met verschillende problemen, zoals meer voorkomen van depressie, maar ook meer middelenmisbruik (Bos et al., 2018).

Tenslotte is belangrijk om op te merken dat de rokende vrouwen in deze steekproef verschillen vertonen in rookprofiel (zie Tabel 2 en Tabel 3). Gebruik van sigaretten wordt significant meer gerapporteerd dan andere tabaksproducten, zoals roltabak en e-sigaretten. Qua duurtijd van de verslaving wordt *Meer dan 20 jaren* significant minder gerapporteerd. Dit laatste valt uiteraard te wijten aan de relatief jonge leeftijd van de vrouwen die in de steekproef werden opgenomen (zie Beperkingen van het onderzoek).

Bespreking van de resultaten

Onderzoeksvragen en hypothesetoetsing

Onderzoeksvraag (1): Seksuele satisfactie en rookstatus. Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, werd nagegaan of rokende vrouwen een verschillende mate van seksuele satisfactie ervaren ten opzichte van niet-rokende vrouwen, op basis van hun score op de FSFI en tevredenheid van masturbatie. In deze steekproef konden geen significante verschillen worden vastgesteld op basis van de ongepaarde t-toets. Deze bevinding is consistent met de gestelde hypothese en ligt in lijn met voorgaand onderzoek van Harte and Meston (2008b).

De non-parameterische Mann-Whitney U toets bekwam wel een significante *p*-waarde in het voordeel van de rokende vrouwen. Echter, gezien de beperktheid van statistische kracht wordt hier het resultaat van de ongepaarde t-toets als meer betrouwbaar beschouwd. Bovendien werden beide testen uitgevoerd om de betrouwbaarheid te controleren en hieruit blijkt dat de analyses niet in dezelfde richting wijzen.

Hoewel de bevindingen in het voordeel van de hypothese pleiten en eerder onderzoek gelijkaardige resultaten heeft opgeleverd, moet worden opgemerkt dat dit resultaat niet door alle eerdere onderzoeken werd bevestigd (vb. Ju et al., 2021; Nazarpour et al., 2016; Wen et al., 2017).

Deze tegenstrijdige onderzoeksresultaten verklaren is niet eenvoudig. Een mogelijke verklaring is dat vrouwen die op latere leeftijd hun rookverslaving hebben aangevat, mogelijk voordien een hogere seksuele satisfactie ervaarden en dat hun satisfactie tijdens de rookverslaving lager is. In dit onderzoek werden geen significante verschillen in satisfactie waargenomen, wat mogelijk verklaard kan worden doordat rokende vrouwen zich hun seksuele satisfactie van voor de rookverslaving niet meer herinneren of dat de rookverslaving startte voorafgaand aan hun seksueel debuut. Daarnaast moet in acht worden genomen dat seksuele satisfactie een subjectieve parameter is die bovendien van meerdere factoren afhankelijk is, zoals bijvoorbeeld leeftijd, mentale gezondheid, attitudes en interpersoonlijke communicatie (Shahhosseini et al., 2014). Om deze verschillen in satisfactie eenduidig te onderzoeken, zou het opportuun zijn om de seksuele satisfactie van vrouwen die stoppen met roken longitudinaal op te volgen (zie Aanbevelingen). Zoals eerder vermeld, konden Harte en Meston (2012) een verbetering in seksuele satisfactie bij mannen na rookstop vaststellen. Tot op heden vergeleken enkel Celikhisar et al. (2021) de resultaten op de FSFI van vrouwen die stopten met roken met vrouwen die continueerden. Vrouwen die stopten met roken scoorden significant beter op de globale FSFI en de subschalen en dus ook voor seksuele satisfactie.

Onderzoeksvraag (2) Seksueel functioneren en rookstatus. Onderzoeksvraag (2) stelt de vraag of er een verschil bestaat tussen rokende en niet-rokende vrouwen in seksueel functioneren. Deze onderzoeksvraag werd onderzocht met de FSFI en met bijkomende vragen naar glijmiddelgebruik en orgastisch functioneren bij masturbatie.

Zowel de ongepaarde t-toets als de Mann-Whitney U toets konden significante verschillen aantonen in seksueel verlangen in het voordeel van de rokende vrouwen. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de gestelde hypothese en zijn consistent met de resultaten van het onderzoek van McCool-Myers et al. (2018) waarin roken als protectieve factor voor HSDD werd geïdentificeerd.

In orgastisch functioneren werd een trend gevonden op basis van de ongepaarde t-toets en een significant verschil op basis van de Mann-Whitney U toets tussen rokende en niet-rokende vrouwen. Ook hier scoren rokende vrouwen beter en wordt de hypothese weerlegd, wat in strijd is met voorgaand onderzoek (vb. Battaglia et al., 2011). Bij masturbatie werd geen significant verschil gevonden op basis van de Mann-Whitney U toets, maar wel een trend op basis van de ongepaarde t-toets. Het absoluut scoreverschil is kleiner dan bij dyadische seksuele activiteit.

Ten slotte konden geen significante verschillen worden gevonden in de score voor seksuele opwinding, vaginale lubricatie en pijn tijdens de coïtus. De hypothesen werden hierdoor eveneens

weerlegd. Deze bevindingen zijn bovendien niet consistent met verschillende voorgaande onderzoeken (vb. Allen & Walter, 2018a; Battaglia et al., 2011; Christensen et al., 2011; Ju et al., 2021; McCall-Hosenfeld et al., 2008; Nazarpour et al., 2016; Wen et al., 2017).

Wanneer specifiek wordt gekeken naar seksuele disfuncties, doen de resultaten van deze masterproef vermoeden dat rokende vrouwen minder kans hebben op de DSM-5-diagnose FSAID of specifiek op de DSM-IV-diagnose HSDD. Deze bevinding komt overeen met de resultaten van McCool-Myers et al. (2018) (cfr. Supra). Binnen de classificatie van het LOPS wordt deze diagnose beschreven als Verminderd seksueel verlangen (zie Een alternatieve classificatie voor seksuele disfuncties). Voor andere DSM-5-diagnoses, FOD en GPPD, wordt geen verschil in prevalentie verwacht tussen rokende en niet-rokende vrouwen op basis van deze resultaten. Dit geldt eveneens voor volgende LOPS-diagnoses: Problemen met seksuele opwinding; Problemen met het orgasme; Seksuele pijnproblemen; & Seksuele ontevredenheid.

Om deze resultaten te kunnen verklaren, kan in de eerste plaats worden gekeken naar de demografische gegevens van de participanten. De steekproef bevatte voornamelijk vrouwen in de leeftijdscategorie 21 tot 29 jaar oud en is bij meer dan de helft van de rokende vrouwen de duurtijd van de verslaving korter dan tien jaren. Deze factoren maken dat de kans op het tot uiting komen van fysieke klachten klein is. Een tweede belangrijke factor om het weerleggen van de verschillende hypothesen te verklaren, is dat de groep rokende vrouwen een klein aantal participanten bevat en hierdoor mogelijk niet representatief is. Daarnaast moet rekening worden gehouden met het feit dat personen die vrijwillig deelnemen aan seksonderzoek vaak een positieve houding ten aanzien van seksualiteit hebben, wat gekend staat als participation bias (Dunne et al., 1997).

Onderzoeksvraag (3) Seksuele distress en rookstatus. De hypothese die hoort bij de onderzoeksvraag of er een verschil bestaat in ervaren seksuele distress tussen rokende en niet-rokende vrouwen, namelijk dat deze hoger zou zijn bij de rokende vrouwen, werd eveneens weerlegd. In dit onderzoek kon geen significant verschil worden vastgesteld. De mogelijke verklaringen hiervan zijn gelijklopend met die van onderzoeksvraag (2) (zie Onderzoeksvraag (2) Seksueel functioneren en rookstatus.).

Onderzoeksvraag (4) Verschillen binnen de rokersgroep. Op basis van de Spearman's correlatiecoëfficiënten konden, voor het beantwoorden van onderzoeksvraag (4), enkele significante correlaties worden vastgesteld. Er werd een significante, positieve correlatie gevonden tussen leeftijd van rokende vrouwen en mate van vaginale lubricatie, orgastisch functioneren en de globale score van seksueel functioneren. Een significante, negatieve correlatie werd gevonden tussen leeftijd van de rokende vrouwen en het ervaren van pijn. Deze resultaten zijn niet in lijn met de verwachte

hypotheses, die uitgingen van negatieve correlaties tussen seksueel functioneren en leeftijd van rokende vrouwen. Wellicht zijn de gevonden correlaties te wijten aan toenemende seksuele kennis en toenemende seksuele zelfkennis met ouder worden. Mernone et al. (2019) konden in hun onderzoek weerleggen dat hogere leeftijd sowieso leidt tot een daling van seksueel functioneren. Zij vonden dat seksueel functioneren op latere leeftijd eerder samenhangt met psychosociale aspecten die gerelateerd zijn aan welbevinden, zoals een optimistische persoonlijkheid, het ervaren van sociale steun en de relationele satisfactie (Mernone et al., 2019).

Duurtijd van de verslaving blijkt significant, positief gecorreleerd met de mate van vaginale lubricatie. Deze resultaten zijn niet consistent met de hypothese. Mogelijks geldt ook hier dat toenemende seksuele kennis met leeftijd en andere aspecten van welbevinden de verklarende variabele is.

De verwachting in deze steekproef is dat de kans op HSDD (DSM-IV), FSAID (DSM-5) en FOD (DSM-5) daalt met leeftijd bij rokende vrouwen. Binnen LOPS kan de verwachting voor FSAID worden gespecificeerd naar minder kans op het ervaren van lubricatieproblemen. Deze laatste geldt eveneens voor duurtijd van de rookverslaving.

De mate van nicotineverslaving is significant positief gecorreleerd met zowel de mate van seksueel verlangen, als met de globale score van seksueel functioneren. Daarnaast werd een significant, negatief verband gevonden tussen ervaren seksuele distress en de mate van nicotineverslaving. Zowel de Pearsons correlatiecoëfficiënten als de Spearman's correlatiecoëfficiënten waren significant, wat de betrouwbaarheid van deze statistische analyses garandeert. Hiermee worden de hypothese, met betrekking tot seksueel verlangen en seksuele distress bevestigd, maar worden de andere hypothesen met betrekking tot de andere aspecten van seksueel functioneren en seksuele satisfactie weerlegd. Op vlak van seksuele disfunctie zou dit betekenen dat een grotere nicotineverslaving wellicht gepaard gaat met minder kans op HSDD (DSM-IV), FSAID (DSM-5) of Verminderd seksueel verlangen (LOPS) en Seksuele ontevredenheid (LOPS). Naast de potentiële verklaringen die hierboven werden geformuleerd, kunnen de bevindingen mogelijks door een andere, derde variabele worden verklaard. In deze masterproef wordt persoonlijkheid als hypothese aangeboden (zie Mogelijke verklaringen van de resultaten).

Tenslotte werden er correlaties tussen seksueel functioneren en twee rookmotieven vastgesteld. Roken omwille van het stimulatief aspect is significant, positief gecorreleerd aan de mate van seksuele opwindning en aan de globale score van seksueel functioneren. Bijkomende ANOVA-analyse kon bovendien trends waarnemen bij verschillen in het stimulatief aspect van het roken voor seksuele opwindning, tevredenheid van masturbatie en de globale score van seksueel

functioneren. Dit maakt dat rokende vrouwen die roken omwille van het stimulatief aspect waarschijnlijk minder kans maken op de diagnoses FSAD (DSM-IV), FSAID (DSM-5) of op een seksueel opwindingsprobleem (LOPS). Ook hier wordt persoonlijkheid als mogelijke verklarende variabele aangeduid (zie Mogelijke verklaringen van de resultaten).

Naast verbanden met het stimulatief aspect van roken, werd een significant, positief verband gevonden tussen roken uit sociale motieven en de mate van ervaren seksuele distress. ANOVA-analyse wees eveneens op significante verschillen voor seksuele distress op basis van het sociaal rookmotief. Dit leidt tot de hypothese dat vrouwen die roken vanuit een sociaal motief, meer kans hebben om seksuele ontevredenheid (LOPS) te ervaren. Drie mogelijke hypothesen worden geformuleerd om deze laatste correlatie te verklaren. Een eerste mogelijkheid is dat mensen die roken omwille van sociale aspecten, socialer zijn en daardoor meer praten over seks en zich meer laten beïnvloeden door sociale normen. Hierdoor kan een verkeerd referentiekader ontstaan, waardoor men tracht te voldoen aan onrealistische verwachtingen, wat op zijn beurt seksuele distress veroorzaakt. Een tweede verklaring kan zijn dat deze personen meer aan de seksuele wensen van hun partners willen tegemoetkomen, wat eveneens seksuele distress kan induceren. Tenslotte spelen persoonlijkheidskenmerken hierin ook een mogelijke rol (zie Mogelijke verklaringen van de resultaten). Aangezien deze correlaties tussen rookmotieven en seksuele disfuncties niet eerder werden onderzocht, kunnen deze hypothese niet worden gekoppeld aan voorgaand onderzoek.

Bijkomende analyses

De trend in het verschil in relationele satisfactie die werd vastgesteld tussen rokende en niet-rokende vrouwen, is suggestief voor een lagere relationele satisfactie bij rokende vrouwen. Er konden geen studies worden teruggevonden die specifiek onderzoek verrichten naar dit onderwerp. Een mogelijke hypothese zou kunnen zijn dat de partner zich stoort aan het rookgedrag van de andere partner en hierdoor relationele strubbelingen ontstaan. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat het roken compensatoir is aan de relationele tevredenheid en dus als coping kan worden gezien. Tenslotte zou een derde variabele zowel het rookgedrag als de relationele satisfactie kunnen verklaren, zoals bijvoorbeeld stressors waaraan het koppel wordt blootgesteld en waarbij roken als coping wordt ingezet en waarbij tegelijkertijd de stressor relationele druk induceert op het koppel. Verder onderzoek is nodig om deze verschillen te bevestigen en een verklaring te bieden.

De significante verschillen in gevoeligheid van lichaamsdelen wijzen erop dat rokende vrouwen in deze steekproef hun lichaam, genitale zones en vagina als gevoeliger beschouwen dan niet-rokende vrouwen. Net zoals voor relationele satisfactie zijn er geen studies die dit onderwerp

hebben onderzocht en is verder onderzoek noodzakelijk om deze verschillen te bevestigen en te verklaren.

Mogelijke verklaringen van de resultaten

Het is duidelijk dat in dit masterproefonderzoek verschillende hypothesen werden weerlegd en roken gecorreleerd is met enkele positieve aspecten van seksueel functioneren. Hoewel in acht moet worden genomen dat deze steekproef voornamelijk bestaat uit jonge vrouwen met een relatief korte verslavingstijd, is het nog steeds nuttig om deze relaties te proberen verklaren. Persoonlijkheid wordt als onderliggende factor naar voren geschoven. Onderstaand worden enkele persoonlijkheidstheorieën bekeken waarmee wordt getracht de resultaten te verklaren.

Het vijf-factor model, een trekpsychologische benadering. Het *vijf-factor model van persoonlijkheid* beschrijft vijf factoren die de kern vormen van de persoonlijkheid van personen (McCrae & Costa, 1999). Deze factoren zijn: (1) Extraversie; (2) Altruïsme; (3) Consciëntieusheid; (4) Neuroticisme; en (5) Openheid voor nieuwe ervaringen. Een meta-analyse van Malouff et al. (2006) toonde aan dat roken geassocieerd is met een lage score voor consciëntieusheid, een lage score voor altruïsme, een hoge score voor neuroticisme en een hoge score op extraversie. Een recentere studie van Cheng en Furnham (2016) kon deze correlaties bevestigen en het onderzoek van Zvolensky et al. (2015) vond daarnaast dat roken gecorreleerd is met een hoge score voor openheid.

Een meta-analyse van Allen en Walter (2018b) onderzocht de relatie tussen het vijf-factor model van persoonlijkheid en seksueel gedrag. Volgens hun bevindingen is extraversie positief gecorreleerd met seksuele activiteit en risicovol seksueel gedrag. Daarnaast is extraversie negatief gecorreleerd aan symptomen van seksuele disfunctie. Altruïsme en consciëntieusheid zijn negatief gecorreleerd aan seksuele ontrouw en seksuele agressie. Neuroticisme is positief gerelateerd aan seksuele dissatisfactie, negatieve emoties en symptomen van seksuele disfunctie. Tenslotte blijkt openheid positief gecorreleerd aan homoseksualiteit en liberale attitudes ten aanzien van seks.

Op basis van deze gegevens lijkt het niet verkeerd om de hypothese naar voor te schuiven dat de relatie tussen seksueel functioneren, en breder seksuele gezondheid, die in deze steekproef werd gevonden, verklaard kan worden door onderliggende persoonlijkheidskenmerken. Wanneer specifiek wordt gekeken naar het vijf-factor model van persoonlijkheid zouden volgende correlaties verwacht kunnen worden: Mensen die hoog scoren voor extraversie en openheid maken meer kans om te roken en hebben waarschijnlijk een liberale attitude ten aanzien van seksualiteit. Daarnaast is de kans op seksuele disfuncties lager, waardoor het globaal seksueel functioneren beter zal zijn. Van mensen die laag scoren voor consciëntieusheid en voor altruïsme, wordt verwacht dat deze meer kans maken om te roken en sneller seksuele grenzen zullen opzoeken. De verbanden tussen neuroticisme, roken en seksueel functioneren zijn moeilijker te hypothetiseren op basis van de

bovenstaande bevindingen, aangezien een hoge score voor neuroticisme gepaard gaat met meer kans om te roken en meer kans op seksuele dissatisfactie, negatieve emoties en seksuele disfuncties. Hoewel deze verbanden in lijn liggen met de hypothesen die werden gesteld in dit onderzoek, is deze informatie strijdig met de effectieve resultaten.

Tenslotte is het opvallend dat seksueel risicogedrag gecorreleerd is aan extraversie. Roken kan eveneens beschouwd worden als een vorm van risicogedrag, gezien de gezondheidseffecten ervan op lange termijn. Extraversie wordt over het algemeen in verband gebracht met het stellen van risicovol gedrag (Cooper et al., 2000; McGhee et al., 2012; Oehler & Wedlich, 2018).

Persoonlijkheidstypes volgens Helen Fisher (2009). Fisher (2009) beschrijft op basis van haar onderzoeken vier persoonlijkheidstypes. Deze persoonlijkheidstypes worden bepaald door de vrijgave van neurotransmitters in de hersenen. Allereerst zijn er de *Explorers*. Deze personen hebben volgens Fisher (2009) een verhoogde vrijgave van dopamine, wat maakt dat ze meer op zoek gaan naar nieuwe ervaringen, meer risico's durven nemen, veel spontaan gedrag stellen en optimistischer zijn. *Builders* hebben een verhoogde vrijgave van serotonine, wat maakt dat ze kalmer, socialer, doordachter en loyaler zijn. Het derde type dat wordt beschreven zijn de *Directors*. Deze personen hebben een verhoogde vrijgave van testosteron en zijn analytisch ingesteld, vertrouwen voornamelijk op logica en zullen minder hun emoties tonen. Tenslotte zijn er de *Negotiators*. Bij deze personen overheerst de vrijzetting van oestrogeen. Ze houden makkelijk hun overzicht, zijn verbaal sterk, handelen vooral intuïtief en zijn heel altruïstisch.

Voor elk van deze types maakte Fisher (2009) een lijst van vaak voorkomende, potentiële psychische problemen. Bij de *Explorers* komen vooral manische depressies voor, maar ook verslaving is een valkuil. Het werk van Fisher (2009) richtte zich voornamelijk op partnerkeuze en seksueel gedrag. Over de *Explorers* schrijft ze voor deze laatste dat ze voornamelijk op zoek zijn naar entertainment en plezier. *Explorers* hebben voornamelijk seks omwille van het recreatieve aspect ervan en hebben het hoogste seksuele verlangen.

Deze laatste correlaties kunnen eveneens een potentiële verklaring bieden voor de resultaten van deze masterproef. Het feit dat roken protectief kan zijn voor HSDD en dat er positieve correlaties werden gevonden tussen de mate van nicotineverslaving en seksueel functioneren, kunnen mogelijks te wijten zijn aan het onderliggende persoonlijkheidstype van de vrouwen in deze steekproef. Dat rokende vrouwen die voornamelijk roken omwille van het stimulatief aspect ervan hoger scoren voor seksuele opwindning, kan eveneens mogelijk verklaard worden vanuit dit persoonlijkheidstype. *Explorers* zijn immers steeds op zoek naar stimulatie (Fisher, 2009).

Over *Negotiators* schrijft Fisher (2009) dat ze veel belang hechten aan emotionele verbindingen. Ze willen connecteren met anderen en willen zich aanpassen aan anderen. Voor hen staat het belang van een groep centraal. Ze streven naar sociale harmonie. Volgens Fisher (2009) heeft deze groep personen de grootste kans om depressief te worden. Deze verbanden doen denken aan de ontdekking dat rokende vrouwen die voornamelijk roken uit sociale motieven, meer seksuele distress ervaren. De vraag kan worden gesteld of roken uit sociale motieven samenhangt met de score voor *Negotiator*-gehalte.

De theorie die door Fisher (2009) werd beschreven, is gedeeltelijk gebaseerd op het psychobiologisch model van de persoonlijkheid (Cloninger et al., 1993). Cloninger et al. (1993) beschrijven in hun psychobiologisch model dat persoonlijkheid door twee factoren tot stand komt, namelijk *temperament* en *karakter*. *Temperament* is de biologische kern van persoonlijkheid, die ontstaat in de kindertijd en stabiel blijft in het leven. Het *karakter* ontstaat pas later in het leven en wordt ontwikkeld op basis van leerprocessen. Onder de twee factoren van persoonlijkheid bevinden zich zeven dimensies. Onder *temperament* vallen: (1) *Novelty seeking*; (2) *Harm avoidance*; (3) *Reward dependence*; en (4) *Persistence*. Onder *karakter* vallen: (5) *Self-directedness*; (6) *Cooperativeness*; en (7) *Self-transcendence*. In deze masterproef en ter aanvulling van het werk van Fisher (2009) is voornamelijk de dimensie van *Novelty seeking* belangrijk. Cloninger et al. (1993) beschrijven personen die hoog scoren voor deze dimensie als personen die impulsief gedrag stellen, exploreren en overdrijven in het zoeken naar beloningen. Hartman et al. (2013) toonden aan dat een hoge score voor *Novelty seeking* een predictor kan zijn om verslaafd te worden aan roken. *Novelty seeking* is gerelateerd aan openheid en extraversie (Gocłowska et al., 2019), wat op zijn beurt gerelateerd is aan een liberale houding ten aanzien van seksualiteit (zie Het vijf-factor model, een trekpsychologische benadering.).

Samenvattend kan worden gesteld dat het legitiem is om te hypothetiseren dat persoonlijkheidsfactoren de relatie tussen roken en seksueel functioneren kunnen helpen verklaren. Om dit te bevestigen is verder onderzoek echter noodzakelijk (zie Aanbevelingen).

Alternatieve verklaring vanuit psychodynamische perspectief. In de vroege psychoanalytische perspectieven werd roken geïnterpreteerd als gedrag dat een orale, erotische gratificatie biedt en werd een zware rookverslaving beschouwd als onderdeel van een orale persoonlijkheid (Prochaska et al., 2007). Het begrip oraliteit komt voort uit de orale fase van de psychoseksuele persoonlijkheidsontwikkeling (Thys, 2022). Tijdens deze fase, welke plaatsvindt in het eerste levensjaar, zijn een kinds erotische verlangens gefocust op de mond. Bevrediging wordt gevonden als er aan de zuigbehoeftes van het kind wordt voldaan (Berk, 2014). Zo vergelijkt Freud het gelukzalige, rood aangelopen gezicht van een baby die voldoende gedronken heeft met dat van

een volwassene die net een orgasme heeft beleefd (Thys, 2022). Wanneer een kind onvoldoende bevredigd wordt in deze zuigbehoefte, zal dit zich in het latere leven manifesteren als gewoontes van gedragingen die gefixeerd zijn op de mond. Voorbeelden hiervan zijn duimzuigen, nagelbijten en roken (Berk, 2014). Dit wordt door psychoanalisten benoemd als een orale fixatie. Oraliteit, of orale fixatie, kan dus in het latere leven tot uiting komen als op de mond georiënteerde verslavingen en wordt in verband gebracht met passief genieten (Demyttenaere, 2021).

Oraliteit blijft daarnaast behouden binnen volwassen seksualiteit. Orale seks is hiervan het beste voorbeeld, waarbij enerzijds de zuigbehoefte worden bevredigd in de gevende rol, maar anderzijds het passief genieten opnieuw naar voor komt in de ontvangende rol (Demyttenaere, 2021).

Psychoanalisten zullen wellicht in de resultaten van dit onderzoek verbanden zien die betrekking hebben op het begrip oraliteit. Seks kan immers aspecten van verslaving en passief genieten bevatten. Echter, door het ontbreken van specifieke vragen naar orale seksuele activiteit of zelfs seksverslaving, wat een uiting van orale fixatie kan zijn, is het moeilijk om vaststellingen te doen vanuit een psychoanalytisch of psychodynamisch standpunt. Volgens deze masterproef hebben rokende vrouwen wel een hoger seksueel verlangen, maar dat resultaat uitvergroten naar seksverslaving zou een foutieve divergentie zijn. Verder onderzoek is hierbij alweer noodzakelijk.

Beperkingen van het onderzoek

Een belangrijke beperking in dit onderzoek is dat de verzamelde data gebaseerd zijn op zelfrapportage. Participanten dienden zelf hun seksueel functioneren te scoren, waardoor de metingen als subjectief moeten worden beschouwd. Bovendien zijn de achterliggende metingen van de vragen in de gebruikte vragenlijsten zeer duidelijk, waardoor participanten op de hoogte waren van wat er precies werd gemeten. Hierdoor konden vragen vanuit een bepaalde vooringenomenheid worden beantwoord. Hoewel objectieve, fysiologische metingen de voorkeur genieten, konden Hamilton en Morris (2010) binnen seksonderzoek wel bevestigen dat zelfrapportage een betrouwbare onderzoeksmethode is.

Om de effecten van roken te onderzoeken, is een correlatieve onderzoeksofzet de enige ethische manier om dit te doen. Het zou immers ethisch onverantwoord zijn om via een Randomised Controlled Trial (RCT) mensen willekeurig te verdelen in een rokersgroep en niet-rokersgroep. Deze beperking leidt ertoe dat het in principe nooit mogelijk is om causale relaties vast te stellen, waarbij roken de onafhankelijke, verklarende variabele zou kunnen zijn. Echter, in 1965 werden door Sir Bradford Hill negen criteria opgesteld die kunnen helpen om te bepalen of epidemiologische associaties als causaal kunnen worden beschouwd (Fedak et al., 2015). De criteria zijn: (1) Sterkte

van de associatie, waarbij wordt verondersteld dat hogere blootstelling tot meer gevolg leidt; (2) Consistentie in bevindingen; (3) Specificiteit; (4) Temporaliteit; (5) Biologisch gradiënt (dosisafhankelijke relatie); (6) Biologische plausibiliteit; (7) Coherentie, tussen huidige kennis en biologische plausibiliteit; (8) De relatie kan in experimenteel onderzoek worden aangetoond; & (9) Analogie. Deze laatste betekent dat evidentiestandaard verlaagd wordt wanneer een stof een aangetoond effect heeft op het veroorzaken van ziekte, om deze stof ook als veroorzaker van een andere ziekte te beschouwen (Fedak et al., 2015).

De relaties tussen roken en seksuele disfuncties die hier werden besproken, moeten worden geïnterpreteerd als vermoedens en hypotheses. Seksueel functioneren werd enkel gemeten met behulp van de FSFI, waardoor er voor de verschillende deelaspecten van seksueel functioneren geen lijdensdruk werd gemeten.

In het geval van roken zijn er verschillende aandoeningen die aan de Sir Bradford Hill criteria voldoen, op uitzondering van criterium (8). Longkanker is daar een voorbeeld van (Klebe et al., 2019), maar ook cardiovasculaire aandoeningen en erectiestoornissen (zie Introductie). Deze masterproef kon echter geen negatieve relatie vinden tussen seksueel functioneren en roken. De gevonden positieve verbanden kunnen wellicht eerder verklaard worden door persoonlijkheid en steekproefkarakteristieken (cfr. infra), dan door fysiologische effecten van de chemische stoffen in tabaksrook (zie Mogelijke verklaringen van de resultaten).

Participanten die deelnamen aan het onderzoek waren ervan op de hoogte dat de relatie tussen roken en seksuele gezondheid werd onderzocht. Hierdoor bestaat de kans dat participanten gissen naar de hypotheses in het onderzoek en de vragenlijsten beantwoorden op een manier die pleit voor de hypothese of juist voor het weerleggen ervan. Deze fenomenen staan gekend als *The good subject role* en *The negative subject role* (Gravetter & Forzano, 2018). Aangezien verschillende hypotheses werden weerlegd, kan deze methodologische beperking een mogelijke verklaring bieden.

In de vragenlijst werd slechts één vraag gesteld die peilde naar blootstelling aan passief roken. Meerdere controlevragen hadden een potentiële meerwaarde kunnen zijn om het risico op bias te vermijden en meer zekerheid te verkrijgen dat participanten die werden geïnccludeerd niet worden blootgesteld aan tabaksrook. Daarnaast werden er geen aparte analyses uitgevoerd op ex-rokers.

Er was in de vragenlijst geen aandacht voor medicatiegebruik of anticonceptie. Deze middelen kunnen echter wel invloed uitoefenen op het seksueel functioneren en bijgevolg bias opleveren in dit onderzoek. In de uitvoering van het onderzoek zou het echter niet haalbaar zijn om alle mogelijke effecten van individuele medicijnen en/of contraceptie in rekening te brengen.

Medicatie- of contraceptiegebruik als exclusiecriteria opnemen zou het aantal participanten sterk hebben gereduceerd. Matchen van participanten op basis van medicatie- en/of contraceptiegebruik had echter wel een goed alternatief kunnen zijn om aan deze beperking tegemoet te komen.

De laatste methodologische beperking die kon worden geïdentificeerd betreft de bevraging van masturbatie en de gevoeligheden van de verschillende lichaamszones. Hoewel de vragen die peilden naar masturbatie gebaseerd waren op de vragen en scoringsmethodiek van de FSFI, is het belangrijk om op te merken dat hier geen gebruik werd gemaakt van een gevalideerd meetinstrument. Ook voor de bevraging van lichaamsgevoeligheden was dit het geval. Dit impliceert dat resultaten met betrekking tot masturbatie en lichaamsgevoeligheden met de nodige voorzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden, daar de validiteit en betrouwbaarheid niet kan worden gegarandeerd.

Naast methodologische beperkingen zijn er kritische opmerkingen te maken bij de steekproef. Zo dienen de resultaten bekeken te worden met in acht name van het feit dat de grootste groep vrouwen zich bevindt in de leeftijdscategorie van 21 tot 29 jaar oud en dat de steekproef werd gecreëerd op basis van convenience sampling. Verder werd geen onderscheid gemaakt in relationele status in de verdere dataverwerking, noch met de verschillende opleidingsniveaus. Deze factoren maken dat de generaliseerbaarheid van de resultaten eerder beperkt is. Echter, hieraan wordt tegemoetgekomen door de grootte van de steekproef. Op basis van nationaliteit en etnische achtergrond kunnen de resultaten enkel gegeneraliseerd worden naar Vlaamse vrouwen.

Aangezien het aantal rokende vrouwen dat werd geïnccludeerd in dit onderzoek eerder beperkt is, moeten de analyses binnen de rokersgroep eveneens met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en gegeneraliseerd. Daarnaast moet er rekening worden gehouden met het feit dat de duurtijd van de verslaving van de rokende vrouwen relatief kort is, waardoor gezondheidseffecten van roken nog niet tot uiting komen.

Tenslotte moet worden erkend dat ondanks dat er werd getracht om seksuele gezondheid in verschillende dimensies te benaderen, dit onderzoek een sterke biologische insteek heeft. Seksuele functioneren werd voornamelijk op vlak van lichamelijk functioneren onderzocht. De belevings- en psychische aspecten van dit onderzoek beperkten zich tot het meten van seksuele satisfactie (dyadisch en solitair) en seksuele distress.

Sterktes van het onderzoek

Naast de verschillende beperkingen van dit masterproefonderzoek, kunnen ook meerdere sterktes worden aangeduid. Dit masterproefonderzoek is wellicht de eerste studie die de relatie tussen roken en seksuele gezondheid in Vlaanderen heeft onderzocht.

Hoewel er enkele kritische opmerkingen werden geformuleerd op de steekproef, kan worden gesteld dat deze studie een grote steekproef heeft.

Methodologisch heeft dit onderzoek een sterk design, door zowel tussen als binnen subjecten de effecten van roken te onderzoeken. Een andere methodologische sterkte is dat rookmotieven in relatie tot seksueel functioneren werden onderzocht. Deze bevindingen werpen nieuw licht op de correlaties en vragen verder onderzoek ter verificatie van de resultaten. Het zijn deze correlaties die ertoe hebben geleid dat persoonlijkheidsfactoren als potentiële moderator van de bevindingen naar voor werden geschoven.

Tenslotte heeft het onderzoek verschillende variabelen in kaart gebracht, waardoor verschillende analyses konden worden uitgevoerd. Deze studie beperkte zich niet tot het opsporen van seksuele stoornissen, maar trachtte verschillende aspecten van seksueel functioneren en seksuele gezondheid te onderzoeken.

Aanbevelingen

In de eerste plaats roept deze masterproef op tot nadenken over de medische implicaties van roken op seksueel functioneren. Er werden geen negatieve relaties gevonden tussen roken en seksueel functioneren, maar vorige onderzoeken konden wel enkele negatieve verbanden identificeren. Op basis van de DSM-5-classificatie kan de vraag worden gesteld welke diagnose het meest wenselijk is in geval van seksuele disfunctie ten gevolge van roken. Wordt de seksuele disfunctie als specifieke disfunctie benoemt, met specificatie van roken als risicofactor, of dient men de diagnose SMISD te geven? Gezien de moeilijkheid om causaliteit te identificeren en tegenstrijdige onderzoeksresultaten in de rol van roken op vrouwelijk seksueel functioneren, wordt hier aangeraden om de specifieke seksuele disfunctie te diagnosticeren en roken als eventuele risicofactor te vermelden. Rookstop dient steeds overwogen te worden bij aanmelding met een seksuele disfunctie waarbij een vasculair probleem aan de basis kan liggen. Wanneer na rookstop blijkt dat de seksuele disfunctie verdwijnt, kan alsnog overwogen worden om de initiële diagnose aan te passen naar SMISD.

Daarnaast vervult rookstop een belangrijke functie in het tegengaan van medicalisering in de behandeling van seksuele disfuncties bij rokende vrouwen. Zoals Park et al. (2012) aantoonde kan roken de testosteronspiegel verlagen, wat kan resulteren in daling van seksueel verlangen of

lubricatiestoornissen. Hoewel men somatisch testosteronsubstitutie zou kunnen overwegen, kan rookstop dit mogelijks vermijden.

Hoewel dit onderzoek de ambitie had om duidelijkheid te brengen in de tegenstrijdige onderzoeksresultaten van vorige onderzoeken, konden verschillende hypothesen niet worden bevestigd en werden zelfs positieve effecten van roken ontdekt. Daarom roept deze masterproef op tot verder onderzoek naar de relatie tussen roken en vrouwelijk seksueel functioneren, alsook relationele satisfactie en lichaamsgevoeligheden. Een grootschalig onderzoek waarbij de verschillende leeftijdscategorieën evenwaardig zijn vertegenwoordigd is wenselijk. Er konden in dit onderzoek interessante relaties worden ontdekt tussen seksueel functioneren en verschillende rookmotieven. Ook hier is grootschaliger onderzoek bij rokende vrouwen van verschillende leeftijden wenselijk. Het kan een meerwaarde zijn om in dergelijk onderzoek een specifieke vragenlijst op te nemen die seksuele disfuncties onderzoekt, zoals de Sexual Functioning Scale (SFS). Daarnaast kan een factorieel onderzoek nuttig zijn, om interactie-effecten op te sporen tussen mate van nicotinedependentie en rookmotieven en hun invloeden op seksueel functioneren. Tenslotte wordt een longitudinaal onderzoek geadviseerd waarbij vrouwen worden opgevolgd voor, tijdens en na hun rookstop en waarin hun seksueel functioneren op verschillende momenten wordt bevraagd. Deze laatste kan onder andere nuttig zijn om het temporaliteitscriterium van de Sir Bradford Hill-criteria te onderzoeken.

Belangenconflict

Dit onderzoek ontving geen sponsering.

Conclusie

In deze masterproef werd de invloed van roken op seksuele gezondheid bij vrouwen onderzocht. De centrale onderzoeksvraag die werd gesteld was: Is er een verschil in seksuele gezondheid tussen rokende en niet-rokende vrouwen. Uit praktische overwegingen en om het construct seksuele gezondheid verder te definiëren en meetbaar te maken, werd de centrale onderzoeksvraag verder gespecificeerd naar vier deelvragen. Concreet werd nagegaan: (1) Of rokende vrouwen een lagere seksuele satisfactie ervaren dan niet-rokende vrouwen; (2) Of er een verschil bestaat in seksueel functioneren tussen rokende en niet-rokende vrouwen; (3) Of er een verschil bestaat in het ervaren van seksuele distress tussen rokende en niet-rokende vrouwen; en (4) Of er verschillen kunnen worden waargenomen bij de rokende vrouwen op basis van hun leeftijd, de duurtijd van de rookverslaving, de mate van hun nicotinedependentie en hun rookmotieven.

In de steekproef van deze masterproef werden geen significante verschillen vastgesteld tussen rokende en niet-rokende vrouwen voor seksuele satisfactie, seksuele opwinding, vaginale lubricatie, pijn tijdens coïtus en seksuele distress. Rokende vrouwen blijken meer seksueel verlangen te ervaren dan niet-rokende vrouwen en zijn de statistische analyses suggestief voor een beter orgasmisch functioneren bij rokende vrouwen.

Binnen de groep van rokende vrouwen werd een positieve correlatie gevonden tussen leeftijd van de rokende vrouwen en de mate van vaginale lubricatie, orgasmisch functioneren en de globale score van seksueel functioneren en een negatieve correlatie tussen leeftijd en het ervaren van pijn. Duurtijd van de verslaving blijkt positief gecorreleerd met de mate van vaginale lubricatie. Verder werd gevonden dat de mate van nicotinedependentie positief gecorreleerd is aan de mate van seksueel verlangen en de globale score van seksueel functioneren. De mate van nicotinedependentie is daarnaast negatief gecorreleerd aan de mate van seksuele distress. Tenslotte werden enkele relaties geïdentificeerd tussen rookmotieven en seksuele gezondheid. Zo blijkt roken omwille van een stimulatief aspect positief gecorreleerd aan seksuele opwinding en de globale score van seksueel functioneren. Roken uit sociale motieven is positief gecorreleerd aan seksuele distress.

Hoewel werd gehypothetiseerd dat roken de seksuele gezondheid van vrouwen in negatieve zin beïnvloedt, kon dat niet worden bevestigd. Er werden, tegen de verwachting in, positieve associaties vastgesteld, welke wellicht door andere variabelen te verklaren zijn. De masterproef kan bijgevolg concluderen dat de relatie tussen roken en de seksuele gezondheid van vrouwen complexer is dan eerder werd gedacht en dat verder onderzoek noodzakelijk is om deze complexe relatie verder te exploreren.

Referenties

- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2018a). Health-Related Lifestyle Factors and Sexual Dysfunction: A Meta-Analysis of Population-Based Research. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 458-475. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.008>
- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2018b). Linking big five personality traits to sexuality and sexual health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 144(10), 1081-1110. <https://doi.org/10.1037/bul0000157>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th, Text Revision ed.)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andersson, K. E. (2011). Mechanisms of penile erection and basis for pharmacological treatment of erectile dysfunction. *Pharmacological Reviews*, 63(4), 811-859. <https://doi.org/10.1124/pr.111.004515>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Basson, R. (2001). Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstetrics & Gynecology*, 98(2), 350-353. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01452-1](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01452-1)
- Basson, R. (2002). Rethinking low sexual desire in women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(4), 357-363. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01002.x>
- Battaglia, C., Battaglia, B., Mancini, F., Persico, N., Nappi, R. E., Paradisi, R., & Venturoli, S. (2011). Cigarette smoking decreases the genital vascularization in young healthy, eumenorrheic women. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(6), 1717-1725. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02257.x>
- Berk, L. E. (2014). *Development through the lifespan* (6th edition ed.). Pearson.
- Berko, S., Zsiko, S., Deak, G., Gacsi, A., Kovacs, A., Budai-Szucs, M., Pajor, L., Bajory, Z., & Csanyi, E. (2018). Papaverine hydrochloride containing nanostructured lyotropic liquid crystal formulation as a potential drug delivery system for the treatment of erectile dysfunction. *Drug design, development and therapy*, 12, 2923-2931. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S168218>

- Biebel, M. G., Burnett, A. L., & Sadeghi-Nejad, H. (2016). Male Sexual Function and Smoking. *Sex Medicine Reviews*, 4(4), 366-375. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.05.001>
- Bos, H., Kuyper, L., & Sandfort, T. (2018). Minderheidsstress bij mensen met een homoseksuele voorkeur. In L. Gijs, L. Aerts, M. Dewitte, P. Enzlin, J. Georgiadis, B. Kreukels, & E. Meuleman (Eds.), *Leerboek seksuologie* (3 ed.). Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-90-368-1111-8>
- Boudrez, H., & De Bacquer, D. (2012). A Dutch version of the modified reasons for smoking scale: factorial structure, reliability and validity. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(4), 799-806. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01676.x>
- Burnett, A. L., Lowenstein, C. J., Bredt, D. S., Chang, T. S., & Snyder, S. H. (1992). Nitric oxide: a physiologic mediator of penile erection. *Science*, 257(5068), 401-403. <https://doi.org/10.1126/science.1378650>
- Celikhisar, H., Dasedemir Ilkhan, G., & Irer, B. (2021). Effects of smoking cessation on sexual functions and health quality of life in premenopausal women: A prospective case - Controlled study. *International Journal of Clinical Practice*, 75(3), e13796. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13796>
- Chalon, S., Moreno, H., Jr., Benowitz, N. L., Hoffman, B. B., & Blaschke, T. F. (2000). Nicotine impairs endothelium-dependent dilatation in human veins in vivo. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 67(4), 391-397. <https://doi.org/10.1067/mcp.2000.105153>
- Chan, S. S., Leung, D. Y., Abdullah, A. S., Lo, S. S., Yip, A. W., Kok, W. M., Ho, S. Y., & Lam, T. H. (2010). Smoking-cessation and adherence intervention among Chinese patients with erectile dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(3), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.05.006>
- Cheng, H., & Furnham, A. (2016). The Big-Five Personality Traits, Maternal Smoking during Pregnancy, and Educational Qualifications as Predictors of Tobacco Use in a Nationally Representative Sample. *PLoS One*, 11(1), e0145552. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145552>
- Choi, J., Shin, D. W., Lee, S., Jeon, M. J., Kim, S. M., Cho, B., & Lee, S. M. (2015). Dose-response relationship between cigarette smoking and female sexual dysfunction. *Obstetrics & gynecology science*, 58(4), 302-308. <https://doi.org/10.5468/ogs.2015.58.4.302>
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *The*

- Journal of Sexual Medicine*, 8(7), 1903-1916. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02291.x>
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives Of General Psychiatry*, 50(12), 975-990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Collier, K., Van Beusekom, G., Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2013). The consequences of peer victimization related to sexual orientation and gender identity or expression; A systematic review. *Journal of Sex Research*, 50, 299-317.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B., & Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: the role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68(6), 1059-1088. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00126>
- Dai, X., Gakidou, E., & Lopez, A. D. (2022). Evolution of the global smoking epidemic over the past half century: strengthening the evidence base for policy action. *Tobacco Control*, 31(2), 129-137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056535>
- De Bie, C. (2020). *En ze leefden nog lang en gelukkig*. Pelckmans uitgevers.
- Demyttenaere, K. (2021, 26 oktober). *Psychologie en psychopathologie van de vrijwillige kinderloosheid*.
- Derogatis, L. R., Laan, E., Brauer, M., van Lunsen, R. H. W., Jannini, E. A., Davis, S. R., Fabre, L., Smith, L. C., Basson, R., Guay, A. T., Rubio-Aurioles, E., Goldstein, A., Pukall, C., Kellogg, S., Burrows, L., Morrison, P., Krychman, M., Goldstein, S. W., & Goldstein, I. (2010). Responses to the Proposed DSM-V Changes. *Journal for sexual medicine*, 7(6), 1998-2014. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01865.x>
- Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 317-330. <https://doi.org/10.1080/00926230290001448>
- Deschepper, E., Buysse, H., & Coorevits, P. (2018). *Statistische Gegevensverwerking met behulp van IBM SPSS Statistics 24*. University Press.
- Diamond, L. M., & Alley, J. (2022). Rethinking minority stress: A social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 138, 104720. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104720>

- Dubinskaya, A., Guthrie, T., Anger, J. T., Eilber, K. S., & Berman, J. R. (2021). Local Genital Arousal: Mechanisms for Vaginal Lubrication. *Current sexual health reports*, 13(2), 45-53.
<https://doi.org/10.1007/s11930-021-00305-8>
- Dunne, M. P., Martin, N. G., Bailey, J. M., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A., & Statham, D. J. (1997). Participation bias in a sexuality survey: psychological and behavioural characteristics of responders and non-responders. *International Journal of Epidemiology*, 26(4), 844-854.
<https://doi.org/10.1093/ije/26.4.844>
- Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189-195. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>
- Etter, J. F., Duc, T. V., & Perneger, T. V. (1999). Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*, 94(2), 269-281. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.94226910.x>
- Fagerstrom, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(3-4), 235-241.
[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(78\)90024-2](https://doi.org/10.1016/0306-4603(78)90024-2)
- Fay, M. P., & Proschan, M. A. (2010). Wilcoxon-Mann-Whitney or t-test? On assumptions for hypothesis tests and multiple interpretations of decision rules. *Journal of Survey Statistics and Methodology*, 4, 1-39. <https://doi.org/10.1214/09-SS051>
- Fedak, K. M., Bernal, A., Capshaw, Z. A., & Gross, S. (2015). Applying the Bradford Hill criteria in the 21st century: how data integration has changed causal inference in molecular epidemiology. *Emerging Themes in Epidemiology*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/s12982-015-0037-4>
- Feldman, H. A., Johannes, C. B., Derby, C. A., Kleinman, K. P., Mohr, B. A., Araujo, A. B., & McKinlay, J. B. (2000). Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Preventive Medicine*, 30(4), 328-338.
<https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0643>
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5 ed.). Sage.
- Fisher, H. E. (2009). *Why him? Why her?: how to find and keep lasting love*. (2 ed.). Holt Paperbacks.
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the Ruler With Item Response Theory: Increasing Precision of Measurement for Relationship Satisfaction With the Couples Satisfaction Index. *Journal of family psychology*, 21(4), 572-583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>

- Giraldi, A., Rellini, A., Pfaus, J. G., Bitzer, J., Laan, E., Jannini, E. A., & Fugl-Meyer, A. R. (2011). Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: a review and proposal for a standardized screener. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(10), 2681-2706. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02395.x>
- Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2018). *Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van tabak*. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.440/57. www.gezondheidsenquête.be
- Giuliano, F., Pfaus, J., Balasubramanian, S., Hedlund, P., Hisasue, S.-i., Marson, L., & Wallen, K. (2010). Experimental Models for the Study of Female and Male Sexual Function. *Journal for sexual medicine*, 7(9), 2970-2995. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01960.x>
- Glina, S., Reichelt, A. C., Leao, P. P., & Dos Reis, J. M. (1988). Impact of cigarette smoking on papaverine-induced erection. *The Journal of Urology*, 140(3), 523-524. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)41708-3](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)41708-3)
- Gocłowska, M. A., Ritter, S. M., Elliot, A. J., & Baas, M. (2019). Novelty seeking is linked to openness and extraversion, and can lead to greater creative performance. *Journal of Personality*, 87(2), 252-266. <https://doi.org/10.1111/jopy.12387>
- Grassi, G., Seravalle, G., Calhoun, D. A., Bolla, G. B., Giannattasio, C., Marabini, M., Del Bo, A., & Mancia, G. (1994). Mechanisms responsible for sympathetic activation by cigarette smoking in humans. *Circulation*, 90(1), 248-253. <https://doi.org/10.1161/01.cir.90.1.248>
- Gravetter, F. J., & Forzano, L. B. (2018). *Research Methods for the Behavioral Science*. Cengage Learning, Inc.
- Hamilton, D. T., & Morris, M. (2010). Consistency of self-reported sexual behavior in surveys. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 842-860. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9505-7>
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008a). Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(1), 110-121. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00637.x>
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008b). The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(5), 1184-1197. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00778.x>
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2012). Association between smoking cessation and sexual health in men. *BJU International*, 109(6), 888-896. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2011.10503.x>

- Hartman, C., Hopfer, C., Corley, R., Hewitt, J., & Stallings, M. (2013). Using Cloninger's temperament scales to predict substance-related behaviors in adolescents: a prospective longitudinal study. *The American Journal on Addictions*, 22(3), 246-251. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.12010.x>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Horn, D., & Waingrow, S. (1966). Some dimensions of a model for smoking behavior change. *American journal of public health and the nation's health*, 56(12), Suppl 56:21-56. https://doi.org/10.2105/ajph.56.12_suppl.21
- IBM Corporation. (2020). *SPSS® Statistics*. In
- IJff, M. (2016). *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Koninklijke Van Gorcum.
- Janssen, E. (2011). Sexual arousal in men: A review and conceptual analysis. *Hormones and Behavior*, 59(5), 708-716. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.03.004>
- Johnson, H. M., Gossett, L. K., Piper, M. E., Aeschlimann, S. E., Korcarz, C. E., Baker, T. B., Fiore, M. C., & Stein, J. H. (2010). Effects of smoking and smoking cessation on endothelial function: 1-year outcomes from a randomized clinical trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(18), 1988-1995. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.002>
- Johnson, S. E., O'Brien, E. K., Coleman, B., Tessman, G. K., Hoffman, L., & Delahanty, J. (2019). Sexual and Gender Minority U.S. Youth Tobacco Use: Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study Wave 3, 2015-2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(2), 256-261. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.03.021>
- Ju, R., Ruan, X., Xu, X., Yang, Y., Cheng, J., Zhang, L., Wang, B., Qin, S., Dou, Z., & Mueck, A. O. (2021). Importance of active and passive smoking as one of the risk factors for female sexual dysfunction in Chinese women. *Gynecological Endocrinology*, 37(6), 541-545. <https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1913115>
- Juenemann, K. P., Lue, T. F., Luo, J. A., Benowitz, N. L., Abozeid, M., & Tanagho, E. A. (1987). The effect of cigarette smoking on penile erection. *The Journal of Urology*, 138(2), 438-441. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)43181-8](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)43181-8)
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Brunner/Hazel Publications.

- Kim, J. M., Yang, Y. S., Lee, S. H., & Jee, S. H. (2021). Association between Early Menopause, Gynecological Cancer, and Tobacco Smoking: A Cross-Sectional Study. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 22(10), 3165-3170. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.10.3165>
- Kim, N., Azadzi, K. M., Goldstein, I., & Saenz de Tejada, I. (1991). A nitric oxide-like factor mediates nonadrenergic-noncholinergic neurogenic relaxation of penile corpus cavernosum smooth muscle. *Journal of Clinical Investigation*, 88(1), 112-118. <https://doi.org/10.1172/JCI115266>
- Kim, S. W., Jeong, S. J., Munarriz, R., Kim, N. N., Goldstein, I., & Traish, A. M. (2003). Role of the nitric oxide-cyclic GMP pathway in regulation of vaginal blood flow. *International Journal of Impotence Research*, 15(5), 355-361. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901038>
- Kim, T. K. (2015). T test as a parametric statistic. *Korean Journal of Anesthesiology*, 68(6), 540-546. <https://doi.org/10.4097/kjae.2015.68.6.540>
- Klebe, S., Leigh, J., Henderson, D. W., & Nurminen, M. (2019). Asbestos, Smoking and Lung Cancer: An Update. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph17010258>
- Kovac, J. R., Labbate, C., Ramasamy, R., Tang, D., & Lipshultz, L. I. (2015). Effects of cigarette smoking on erectile dysfunction. *Andrologia*, 47(10), 1087-1092. <https://doi.org/10.1111/and.12393>
- Kurdek, L. A. (1999). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage. *Developmental psychology*, 35(5), 1283-1296. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.35.5.1283>
- Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In Pursuit of Pleasure: A Biopsychosocial Perspective on Sexual Pleasure and Gender. *International journal of sexual health*, 33(4), 516-536. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>
- le Cessie, S., Goeman, J. J., & Dekkers, O. M. (2020). Who is afraid of non-normal data? Choosing between parametric and non-parametric tests. *European Journal of Endocrinology*, 182(2), E1-E3. <https://doi.org/10.1530/EJE-19-0922>
- Lee, J. G., Griffin, G. K., & Melvin, C. L. (2009). Tobacco use among sexual minorities in the USA, 1987 to May 2007: a systematic review. *Tobacco Control*, 18(4), 275-282. <https://doi.org/10.1136/tc.2008.028241>
- Lightwood, J. M., & Glantz, S. A. (1997). Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke. *Circulation*, 96(4), 1089-1096. <https://doi.org/10.1161/01.cir.96.4.1089>

- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., Blore, J. D., . . . Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *380*(9859), 2224-2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Lorber, M. F., Erlanger, A. C., Heyman, R. E., & O'Leary, K. D. (2015). The honeymoon effect: does it exist and can it be predicted? *Prevention science*, *16*(4), 550-559. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0480-4>
- Lue, T. F. (2000). Erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, *342*(24), 1802-1813. <https://doi.org/10.1056/NEJM200006153422407>
- Lue, T. F., & Tanagho, E. A. (1987). Physiology of erection and pharmacological management of impotence. *The Journal of Urology*, *137*(5), 829-836. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)44267-4](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)44267-4)
- Maiorino, M. I., Bellastella, G., & Esposito, K. (2015). Lifestyle modifications and erectile dysfunction: What can be expected? *Asian Journal of Andrology*, *17*(1), 5-10. <https://doi.org/10.4103/1008-682X.137687>
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2006). The five-factor model of personality and smoking: a meta-analysis. *Journal of Drug Education*, *36*(1), 47-58. <https://doi.org/10.2190/9EP8-17P8-EKG7-66AD>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response* (3th, 22nd pr. ed.).
- Mayor, S. (2015). Smoking worsens effect of early menopause on mortality, study finds. *British Medical Journal*, *351*, h4292-h4292. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4292>
- McCall-Hosenfeld, J. S., Freund, K. M., Legault, C., Jaramillo, S. A., Cochrane, B. B., Manson, J. E., Wenger, N. K., Eaton, C. B., McNeeley, S. G., Rodriguez, B. L., & Bonds, D. (2008). Sexual satisfaction and cardiovascular disease: the Women's Health Initiative. *The American Journal of Medicine*, *121*(4), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.11.013>
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*, *18*(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>

- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 139-153). Guilford.
- McDonald, J. (2021). *Social media marketing workbook. 2021*. JM Internet Group.
- McGhee, R. L., Ehrler, D. J., Buckhalt, J. A., & Phillips, C. (2012). The Relation between Five-Factor Personality Traits and Risk-Taking Behavior in Preadolescents. *Psychology, 3*(8), 558-561.
- McHugh, M. L. (2013). The chi-square test of independence. *Biochemia Medica, 23*(2), 143-149.
<https://doi.org/10.11613/bm.2013.018>
- Mernone, L., Fiacco, S., & Ehlert, U. (2019). Psychobiological factors of sexual functioning in aging women - findings from the women 40+ healthy aging study. *Frontiers in psychology, 10*, 546-546. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00546>
- Meston, C. M. (2003). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy, 29*(1), 39-46. <https://doi.org/10.1080/713847100>
- Meston, C. M., Freihart, B. K., Handy, A. B., Kilimnik, C. D., & Rosen, R. C. (2020). Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine, 17*(1), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.007>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Dolezal, C. (2007). The Female Sexual Function Index: A Methodological Critique and Suggestions for Improvement. *Journal of Sex & Marital Therapy, 33*(3), 217-224.
<https://doi.org/10.1080/00926230701267852>
- Mikkelsen, T. F., Graff-Iversen, S., Sundby, J., & Bjertness, E. (2007). Early menopause, association with tobacco smoking, coffee consumption and other lifestyle factors: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 7*(1), 149-149. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-149>
- Milhausen, R. R., Sakaluk, J. K., Fisher, T. D., Davis, C. M., & Yarber, W. L. (2020). *Handbook of sexuality-related measures* (Fourth ed.). Routledge.
- Mollaioli, D., Ciocca, G., Limoncin, E., Di Sante, S., Gravina, G. L., Carosa, E., Lenzi, A., & Jannini, E. A. F. (2020). Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reproductive Biology and Endocrinology, 18*(1), 10.
<https://doi.org/10.1186/s12958-019-0557-9>

- Nazarpour, S., Simbar, M., & Tehrani, F. R. (2016). Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, *55*(4), 480-487.
<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.001>
- Oehler, A., & Wedlich, F. (2018). The Relationship of Extraversion and Neuroticism with Risk Attitude, Risk Perception and Return Expectations. *Journal of Neuroscience Psychology and Economics*, *11*(2), 63-92.
- Park, M. G., Ko, K. W., Oh, M. M., Bae, J. H., Kim, J. J., & Moon, d. G. (2012). Effects of smoking on plasma testosterone level and erectile function in rats. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(2), 472-481. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02555.x>
- Polsky, J. Y., Aronson, K. J., Heaton, J. P., & Adams, M. A. (2005). Smoking and other lifestyle factors in relation to erectile dysfunction. *BJU International*, *96*(9), 1355-1359.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2005.05820.x>
- Pomerleau, C. S., Carton, S. M., Lutzke, M. L., Flessland, K. A., & Pomerleau, O. F. (1994). Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*, *19*(1), 33-39. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)90049-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90049-3)
- Pourmand, G., Alidaee, M. R., Rasuli, S., Maleki, A., & Mehraei, A. (2004). Do cigarette smokers with erectile dysfunction benefit from stopping?: a prospective study. *BJU International*, *94*(9), 1310-1313. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2004.05162.x>
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C., Banys, P., Eisendrath, S. J., Horowitz, M. J., Jacobs, M. H., & Hall, S. M. (2007). Addressing nicotine dependence in psychodynamic psychotherapy: perspectives from residency training. *Academic Psychiatry*, *31*(1), 8-14. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.31.1.8>
- Qualtrics. (2020). *Qualtrics*. <https://www.qualtrics.com>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R., Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rosen, R. C., & McKenna, K. E. (2002). PDE-5 inhibition and sexual response: pharmacological mechanisms and clinical outcomes. *Annual Review of Sex Research*, *13*, 36-88.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12836729>
- Sarac, F., Oztekin, K., & Celebi, G. (2011). Early menopause association with employment, smoking, divorced marital status and low leptin levels. *Gynecological Endocrinology*, *27*(4), 273-278.
<https://doi.org/10.3109/09513590.2010.491165>

- Schober, J., Weil, Z., & Pfaff, D. (2011). How generalized CNS arousal strengthens sexual arousal (and vice versa). *Hormones and Behavior*, 59(5), 689-695.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.10.005>
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763-1768.
<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Schoors, D. (2018). *Roken en cardiovasculaire aandoeningen*. Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT).
<https://rookstop.vrgt.be/documentatiecentrum>
- Sensoa. (2023). *Wie is Sensoa?* <https://www.sensoa.be/wie-is-sensoa>
- Shahhosseini, Z., Gardeshi, Z. H., Pourasghar, M., & Salehi, F. (2014). A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Materia Socio-Medica*, 26(6), 378-381.
<https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.378-381>
- Shiverick, K. T., & Salafia, C. (1999). Cigarette smoking and pregnancy I: ovarian, uterine and placental effects. *Placenta*, 20(4), 265-272. <https://doi.org/10.1053/plac.1998.0377>
- Sighinolfi, M. C., Mofferdin, A., De Stefani, S., Micali, S., Cicero, A. F., & Bianchi, G. (2007). Immediate improvement in penile hemodynamics after cessation of smoking: previous results. *Urology*, 69(1), 163-165. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2006.09.026>
- Souto, S., Palma, P., Fregonesi, A., Palma, T., & Reis, L. O. (2011). Vascular modifications of the clitoris induced by topic nitric oxide donor gel--preliminary study. *Journal of Sex Research*, 8(2), 484-488. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02045.x>
- Sternberg, R. J. (1986). A Triangular Theory of Love. *Psychological review*, 93(2), 119-135.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>
- Sungur, M. Z., & Gündüz, A. (2014). A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. *Journal for sexual medicine*, 11(2), 364-373.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12379>
- Talhout, R., Schulz, T., Florek, E., van Benthem, J., Wester, P., & Opperhuizen, A. (2011). Hazardous compounds in tobacco smoke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 613-628. <https://doi.org/10.3390/ijerph8020613>

- ter Kuile, M. M., Brauer, M., & Laan, E. (2009). De Female Sexual Function Index (FSFI) en de Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometrische eigenschappen in een Nederlandse populatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33(3), 207-222.
- Thys, E. (2022). *Psychodynamische perspectieven op seksuele ontwikkeling*. KU Leuven.
- Tiefer, L. (2002). Arriving at a "New View" of Women's Sexual Problems. *Women & Therapy*, 24, 63-98. https://doi.org/10.1300/J015v24n01_12
- Tracy, J. K., & Junginger, J. (2007). Correlates of lesbian sexual functioning. *Journal of women's health*, 16(4), 499-509. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.0308>
- Truth Initiative. (2021). *Tobacco use in LGBT communities*.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. In Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). The health consequences of smoking - 50 years of progress: A report of the Surgeon General. In Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Verze, P., Margreiter, M., Esposito, K., Montorsi, P., & Mulhall, J. (2015). The Link Between Cigarette Smoking and Erectile Dysfunction: A Systematic Review. *European Urology Focus*, 1(1), 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2015.01.003>
- Vink, J. M., Willemsen, G., Beem, A. L., & Boomsma, D. I. (2005). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a Dutch sample of daily smokers and ex-smokers. *Addictive Behaviors*, 30(3), 575-579. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.05.023>
- Wen, L. M., Rissel, C., Cheng, Y., Richters, J., & de Visser, R. O. (2017). Tobacco smoking and sexual difficulties among Australian adults: a cross-sectional study. *Sexual Health*, 14(4), 313-319. <https://doi.org/10.1071/SH17005>
- West, R., & Saul, S. (2007). *Fast Facts: Smoking cessation*. Health Press Limited (UK).
- Whitcomb, B. W., Purdue-Smithe, A. C., Szegda, K. L., Boutot, M. E., Hankinson, S. E., Manson, J. E., Rosner, B., Willett, W. C., Eliassen, A. H., & Bertone-Johnson, E. R. (2018). Cigarette Smoking

- and Risk of Early Natural Menopause. *American journal of epidemiology*, 187(4), 696-704.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwx292>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(1), 1-20.
<https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
- World Health Organisation. (2021a). *Tobacco*. World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2021b). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: addressing new and emerging products*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
- World Health Organisation. (2022). *Tobacco*. Retrieved August 20, 2022 from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- World Health Organisation. (2023). *Sexual and Reproductive Health and Research (SRH)*.
[https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-health)
- Zeiger, A. M., Schachinger, V., & Minners, J. (1995). Long-term cigarette smoking impairs endothelium-dependent coronary arterial vasodilator function. *Circulation*, 92(5), 1094-1100.
<https://doi.org/10.1161/01.cir.92.5.1094>
- Zvolensky, M. J., Taha, F., Bono, A., & Goodwin, R. D. (2015). Big five personality factors and cigarette smoking: a 10-year study among US adults. *Journal of Psychiatric Research*, 63, 91-96.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.02.008>

Appendices

Bijlage I: Qualtrics enquête

Informatiebrief (zie Bijlage III: Informatiebrief).

Gelieve te bevestigingen:

- Ik heb alle bovenstaande informatie gelezen en verklaar dat deze duidelijk is. Op basis van deze informatie wens ik deel te nemen aan het onderzoek.
 - Op basis van bovenstaande informatie wens ik niet deel te nemen aan het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Voor vragen of opmerkingen kan u terecht op bovenstaande mailadressen.
-

Demografie

- Wat is uw geboortegeslacht?
 - Man
 - Vrouw
 - Intersekse
 - Dat zeg ik liever niet
- Hoe identificeert u zichzelf?
 - Als man
 - Als vrouw
 - Als transman
 - Als transvrouw
 - Andere:
 - Dat zeg ik liever niet
- Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
 - 21 t.e.m. 29 jaar oud
 - 30 t.e.m. 39 jaar oud
 - 40 t.e.m. 45 jaar oud
 - Andere

- Welk niveau heeft uw hoogst behaalde diploma?
 - Lager onderwijs
 - Secundair onderwijs
 - Voortgezet secundair onderwijs (HBO5)
 - Professionele bachelor (Hogeschool)
 - Academische bachelor (Universiteit)
 - Academische master (Universiteit)
 - Doctoraat (Universiteit)
- Ik voel me voornamelijk relationeel aangetrokken tot
 - Mannen
 - Vrouwen
 - Beide geslachten
 - Ik voel geen relationele aantrekking
- Ik voel me voornamelijk seksueel aangetrokken tot
 - Mannen
 - Vrouwen
 - Beide geslachten
 - Ik voel geen seksuele aantrekking
- Hoe zou u uw seksuele oriëntatie omschrijven?
 - Heteroseksueel
 - Lesbisch
 - Biseksueel
 - Demiseksueel
 - Panseksueel
 - Aseksueel
 - Ik twijfel hierover
 - Andere:
- Heeft u momenteel een relatie?
 - Ja
 - Neen
- Bedraagt de duurtijd van uw huidige relatie minstens één jaar?
 - Ja
 - Neen

- In welk land woont u?
 - België
 - Nederland
 - Andere:
- Wat is uw etnische achtergrond?
 - Belgische
 - Nederlandse
 - Franse
 - Engelse
 - Duitse
 - Italiaanse
 - Spaanse
 - Marokkaanse
 - Turkse
 - Poolse
 - Andere:
- Wat is uw religieuze overtuiging?
 - Christelijk - katholiek
 - Christelijk - protestants
 - Christelijk - andere:
 - Islamitisch
 - Joods
 - Boeddhistisch
 - Geen, atheïstisch
 - Andere:
- Ik woon momenteel samen met (meerdere antwoorden mogelijk):
 - Niemand, ik woon alleen
 - Familie
 - Vrienden
 - Mijn partner
 - Mijn partner en kinderen
 - Andere:

- Hoe zou u uw huidige relatievorm omschrijven?
 - Vaste, exclusieve relatie
 - Vaste, open relatie (beide partners staan elkaar toe seks te hebben met anderen)
 - Poly-amoureuze relatie
 - Andere:
- Hoe tevreden bent u over uw huidige relatie?
 - Helemaal niet tevreden
 - Een beetje tevreden
 - Enigszins tevreden
 - Grotendeels tevreden
 - Bijna helemaal tevreden
 - Helemaal tevreden
- Hoe vaak heeft u het gevoel dat het goed gaat tussen u en uw partner?
 - Altijd
 - Bijna altijd
 - Vaker wel dan niet
 - Af en toe
 - Zelden
 - Nooit
- Geef aan hoe gelukkig u bent met uw huidige relatie.
 - Extreem ongelukkig
 - Redelijk ongelukkig
 - Een beetje ongelukkig
 - Gelukkig
 - Heel gelukkig
 - Extreem gelukkig
 - Ik beschouw mijn relatie als een perfecte relatie

Rokersprofiel

- Rookt u (incl. e-sigaretten)?
 - Ja
 - Neen

- Heeft u ooit gerookt?
 - Ja
 - Neen
- Bent u momenteel langer dan één jaar gestopt met roken?
 - Ja
 - Neen
- Wordt u regelmatig blootgesteld aan passief roken?

Met passief roken wordt hier dagelijkse blootstelling aan tabaksrook bedoeld. Concrete voorbeelden hiervan zijn: Rokende partner/kinderen die binnenhuis roken; Een rokende collega waardoor u dagelijks met de sigarettenrook in contact komt. Een rokende vriendengroep, waardoor u dagelijks aan sigarettenrook wordt blootgesteld.

Wanneer uw partner buitenhuis rookt en/of uw vrienden/collega's u afschermen voor de tabaksrook, mag u dat beschouwen als geen blootstelling.

 - Ja
 - Neen
- Welk tabaksproduct gebruikt u (meerdere antwoorden mogelijk)?
 - Sigaretten
 - Sigaren
 - Cigarellor's
 - Roltabak
 - Shisha (waterpijp)
 - E-sigaret
 - Snus (kauwtak)
 - Andere:
- Hoelang gebruikt u al tabak?
 - Minder dan 5 jaren
 - Tussen 5 en 10 jaren
 - Tussen 10 en 15 jaren
 - Tussen 15 en 20 jaren
 - Meer dan 20 jaren

- Hoeveel sigaretten rookt u per dag?
 - 10 sigaretten of minder
 - 11 tot 20 sigaretten
 - 21 tot 30 sigaretten
 - 30 sigaretten of meer
- Wanneer rookt u uw eerste sigaret?
 - Binnen de 5 minuten na het ontwaken
 - Tussen 6 en 30 minuten na het ontwaken
 - Tussen 30 en 60 minuten na het ontwaken
 - Meer dan 60 minuten na het ontwaken
- Welke sigaret kan u het moeilijkste missen?
 - De eerste sigaret na het ontwaken
 - Een andere sigaret, elders in de dag
- Is het voor u moeilijk om niet te roken op plaatsen waar het verboden is?
bv. in de bioscoop of op een vliegtuig?
 - Ja
 - Neen
- Rookt u meer in het eerste uur na het ontwaken dan in de rest van de dag?
 - Ja
 - Neen
- Rookt u ook als u zo ziek bent dat u in bed moet blijven?
 - Ja
 - Neen
- Geef aan of de volgende stellingen op u van toepassing zijn.
 - Ik rook om te vermijden dat ik me zou laten gaan.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
 - Roken is voor mij ontspannend en plezierig.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
 - Ik rook uit automatisme, soms zonder hiervan zelfs bewust te zijn.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij

- Ik voel me tijdens een gesprek met anderen meer op mijn gemak wanneer ik rook.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Ik rook om energie te hebben, om me op te kikkeren.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Ik rook graag, deels omdat ik geniet van het opsteken zelf van een sigaret.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Ik vind het roken zeer aangenaam.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Het gebeurt dat ik een sigaret opsteek terwijl er nog één in mijn asbak aan het opbranden is.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Ik voel me zekerder in mijn sociale contacten wanneer ik rook.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Ik rook om me op te peppen.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Wanneer ik rook, geniet ik ook van het kijken naar de rook die ik uitadem.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Ik rook wanneer ik me droevig voel of wanneer ik mijn zorgen wil vergeten.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Ik heb al eens een sigaret in mijn mond zonder dat ik me kan herinneren dat ik ze opgestoken heb.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij
- Ik rook veel meer wanneer ik samen ben met anderen.
 - Geldt voor mij
 - Geldt niet voor mij

- Rangschik de volgende rookmotieven volgens belangrijkheid, waarbij de belangrijkste reden om te roken voor u de eerste plaats krijgt en de minst belangrijke reden de laagste plaatst krijgt.
 - Plezier van het roken zelf
 - Plezier uit het sociale aspect van roken Roken als bron van stimulatie
 - Roken om te kalmeren
 - Roken uit gewoonte of automatisme

Seksuele gezondheid - FSFI & bijkomende vragen

INSTRUCTIES

De volgende vragen gaan over uw seksuele gevoelens en seksuele reacties gedurende de afgelopen 4 weken. Beantwoord deze vragen alstublieft zo eerlijk en duidelijk mogelijk. We herinneren u er graag aan dat deze enquête geheel anoniem wordt afgenomen.

Bij het beantwoorden van de vragen zijn de volgende definities van toepassing:

Seksuele activiteit:

Dit kan strelen, voorspel, masturbatie en vaginale geslachtsgemeenschap zijn.

Geslachtsgemeenschap:

Hiermee wordt vaginale penetratie bedoeld (het binnengaan van de penis in de vagina).

Seksuele stimulatie:

Hieronder worden onder meer situaties verstaan als voorspel met een partner, zelfbevrediging (masturbatie), of fantaseren over seks.

Seksuele verlangens:

Hieronder wordt verstaan zin hebben in seks, in willen gaan op het seksuele initiatief van een partner, en denken aan of fantaseren over het hebben van seks.

Seksuele opwinding:

Hieronder wordt verstaan zowel de lichamelijke als geestelijke gevoelens van seksuele opwinding. Dit kunnen gevoelens zijn van warmte of tintelingen in de geslachtsdelen, vochtig ("nat") zijn, of het samentrekken van spieren.

- Hoe vaak had u de afgelopen 4 weken seksuele verlangens?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- Hoe sterk vond u dat uw seksuele verlangens de afgelopen 4 weken waren?
 - Zeer sterk
 - Sterk
 - Middelmatig
 - Zwak
 - Zeer zwak of niet aanwezig
- Bent u de afgelopen 4 weken seksueel actief geweest met een partner of met uzelf (masturbatie)?
 - Geen seksuele activiteit (noch met een partner, noch met mezelf)
 - Seksuele activiteit met een partner
 - Seksuele activiteit met mezelf
 - Seksuele activiteit met een partner en met mezelf
- Hoe vaak voelde u zich de afgelopen 4 weken seksueel opgewonden ("geil") tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- Hoe sterk vond u dat uw seksuele opwinding (het "geil" zijn) was de afgelopen 4 weken tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?
 - Zeer sterk
 - Sterk
 - Middelmatig
 - Zwak
 - Zeer zwak

- Hoe zeker was u er de afgelopen 4 weken van dat u seksueel opgewonden zou worden tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?
 - Heel zeker
 - Zeker
 - Middelmatig
 - Onzeker
 - Heel onzeker
- Hoe vaak was u de afgelopen 4 weken tevreden over uw seksuele opwinding tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- Hoe vaak werd u de afgelopen 4 weken vochtig ("nat") tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- Hoe moeilijk was het de afgelopen 4 weken om vochtig ("nat") te worden tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?
 - Heel erg moeilijk of onmogelijk
 - Erg moeilijk
 - Moeilijk
 - Een beetje moeilijk
 - Niet moeilijk

- Hoe vaak bleef u de afgelopen 4 weken vochtig (“nat”) totdat de seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap voltooid was?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- Hoe moeilijk was het de afgelopen 4 weken om vochtig (“nat”) te blijven totdat de seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap voltooid was?
 - Heel erg moeilijk of onmogelijk
 - Erg moeilijk
 - Moeilijk
 - Een beetje moeilijk
 - Niet moeilijk
- Hoe vaak is het gebruik van een glijmiddel noodzakelijk voor u om vaginale penetratie mogelijk te maken?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- Hoe vaak heeft u de afgelopen 4 weken een orgasme (klaarkomen) gehad bij seksuele stimulatie of geslachtsgemeenschap?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit

- Hoe moeilijk was het de afgelopen 4 weken voor u om een orgasme (klaarkomen) te krijgen bij seksuele stimulatie of geslachtsgemeenschap?
 - Bijzonder moeilijk of onmogelijk
 - Zeer moeilijk
 - Moeilijk
 - Enigszins moeilijk
 - Niet moeilijk
- Hoe tevreden was u de afgelopen 4 weken over uw vermogen een orgasme te krijgen tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?
 - Zeer tevreden
 - Redelijk tevreden
 - Ongeveer even tevreden als ontevreden
 - Tamelijk ontevreden
 - Zeer ontevreden
- Hoe tevreden was u de afgelopen 4 weken over de sterkte van de emotionele band tussen u en uw partner tijdens seksuele activiteit?
 - Zeer tevreden
 - Redelijk tevreden
 - Ongeveer even tevreden als ontevreden
 - Tamelijk ontevreden
 - Zeer ontevreden
- Hoe tevreden was u de afgelopen 4 weken over uw seksuele relatie met uw partner?
 - Zeer tevreden
 - Redelijk tevreden
 - Ongeveer even tevreden als ontevreden
 - Tamelijk ontevreden
 - Zeer ontevreden
- Hoe tevreden bent u, over de afgelopen 4 weken, geweest met uw seksualiteit?
 - Zeer tevreden
 - Redelijk tevreden
 - Ongeveer even tevreden als ontevreden
 - Redelijk ontevreden
 - Zeer ontevreden

- Hoe vaak had u de afgelopen 4 weken een ongemakkelijk gevoel of pijn nadat de vaginale penetratie voltooid was?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- Hoe vaak had u de afgelopen 4 weken een ongemakkelijk gevoel of pijn tijdens vaginale penetratie?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- In welke mate ervoer u de afgelopen 4 weken ongemak of pijn tijdens of na vaginale penetratie?
 - Bijna altijd of altijd
 - Meestal (meer dan de helft van de tijd)
 - Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
 - Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
 - Bijna nooit of nooit
- Hoe vaak had u seksuele contacten met uw partner in de laatste vier weken?
 - Minder dan 1 keer per week
 - Ongeveer 1 keer per week
 - 2 tot 3 keer per week
 - 4 tot 5 keer per week
 - Meer dan 5 keer per week
- Heeft u in de laatste vier weken minstens 1x gemasturbeerd?
 - Ja
 - Neen
- Hoe vaak masturbeert u?
 - Minder dan 1 keer per week
 - Ongeveer 1 keer per week
 - Meer dan 1 keer per week

- Hoe tevreden bent u over uw ervaringen met masturbatie?
 - Zeer tevreden
 - Redelijk tevreden
 - Ongeveer even tevreden als ontevreden
 - Tamelijk ontevreden
 - Zeer ontevreden
- Hoe moeilijk is het voor u om door masturbatie een orgasme te bereiken?
 - Bijzonder moeilijk of onmogelijk
 - Erg moeilijk
 - Moeilijk
 - Een beetje moeilijk
 - Niet moeilijk
- Gelieve voor onderstaande zones uw gevoeligheid te scoren tijdens de seksuele contacten (met uw partner of met uzelf) die u had in de laatste vier weken, waarbij 1 staat voor uiterst ongevoelig en 7 staat voor uiterst gevoelig.
 - Algemene gevoeligheid van uw lichaam
 - Algemene gevoeligheid van uw genitale zones (schaamstreek)
 - Gevoeligheid van uw vagina
 - Gevoeligheid van uw clitoris
 - Gevoeligheid van uw erogene zones (bv. hals, oren, ...)

Seksuele gezondheid - FSDS

INSTRUCTIES

Hieronder staat een lijstje met gevoelens en problemen die vrouwen soms hebben met betrekking tot hun seksleven. Lees elk punt zorgvuldig. Gelieve aan te geven hoe vaak u in de afgelopen 4 weken last heeft gehad van onderstaande situaties.

Hoe vaak ervaarde u volgende situaties of gevoelens in de afgelopen 4 weken?

- U bedroefd gevoeld over uw seksleven
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd

- U ongelukkig gevoeld over uw seksuele relatie
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd
- U schuldig gevoeld over uw seksuele moeilijkheden
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd
- U gefrustreerd gevoeld door uw seksuele problemen
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd
- U gestrest gevoeld over seks
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd
- U minderwaardig gevoeld vanwege uw seksuele problemen
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd

- U bezorgd gevoeld over seks
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd
- Het gevoel gehad dat u niet voldeed op seksueel gebied
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd
- Spijt gevoeld over uw seksleven
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd
- U beschaamd gevoeld over uw seksuele problemen
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd
- U ontevreden gevoeld met uw seksleven U boos gevoeld over uw seksleven
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd

- U zorgen gemaakt over weinig seksueel verlangen
 - Nooit
 - Zelden
 - Soms
 - Vaak
 - Altijd

Bijkomende opmerkingen

Heeft u opmerkingen bij uw deelname of zijn er zaken waarvan u vermoedt dat de onderzoeker hier best van op de hoogte wordt gesteld?

U mag uw opmerkingen of bedenkingen hieronder noteren.

Bijlage II: Goedkeuringsbrief ethische commissie

[English version below.](#)

Ons kenmerk: MP019067

Uw kenmerk: Masterproef studie: De invloed van het roken van tabak op vrouwelijke seksualiteitsbeleving en seksuele disfuncties

Leuven, 24-06-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte professor Paul Enzlin

Geachte Bram Steeman

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 24-06-2022

(Tussentijdse goedkeuring) Deze masterproef heeft tot doel meer inzicht te verwerven in de impact van roken op de seksuele gezondheid van vrouwen. Het gaat om een prospectieve studie. Er is voor de deelnemers een informatiebrief voorzien, geen informed consent (er worden geen persoonsgegevens opgevraagd). Op basis van de literatuur zijn een aantal hypothesen geformuleerd die m.b.v. een bevraging zullen getoetst worden. De bevraging wordt georganiseerd via het Qualtrics-platform en er wordt gestreefd naar minstens 500 respondenten. De recrutering gebeurt via Odissee en social media. Gemaakte opmerkingen zijn verwerkt. De omschrijving, behandeling data, methodologie waren in orde, gemaakte taal en typfouten zijn aangepast. Het dossier is in orde. De commissie heeft geen bezwaren bij deze studie.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 18-06-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienststraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

*Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.*

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP019067

Your reference: Master's thesis study: De invloed van het roken van tabak op vrouwelijke seksualiteitsbeleving en seksuele disfuncties

Leuven, 24-06-2022

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear professor Paul Enzlin

Dear Bram Steeman

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 24-06-2022

(Tussentijdse goedkeuring) Deze masterproef heeft tot doel meer inzicht te verwerven in de impact van roken op de seksuele gezondheid van vrouwen. Het gaat om een prospectieve studie. Er is voor de deelnemers een informatiebrief voorzien, geen informed consent (er worden geen persoonsgegevens opgevraagd). Op basis van de literatuur zijn een aantal hypothesen geformuleerd die m.b.v. een bevraging zullen getoetst worden. De bevraging wordt georganiseerd via het Qualtrics-platform en er wordt gestreefd naar minstens 500 respondenten. De recrutering gebeurt via Odissee en social media. Gemaakte opmerkingen zijn verwerkt. De omschrijving, behandeling data, methodologie waren in orde, gemaakte taal en typfouten zijn aangepast. Het dossier is in orde. De commissie heeft geen bezwaren bij deze studie.

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 18-06-2022 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent version of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels

President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage III: Informatiebrief

Achter het (rook-)gordijn: Roken en de Seksuele Gezondheid van Vrouwen Informatiebrief

Titel van het onderzoek:

Achter het (rook-)gordijn: Roken en de Seksuele Gezondheid van Vrouwen (MP019067)

Onderwijsinstelling: KU Leuven

Ethisch Comité: Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers: Bram Steeman, bram.steeman@student.kuleuven.be

Promotor: *prof. dr. E. Thys*, erik.thys@kuleuven.be

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan het bovenstaande onderzoek.

Deze studie kadert in het masterproefonderzoek van Bram Steeman, binnen de opleiding Master in de Seksuologie. Deze studie onderzoekt de verschillen in seksuele gezondheid tussen rokende en niet-rokende vrouwen. Hierdoor kunnen zowel rokende, als niet-rokende vrouwen deelnemen aan het onderzoek.

Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen omdat u voldoet aan de opgelegde wervingscriteria voor dit onderzoek:

- U bent vrouw en identificeert zich als vrouw (cisgender)
- U kan zowel roker als niet-roker zijn
 - Indien u een gestopte roker bent, moet u minstens 1 jaar gestopt zijn
 - Indien u niet rookt, wordt u niet dagelijks blootgesteld aan passief roken (bv. rokende partner, werkgerelateerde blootstelling, ...)
- U bent tussen 21 en 45 jaar oud
- U heeft gedurende minstens 1 jaar een vaste relatie
- U bent Nederlandstalig

Aan deze studie zullen ongeveer 500 personen deelnemen.

We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen die peilt naar uw seksuele gezondheid. Bij de rokende vrouwen wordt het rookprofiel in kaart gebracht. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag nemen en gebeurt volledig online. Er wordt uitdrukkelijk gevraagd om de vragenlijst in een rustige omgeving in te vullen, waar u over voldoende privacy beschikt en niet gestoord kan worden.

Deze vragenlijst is anoniem. Er worden geen persoonsgegevens verzameld.

Risico's en voordelen van deelname aan het onderzoek

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Deelname aan de studie zou echter een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Indien u dit wenst kan u steeds bij een hulpverlener terecht voor een ondersteunend gesprek. U kan hiervoor contact opnemen met de onderzoeker, Bram Steeman, of de promotor van het onderzoek, prof. dr. E. Thys. Zij kunnen u doorverwijzen naar een hulpverlener die uw specifieke hulpvraag kan ondersteunen.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan de huidige wetenschappelijke kennis omtrent dit onderwerp.

Belangrijke informatie omtrent uw deelname

U dient zich voorafgaand aan deelname akkoord te verklaren met de geïnformeerde toestemming van het onderzoek. Deze bestaat uit volgende richtlijnen:

- Deze studie (MP019067) is opgesteld na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
- U weet dat u zal deelnemen aan een vragenlijst, welke u geheel anoniem zal invullen.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- U weet dat er geen risico's of ongemakken kunnen verbonden zijn aan uw deelname.
- U begrijpt dat uw deelname aan deze studie vrijwillig is. Er mag op geen enkel moment sprake zijn van dwang tot deelname. U hebt het recht om uw deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoeft u geen reden te geven en u weet dat daaruit geen nadeel voor u kan ontstaan.
- U begrijpt dat in de context van dit onderzoek gegevens worden verzameld die volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming als bijzonder gevoelig worden beschouwd. U geeft dan ook expliciet uw toestemming om deze gegevens in de context van dit onderzoek te verzamelen.
- De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Uw naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
- Als u bijkomende informatie wenst over hoe wij uw anonieme gegevens gebruiken, maar ook in geval van problemen, bijkomende vragen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Bram Steeman via bram.steeman@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker prof. dr. E. Thys via erik.thys@kuleuven.be. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staan te uwer beschikking. De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt: DPO – KU Leuven, e-mail dpo@kuleuven.be.
- Als u vragen heeft met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

- Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichhoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:
De Belgische toezichhoudende instantie heet:
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Alvast bedankt voor het doorlezen van deze brief en uw deelname aan het onderzoek.

Bram Steeman
Student KU Leuven: Master in de Seksuologie

Bijlage IV: Rekruteringsposter

KU LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE
DEPARTEMENT NEUROWETENSCHAPPEN
INSTITUUT VOOR FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

Ben je een vrouw?

Ben je tussen 21 en 45 jaar oud?

Heb je minstens 1 jaar een vaste relatie?

SCAN DAN DE QR, EN HELP DE WETENSCHAP!

EEN ONDERZOEK NAAR SEKSUELE GEZONDHEID EN ROKEN

Deze poster kadert binnen het masterproefonderzoek (MP019067) van Bram Steeman, onder leiding van professor dr. Erik Thys, binnen de opleiding Master in de Seksuologie. De studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van de KU Leuven.

Vragen of opmerkingen?
Bram Steeman - bram.steeman@student.kuleuven.be
prof. dr. Erik Thys - erik.thys@kuleuven.be

Achtergrond:
Frederik Hanssen - met toestemming overgenomen

Niets uit deze poster mag zonder expliciete toestemming worden gekopieerd | V.U.: Bram Steeman - KU LEUVEN

Bijlage V: Mailing binnen Odisee Hogeschool

Beste collega
Beste student

Zoals sommige onder jullie wel weten studeer ik momenteel bij aan de KU Leuven voor het behalen van de graad Master in de Seksuologie.

In het kader van deze opleiding werk ik momenteel aan mijn masterproef, waarin ik vanuit mijn achtergrond als tabakoloog de verschillen in seksuele gezondheid tussen rokende en niet-rokende vrouwen onderzoek.

Ik ben voor deze studie op zoek naar zowel rokende, als niet-rokende vrouwen die tussen 21 en 45 jaar oud zijn en minstens één jaar een vaste relatie hebben. Alle specifieke richtlijnen kan u nalezen in de informatiebrief, welke als bijlage wordt toegevoegd.

De vragenlijst is te vinden via deze link:

https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_exHCISBwGTnL1mS?fbclid=IwAR3WHI6ASdTgt aXXQH8Er3cFVdV0qXY-t6gRrPKC3C4-yIbpXnGwkzu1AHo

De vragenlijst zal slechts 20 minuutjes in beslag nemen en is goedgekeurd door de ethische commissie van de KU Leuven (MP019067). Deelname is volledig anoniem.

Uiteraard is het delen van deze informatie en link met familie, vrienden, kennissen toegestaan.

Alvast heel erg bedankt voor jullie medewerking.

Met vriendelijke groeten
Bram Steeman

Bijlage VI: Nieuwsbericht op website tabakologiepraktijk

Beste

In het kader van mijn opleiding (Master in de Seksuologie, KU Leuven) werk ik momenteel aan mijn masterproef, waarin ik vanuit mijn achtergrond als tabakoloog de verschillen in seksuele gezondheid tussen rokende en niet-rokende vrouwen onderzoek.

Ik ben voor deze studie op zoek naar zowel rokende, als niet-rokende vrouwen die tussen 21 en 45 jaar oud zijn en minstens één jaar een vaste relatie hebben. Alle specifieke richtlijnen kan u nalezen in de informatiebrief, welke u via deze link kan terugvinden.

De vragenlijst is te vinden via deze link:

https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_exHCISBwGTnL1mS?fbclid=IwAR3WHI6ASdTgt aXXQH8Er3cFVdV0qXY-t6gRrPKC3C4-yIbpXnGwkzu1AHo.

De vragenlijst zal slechts 20 minuutjes in beslag nemen en is goedgekeurd door de ethische commissie van de KU Leuven (MP019067). Deelname is volledig anoniem.

Uiteraard is het delen van deze informatie en link met familie, vrienden, kennissen toegestaan.

Alvast heel erg bedankt voor jullie medewerking.

Met vriendelijke groeten
Bram Steeman

Bijlage VII: Rekruteringsstekst sociale media

Achter het (rook-)gordijn: Roken en de Seksuele Gezondheid van Vrouwen

Voor mijn masterproef (MSc Seksuologie, KU Leuven) ben ik op zoek naar zowel rokende, als niet-rokende vrouwen die tussen 21 en 45 jaar oud zijn en minstens één jaar een vaste relatie hebben. Voldoe je aan deze criteria? Dan kan ik jouw hulp goed gebruiken!

In het onderzoek wordt de relatie tussen roken en de vrouwelijke seksualiteit onderzocht.

De vragenlijst zal slechts 20 minuutjes in beslag nemen en is goedgekeurd door de ethische commissie van de KU Leuven (MP019067). Deelname is volledig anoniem.

Je kan alle informatie vinden en deelnemen via deze link:
https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_exHCISBwGTnL1mS?fbclid=IwAR3WHI6ASdTgt aXXQH8Er3cFVdV0qXY-t6gRrPKC3C4-ylbpXnGwkzu1AHo.

Alvast bedankt voor jullie hulp en om het bericht te delen!

Bijlage VIII: Normaliteitscontrole van de data

Binnen de groep van rokende vrouwen

Variabelen	Shapiro-Wilk toets		
	Statistic	df	Tweezijdige p
Relationele satisfactie	.92	69	< .001***
Mate van nicotinedependentie (FTND)	.93	69	< .001***
Stimulatief aspect van het roken (MRSS)	.88	69	< .001***
Plezierig aspect van het roken (MRSS)	.90	69	< .001***
Sociaal aspect van het roken (MRSS)	.81	69	< .001***
Roken als automatisme (MRSS)	.82	69	< .001***
Verlangen (FSFI)	.95	69	.004**
Opwinding (FSFI)	.86	69	< .001***
Lubricatie (FSFI)	.67	69	< .001***
Orgastisch functioneren (FSFI)	.77	69	< .001***
Satisfactie (FSFI)	.88	69	< .001***
Pijn (FSFI)	.76	69	< .001***
Globale score seksueel functioneren (FSFI)	.90	69	< .001***
Tevredenheid masturbatie	.68	52	< .001***
Orgastisch functioneren masturbatie	.41	52	< .001***
Seksuele distress (FSDS)	.92	69	< .001***
Gevoel lichaam	.90	69	< .001***
Gevoel genitale zones	.85	69	< .001***
Gevoel vagina	.89	69	< .001***
Gevoel clitoris	.71	69	< .001***
Gevoel erogene zones	.91	69	< .001***

** $p < .01$. *** $p < .001$

Binnen de controlegroep

Variabelen	Shapiro-Wilk toets		
	Statistic	df	Tweezijdige p
Relationele satisfactie	.95	269	< .001***
Verlangen (FSFI)	.95	269	< .001***
Opwinding (FSFI)	.89	269	< .001***
Lubricatie (FSFI)	.69	269	< .001***
Orgastisch functioneren (FSFI)	.84	269	< .001***
Satisfactie (FSFI)	.90	269	< .001***
Pijn (FSFI)	.66	269	< .001***
Globale score seksueel functioneren (FSFI)	.94	269	< .001***
Tevredenheid masturbatie	.73	192	< .001***
Orgastisch functioneren masturbatie	.51	192	< .001***
Seksuele distress (FSDS)	.91	269	< .001***
Gevoel lichaam	.92	269	< .001***
Gevoel genitale zones	.88	269	< .001***
Gevoel vagina	.90	269	< .001***
Gevoel clitoris	.77	269	< .001***
Gevoel erogene zones	.92	269	< .001***

*** $p < .001$

Bijlage IX: Enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) en Kruskal-Wallis enkelvoudige variantieanalyses

Op basis van leeftijd

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse ANOVA			Kruskal–Wallis enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Seksuele satisfactie (FSFI)				.248	2	.781	.265	2	.876
21 tot 29 jaar	36	4.94	1.07						
30 tot 39 jaar	29	5.09	.88						
40 tot 45 jaar	4	4.80	1.35						
Seksueel verlangen (FSFI)				.428	2	.653	.485	2	.785
21 tot 29 jaar	36	4.03	.94						
30 tot 39 jaar	29	4.16	1.06						
40 tot 45 jaar	4	4.50	1.43						
Seksuele opwinding (FSFI)				.871	2	.423	3.361	2	.186
21 tot 29 jaar	36	4.86	.92						
30 tot 39 jaar	29	5.09	1.02						
40 tot 45 jaar	4	5.40	.69						
Vaginale lubricatie (FSFI)				.922	2	.403	4.121	2	.127
21 tot 29 jaar	36	5.32	.98						
30 tot 39 jaar	29	5.48	.85						
40 tot 45 jaar	4	5.93	.15						
Orgastisch functioneren (FSFI)				1.304	2	.278	4.341	2	.114
21 tot 29 jaar	36	4.97	1.11						
30 tot 39 jaar	29	5.26	1.16						
40 tot 45 jaar	4	5.80	.40						
Orgastisch functioneren bij masturbatie				.828	2	.443	1.227	2	.542
21 tot 29 jaar	28	4.75	.59						
30 tot 39 jaar	22	4.91	.29						
40 tot 45 jaar	2	5.00	.00						
Tevredenheid masturbatie				1.925	2	.157	3.507	2	.173
21 tot 29 jaar	28	4.64	.49						
30 tot 39 jaar	22	4.41	.59						
40 tot 45 jaar	2	5.00	.00						
Pijn (FSFI)				1.537	2	.223	3.202	2	.202
21 tot 29 jaar	36	3.06	.43						
30 tot 39 jaar	29	2.88	.38						
40 tot 45 jaar	4	3.10	.60						
Globale score seksueel functioneren (FSFI)				.925	2	.401	2.272	2	.321
21 tot 29 jaar	36	27.18	3.62						
30 tot 39 jaar	29	27.96	3.81						
40 tot 45 jaar	4	29.53	2.90						
Seksuele distress (FSDS)				.341	2	.712	1.038	2	.595
21 tot 29 jaar	36	12.06	10.63						
30 tot 39 jaar	29	12.10	9.72						
40 tot 45 jaar	4	7.75	8.73						

Noot. ANOVA gebaseerd op 1000 bootstrap samples.

Op basis van duurtijd

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Seksuele satisfactie (FSFI)				.168	4	.954	.270	4	.992
<i>Minder dan vijf jaren</i>	15	4.83	1.24						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	21	5.03	1.02						
<i>10 tot 15 jaar</i>	17	5.11	.84						
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	5.04	.91						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	4.93	1.06						
Seksueel verlangen (FSFI)				.300	4	.877	1.185	4	.880
<i>Minder dan vijf jaren</i>	15	3.92	1.01						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	21	4.11	.97						
<i>10 tot 15 jaar</i>	17	4.27	1.08						
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	4.02	1.02						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	4.30	1.16						
Seksuele opwinding (FSFI)				.499	4	.736	4.087	4	.394
<i>Minder dan vijf jaren</i>	15	4.96	1.10						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	21	4.83	.80						
<i>10 tot 15 jaar</i>	17	5.01	1.21						
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	5.04	.76						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	5.45	.55						
Vaginale lubricatie (FSFI)				1.056	4	.386	5.915	4	.206
<i>Minder dan vijf jaren</i>	15	5.16	1.26						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	21	5.37	.76						
<i>10 tot 15 jaar</i>	17	5.36	1.04						
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	5.73	.36						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	5.90	.15						
Orgastisch functioneren (FSFI)				.920	4	.458	5.087	4	.278
<i>Minder dan vijf jaren</i>	15	4.91	1.18						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	21	5.03	1.18						
<i>10 tot 15 jaar</i>	17	5.11	1.15						
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	5.32	1.10						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	5.87	.33						
Orgastisch functioneren bij masturbatie				.405	4	.804	1.725	4	.786
<i>Minder dan vijf jaren</i>	13	4.69	.63						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	16	4.88	.34						
<i>10 tot 15 jaar</i>	12	4.83	.58						
<i>15 tot 20 jaren</i>	8	4.88	.35						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	3	5.00	.00						

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Tevredenheid masturbatie				1.980	4	.113	6.407	4	.171
<i>Minder dan vijf jaren</i>	13	4.54	.52						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	16	4.75	.45						
<i>10 tot 15 jaar</i>	12	4.58	.52						
<i>15 tot 20 jaren</i>	8	4.13	.64						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	3	4.67	.58						
Pijn (FSFI)				.408	4	.802	2.048	4	.727
<i>Minder dan vijf jaren</i>	15	3.07	.52						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	21	3.03	.37						
<i>10 tot 15 jaar</i>	17	2.94	.45						
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	2.88	.25						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	2.93	.55						
Globale score seksueel functioneren (FSFI)				.562	4	.691	2.408	4	.661
<i>Minder dan vijf jaren</i>	15	26.84	4.07						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	21	27.40	3.59						
<i>10 tot 15 jaar</i>	17	27.80	4.27						
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	28.03	2.93						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	29.38	2.27						
Seksuele distress (FSDS)				.354	4	.840	1.852	4	.763
<i>Minder dan vijf jaren</i>	15	12.27	11.30						
<i>Vijf tot tien jaren</i>	21	11.62	10.81						
<i>10 tot 15 jaar</i>	17	12.94	10.88						
<i>15 tot 20 jaren</i>	10	12.40	7.37						
<i>Meer dan 20 jaren</i>	6	7.33	6.98						

Noot. ANOVA gebaseerd op 1000 bootstrap samples.

Op basis van het rookmotief 'stimulatief aspect van het roken'

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Seksuele satisfactie (FSFI)				.680	3	.570	3.587	3	.310
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	4.80	1.04						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	5.03	1.01						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	4.84	.93						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	5.29	1.07						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						
Seksueel verlangen (FSFI)				1.163	3	.331	3.239	3	.356
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	3.93	1.20						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	3.88	1.08						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	4.32	.97						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	4.37	.76						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						
Seksuele opwinding (FSFI)				2.694	3	.053	7.655	3	.054
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	4.53	1.31						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	4.78	.96						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	5.12	.91						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	5.49	.43						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						
Vaginale lubricatie (FSFI)				.814	3	.491	1.964	3	.580
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	5.20	.99						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	5.37	.87						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	5.37	1.16						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	5.74	.33						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						
Orgastisch functioneren (FSFI)				1.647	3	.187	5.319	3	.310
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	4.93	1.28						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	4.97	1.35						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	5.04	.95						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	5.71	.95						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						
Orgastisch functioneren bij masturbatie				1.808	3	.158	5.563	3	.135
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	6	4.67	.52						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	19	4.95	.23						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	18	4.67	.69						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	9	5.00	.00						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Tevredenheid masturbatie				.031	3	.093	.213	3	.975
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	6	4.50	.55						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	19	4.58	.51						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	18	4.56	.51						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	9	4.56	.73						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						
Pijn (FSFI)				.417	3	.742	2.219	3	.528
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	2.93	.60						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	2.94	.39						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	3.00	.40						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	3.09	.40						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						
Globale score seksueel functioneren (FSFI)				2.252	3	.091	7.284	3	.063
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	26.33	3.97						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	26.96	4.17						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	27.68	3.34						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	29.69	2.06						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						
Seksuele distress (FSDS)				.435	3	.728	1.151	3	.765
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	14.22	11.95						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	26	11.62	9.90						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	20	12.60	10.59						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	14	9.57	8.96						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	0	-	-						

Noot. ANOVA gebaseerd op 1000 bootstrap samples.

Op basis van het rookmotief 'plezierig aspect van het roken'

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Seksuele satisfactie (FSFI)				.357	4	.838	1.692	4	.792
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	3	5.33	.61						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	9	5.16	.88						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	22	4.84	.94						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	23	5.10	1.00						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	12	4.90	1.29						
Seksueel verlangen (FSFI)				1.796	4	.141	5.960	4	.202
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	3	5.60	.69						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	9	4.07	.50						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	22	4.04	1.00						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	23	4.02	1.00						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	12	4.10	1.22						
Seksuele opwinding (FSFI)				.419	4	.795	1.804	4	.772
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	3	5.60	.69						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	9	5.13	.53						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	22	4.98	.84						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	23	4.90	1.14						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	12	4.90	1.12						
Vaginale lubricatie (FSFI)				.341	4	.849	.414	4	.981
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	3	5.70	.52						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	9	5.60	.47						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	22	5.50	.74						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	23	5.33	1.12						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	12	5.25	1.10						
Orgastisch functioneren (FSFI)				.499	4	.736	2.550	4	.636
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	3	5.73	.46						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	9	4.93	1.33						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	22	4.96	1.19						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	23	5.27	.94						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	12	5.20	1.28						
Orgastisch functioneren bij masturbatie				2.743	4	.039*	6.688	4	.153
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	2	4.00	1.41						
<i>Lage motivator (score: 25.00%)</i>	5	5.00	.00						
<i>Gemiddelde motivator (score: 50.00%)</i>	16	4.69	.60						
<i>Hoge motivator (score: 75,00%)</i>	20	4.95	.22						
<i>Uiterst hoge motivator (score: 100%)</i>	9	4.89	.33						

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Tevredenheid masturbatie				2.365	4	.066	8.463	4	.076
Geen motivator (score: 0.00%)	2	4.00	.00						
Lage motivator (score: 25.00%)	5	4.80	.45						
Gemiddelde motivator (score: 50.00%)	16	4.31	.60						
Hoge motivator (score: 75.00%)	20	4.65	.49						
Uiterst hoge motivator (score: 100%)	9	4.78	.44						
Pijn (FSFI)				1.096	4	.366	4.586	4	.332
Geen motivator (score: 0.00%)	3	2.80	.69						
Lage motivator (score: 25.00%)	9	2.76	.13						
Gemiddelde motivator (score: 50.00%)	22	3.04	.46						
Hoge motivator (score: 75.00%)	23	3.06	.44						
Uiterst hoge motivator (score: 100%)	12	2.97	.36						
Globale score seksueel functioneren (FSFI)				.590	4	.671	3.771	4	.438
Geen motivator (score: 0.00%)	3	30.77	2.49						
Lage motivator (score: 25.00%)	9	27.64	2.25						
Gemiddelde motivator (score: 50.00%)	22	27.35	3.29						
Hoge motivator (score: 75.00%)	23	27.68	3.73						
Uiterst hoge motivator (score: 100%)	12	27.32	5.17						
Seksuele distress (FSDS)				.852	4	.497	2.414	4	.660
Geen motivator (score: 0.00%)	3	9.33	7.23						
Lage motivator (score: 25.00%)	9	7.78	7.21						
Gemiddelde motivator (score: 50.00%)	22	10.59	8.87						
Hoge motivator (score: 75.00%)	23	14.13	10.48						
Uiterst hoge motivator (score: 100%)	12	13.33	13.48						

Noot. ANOVA gebaseerd op 1000 bootstrap samples.

* $p < .05$.

Op basis van het rookmotief 'sociaal aspect van het roken'

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Seksuele satisfactie (FSFI)				1.756	3	.164	3.848	3	.278
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	5.33	.75						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	5.16	.83						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	4.97	1.17						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	4.61	1.19						
Seksueel verlangen (FSFI)				.452	3	.717	1.252	3	.741
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	4.07	1.07						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	4.22	.99						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	4.29	.94						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	3.91	1.07						
Seksuele opwinding (FSFI)				1.751	3	.165	3.973	3	.264
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	5.13	.55						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	5.06	.91						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	5.49	.48						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	4.64	1.18						
Vaginale lubricatie (FSFI)				.457	3	.713	.942	3	.815
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	5.57	.64						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	5.51	.74						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	5.19	1.76						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	5.30	.89						
Orgastisch functioneren (FSFI)				.816	3	.490	1.990	3	.574
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	5.51	.91						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	5.09	1.12						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	5.48	.60						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	4.93	1.30						
Orgastisch functioneren bij masturbatie				.809	3	.495	2.860	3	.414
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	7	5.40	.00						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	24	4.79	.42						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	6	5.00	.00						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	15	4.73	.70						
Tevredenheid masturbatie				.836	3	.481	2.761	3	.430
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	7	4.86	.38						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	24	4.50	.51						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	6	4.50	.55						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	15	4.53	.64						

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Pijn (FSFI)				1.134	3	.342	3.616	3	.306
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	2.93	.57						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	2.91	.27						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	2.97	.45						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	3.12	.52						
Globale score seksueel functioneren (FSFI)				1.007	3	.395	1.255	3	.740
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	28.54	2.25						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	27.96	3.62						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	28.39	2.84						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	26.52	4.35						
Seksuele distress (FSDS)				3.895	3	.013*	7.033	3	.071
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	9	7.00	6.25						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	32	10.41	7.62						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	7.71	7.97						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	21	17.43	12.96						

Noot. ANOVA gebaseerd op 1000 bootstrap samples.

* $p < .05$.

Op basis van het rookmotief 'roken als automatisme'

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Seksuele satisfactie (FSFI)				.690	3	.562	2.234	3	.525
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	4.78	1.06						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	5.17	.83						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	4.98	.96						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	4.96	1.69						
Seksueel verlangen (FSFI)				.935	3	.429	2.109	3	.550
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	3.85	1.16						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	4.20	.88						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	4.33	.94						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	4.44	1.17						
Seksuele opwinding (FSFI)				.272	3	.846	.701	3	.873
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	4.99	.99						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	4.98	.96						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	5.17	.78						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	4.68	1.21						
Vaginale lubricatie (FSFI)				.213	3	.887	.658	3	.883
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	5.49	.75						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	5.33	1.08						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	5.57	.50						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	5.40	1.18						
Orgastisch functioneren (FSFI)				.337	3	.798	2.328	3	.507
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	5.27	1.05						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	4.99	1.16						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	5.16	1.05						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	5.36	1.05						
Orgastisch functioneren bij masturbatie				.321	3	.810	1.041	3	.791
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	16	4.75	.58						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	25	4.84	.47						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	4.86	.38						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	4	5.00	.00						
Tevredenheid masturbatie				.401	3	.753	.975	3	.807
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	16	4.50	.52						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	25	4.60	.50						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	7	4.43	.79						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	4	4.75	.50						

Variabelen	Rokers			Enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA)			Kruskal-Wallis Enkelvoudige variantieanalyse		
	N	M	SD	F	df	p	H	df	p
Pijn (FSFI)				.290	3	.833	.505	3	.918
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	2.95	.44						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	3.01	.45						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	2.93	.20						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	3.12	.52						
Globale score seksueel functioneren (FSFI)				.123	3	.946	1.077	3	.783
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	27.33	3.99						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	27.69	3.39						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	28.13	2.38						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	27.96	6.22						
Seksuele distress (FSDS)				.899	3	.447	2.243	3	.524
<i>Geen motivator (score: 0.00%)</i>	24	13.04	9.56						
<i>Lage motivator (score: 33.33%)</i>	31	10.26	9.97						
<i>Gemiddelde motivator (score: 66.67%)</i>	9	10.89	8.84						
<i>Hoge motivator (score: 100.00%)</i>	5	17.40	15.13						

Noot. ANOVA gebaseerd op 1000 bootstrap samples.

Bijlage X: Formele goedkeuring tot indienen door promotor

FORMELE GOEDKEURING TOT INDIENEN VAN MASTERPROEF

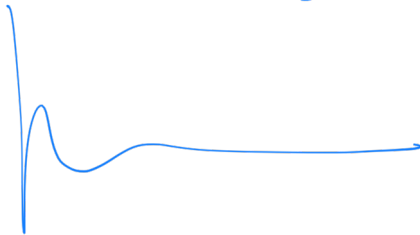
Ik, **professor dr. Erik Thys**, promotor van de masterproef van **Bram Steeman** met als titel *Achter het (rook-)gordijn: Roken en de Seksuele Gezondheid van Vrouwen* binnen de opleiding Master in de Seksuologie aan de KU Leuven, verklaar een document te hebben ontvangen met als bestandsnaam *Masterproef_Bram Steeman_Roken-en-de-seksuele-gezondheid-van-vrouwen* op maandag 1 mei 2023.

Ik verklaar dit document te hebben gelezen en akkoord te gaan dat deze masterproef wordt ingediend. Daarnaast bevestig ik de samenvatting van deze masterproef te hebben gelezen en dat ik ook deze goedkeur om in te dienen.

Datum: 13.05.23

Handtekening: (voorafgegaan door handgeschreven "Gelezen en goedgekeurd")

Gelezen & goedgekeurd



INSTITUUT VOOR FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN
Kapucijnenvoer 7 blok g - box 7001
3000 LEUVEN, België
www.kuleuven.be

