

INSTITUUT VOOR FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

DE MANNENPIL: (ON)GEWENST?

Promotor: prof. dr. Leen Antonio
Faculteit Geneeskunde
Departement Chronische ziekten en metabolisme
Laboratorium Klinische en Experimentele Endocrinologie

Co-promotor: dr. Michael Ceulemans
Faculteit Farmaceutische Wetenschappen
Departement Farmaceutische en Farmacologische
Wetenschappen

Inès Mammerickx

Masterproef aangeboden tot het behalen van de graad
van Master in de seksuologie

INSTITUUT VOOR FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

DE MANNENPIL: (ON)GEWENST?

Promotor: prof. dr. Leen Antonio
Faculteit Geneeskunde
Departement Chronische ziekten en metabolisme
Laboratorium Klinische en Experimentele Endocrinologie

Co-promotor: dr. Michael Ceulemans
Faculteit Farmaceutische Wetenschappen
Departement Farmaceutische en Farmacologische
Wetenschappen

Inès Mammerickx

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. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) 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.

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

Inès Mammerickx, De Mannenpil: (on)gewenst?

Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de Seksuologie, mei 2026.

Promotor: prof. dr. Leen Antonio en Copromotor: dr. Michael Ceulemans

In deze masterproef wordt onderzocht welke ideeën en verwachtingen er leven over mannelijke (niet-) hormonale anticonceptie bij de Nederlandstalige bevolking in België. Anticonceptie heeft historisch vooral bijgedragen aan de reproductieve autonomie van vrouwen, maar ging ook gepaard met een ongelijke verdeling van verantwoordelijkheid. Ondanks het brede aanbod aan effectieve anticonceptiemethoden voor vrouwen, beschikken mannen vandaag slechts over beperkte en minder betrouwbare of definitieve opties. Deze ongelijkheid draagt bij aan het hoge aantal ongeplande zwangerschappen wereldwijd en onderstreept de nood aan aanvullende, effectieve en omkeerbare mannelijke anticonceptiemethoden.

Internationaal onderzoek toont veelbelovende ontwikkelingen binnen zowel hormonale als niet-hormonale mannelijke anticonceptie, maar naast medische en technische uitdagingen spelen ook maatschappelijke factoren een belangrijke rol in de ontwikkeling en acceptatie ervan.

Er werd een exploratief, kwantitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd via een anonieme vragenlijst bij 552 Nederlandstalige volwassenen in België. De vragenlijst peilde naar kennis over mannelijke anticonceptie, attitudes ten aanzien van anticonceptieverantwoordelijkheid, de bereidheid van mannen om een mannelijke anticonceptiemethode te gebruiken en het vertrouwen van vrouwen in correct gebruik door hun partner.

De resultaten tonen aan dat de kennis over mannelijke anticonceptie beperkt is. Hoewel een meerderheid van de respondenten had gehoord van onderzoek naar hormonale methoden, voelde slechts een kleine minderheid zich voldoende geïnformeerd. Anticonceptieverantwoordelijkheid werd grotendeels als gedeeld beschouwd, maar vrouwen rapporteerden vaker een verhoogd gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid en gaven aan dat de maatschappij deze verantwoordelijkheid nog steeds voornamelijk bij hen legt. De bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken bleek overwegend positief en sterk afhankelijk van factoren zoals betrouwbaarheid, omkeerbaarheid en de mate van ervaren controle. Hierbij gaven mannen zonder kinderwens significant vaker aan bereid te zijn deze te gebruiken dan mannen met een kinderwens. Vrouwen toonden een uitgesproken ambivalente houding, gekenmerkt door een overwegend positieve evaluatie van gebruik door de partner, maar tegelijkertijd door blijvende zorgen en een sterke voorkeur om zelf anticonceptie te blijven gebruiken om zekerheid te behouden.

De bevindingen benadrukken dat de introductie van mannelijke anticonceptie niet enkel medische en technologische vooruitgang vereist, maar ook aandacht voor kennis, vertrouwen, communicatie en gedeelde besluitvorming binnen relaties. Alleen door aandacht voor deze relationele en maatschappelijke aspecten kan mannelijke anticonceptie potentieel bijdragen aan meer gendergelijkheid en evenwichtige reproductieve verantwoordelijkheid.

Inès Mammerickx, The Male Pill: (un)wanted?

Master thesis presented to obtain the degree of Master in de Seksuologie, May 2026.

Promotor: prof. dr. Leen Antonio and Copromotor: dr. Michael Ceulemans

In this thesis, the ideas and expectations regarding male (non-hormonal) contraception among Dutch-speaking adults in Belgium are investigated. Historically, contraception has primarily contributed to women's reproductive autonomy, but it has also been accompanied by an unequal distribution of responsibility. Despite the wide range of effective contraceptive methods available to women, men today have only limited and less reliable or permanent options at their disposal. This inequality contributes to the high number of unplanned pregnancies worldwide and underscores the need for additional, effective, and reversible male contraceptive methods.

International research shows promising developments within both hormonal and non-hormonal male contraception; however, in addition to medical and technical challenges, societal factors also play an important role in its development and acceptance.

An exploratory, quantitative descriptive study was conducted using an anonymous questionnaire among 552 Dutch-speaking adults in Belgium. The questionnaire assessed knowledge regarding male contraception, attitudes towards contraceptive responsibility, men's willingness to use a male contraceptive method, and women's confidence in their partner's correct use.

The results show that knowledge regarding male contraception is limited. Although a majority of respondents had heard of research into hormonal methods, only a small minority felt sufficiently informed. Responsibility for contraception was largely considered shared, but women more frequently reported an increased sense of personal responsibility and indicated that society still places this responsibility primarily on them. Men's willingness to use male contraception proved to be predominantly positive and strongly dependent on factors such as reliability, reversibility, and the degree of perceived control. In this regard, men without a desire for children indicated a willingness to use it significantly more often than men with a desire for children. Women showed a distinctly ambivalent attitude, characterized by a predominantly positive evaluation of partner use, but simultaneously by persistent concerns and a strong preference to continue using contraception themselves to maintain certainty.

The findings emphasize that the introduction of male contraception requires not only medical and technological advancements, but also attention to knowledge, trust, communication, and shared decision-making within relationships. Only by paying attention to these relational and societal aspects can male contraception potentially contribute to greater gender equality and balanced reproductive responsibility.

Woord vooraf

Tijdens mijn opleiding groeide mijn nieuwsgierigheid naar de rol van mannen binnen anticonceptie en de manier waarop dit maatschappelijk en individueel beleefd wordt. Deze interesse vormde de basis voor het huidige onderzoek.

Het schrijven van deze masterproef was een leerrijk, maar ook uitdagend proces. Dit traject heeft sterk bijgedragen aan mijn persoonlijke en academische groei en ik ben trots om het resultaat van dit werk te kunnen voorstellen.

Graag wil ik enkele mensen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze masterproef. In de eerste plaats wil ik mijn promotor, dr. Leen Antonio, bedanken voor de begeleiding, gerichte feedback en ondersteuning tijdens dit traject. Daarnaast gaat mijn dank uit naar mijn copromotor, dr. Michael Ceulemans, voor zijn waardevolle inzichten en constructieve opmerkingen. Beiden stonden steeds klaar om mij te begeleiden en ondersteunen.

Verder wil ik alle respondenten bedanken die de tijd hebben genomen om de vragenlijst in te vullen, zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Ook wil ik mijn oprechte dank uitspreken naar mijn gezin voor hun voortdurende steun en aanmoediging. Tot slot wil ik ook mijn medestudenten bedanken voor het wederzijdse luisterend oor, de gedeelde ervaringen en de inzichten die uit onze gesprekken zijn voortgekomen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
2	Literatuuroverzicht.....	3
2.1	<i>Anticonceptiemethoden voor vrouwen.....</i>	3
2.2	<i>Bestaande anticonceptiemethoden voor mannen.....</i>	3
2.3	<i>Werking mannelijke (niet-) hormonale anticonceptie</i>	4
2.4	<i>Voordelen mannelijke anticonceptie</i>	6
2.5	<i>Attitudes van mannen en vrouwen tegenover mannelijke anticonceptie.....</i>	7
2.6	<i>Obstakels en uitdagingen</i>	10
3	Doelstellingen van het onderzoek	11
4	Methoden.....	12
4.1	<i>Onderzoeksopzet</i>	12
4.2	<i>Onderzoekspopulatie en rekrutering</i>	12
4.3	<i>(Meet)instrument</i>	13
4.4	<i>Data-analyse.....</i>	13
5	Resultaten	15
5.1	<i>Steekproefbeschrijving.....</i>	15
5.2	<i>Algemene verdeling per sectie.....</i>	17
5.2.1	<i>Algemene antwoordverdeling voor kennis over bestaande en toekomstige vormen van anticonceptie</i>	17
5.2.2	<i>Algemene antwoordverdeling voor stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid</i>	18
5.2.3	<i>Algemene antwoordverdeling van de bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie bij mannen</i>	19
5.2.4	<i>Algemene antwoordverdeling van de rangordeverdeling van eigenschappen van anticonceptie</i>	20
5.2.5	<i>Algemene antwoordverdeling voor stellingen over vertrouwen in gebruik door de partner</i>	21
5.3	<i>Verschillen tussen groepen per sectie.....</i>	23
5.3.1	<i>Verschillen rond kennis over mannelijke anticonceptie naar sociodemografische kenmerken.....</i>	24
5.3.2	<i>Verschillen rond anticonceptieverantwoordelijkheid naar sociodemografische kenmerken.....</i>	25
5.3.3	<i>Verschillen in bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken naar sociodemografische kenmerken</i>	28

5.3.4	Verschillen in het vertrouwen van vrouwen in het gebruik van mannelijke anticonceptie door hun partner naar sociodemografische kenmerken	29
5.3.5	Verschillen in niet-gebruik van anticonceptie naar sociodemografische kenmerken.....	30
6	Discussie.....	33
6.1	<i>Kennis over bestaande en toekomstige mannelijke anticonceptiemethoden.....</i>	<i>33</i>
6.2	<i>Houding ten opzichte van anticonceptieverantwoordelijkheid</i>	<i>33</i>
6.3	<i>Determinanten van de bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie.....</i>	<i>35</i>
6.4	<i>Vertrouwen in correct gebruik van mannelijke anticonceptie door de partner</i>	<i>36</i>
6.5	<i>Determinanten van niet-gebruik van anticonceptie</i>	<i>37</i>
6.6	<i>Sterktes en beperkingen van het onderzoek</i>	<i>37</i>
6.7	<i>Implicaties en toekomstig onderzoek</i>	<i>39</i>
7	Conclusie	40
8	Referentielijst	41
9	Bijlagen	43
9.1	<i>Lijst van tabellen.....</i>	<i>43</i>
9.2	<i>Lijst van figuren</i>	<i>45</i>
9.3	<i>Bijlage A. Kennis over bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie (antwoordverdelingen per covariaat)</i>	<i>46</i>
9.4	<i>Bijlage B. Anticonceptieverantwoordelijkheid (antwoordverdelingen per covariaat)</i>	<i>49</i>
9.5	<i>Bijlage C. Bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie (antwoordverdelingen per covariaat)</i>	<i>58</i>
9.6	<i>Bijlage D. Vertrouwen in gebruik door partner (antwoordverdelingen per covariaat)</i>	<i>61</i>
9.7	<i>Bijlage E. Niet-gebruik van anticonceptie (antwoordverdelingen per covariaat)</i>	<i>67</i>
9.8	<i>Bijlage F. STROBE.....</i>	<i>68</i>
9.9	<i>Bijlage G. Informatiebrief</i>	<i>71</i>
9.10	<i>Bijlage H. Vragenlijst.....</i>	<i>73</i>
9.11	<i>Bijlage I. Ethische goedkeuring OBC</i>	<i>76</i>

1 Inleiding

De ontwikkeling van anticonceptiemethoden voor vrouwen vormt een van de belangrijkste mijlpalen van de 20^{ste} eeuw. Deze ontwikkeling had grote gevolgen voor het vruchtbaarheidscijfer, de gezondheid, de rol van vrouwen in de samenleving en seksualiteit (Sokolakis et al., 2022). Vrouwen hebben historisch gezien autonomie gekregen dankzij anticonceptiemethoden, wat de vrouwenrechtenbeweging vooruithielp. Pas later werden ook de financiële en biopsychosociale lasten van deze verantwoordelijkheden erkend (Sidhom et al., 2024).

De laatste tijd is er meer aandacht gekomen voor mannelijke anticonceptie. Van de 21 bestaande vormen van anticonceptie (Sidhom et al., 2024), beschikken mannen slechts over drie omkeerbare anticonceptiemethoden: periodieke onthouding, coitus interruptus en condoms (Sokolakis et al., 2022). Naast deze omkeerbare methoden bestaat ook vasectomie, een permanente vorm van mannelijke anticonceptie (Sidhom et al., 2024). Wereldwijd vormen door mannen gebruikte anticonceptiemethoden slechts een klein deel van het totale gebruik, en bovendien zijn de faalpercentages relatief hoog (Sokolakis et al., 2022). In België blijkt uit het Sexpert-onderzoek dat ongeveer een op de vier zwangerschappen ongepland is. De meest recente officiële cijfers over zwangerschapsafbrekingen dateren van 2023. Toen werden in België in totaal 19.686 zwangerschapsafbrekingen geregistreerd (Abortus en ongeplande zwangerschap in België: cijfers, z.d.). Wereldwijd vinden er jaarlijks naar schatting ongeveer 73 miljoen abortus provocatus plaats. Van alle ongewenste zwangerschappen eindigt 61% in een abortus, terwijl 29% van alle zwangerschappen, ongeacht planning, wordt beëindigd via abortus provocatus (World Health Organization, 2025). Het hoge percentage ongeplande zwangerschappen wereldwijd onderstreept de nood aan aanvullende, betrouwbare opties (Sokolakis et al., 2022). Vanuit een volksgezondheidsperspectief blijft het dan ook noodzakelijk om te blijven investeren in de ontwikkeling van veilige en effectieve anticonceptiemethoden. Het erkennen en aanpakken van leemtes in anticonceptiemogelijkheden, gecombineerd met het betrekken van mannen bij gezinsplanning, is essentieel. Dit zal bijdragen aan een vermindering van het aantal ongeplande zwangerschappen in de komende decennia (Page et al., 2022).

Een veelbelovende oplossing ligt in het ontwikkelen van mannelijke anticonceptie. Hormonale methoden onderdrukken de spermaproductie via hormonale feedbackmechanismen, maar hebben als nadeel dat ze pas na enkele maanden voldoende effectief zijn en mogelijke bijwerkingen vertonen zoals acne en gewichtstoename (Thirumalai & Amory, 2021). Daarnaast wordt gewerkt aan niet-hormonale, omkeerbare methoden die essentiële processen in het spermaproductie- en functie remmen, waardoor het risico op bijwerkingen mogelijk afneemt (Male Contraceptive Initiative, z.d.).

Internationaal onderzoek toont dat veel mannen en vrouwen positief staan tegenover mannelijke anticonceptie. Toch verschillen de attitudes sterk per cultuur (Glasier, 2010) en blijkt de bereidheid om bijwerkingen te tolereren laag. Daarnaast wordt de ontwikkeling belemmerd door veiligheid, werkzaamheid, kosten en beperkte farmaceutische interesse (Sokolakis et al., 2022).

Het uitbreiden van anticonceptiemogelijkheden voor mannen kan bijdragen aan een meer evenwichtige verdeling van reproductieve verantwoordelijkheid en zo ook een positieve invloed hebben op gendergelijkheid en gezinsplanning. Het kan leiden tot betere communicatie tussen partners, meer gezamenlijke besluitvorming (De Kort & Van Eekert, 2025) en verminderde moeder- en kindersterfte. Mannelijke anticonceptie kan bovendien ongewenste zwangerschappen helpen voorkomen, bijdragen aan economische stabiliteit en duurzame bevolkingsgroei- en ontwikkeling (Male Contraceptive Initiative, z.d.).

2 Literatuuroverzicht

2.1 Anticonceptiemethoden voor vrouwen

Vrouwen beschikken over een breed scala aan effectieve anticonceptiemethoden, waaronder hormonale methoden (zoals de combinatiepil, implantaten, pleisters, vaginale ringen, hormonale injecties en hormonale spiraaltjes) evenals niet-hormonale methoden (zoals het koperspiraaltje, pessaria, vrouwencondooms, en chirurgische sterilisatie; Sokolakis et al., 2022). Hoewel hormonale anticonceptiemethoden belangrijke voordelen met zich meebrengen, ervaren veel vrouwen bijwerkingen of hebben contra-indicaties voor deze middelen (Page et al., 2022; Sokolakis et al., 2022). Dit kan ertoe leiden dat sommige vrouwen de anticonceptiemethode stoppen uit angst voor mogelijke negatieve effecten (Sokolakis et al., 2022).

2.2 Bestaande anticonceptiemethoden voor mannen

Wereldwijd vormen door mannen gebruikte anticonceptiemethoden slechts een klein deel van het totale gebruik. Zo gebruikte wereldwijd 5,7% van de mannen een condoom, 4,5% vasectomie en 6,8% de terugtrekkingsmethode (Glasier, 2010). Naast het beperkte gebruik is ook de betrouwbaarheid van deze methoden een probleem. Het typische faalpercentage in het eerste jaar bedraagt ongeveer 20% voor periodieke onthouding, 19% voor coitus interruptus en 12% voor condooms. Deze cijfers benadrukken niet alleen de beperkte keuzevrijheid voor mannen, maar ook de bredere impact op ongeplande gezinsvorming (Thirumalai & Amory, 2021).

Anticonceptie voor mannen is geen recent fenomeen, maar de meest recente methode, het condoom, werd al meer dan 200 jaar geleden geïntroduceerd (Page et al., 2022). Zoals in de inleiding beschreven, is er momenteel een beperkte beschikbaarheid van mannelijke anticonceptiemethoden (Sokolakis et al., 2022). Het onomkeerbare karakter van vasectomie leidt ertoe dat mannen eerder terughoudend zijn ten aanzien van het gebruik ervan. Sommigen geven aan dat dit, zelfs na het vervullen van een kinderwens, hun toekomstige keuzes zou kunnen beperken. De mogelijkheid tot een omkeerbare vasectomie zou voor velen als een aantrekkelijk alternatief gezien worden. Ook kwam uit onderzoek naar voor dat het voor jongere mannen vaak lastig is om een vasectomie te krijgen, omdat artsen bezorgd zijn dat de patiënt zich later zal bedenken (De Kort & Van Eekert, 2025).

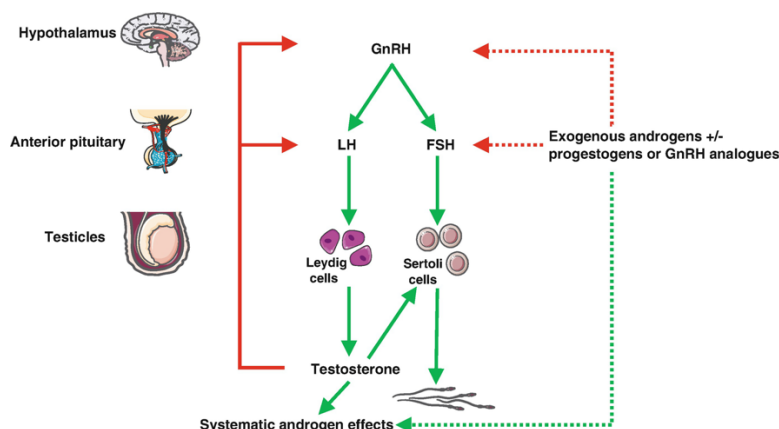
Gezien de huidige beperkte anticonceptieopties voor mannen, is de ontwikkeling van effectieve, breed beschikbare en omkeerbare mannelijke anticonceptiemethoden meer dan ooit relevant (Sokolakis et al., 2022).

2.3 Werking mannelijke (niet-) hormonale anticonceptie

Een veelbelovende oplossing ligt in de ontwikkeling van hormonale anticonceptie voor mannen. Deze vorm van anticonceptie is gebaseerd op mechanismen die de hormonale feedbackremming reguleren. In de hersenen binden exogene androgenen (van buitenaf toegediende mannelijke hormonen) aan androgeenreceptoren, wat de afgifte van de gonadotropinen LH (luteïniserend hormoon) en FSH (follikelstimulerend hormoon) remt. Hierdoor worden de Leydig- en Sertolicellen in de testikels minder gestimuleerd, wat de aanmaak van endogeen (lichaamseigen) testosteron en de spermatogenese (de aanmaak van zaadcellen) onderdrukt. Gelijktijdig gaat het exogene androgeen ook binden aan androgeenreceptoren in andere weefsels, waardoor tekenen en symptomen van hypogonadisme (lage geslachtshormoonspiegels) worden voorkomen. Daarnaast heeft klinisch onderzoek aangetoond dat de toevoeging van een progestageen aan het androgeen de omvang en snelheid van de onderdrukking van de gonadotropinen verhoogt en zelfs de spermatogenese direct kan remmen (Thirumalai & Amory, 2021). Het stopzetten van de exogene hormonen leidt tot een snelle normalisatie van LH-, FSH- en testosteronspiegels, waarna de spermatogenese bij bijna alle mannen opnieuw op gang komt (Wang et al., 2024; Thirumalai & Amory, 2021). De ideale mannelijke anticonceptiemethode zou consistent en omkeerbaar azoöspermie (afwezigheid van zaadcellen) veroorzaken zonder significante bijwerkingen, een doel dat nog niet volledig is bereikt (Thirumalai & Amory, 2021). Een schematische weergave van deze hormonale regulatie en haar farmacologische onderdrukking wordt weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1.

Regulatie van de hypothalamo-hypofyse-gonade-as bij de man en de invloed van exogene androgenen



Noot. Links wordt de endogene hormonale regulatie weergegeven. Rechts wordt schematisch weergegeven hoe exogene androgenen, al dan niet in combinatie met progestagenen of GnRH-analoga, de hypothalamo-hypofyse-as onderdrukken via negatieve feedback. *Overgenomen van Sokolakis et al. (2022).*

Een nadeel van hormonale anticonceptie die gericht is op het inhiberen van de sperma-aanmaak, is dat er minimaal twee tot drie maanden nodig zijn om de spermaproductie te onderdrukken tot effectieve anticonceptiedrempels. Dit komt doordat de cyclus van spermaproductie ongeveer 72 dagen duurt (Sokolakis et al., 2022). Waar bij vasectomie doorgaans wordt gestreefd naar azoöspermie of een zeer lage concentratie van niet-motiele zaadcellen, volstaat bij hormonale anticonceptie een spermaconcentratie van maximaal 1 miljoen zaadcellen per milliliter om een betrouwbare contraceptieve werkzaamheid te bereiken (Wang et al., 2024).

Net als bij vrouwelijke hormonale anticonceptie kunnen er bij mannelijke hormonale anticonceptie bijwerkingen optreden, zoals acne, gewichtstoename, depressie en verminderd libido (Thirumalai & Amory, 2021; Nguyen, 2024). Uit de beschikbare klinische studies naar mannelijke hormonale anticonceptie blijkt dat vooral injecties of kortwerkende implantaten worden gebruikt. Orale hormonale vormen werden initieel weinig bestudeerd vanwege zorgen over hepatotoxiciteit en de noodzaak van meerdere dagelijkse doses. Ook topische vormen werden voorheen als minder effectief beschouwd. Tegenwoordig richt onderzoek zich echter in toenemende mate op orale en topische anticonceptiemethoden, omdat deze mogelijk het gebruiksgemak kunnen vergroten, de werkzaamheid maximaliseren en de bijwerkingen minimaliseren (Sokolakis et al., 2022).

In het huidige onderzoek naar hormonale anticonceptie zijn er drie veelbelovende kanshebbers voor commercieel gebruik. De eerste is Segesteronacetaat + testosteron (nestoron/T), beschikbaar als gel. Dit is een synthetisch progestageen dat de hypothalamus-hypofyse-gonaden (HPG)-as onderdrukt wanneer het als exogene agonist wordt gebruikt. De tweede mogelijkheid is dimethandralon undecanoaat (DMAU) in een orale of injecteerbare vorm. Het werkt als een prodrug van DMA, een agonist van progesteron- en androgeenreceptoren. Dit gaat de HPG-as effectief uitschakelen, terwijl de androgene stimulatie behouden blijft. Hierdoor worden symptomen van een laag testosterongehalte voorkomen. De derde optie is 11 β -methyl-19-nortestosterondodecylcarbonaat (11 β -MNTDC) in een orale vorm. Hierbij werd een goed verdraagbare werkzaamheid aangetoond, maar de steekproefomvang (42 mannen) is te beperkt en verder onderzoek is nodig (Sidhom et al., 2024).

Naast hormonale anticonceptie voor mannen wordt er gewerkt aan niet-hormonale, omkeerbare opties in verschillende vormen. Ze werken door bepaalde processen in het lichaam af te remmen die nodig zijn om zaadcellen aan te maken, te verplaatsen of goed te laten functioneren. Daarnaast zijn er bij deze soort anticonceptie mogelijk minder bijwerkingen doordat het risico op 'off-target' effecten vermindert (Male Contraceptive Initiative, z.d.) en doordat testosterongerelateerde bijwerkingen

uitblijven, aangezien er geen testosteron wordt toegediend. Het gebrek aan effectiviteit maakt echter dat het gebruik ervan tot nu toe beperkt is (Sokolakis et al., 2022). Meerdere niet-hormonale methoden die werden en worden onderzocht zijn omkeerbaar en minimaal invasief. Sommige beperken de spermatogenese en de beweeglijkheid van zaadcellen, terwijl andere een afsluiting van de zaadleider veroorzaken om het transport van zaadcellen te verhinderen. In muismodellen werd aangetoond dat de verminderde vruchtbaarheid tijdelijk is en zich herstelt na stopzetting van de behandeling, maar dit is nog niet bevestigd bij de mens. Een actief onderzoeksgebied betreft de fysieke obstructie van de zaadleider, waardoor een synthetische, obstructieve azoöspermie ontstaat, die reversibel zou zijn. Deze techniek houdt in dat er bilateraal een polymeer in de zaadleider geïnjecteerd wordt, dat achteraf kan worden afgebroken of verwijderd (Sidhom et al., 2024). Daarnaast zijn er nog andere niet-hormonale opties die worden onderzocht, zoals Eppin, dat de spermamotiliteit vermindert via verstoring van de ejaculaatliquefactie (het vloeibaar worden van sperma na ejaculatie), en CatSper, een zaadcelspecifiek calciumkanaal dat essentieel is voor de hyperactivatie van zaadcellen (Wang et al., 2024).

2.4 Voordelen mannelijke anticonceptie

Het uitbreiden van de mannelijke anticonceptiemogelijkheden heeft meerdere voordelen, zoals dat mannen, onder andere, actiever worden betrokken bij gezinsplanning. Ook kunnen koppels hierdoor gezamenlijke beslissingen nemen die passen bij hun levensfasen, de relatiedynamiek en de gewenste gezinsgrootte (Male Contraceptive Initiative, z.d.). Daarnaast wordt de betrokkenheid van mannen bij gezinsplanning geassocieerd met betere communicatie tussen partners, meer gezamenlijke besluitvorming, meer gendergelijkheid en verbeterde gezondheidsuitkomsten voor vrouwen en kinderen (De Kort & Van Eekert, 2025). Mannelijke anticonceptie zou mogelijk kunnen bijdragen aan een grotere balans in verantwoordelijkheid tussen mannen en vrouwen. Dit vereist bewustwording bij mannen over de ervaringen van hormonale anticonceptie bij vrouwen en de bredere reproductieve verantwoordelijkheid (Nguyen, 2024). Toegang tot effectieve anticonceptie voor mannen kan een belangrijke rol spelen in het voorkomen van ongewenste zwangerschappen (Male Contraceptive Initiative, z.d.). Zelfs wanneer het vertrouwen in een partner om de verantwoordelijkheid voor het voorkomen van een ongeplande zwangerschap volledig te dragen beperkt is, kan mannelijke anticonceptie dienen als een aanvullende maatregel en zo het risico op ongeplande zwangerschappen reduceren. Het gebruik van mannelijke anticonceptie zou bovendien kunnen bijdragen aan een bredere mentaliteitsverandering. Door zelf actief betrokken te zijn bij anticonceptie, kunnen mannen meer inzicht krijgen in de fysieke en mentale belasting die hiermee gepaard gaat, wat mogelijk leidt

tot een grotere mate van empathie (De Kort & Van Eekert, 2025). Mannelijke anticonceptiemiddelen zouden wereldwijd beschikbaar, betaalbaar en toegankelijk moeten zijn voor alle koppels die hier behoefte aan hebben. Dergelijke toegankelijkheid kan bijdragen aan het bevorderen van gendergelijkheid en mannen in staat stellen om actief verantwoordelijkheid op te nemen voor hun seksueel en reproductief gedrag. Daarbij wordt gesteld dat mannelijke anticonceptiemethoden even toegankelijk en betaalbaar zouden moeten zijn als vrouwelijke anticonceptiemethoden, zodat koppels een weloverwogen keuze kunnen maken op basis van hun eigen voorkeuren en levenssituatie. Zowel mannen als vrouwen hebben bovendien recht op passende, accurate, wetenschappelijk onderbouwde en uitgebreide informatie, voorlichting en ondersteuning bij het maken van anticonceptiekeuzes. Vrije toegang tot een volledig aanbod van anticonceptiemethoden draagt bij aan het verminderen van ongewenste zwangerschappen, moedersterfte en abortussen, en aan het verbeteren van de gezondheid van vrouwen en gezinnen (Wang et al., 2024).

Door mannen meer mogelijkheden te bieden, kan dit bijdragen aan grotere economische stabiliteit binnen gezinnen en gemeenschappen. Daarnaast helpt het om moeder- en kindersterftecijfers te verlagen, gendergelijkheid te bevorderen, gendergerelateerde ongelijkheden te verminderen en mannen actiever te betrekken in reproductieve verantwoordelijkheid. Ten slotte draagt het bij aan een duurzame bevolkingsgroei en -ontwikkeling (Male Contraceptive Initiative, z.d.).

2.5 Attitudes van mannen en vrouwen tegenover mannelijke anticonceptie

Belgische vrouwen ervaren dat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie vrijwel volledig bij hen ligt, terwijl mannen doorgaans alleen bij preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen actief op hun verantwoordelijkheid worden aangesproken (De Kort & Van Eekert, 2025). De meerderheid van de respondenten uit internationaal onderzoek is bereid om hormonale anticonceptie voor mannen te gebruiken (Sidhom et al., 2024). Dit sluit aan bij andere studies waaruit blijkt dat de meeste mannen en vrouwen openstaan voor veilige en effectieve anticonceptie voor mannen, moest dit beschikbaar worden (Thirumalai & Amory, 2021). Deze vaststelling wordt aangetoond met cijfers: meer dan 70% van de Schotse vrouwen, witte Zuid-Afrikaanse vrouwen en vrouwen in de Volksrepubliek China gaf aan positief te staan tegenover mannelijke anticonceptie. Slechts 2% zegt hun mannelijke partner niet in het correct gebruik te vertrouwen, een houding die losstaat van het algemene vertrouwen in hun partner. Er bestaan aanzienlijke culturele verschillen in de aanvaardbaarheid van hormonale anticonceptie voor mannen. Zwarte mannen uit Zuid-Afrika en mannen uit China en Hongkong waren minder positief over de ontwikkeling van hormonale anticonceptie voor mannen. Tussen de 44 en 50%

van de mannen zou een mannenpil gebruiken, al gaven mannen in alle drie de centra nog steeds de voorkeur aan condooms. In Schotland en onder zowel witte als gekleurde Zuid-Afrikanen lag de bereidheid hoger: 66 tot 83% van de mannen gaf aan een mannenpil te willen gebruiken. In alle drie de groepen was een mannenpil zelf populairder dan condooms (Glasier, 2010). Ook in andere studies blijkt dat mannelijke anticonceptie het meest wenselijk is in orale vorm, aangezien dit als vertrouwd en gebruiksvriendelijk wordt beschouwd (Martins & Boraas, 2023). Verder vond in alle groepen, met uitzondering van Schotse mannen, de meerderheid (90%) van de witte Zuid-Afrikaanse mannen dat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie te veel bij vrouwen lag (Glasier, 2010).

De acceptatie van mannelijke hormonale anticonceptie werd daarnaast ook onderzocht via opiniepeilingen in het algemene publiek wereldwijd. Hieruit bleek dat minstens een kwart van de mannen openstaat voor dergelijke alternatieven (Sidhom et al., 2024). Deze bevindingen wijzen er samen op dat er onder potentiële gebruikers een hoge bereidheid bestaat om mannelijke anticonceptie, inclusief hormonale opties, te overwegen (Page et al., 2022). Vooral mannen die een relatie, een hoger opleidingsniveau of een job hebben, blijken vaker bereid te zijn het te gebruiken (Sax et al., 2021). Vrouwen in vaste relaties zijn ook eerder geneigd hun partner te vertrouwen met mannelijke anticonceptie (Page et al., 2022).

Een recent Belgisch kwalitatief onderzoek uit 2025 liet zien dat verschillende mannelijke respondenten aangaven bereid te zijn om over te schakelen op condoomgebruik wanneer hun (seksuele) partner dit zou wensen. Opvallend is echter dat deze bereidheid zich voornamelijk situeerde in situaties waarin het initiatief bij de partner lag, zowel in feitelijke als in hypothetische contexten. Het gebruik van condooms werd zelden vanuit eigen beweging voorgesteld. Daarnaast gaf de meerderheid van de mannen aan op het moment van bevraging geen condooms te gebruiken, en ook in het verleden gebeurde dit vaak niet consequent. Als verklaring hiervoor werd onder meer verwezen naar een verminderde beleving van seksueel genot bij condoomgebruik. Bovendien uitten enkele deelnemers twijfels over de betrouwbaarheid van condooms, onder meer door de mogelijkheid dat deze zouden scheuren of afglijden (De Kort & Van Eekert, 2025).

Binnen hetzelfde kwalitatieve onderzoek bleek eveneens dat vrouwen twijfelen aan het vermogen van mannen om de ernst van de verantwoordelijkheid voor het voorkomen van een ongewenste zwangerschap correct in te schatten en serieus te nemen. Hoewel de mannelijke deelnemers erkenden dat anticonceptie binnen de bredere maatschappelijke context vaak wordt beschouwd als een verantwoordelijkheid van vrouwen, gaven vrijwel alle participanten aan dat mannen volgens hen medeverantwoordelijk zouden moeten zijn voor het voorkomen van een ongewenste zwangerschap.

Deze normatieve overtuiging vertaalde zich echter slechts beperkt in concrete betrokkenheid in de praktijk. Slechts een minderheid van de mannen gaf aan actief bij te dragen aan de anticonceptiestrategie binnen hun partnerrelatie of bij occasionele seksuele contacten. In langdurige relaties bleken mannen doorgaans wel geïnformeerd over de anticonceptiemethode die hun partner gebruikte, maar hun betrokkenheid bleef beperkt tot een eerder passieve en ondersteunende rol. Daarnaast verwezen verschillende deelnemers expliciet naar het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw. Aangezien zij het fysieke risico op zwangerschap draagt en anticonceptie rechtstreeks ingrijpt op haar lichaam, vonden de mannen dat de uiteindelijke keuze voor een anticonceptiemethode primair bij de vrouw behoort te liggen. Deze redenering legitimeerde in bepaalde gevallen ook hun eigen beperkte actieve betrokkenheid. De participanten van dit onderzoek zijn grotendeels witte cisgender mannen uit de lage tot hoge middenklasse, die mogelijk sneller informatie zullen opzoeken, vragen stellen over anticonceptie en eerder van mening zijn dat hierover gesproken moet worden. De noden van groepen voor wie het thema minder bespreekbaar is, blijven hierdoor onderbelicht. Er zou diepgaand kwalitatief onderzoek moeten gebeuren bij specifieke subgroepen om meer inzicht te krijgen in hun perspectieven en ervaringen. Ten slotte is het mogelijk dat er sociaal wenselijk werd geantwoord, aangezien geen enkele man in deze studie aangaf helemaal niet open te staan voor mannelijke anticonceptie. Daarnaast kan de positie van het instituut mogelijk ook invloed hebben gehad op de sociaal wenselijke antwoorden (De Kort & Van Eekert, 2025).

Gezamenlijke besluitvorming rond anticonceptie wordt beschouwd als een vorm van partnergerichte zorg, waarbij beide partners actief betrokken worden bij het maken van keuzes over anticonceptiemethoden. Zorgverleners kunnen het koppel helpen bij het kiezen van anticonceptie binnen hun waarden, behoeften en prioriteiten. Het creëert daarnaast ook ruimte voor open communicatie over effectiviteit, bijwerkingen en andere factoren. Actieve betrokkenheid van beide partners in dit proces wordt geassocieerd met meer gedragen keuzes en een versterkt vertrouwen binnen de relatie. Koppels kunnen worden aangemoedigd om openlijk met elkaar te communiceren over zowel mannelijke als vrouwelijke anticonceptiemogelijkheden. Hierbij is het aangewezen dat zorgverleners informatie geven over de verschillende soorten methoden en wat de voor- en nadelen zijn. Ook de behoeften en voorkeuren van beide partners moeten beoordeeld worden, zoals hun toegang tot gezondheidszorg, persoonlijke ervaringen met bijwerkingen en praktische drempels zoals kosten of bereikbaarheid van de zorg. Door samen met het koppel te streven naar gezamenlijke besluitvorming en dit proces op te volgen, kan een anticonceptiekeuze worden gemaakt die beter aansluit bij de situatie en verwachtingen van beide partners (Wang et al., 2024). Er wordt verwacht dat, vanaf het een normaal gesprek wordt voor mannen om betrokken te zijn bij anticonceptie, er

steeds meer mannen geïnteresseerd zullen zijn (Male Contraceptive Initiative, z.d.). Daarnaast zal de vraag naar de methoden stijgen vanaf er een groeiend publiek bewustzijn is (Page et al., 2022).

2.6 Obstakels en uitdagingen

Toch blijft de toepassing van hormonale anticonceptie voor mannen in de dagelijkse klinische praktijk tot op heden beperkt. Dat is het gevolg van verschillende obstakels zoals de lastige toedieningsvormen, de beperkte werkzaamheid bij sommige mannen, bezorgdheden rond veiligheid, de hoge kosten van bestaande preparaten en het gebrek aan voldoende interesse vanuit de farmaceutische industrie (Sokolakis et al., 2022). De afweging tussen risico's en baten bij anticonceptie verschilt bovendien tussen mannen en vrouwen. Waar vrouwen bijwerkingen afwegen tegenover het risico op een ongewenste zwangerschap, ligt deze afweging voor mannen anders, wat hun tolerantie voor mogelijke bijwerkingen kan beïnvloeden (Page et al., 2022). Hoewel de meeste mannen in de beschikbare onderzoeken voorstander waren, werd de houding genuanceerder wanneer ze geconfronteerd worden met factoren zoals bijwerkingen, de toedieningsvorm en gebruiksgemak. De grootste struikelblokken die werden genoemd waren de hoge kosten en de bijwerkingen. De bereidheid om de bijwerkingen te verdragen was laag, namelijk minder dan 10% van de deelnemers (Martins & Boraas, 2023).

Naast praktische en medische uitdagingen spelen ook maatschappelijke factoren een rol. Tijdens gesprekken met mannen kwam naar voren dat sociale normen, patriarchale systemen en de rol van het medische en farmaceutische systeem de huidige ongelijkheid in verantwoordelijkheden voor anticonceptie tussen mannen en vrouwen in stand houden. Sommige mannen gaven aan dat een verandering in mentaliteit en aanpassing van deze systemen nodig is voordat mannelijke anticonceptie effectief op de markt kan komen en daadwerkelijk gebruikt zal worden (De Kort & Van Eekert, 2025). Mannelijke (niet-)hormonale anticonceptie lijkt dus veelbelovend, maar er zijn nog verschillende uitdagingen die overwonnen moeten worden voordat deze methoden op de markt gebracht kunnen worden. Verder onderzoek is essentieel (Male Contraceptive Initiative, z.d.). Denk hierbij aan het minimaliseren van bijwerkingen, het aantrekken van voldoende financiering en het voldoen aan de strikte eisen rond veiligheid en werkzaamheid. Gedurende de volgende fasen van onderzoek en ontwikkeling kan prioriteit gegeven worden aan het verlagen van de kosten en het garanderen van een gelijkwaardige toegang voor alle bevolkingsgroepen. Toekomstig onderzoek zou ook kunnen nagaan welke prijsdrempels mannen als aanvaardbaar beschouwen (Martins & Boraas, 2023).

3 Doelstellingen van het onderzoek

Hoewel er internationaal al verschillende studies zijn uitgevoerd naar de attitudes tegenover mannelijke anticonceptie, is er over de context van Nederlandstaligen in België nog weinig bekend. Er bestaat momenteel geen systematisch inzicht in hoe Nederlandstalige burgers in België tegenover deze mogelijke anticonceptievormen staan. Deze vastgestelde lacune in bestaande literatuur vormt de aanleiding voor het huidige onderzoek. Dit onderzoek zal zich richten op de centrale onderzoeksvraag: “Wat zijn de ideeën en verwachtingen over mannelijke (niet-)hormonale anticonceptie bij Nederlandstaligen in België?”

1. Om deze hoofdvraag te beantwoorden, worden de volgende bijvragen onderzocht: “Wat is de houding van Nederlandstaligen in België ten opzichte van de rol van mannen in reproductieve gezondheid en gezinsplanning?”
2. “Welke factoren beïnvloeden de bereidheid van mannen om gebruik te maken van mannelijke anticonceptie?”
3. “In hoeverre vertrouwen vrouwen erop dat hun partner mannelijke anticonceptie correct gebruikt?”

4 Methoden

4.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek was een exploratief, kwantitatief en beschrijvend onderzoek om inzicht te krijgen in de ideeën en verwachtingen rond mannelijke (niet-)hormonale anticonceptie bij Vlamingen.

4.2 Onderzoekspopulatie en rekrutering

De onderzoekspopulatie bestond uit Nederlandstalige volwassenen die woonachtig waren in België. Personen die minderjarig waren of niet in België verbleven, werden uitgesloten van deelname. Het streefdoel voor de steekproef was om zoveel mogelijk participanten te werven om een brede en gevarieerde steekproef te bekomen, in overeenstemming met het exploratieve karakter van het onderzoek.

De rekrutering van participanten gebeurde via de verspreiding van de vragenlijst op sociale mediaplatformen (zoals Facebook, Instagram en LinkedIn), een oproep op Intranet UZ Leuven en door het ophangen van affiches op openbare plaatsen (zoals wachtkamers van artspraktijken, universiteitsgangen en bibliotheken). Deze methoden werden gebruikt om een breed scala aan respondenten te bereiken en om diverse groepen bij het onderzoek te betrekken. Er werd gebruik gemaakt van een convenience sample op basis van vrijwillige deelname. Voorafgaand aan de deelname aan de vragenlijst werden de participanten geïnformeerd over het doel van het onderzoek en over de geïnformeerde toestemming. Dit werd gedaan om transparantie te waarborgen en de deelnemers een goed begrip van het onderzoeksproces te geven. De deelnemers kregen ook informatie over de vrijwillige aard van hun deelname en hun recht om zich op elk moment terug te trekken. De vragenlijst werd volledig anoniem afgenomen en duurde een vijftal minuten. Er werden geen persoonsgegevens verzameld waarmee deelnemers direct konden worden geïdentificeerd, zoals namen of e-mailadressen. De gevraagde achtergrondkenmerken (zoals leeftijd, geslacht en woonplaats) waren algemeen en niet herleidbaar tot een individuele persoon.

Het onderzoek voldeed aan de ethische normen en richtlijnen volgens de Onderwijs-Begeleidingscommissie KU Leuven (OBC, MP035970).

4.3 (Meet)instrument

Om een algemeen beeld te krijgen van de ideeën en verwachtingen rondom mannelijke hormonale en niet-hormonale anticonceptie, werd gebruik gemaakt van een online vragenlijst via LimeSurvey. De vragenlijst bestond deels uit items die gebaseerd zijn op eerder gepubliceerde vragenlijsten, met name uit het onderzoek van Richard et al. (2022) en Nguyen & Jacobsohn (2023). Aanvullende items werden door de onderzoeker opgesteld op basis van bevindingen uit relevante literatuur (Glasier, 2010; Male Contraceptive Initiative, z.d.; Martins & Boraas, 2023; Nguyen, 2024; Sax et al., 2021; Sokolakis, 2022; Thirumalai & Amory, 2021).

De vragen werden onderverdeeld in vijf secties: (1) demografische gegevens, (2) kennis over hormonale en niet-hormonale mannelijke anticonceptie, (3) genderrollen en gezinsplanning (voor alle respondenten), (4) bereidheid tot het gebruik van mannelijke anticonceptie (enkel voor mannen) en (5) het vertrouwen in gebruik door de partner (enkel voor vrouwen) en (6) het niet-gebruik van anticonceptie.

Binnen de demografische sectie werden onder meer leeftijd, opleidingsniveau, relatiestatus, het hebben van kinderen, kinderwens en seksueel gedrag bevraagd. Leeftijd werd bevraagd als een continue variabele in jaren. Seksueel gedrag werd gemeten aan de hand van een vraag naar het geslacht van de seksuele partner(s) met wie respondenten voornamelijk seksueel contact hadden (mannen, vrouwen, beide, geen seksueel contact of liever niet zeggen). Deze vraag had uitsluitend betrekking op gerapporteerd seksueel gedrag en niet op seksuele voorkeur, identiteit of oriëntatie. In deze studie worden dan ook geen conclusies getrokken over seksuele oriëntatie op basis van deze variabele.

De meeste items werden gemeten aan de hand van een vijfpuntsschaal (Likert schaal), variërend van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. Daarnaast werden voor sommige vragen dichotome antwoordopties (ja/nee) gebruikt, evenals rangordevragen waarbij respondenten items moesten ordenen op basis van belangrijkheid.

4.4 Data-analyse

De data werden geanalyseerd met behulp van IBM SPSS Statistics (versie 30.0). Respondenten die minderjarig waren of niet in België woonden, werden uitgesloten van verdere analyses. Zowel volledig als gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten werden meegenomen in de analyses, op voorwaarde dat minstens een inhoudelijke vraag werd beantwoord, namelijk 'Ik heb al gehoord van onderzoek naar mannelijke hormonale anticonceptie (bijv. pil, injectie, gel)'. Ontbrekende waarden werden niet meegenomen, analyses werden uitgevoerd op basis van geldige observaties.

Eerst werden descriptieve analyses uitgevoerd om de verdeling van de antwoorden in kaart te brengen, waaronder frequenties en percentages. Vervolgens werden datatransformaties toegepast om de data voor verdere analyses voor te bereiden. Daarbij werden nieuwe samengestelde variabelen gecreëerd op basis van relevante achtergrondkenmerken, waaronder gezinssituatie (combinatie van kindwens en het hebben van kinderen) en seksueel gedrag (combinatie van geslacht en de vraag 'met wie heb je meestal seks?'). Voor de gecombineerde analyse van gezinssituatie werden respondenten met kinderen én een actieve kindwens uitgesloten ($n = 29$), omwille van de beperkte groepsgroottes en de daaruit voortvloeiende beperkingen van betrouwbare statistische analyses.

Leeftijd werd voor de analyses gecategoriseerd in twee groepen (<30 jaar en ≥ 30 jaar) om voldoende aantallen per categorie te garanderen voor statistische analyses. Om dezelfde reden werden ook opleidingsniveau en relatiestatus heringedeeld van drie naar twee categorieën. Bij analyses waarin geslacht werd gebruikt, werden enkel de categorieën 'man' en 'vrouw' opgenomen. Respondenten die zich identificeerden als 'X' werden omwille van het zeer beperkte aantal ($n = 4$) niet meegenomen in de analyses.

De resultaten worden gepresenteerd volgens een vaste analytische volgorde. Na de steekproefbeschrijving werden eerst de algemene antwoordverdelingen (frequenties en percentages) van de inhoudelijke vragen in kaart gebracht. Vervolgens werden kruisanalyses uitgevoerd voor de verschillende inhoudelijke secties van de vragenlijst, namelijk kennis over mannelijke anticonceptie, attitudes rond anticonceptieverantwoordelijkheid, bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie, vertrouwen in correct gebruik door de partner en het niet-gebruik van anticonceptie. Voor het niet-gebruik van anticonceptie werd de antwoordcategorie 'geen anticonceptie' uit de meerkeuzevraag gekruist met sociodemografische kenmerken.

Bij de kruisanalyses werden de antwoorden op de inhoudelijke vragen gekruist met de sociodemografische (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, relatiestatus, het hebben van kinderen, kindwens) en samengestelde variabelen (seksueel gedrag en gezinssituatie). Voor het analyseren van verschillen tussen groepen werden chi-kwadraattoetsen uitgevoerd. Wanneer de assumpties voor de chi-kwadraattoets niet werden voldaan, werden Fisher-Freemans-Halton exacttoetsen toegepast. Resultaten werden als statistisch significant beschouwd bij een p-waarde kleiner dan 0,05 ($p < 0,05$).

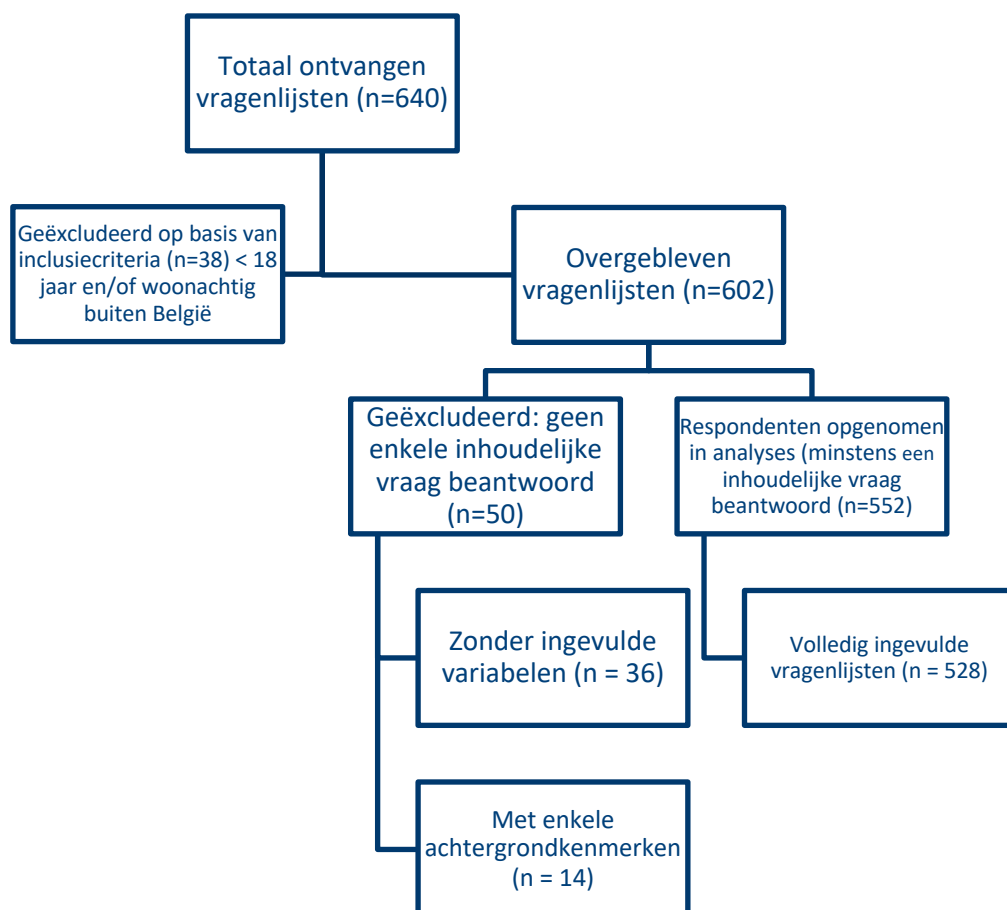
5 Resultaten

5.1 Steekproefbeschrijving

In totaal werden 640 vragenlijsten ontvangen. Respondenten die minderjarig waren of niet in België woonden, werden geëxcludeerd ($n = 38$). Daarnaast werden respondenten die geen enkele inhoudelijke vraag beantwoordden niet opgenomen in de analytische steekproef ($n = 50$). Van de 50 uitgesloten respondenten hadden 36 geen enkele sociodemografische variabele ingevuld. De uiteindelijke analytische steekproef bestond uit 552 respondenten die minstens een inhoudelijke vraag invulden. Het merendeel van de respondenten ($n = 528$) vulde de vragenlijst volledig in. De selectieprocedure wordt schematisch weergegeven in Figuur 2.

Figuur 2.

Overzicht van de selectie van respondenten voor de analyses



Noot. Respondenten werden opgenomen in de analyses indien zij minstens een inhoudelijke vraag beantwoordden. Respondenten zonder enige ingevulde variabelen ($n = 36$) konden niet worden opgenomen in beschrijvende tabellen.

Tabel 1 geeft een overzicht van de demografische kenmerken van de respondenten, zowel voor de volledige steekproef als voor de respondenten die minstens een inhoudelijke vraag invulden. De steekproef bestond grotendeels uit vrouwen, jongere mensen en hoogopgeleiden, die geen kinderen hadden en voornamelijk seksueel contact hadden met het andere geslacht.

Tabel 1.

Overzicht van steekproefkenmerken voor alle respondenten (N = 566), respondenten die minstens 1 inhoudelijke vraag hebben ingevuld (N = 552) en deelnemers die geen inhoudelijke vragen hebben ingevuld (N = 14)

Kenmerk	TOTAAL (N = 566) n (%)	Respondenten die minstens 1 inhoudelijke vraag hebben ingevuld (N = 552) n (%)	Deelnemers die geen enkele inhoudelijke vraag invulden (N = 14) n (%)
Geslacht	N = 566	N = 552	N = 14
Vrouw	382 (67,5)	375 (67,9)	7 (50)
Man	180 (31,8)	173 (31,3)	7 (50)
X	4 (0,7)	4 (0,7)	0
Leeftijd	N = 566	N = 552	N = 14
18-25	323 (57,1)	317 (57,4)	6 (42,9)
26-35	152 (26,9)	149 (27,0)	3 (21,4)
36-45	38 (6,7)	35 (6,3)	3 (21,4)
46-55	33 (5,8)	31 (5,6)	2 (14,3)
56+	20 (3,5)	20 (3,6)	0 (0)
Provincie	N = 566	N = 552	N = 14
Vlaams-Brabant	290 (51,2)	287 (52,0)	3 (21,4)
Antwerpen	103 (18,2)	97 (17,6)	6 (42,9)
Limburg	77 (13,6)	74 (13,4)	3 (21,4)
Oost-Vlaanderen	54 (9,5)	54 (9,8)	0 (0)
West-Vlaanderen	25 (4,4)	25 (4,5)	0 (0)
Brussel	12 (2,1)	10 (1,8)	2 (14,3)
Waals-Brabant	5 (0,8)	5 (0,9)	0 (0)
Opleidingsniveau	N = 558	N = 544	N = 14
Secundair	93 (16,7)	91 (16,7)	2 (14,3)
Hoger, niet-universitair	178 (31,9)	174 (32,0)	4 (28,6)
Universitair	287 (51,4)	279 (51,3)	8 (57,1)
Relatiestatus	N = 562	N = 548	N = 14
Single	191 (34,0)	186 (33,9)	5 (35,7)
In een relatie	290 (51,6)	286 (52,2)	4 (28,6)
Getrouwd	81 (14,4)	76 (13,9)	5 (35,7)
Seksuele partner	N = 563	N = 549	N = 14
Mannen	350 (62,2)	344 (62,7)	6 (42,9)
Vrouwen	171 (30,4)	166 (30,2)	5 (35,7)
Beide	11 (2,0)	10 (1,8)	1 (7,1)

Nog nooit geslachtsgemeenschap gehad	27 (4,8)	26 (4,7)	1 (7,1)
Zeg ik liever niet	4 (0,7)	3 (0,5)	1 (7,1)
Kinderen	N = 566	N = 552	N = 14
Ja	109 (19,3)	105 (19,0)	4 (28,6)
Nee	457 (80,7)	447 (81,0)	10 (71,4)
Kinderwens	N = 565	N = 552	N = 13
Ja	377 (66,7)	371 (67,2)	6 (46,2)
Nee	188 (33,3)	181 (32,8)	7 (53,8)
Anticonceptie*	N = 567	N = 552	
Combinatiepil	195 (34,4)	191 (34,6)	
Condoom	178 (31,4)	172 (31,2)	
Geen	91 (16,0)	89 (16,1)	
Hormonale spiraal	75 (13,2)	75 (13,6)	
Minipil	44 (7,8)	42 (7,6)	
Anticonceptiering	26 (4,6)	25 (4,5)	
Vasectomie	22 (3,9)	20 (3,6)	
Hormonale implantaat	17 (3,0)	17 (3,1)	
App	17 (3,0)	17 (3,1)	
Koperspiraal	15 (2,6)	14 (2,5)	
Andere	12 (2,1)	12 (2,2)	
Prikpil	7 (1,2)	7 (1,3)	
Anticonceptiepleister	7 (1,2)	7 (1,3)	
Sterilisatie	5 (0,9)	5 (0,9)	
Vrouwencondoom	0 (0,0)	0 (0,0)	

Noot. Waarden worden weergegeven als absolute aantallen met bijbehorende percentages. Het aantal geldige observaties verschilt per variabele door ontbrekende waarden. Voor de groep uitgesloten respondenten waren niet alle achtergrondkenmerken beschikbaar, aangezien deze respondenten vroegtijdig de vragenlijst verlieten. Van de 50 uitgesloten respondenten hadden 36 geen enkele inhoudelijke variabele ingevuld en konden daardoor niet worden opgenomen in de tabel.

*Meerdere antwoorden waren mogelijk voor deze vraag, percentages tellen daarom niet op tot 100%.

5.2 Algemene verdeling per sectie

5.2.1 Algemene antwoordverdeling voor kennis over bestaande en toekomstige vormen van anticonceptie

Tabel 2 geeft een overzicht van de kennis van de respondenten over bestaande en toekomstige vormen van anticonceptie. Een ruime meerderheid van de respondenten aangaven gaf aan gehoord te hebben van onderzoek naar hormonale anticonceptie, zoals een pil, injectie of gel (76,6%). De bekendheid met niet-hormonale opties lag beduidend lager, slechts 35,3% van de respondenten gaf

aan hiervan gehoord te hebben. Ondanks deze algemene bekendheid, voelde slechts een kleine minderheid zich voldoende op de hoogte van de bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie (11,4%), terwijl 88,6% aangaf zich onvoldoende geïnformeerd te voelen

Tabel 2.

Kennis over mannelijke (niet-)hormonale anticonceptie

Stelling	n (%)
Ik heb al gehoord van onderzoek naar mannelijke hormonale anticonceptie (bijv. pil, injectie, gel). (N = 552)	
Ja	423 (76,6)
Nee	129 (23,4)
Ik heb al gehoord dat er ook niet-hormonale opties voor mannelijke anticonceptie in ontwikkeling zijn. (N = 552)	
Ja	195 (35,3)
Nee	357 (64,7)
Ik voel me voldoende op de hoogte van de bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie. (N = 551)	
Ja	63 (11,4)
Nee	488 (88,6)

5.2.2 Algemene antwoordverdeling voor stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid

De eerste onderzoeksvraag onderzocht de houding van de Nederlandstalige bevolking in België ten opzichte van de rol van mannen in reproductieve gezondheid en gezinsplanning. Tabel 3 toont de algemene antwoordverdeling voor stellingen met betrekking tot anticonceptieverantwoordelijkheid, waaronder de mate waarin respondenten zich verantwoordelijk voelen voor het gebruik van anticonceptie, hoe zij de verdeling van deze verantwoordelijkheid tussen partners en geslachten percipiëren en hoeverre zij vinden dat beslissingen hierover gezamenlijk genomen moeten worden. Een meerderheid van de respondenten gaf aan zich (helemaal) verantwoordelijk te voelen voor het gebruik van anticonceptie bij seksueel contact (83,7%). Daarnaast gaf een meerderheid aan dat beslissingen over anticonceptie binnen het koppel samen genomen moeten worden (84,9%). Tegelijkertijd waren de meeste respondenten het (helemaal) oneens met de stelling dat het gebruik van anticonceptie voornamelijk de verantwoordelijkheid van de vrouw is (77,1%) . Daartegenover gaf een ruime meerderheid aan dat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie gelijk verdeeld moet zijn tussen mannen en vrouwen (84,9%). Ook gaf meer dan drie kwart van de respondenten aan dat de maatschappij te veel verwacht dat vrouwen de hoofdverantwoordelijkheid dragen voor anticonceptie (89,6%). De antwoorden op de stelling over actieve betrokkenheid van mannen bij

anticonceptiebeslissingen waren overwegend positief. Zo gaf 79,6% van de respondenten aan het hiermee (helemaal) eens te zijn, terwijl 4,7% het hiermee (helemaal) oneens was.

Tabel 3.

Algemene antwoordverdeling voor stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid

Stelling	Helemaal oneens n (%)	Oneens n (%)	Neutraal n (%)	Eens n (%)	Helemaal eens n (%)
Ik voel mij verantwoordelijk om anticonceptie te gebruiken bij seksueel contact. (N = 529)	17 (3,2)	24 (4,5)	45 (8,5)	208 (39,3)	235 (44,4)
Het is belangrijk dat een koppel samen beslist welke anticonceptiemiddelen ze gebruiken. (N = 529)	5 (0,9)	22 (4,2)	53 (10,0)	199 (37,6)	250 (47,3)
Het gebruik van anticonceptie is voornamelijk de verantwoordelijkheid van de vrouw. (N = 529)	188 (35,5)	220 (41,6)	67 (12,7)	45 (8,5)	9 (1,7)
De verantwoordelijkheid voor anticonceptie moet gelijk verdeeld zijn tussen mannen en vrouwen. (N = 529)	2 (0,4)	19 (3,6)	59 (11,2)	188 (35,5)	261 (49,3)
De maatschappij verwacht te veel dat vrouwen de hoofdverantwoordelijkheid dragen. (N = 529)	3 (0,6)	14 (2,6)	38 (7,2)	178 (33,6)	296 (56,0)
Mannen moeten actief betrokken worden bij beslissingen over anticonceptie binnen een relatie. (N = 529)	1 (0,2)	24 (4,5)	83 (15,7)	248 (46,9)	173 (32,7)

Noot. Waarden worden weergegeven als absolute aantallen met bijbehorende percentages.

5.2.3 Algemene antwoordverdeling van de bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie bij mannen

De tweede onderzoeksvraag had tot doel te onderzoeken welke factoren de bereidheid van mannen beïnvloeden om gebruik te maken van mannelijke anticonceptie. Tabel 4 toont de algemene antwoordverdeling voor de stelling over de bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken. Bij de stelling over de bereidheid tot gebruik gaf een ruime meerderheid van de

respondenten aan bereid te zijn deze te gebruiken indien zij beschikbaar, veilig en betrouwbaar zou zijn. In totaal was 78,0% het hiermee (helemaal) eens, terwijl 10,7% het hiermee (helemaal) oneens was. Daarnaast nam 11,3% een neutrale positie in. Wat betreft de invloed van de sociale omgeving gaf een meerderheid van de respondenten aan dat de mening van partner, familie of vrienden invloed heeft op hun beslissing, waarbij 48,4% aangaf het (helemaal) eens te zijn met deze stelling. Ongeveer een derde van de respondenten was (helemaal) oneens (31,5%), terwijl 20,1% een neutraal standpunt innam. Voor de stelling over het belang van controle over anticonceptie gaf een duidelijke meerderheid van de respondenten aan dat dit belangrijk is. Meer dan acht op tien respondenten gaf aan het (helemaal) eens te zijn (86,7%), tegenover slechts een zeer klein aandeel dat het (helemaal) oneens was (2,6%).

Tabel 4.

Bereidheid van mannen tot gebruik van mannelijke anticonceptie

Stelling	Helemaal oneens n (%)	Oneens n (%)	Neutraal n (%)	Eens n (%)	Helemaal eens n (%)
Als mannelijke anticonceptie beschikbaar, veilig en betrouwbaar zou zijn, zou ik bereid zijn deze te gebruiken (N = 159)	10 (6,3)	7 (4,4)	18 (11,3)	75 (47,2)	49 (30,8)
De mening van mijn partner, familie of vrienden heeft invloed op mijn beslissing om mannelijke anticonceptie te gebruiken (N = 159)	23 (14,5)	27 (17,0)	32 (20,1)	58 (36,5)	19 (11,9)
De mate van controle die ik zelf heb over het gebruik van anticonceptie is belangrijk voor mij (N = 159)	2 (1,3)	2 (1,3)	17 (10,7)	81 (50,9)	57 (35,8)

Noot. Waarden worden weergegeven als absolute aantallen met bijbehorende percentages.

5.2.4 Algemene antwoordverdeling van de rangordeverdeling van eigenschappen van anticonceptie

Tabel 5 laat zien dat betrouwbaarheid en omkeerbaarheid het vaakst als belangrijkste eigenschappen van anticonceptie worden gerangschikt. Weinig of geen bijwerkingen wordt voornamelijk op rang 2 en 3 geplaatst. Makkelijk in gebruik en lage kostprijs worden daarentegen vaker op lagere rangen (rang 4 en 5) gerangschikt.

Tabel 5.*Rangordeverdeling van eigenschappen van anticonceptie*

Eigenschap	Rang 1 (%)	Rang 2 (%)	Rang 3 (%)	Rang 4 (%)	Rang 5 (%)
Betrouwbaarheid	71 (44,7)	50 (31,4)	30 (18,9)	5 (3,1)	3 (1,9)
Omkeerbaarheid	64 (40,3)	32 (20,1)	34 (21,4)	13 (8,2)	16 (10,1)
Weinig/geen bijwerkingen	20 (12,6)	57 (35,8)	46 (28,9)	20 (12,6)	16 (10,1)
Makkelijk in gebruik	3 (1,9)	15 (9,4)	28 (17,6)	69 (43,4)	44 (27,7)
Lage kostprijs	1 (0,6)	5 (3,1)	21 (13,2)	52 (32,7)	80 (50,3)

Noot. N = 159. Respondenten rangschikten de eigenschappen van 1 (belangrijkst) tot 5 (minst belangrijk). Waarden worden weergegeven als absolute aantallen met bijhorende percentages

5.2.5 Algemene antwoordverdeling voor stellingen over vertrouwen in gebruik door de partner

De laatste onderzoeksvraag onderzocht in hoeverre vrouwen hun partner vertrouwen in het correct gebruik van mannelijke anticonceptie. Tabel 6 geeft een overzicht van de antwoordverdelingen voor de stellingen over het vertrouwen van vrouwen in het correct gebruik van mannelijke anticonceptie door hun partner. Voor de meeste stellingen gaf een meerderheid van de respondenten aan het (helemaal) eens te zijn met de uitspraken. Zo rapporteerde 86,3% dat zij het positief zouden vinden als een veilige en betrouwbare mannenpil beschikbaar zou zijn en door de partner gebruikt zou worden. 61,3% gaf aan vertrouwen te hebben in correct gebruik door de partner.

Voor de stelling dat het gebruik van mannelijke anticonceptie het vertrouwen in gezamenlijke gezinsplanning zou vergroten, gaf een relatief groot aandeel een neutraal antwoord (43,7%). Daarnaast gaf 41,2% van de respondenten aan zich zorgen te maken over mogelijk incorrect gebruik door de partner. Tot slot gaf 52,1% aan liever zelf anticonceptie te blijven gebruiken om zekerheid te behouden over correct gebruik.

Tabel 6.

Algemene antwoordverdeling voor stellingen over het vertrouwen van vrouwen in het gebruik van mannelijke anticonceptie door de partner

Stelling	Helemaal oneens n (%)	Oneens n (%)	Neutraal n (%)	Eens n (%)	Helemaal eens n (%)
Als een veilige en betrouwbare mannenpil beschikbaar zou zijn, zou ik het positief vinden als mijn partner deze zou gebruiken. (N = 357)	3 (0,8)	8 (2,2)	38 (10,6)	160 (44,8)	148 (41,5)
Ik vertrouw erop dat mijn partner mannelijke anticonceptie correct zal gebruiken. (N = 357)	5 (1,4)	56 (15,7)	77 (21,6)	155 (43,4)	64 (17,9)
Het gebruik van mannelijke anticonceptie door mijn partner zou mijn vertrouwen in gezamenlijke gezinsplanning vergroten. (N = 357)	6 (1,7)	33 (9,2)	156 (43,7)	127 (35,6)	35 (9,8)
Ik maak me zorgen dat mijn partner anticonceptie niet op de juiste manier zal gebruiken	40 (11,2)	108 (30,3)	62 (17,4)	121 (33,9)	26 (7,3)
Ik zou liever zelf anticonceptie blijven gebruiken om zeker te zijn van correct gebruik. (N = 357)	24 (6,7)	67 (18,8)	80 (22,4)	144 (40,3)	42 (11,8)

Noot. Waarden worden weergegeven als absolute aantallen met bijbehorende percentages.

5.3 Verschillen tussen groepen per sectie

In dit onderdeel worden verschillen tussen sociodemografische groepen onderzocht voor de kernvariabelen van dit onderzoek, namelijk kennis over mannelijke anticonceptie, anticonceptieverantwoordelijkheid, de bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken en het vertrouwen van vrouwen in het correct gebruik van mannelijke anticonceptie door hun partner. Deze verschillen worden geanalyseerd op basis van de volgende sociodemografische variabelen: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, relatiestatus, het hebben van kinderen, kinderwens, gezinssituatie en seksueel gedrag. Tabel 7 geeft een overkoepelend overzicht van het aantal significante verschillen per sociodemografische variabele over de verschillende domeinen heen. Leeftijd blijkt de meest consistente determinant, aangezien voor deze variabele in meerdere domeinen en voor een relatief groot aandel van de stellingen significante verschillen werden vastgesteld.

Tabel 7.

Overzicht van aantal significante verschillen per sociodemografische variabelen over de verschillende domeinen

Sociodemo grafische variabele	Kennis (n = 3)	Anticonceptie verantwoorde lijkheid (n = 6)	Bereidheid (n = 3)	Vertrouwen (n = 5)	Niet-gebruik (n = 1)	Totaal
Geslacht	1/3 (33%)	2/6 (33%)	0/3 (0%)	0/5 (0%)	0/1 (0%)	3
Leeftijd	2/3 (67%)	2/6 (33%)	0/3 (0%)	2/5 (40%)	1/1 (100%)	7
Opleidings niveau	1/3 (33%)	1/6 (17%)	1/3 (33%)	0/5 (0%)	0/1 (0%)	3
Relatiestat us	0/3 (0%)	0/6 (0%)	0/3 (0%)	1/5 (20%)	1/1 (100%)	2
Kinderen	0/3 (0%)	1/6 (17%)	0/3 (0%)	1/5 (20%)	0/1 (0%)	2
Kinderwens	0/3 (0%)	0/6 (0%)	1/3 (33%)	0/5 (0%)	1/1 (100%)	2
Gezinssitua tie	1/3 (33%)	1/6 (17%)	0/3 (0%)	0/5 (0%)	1/1 (100%)	3
Seksueel gedrag	0/3 (0%)	1/6 (17%)	0/3 (0%)	0/5 (0%)	1/1 (100%)	2

Noot. De weergegeven waarden geven het aantal stellingen/met een statistisch significant verschil ($p < .05$) weer ten opzichte van het aantal onderzochte stellingen per domein, weergegeven als fractie en percentage.

5.3.1 Verschillen rond kennis over mannelijke anticonceptie naar sociodemografische kenmerken

Tabel 8 geeft een overzicht van de sociodemografische variabelen waarvoor significante verschillen werden vastgesteld in stellingen over de kennis rond bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie. Hieronder worden deze verschillen per variabele verder toegelicht.

Tabel 8.

Significante verschillen in kennis over mannelijke anticonceptie naar sociodemografische kenmerken

Sociodemografische variabele	Stelling	Groep	Ja (%)	Nee (%)	p-waarde
Geslacht	Gehoord van onderzoek naar hormonale anticonceptie	Man	67,6	32,4	$p < .001^{a***}$
		Vrouw	81,1	18,9	
Leeftijd	Gehoord van onderzoek naar hormonale anticonceptie	<30 jaar	80,9	19,1	$p < .001^{a***}$
		≥30 jaar	64,6	35,4	
Opleidingsniveau	Gehoord van onderzoek naar hormonale anticonceptie	Laag	63,7	36,3	$p = .001^{a***}$
		Hoog	79,2	20,8	
Gezinssituatie	Gehoord van onderzoek naar hormonale anticonceptie	Geen kinderen, geen kinderwens	86,5	13,5	$p < .001^{a***}$
		Compleet gezin	51,9	48,1	
Leeftijd	Gehoord van niet-hormonale opties voor mannelijke anticonceptie in ontwikkeling	<30 jaar	38,2	61,8	$p = .016^{a*}$
		≥30 jaar	27,1	72,9	

Noot. Enkel stellingen waarvoor een statistisch significant verschil ($p < .05$) werd vastgesteld zijn opgenomen. De weergegeven percentages voor ‘(helemaal) eens’ en ‘(helemaal) oneens’ zijn gebaseerd op samengevoegde antwoordcategorieën. a = p-waarde berekend met de Pearson Chi-kwadraattoets, b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Volledige antwoordverdelingen zijn beschikbaar in Supplementaire Tabellen A1-A3.

Vrouwen gaven vaker aan gehoord te hebben van onderzoek naar hormonale mannelijke anticonceptie dan mannen (81,1% vs 67,7%). Dit verschil was statistisch significant ($p < .001$). Daarnaast gaven respondenten jonger dan 30 jaar vaker aan gehoord te hebben van onderzoek naar hormonale mannelijke anticonceptie dan respondenten van 30 jaar of ouder, wat eveneens statistisch significant verschil was ($p < .001$; Suppl. Tabel A1).

Wat kennis over van niet-hormonale opties voor mannelijke anticonceptie betreft, werd geen significant verschil tussen mannen (33,5%) en vrouwen (36,3%) gevonden ($p = .533$; *Suppl. Tabel A2*). Respondenten jonger dan 30 jaar gaven daarentegen vaker aan gehoord te hebben van niet-hormonale opties voor mannelijke anticonceptie dan respondenten 30 jaar of ouder (32,8% vs 27,1%). Dit verschil was statistisch significant ($p = .016$; *Suppl. Tabel A2*).

Ten slotte werd geen significant verschil vastgesteld tussen mannen (13,9%) en vrouwen (10,4%) in de mate waarin zij aangaven zich voldoende op de hoogte te voelen van de bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie ($p = .241$; *Suppl. Tabel A3*). Voor leeftijdsgroep werd geen significant verschil gevonden tussen respondenten jonger dan 30 jaar (12,0%) en respondenten van 30 jaar of ouder (9,7%; $p = .453$; *Suppl. Tabel A3*).

5.3.2 Verschillen rond anticonceptieverantwoordelijkheid naar sociodemografische kenmerken

Tabel 9 geeft een overzicht van de sociodemografische variabelen waarvoor significante verschillen werden vastgesteld in stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid. Hieronder worden deze verschillen per variabele verder toegelicht.

Tabel 9.*Significante verschillen in stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid*

Sociodemografische variabele	Stelling	Groep	(Helemaal) eens (%)	(Helemaal) oneens (%)	p-waarde
Geslacht	Persoonlijke verantwoordelijkheid voor anticonceptie	Man	73,3	10,6	$p < .001^{a**}$ *
		Vrouw	88,5	6,6	
Geslacht	Maatschappelijke verwachting dat vrouwen hoofdverantwoordelijkheid dragen	Man	74,5	8,7	$p < .001^{b**}$ *
		Vrouw	96,4	0,6	
Leeftijd	Belang van gezamenlijke besluitvorming	<30 jaar	83,0	5,6	$p = .034^{a*}$
Leeftijd	Actieve betrokkenheid van mannen bij anticonceptiebeslissingen	≥30 jaar	90,0	3,6	
		<30 jaar	75,8	6,4	$p < .001^{b**}$ *
Opleidingsniveau	Belang van gezamenlijke besluitvorming	≥30 jaar	90,0	0,0	
		Laag	80,2	2,4	$p < .001^{b**}$ *
Kinderen	Belang van gezamenlijke besluitvorming	Hoog	86,0	5,5	
		Ja	92,3	3,9	$p = .045^{b*}$
Gezinssituatie	Belang van gezamenlijke besluitvorming	Nee	83,1	5,4	
		Compleet gezin	90,7	4,0	$p = .045^{b*}$
		Geen compleet gezin	83,9	5,4	
Seksueel gedrag	Persoonlijke verantwoordelijkheid voor anticonceptie	Zelfde geslacht	44,4	44,5	$p < .001^{b**}$ *
		Ander geslacht	84,8	6,4	

Noot. Enkel stellingen waarvoor een statistisch significant verschil ($p < .05$) werd vastgesteld zijn opgenomen. De weergegeven percentages voor ‘(helemaal) eens’ en ‘(helemaal) oneens’ zijn gebaseerd op samengevoegde antwoordcategorieën. a = p-waarde berekend met de Pearson Chi-kwadraattoets, b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Volledige antwoordverdelingen zijn beschikbaar in Supplementaire Tabellen B1-B6.

Er werden significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen voor het merendeel van de stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid (Suppl. Tabellen B1-B5). Uitzondering hierop was de stelling over actieve betrokkenheid van mannen bij beslissingen over anticonceptie, waarvoor geen

significant resultaat werd vastgesteld ($p = .567$; Suppl. Tabel B6). Vrouwen rapporteerden vaker dan mannen volledige instemming met de stelling dat zij zich verantwoordelijk voelen voor het gebruik van anticonceptie (48,9% vs. 34,8%; $p < .001$; Suppl. Tabel B1) en dat de maatschappij nog te veel verwacht dat vrouwen deze verantwoordelijkheid dragen (65,9% vs. 32,9%; $p < .001$; Suppl. Tabel B5).

Wat leeftijd betreft, werden beperkte maar consistente verschillen gevonden. Respondenten van 30 jaar en ouder gaven vaker aan het (helemaal) eens te zijn met het belang van gezamenlijke besluitvorming rond anticonceptie (58,6% vs. 43,2%; $p = .034$; Suppl. Tabel B2). Daarnaast werd voor de stelling over actieve betrokkenheid van mannen bij beslissingen over anticonceptie een significant leeftijdsverschil vastgesteld ($p < .001$; Suppl. Tabel B6). Respondenten van 30 jaar en ouder waren vaker (helemaal) akkoord met deze stelling dan jongere respondenten (90,0% vs. 75,8%).

Voor opleidingsniveau werden voor de meeste stellingen geen significante verschillen vastgesteld. Enkel voor de stelling over gezamenlijke besluitvorming werd een significant verschil gevonden ($p < .001$), waarbij hoogopgeleide respondenten vaker instemden met deze stelling (47,6% vs. 44,2%; Suppl. Tabel B2).

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen singles en niet-singles voor de onderzochte stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid (Suppl. Tabel B1-B6). Respondenten met kinderen rapporteerden vaker sterke instemming met de stelling over gezamenlijke besluitvorming dan respondenten zonder kinderen (58,3% vs. 44,6%; $p = .045$; Suppl. Tabel B2). Voor kindwens werd geen significant verschil vastgesteld ($p = .063$; Suppl. Tabel B2).

Ook voor gezinssituatie werd voor een stelling een significant verschil vastgesteld. Voor de stelling over het belang van gezamenlijke besluitvorming rond anticonceptiemiddelen rapporteerden respondenten met een compleet gezin vaker sterke instemming dan respondenten zonder compleet gezin (58,7% vs. 53,1%; $p = .045$; Suppl. Tabel B2). Voor de overige stellingen werden geen significante verschillen gevonden.

Ten slotte werd voor seksueel gedrag een significant verschil gevonden voor de stelling over persoonlijke verantwoordelijkheid voor anticonceptiegebruik ($p < .001$; Suppl. Tabel B1), waarbij respondenten die seksueel contact met hetzelfde geslacht minder vaak helemaal eens waren dan respondenten met seksueel contact met het andere geslacht (22,2% vs. 46,0%).

5.3.3 Verschillen in bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken naar sociodemografische kenmerken

Tabel 10 geeft een overzicht van de sociodemografische variabelen waarvoor significante verschillen werden vastgesteld in stellingen over de bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken. Hieronder worden deze verschillen per variabele verder toegelicht.

Tabel 10.

Significante verschillen in stellingen over de bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken

Sociodemografische variabele	Stelling	Groep	(Helemaal) eens (%)	(Helemaal) oneens (%)	p-waarde
Kinderwens	Bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie	Ja	76,2	11,9	$p = .022^{b*}$
		Nee	81,0	8,6	
Opleidingsniveau	Belang van controle over anticonceptiegebruik	Laag	72,5	2,5	$p = .006^{b**}$
		Hoog	91,5	2,6	

Noot. Enkel stellingen waarvoor een statistisch significant verschil ($p < .05$) werd vastgesteld zijn opgenomen. De weergegeven percentages voor ‘(helemaal) eens’ en ‘(helemaal) oneens’ zijn gebaseerd op samengevoegde antwoordcategorieën. a = p-waarde berekend met de Pearson Chi-kwadraattoets, b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Volledige antwoordverdelingen zijn beschikbaar in Suplementaire Tabellen C1-C3.

De antwoordverdelingen met betrekking tot de bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken werden geanalyseerd naar leeftijd, opleidingsniveau, relatiestatus, het hebben van kinderen en het hebben van een kindwens (Suppl. Tabellen C1-C3). Voor leeftijd werden geen statistisch significante verschillen gevonden voor de stellingen over bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie, invloed van de sociale omgeving of het belang van controle over anticonceptiegebruik (Suppl. Tabellen C1-C3). Ook voor opleidingsniveau werden voor de meeste stellingen geen significante verschillen vastgesteld. Enkel voor de stelling over de mate van controle over anticonceptiegebruik werd een significant verschil gevonden ($p = .006$), waarbij hoogopgeleide

respondenten vaker sterke instemming rapporteerden dan laagopgeleide respondenten (40,2% vs 22,5%) (Suppl. Tabel C3).

Wat betreft relatiestatus werden geen significante verschillen vastgesteld voor geen van de onderzochte stellingen (Suppl. Tabellen C1-C3). Op basis van het hebben van kinderen werden voor geen van de onderzochte stellingen significante verschillen gevonden (Suppl. Tabellen C1-C3). Voor het hebben van een kinderwens werd een significant verschil vastgesteld voor de stelling over bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie ($p = .022$). Respondenten zonder kinderwens gaven vaker aan het (helemaal) eens te zijn met deze stelling (81,0% vs 76,2%). Voor de overige stellingen werden geen significante verschillen gevonden (Suppl. Tabellen C1-C3).

5.3.4 Verschillen in het vertrouwen van vrouwen in het gebruik van mannelijke anticonceptie door hun partner naar sociodemografische kenmerken

Tabel 11 geeft een overzicht van de sociodemografische variabelen waarvoor significante verschillen werden vastgesteld in stellingen over het vertrouwen van vrouwen in het gebruik van mannelijke anticonceptie door hun partner. Hieronder worden deze verschillen per variabele verder toegelicht.

Tabel 11.

Significante verschillen in stellingen over het vertrouwen van vrouwen in het gebruik van mannelijke anticonceptie door hun partner

Sociodemografische variabele	Stelling	Groep	(Helemaal) eens (%)	(Helemaal) oneens (%)	p-waarde
Leeftijd	Vertrouwen in correct gebruik	<30 jaar	57,8	18,6	$p = .039^{a*}$
		≥30 jaar	73,1	12,2	
Leeftijd	Voorkeur om zelf anticonceptie te blijven gebruiken	<30 jaar	56,0	23,3	$p = .029^{a*}$
		≥30 jaar	39,0	32,9	
Relatiestatus	Vertrouwen in correct gebruik	Single	48,4	23,4	$p < .001^{a***}$
		Niet-single	68,4	13,9	
Kinderen	Zorgen over mogelijk incorrect gebruik	Ja	28,6	36,5	$p = .038^{a*}$
		Nee	33,9	38,1	

Noot. Enkel stellingen waarvoor een statistisch significant verschil ($p < .05$) werd vastgesteld zijn opgenomen. De weergegeven percentages voor ‘(helemaal) eens’ en ‘(helemaal) oneens’ zijn gebaseerd op samengevoegde antwoordcategorieën. a = p-waarde berekend met de Pearson Chi-kwadraattoets, b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Volledige antwoordverdelingen zijn beschikbaar in Supplementaire Tabellen D1-D5.

De analyses van het vertrouwen van vrouwen in het gebruik van mannelijke anticonceptie door hun partner werden uitgevoerd naar leeftijd, opleidingsniveau, relatiestatus, het hebben van kinderen en het hebben van een kinderwens (Suppl. Tabellen D1-D5).

Voor leeftijd werden significante verschillen vastgesteld voor meerdere stellingen. Jongere vrouwen gaven vaker aan liever zelf anticonceptie te blijven gebruiken om zekerheid te behouden dan vrouwen van 30 jaar en ouder (56,0% vs 39,0% (helemaal) eens; $p = .029$; Suppl. Tabel D5). Daarnaast werd een significant leeftijdsverschil vastgesteld voor de stelling over het vertrouwen in correct gebruik door de partner, waarbij vrouwen van 30 jaar en ouder vaker (helemaal) instemming rapporteerden dan jongere vrouwen (73,1% vs 57,8%) ($p = .039$; Suppl. Tabel D2). Wat opleidingsniveau betreft, werden geen significante verschillen gevonden voor de onderzochte stellingen over vertrouwen, zorgen of voorkeur voor eigen gebruik van anticonceptie (Suppl. Tabellen D1-D5). Voor relatiestatus werd een significant verschil gevonden voor het vertrouwen in correct gebruik van anticonceptie door de partner. Respondenten die niet single waren rapporteerden vaker (helemaal) instemming met deze stelling dan singles (68,4% vs 48,4%; $p < .001$; Suppl. Tabel D2).

Op basis van het hebben van kinderen werd een significant verschil gevonden voor zorgen over mogelijk incorrect gebruik van anticonceptie. Vrouwen zonder kinderen rapporteerden vaker (helemaal) instemming dan vrouwen met kinderen (33,9% vs 28,6%) ($p = .038$; Suppl. Tabel D4). Voor het hebben van een kinderwens werden geen significante verschillen vastgesteld voor de onderzochte stellingen (Suppl. Tabellen D1-D5).

5.3.5 Verschillen in niet-gebruik van anticonceptie naar sociodemografische kenmerken

Tabel 12 geeft een overzicht van de sociodemografische variabelen waarvoor significante verschillen werden vastgesteld in het niet-gebruik van anticonceptie. Hieronder worden deze verschillen per variabele verder toegelicht.

Tabel 12.*Significante verschillen in niet-gebruik van anticonceptie naar sociodemografische kenmerken*

Sociodemografische variabele	Categorie	Geen anticonceptiegebruik (%)	p-waarde
Leeftijd	<30 jaar	13,7	$p = .012^{a**}$
	≥30 jaar	22,5	
Relatiestatus	Single	22,0	$p = .007^{a***}$
	Niet-single	13,2	
Kinderwens	Ja	13,0	$p = .004^{a***}$
	Nee	22,3	
Gezinssituatie	Geen kinderen, kinderwens	12,6	$p = .014^{a**}$
	Geen kinderen, geen kinderwens	22,9	
	Kinderen, geen kinderwens (compleet gezin	21,5	
	)		
Seksueel gedrag	Voornamelijk hetzelfde geslacht	81,0	$p < .001^{b****}$
	Voornamelijk het andere geslacht	11,1	
	Voornamelijk beide geslachten	9,1	

Noot. Enkel stellingen waarvoor een statistisch significant verschil ($p < .05$) werd vastgesteld zijn opgenomen. De weergegeven percentages voor '(helemaal) eens' en '(helemaal) oneens' zijn gebaseerd op samengevoegde antwoordcategorieën. a = p-waarde berekend met de Pearson Chi-kwadraattoets, b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Volledige antwoordverdelingen zijn beschikbaar in Supplementaire Tabel E1.

In totaal gaf 16,1% van de respondenten aan geen anticonceptie te gebruiken (zie Tabel 1) . Om na te gaan welke respondenten aangaven geen anticonceptie te gebruiken, werd het niet-gebruik van anticonceptie geanalyseerd naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, relatiestatus, het hebben van kinderen, kinderwens, seksuele ervaring en seksueel gedrag.

Er werd geen significant verschil gevonden in het niet-gebruik van anticonceptie tussen mannen (16,1%) en vrouwen (15,4%). Wat leeftijd betreft, gaven respondenten van 30 jaar of ouder vaker aan geen anticonceptie te gebruiken (22,5%) dan respondenten jonger dan 30 jaar (13,7%). Dit verschil was statistisch significant ($p = .012$). Voor opleidingsniveau werden geen duidelijke verschillen vastgesteld. Respondenten met een lager opleidingsniveau (16,1%) en hoger opleidingsniveau (16,3%) gaven in gelijkaardige mate aan geen anticonceptie te gebruiken.

Daarnaast gaf bijna de helft van de respondenten die aangaven nog nooit seksueel contact te hebben gehad aan geen anticonceptie te gebruiken (48,1%). Wat seksueel gedrag betreft, kwam niet-gebruik van anticonceptie vaker voor bij respondenten die voornamelijk seksueel contact hadden met

hetzelfde geslacht (81,0%) dan bij respondenten met seksueel contact met het andere geslacht (11,1%) of met beide geslachten (9,1%). Dit verschil was statistisch significant ($p < .001$).

Verder gaven singles vaker aan geen anticonceptie te gebruiken (22,0%) dan respondenten die niet single waren (13,2%). Ook dit verschil was statistisch significant ($p = .007$). Wat betreft het hebben van kinderen werd geen significant verschil vastgesteld tussen respondenten met kinderen (20,2%) en zonder kinderen (15,1%). Voor kinderwens werd wel een significant verschil gevonden. Respondenten zonder kinderwens gaven vaker aan geen anticonceptie te gebruiken (22,3%) dan respondenten met kinderwens (13,0%; $p = .004$). Ten slotte werd voor gezinssituatie een significant verschil vastgesteld ($p = .014$). Respondenten zonder kinderen en zonder kinderwens (22,9%) en respondenten met kinderen en zonder kinderwens (compleet gezin; 21,5%) gaven vaker aan geen anticonceptie te gebruiken dan respondenten zonder kinderen met kinderwens (12,6%). Een gedetailleerd overzicht van deze analyses is opgenomen in Suppl. Tabel E1.

6 Discussie

Dit onderzoek bracht de ideeën en verwachtingen van de Nederlandstalige bevolking in België met betrekking tot mannelijke (niet-) hormonale anticonceptie in kaart. In deze discussie worden de belangrijkste bevindingen geïnterpreteerd en geplaatst binnen een bredere maatschappelijke en wetenschappelijke context.

6.1 Kennis over bestaande en toekomstige mannelijke anticonceptiemethoden

De kennis over mannelijke anticonceptie binnen de onderzochte populatie blijkt beperkt en weinig diepgaand. Hoewel een meerderheid van de respondenten aangaf gehoord te hebben van onderzoek naar hormonale mannelijke anticonceptie, voelde slechts een kleine minderheid zich daadwerkelijk voldoende geïnformeerd over de bestaande en toekomstige opties. De nog lagere bekendheid met niet-hormonale methoden suggereert dat deze opties slechts in beperkte mate bekend zijn bij het bredere publiek. Leeftijd bleek een belangrijkere factor dan geslacht in de mate van vertrouwdheid met mannelijke anticonceptie, waarbij jongere respondenten vaker aangaven hiervan gehoord te hebben. Tegelijkertijd gaven zowel mannen als vrouwen en beide leeftijdsgroepen aan zich onvoldoende geïnformeerd te voelen. Deze kennislacune kan bijdragen aan onzekerheid en terughoudendheid ten aanzien van mannelijke anticonceptie en benadrukt het belang van toegankelijke en betrouwbare informatie in zowel publieke communicatie als de gezondheidszorg.

6.2 Houding ten opzichte van anticonceptieverantwoordelijkheid

De eerste onderzoeksvraag had als doel inzicht te krijgen in de manier waarop Nederlandstaligen in België de rol van mannen binnen anticonceptie beoordelen. Anticonceptieverantwoordelijkheid wordt overwegend beschouwd als een gedeelde verantwoordelijkheid tussen partners. Deze normatieve steun voor gelijkheid vertaalt zich echter niet altijd in de praktijk, wat tot uiting komt in verschillen naar geslacht en levensfase.

Er werden significante verschillen vastgesteld tussen mannen en vrouwen. Hoewel beide groepen het belang van gedeelde verantwoordelijkheid benadrukken, rapporteren vrouwen vaker een verhoogd gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid voor anticonceptie. Dit wijst op een spanningsveld tussen theoretische steun voor gedeelde verantwoordelijkheid en praktische bezorgdheden binnen

intieme relaties. Eerder Belgisch onderzoek bevestigt dit patroon: hoewel partners doorgaans op de hoogte zijn van de gebruikte anticonceptiemethode, blijft hun actieve betrokkenheid bij de keuze en uitvoering ervan vaak beperkt (De Kort & Van Eekert, 2025). Ook internationaal onderzoek toont aan dat, ondanks een breed gedeelde opvatting rond gendergelijkheid, de feitelijke anticonceptieverantwoordelijkheid in de praktijk nog steeds disproportioneel bij vrouwen ligt (Glasier, 2010). Deze ongelijkheid kan mogelijk deels verklaard worden door het beperkte aanbod aan betrouwbare en omkeerbare anticonceptiemethoden voor mannen. Hierdoor zijn vrouwen in de huidige context vaker genoodzaakt om zelf de praktische verantwoordelijkheid op te nemen. De uitgesproken steun voor gedeelde verantwoordelijkheid bij zowel mannen als vrouwen kan daarom worden gezien als een hoopgevende basis voor de toekomstige acceptatie van mannelijke anticonceptie, op voorwaarde dat geschikte en betrouwbare opties beschikbaar worden.

Onderzoek nuanceert dit beeld gedeeltelijk. Mannen beschrijven anticonceptieverantwoordelijkheid vaak expliciet als gedeeld, maar erkennen tegelijk impliciet dat de praktische uitvoering vooral bij vrouwen blijft liggen. Hierdoor wordt bestaande ongelijkheid niet zozeer expliciet ondersteund, maar wel onbewust in stand gehouden. Respondenten geven bovendien aan dat een grotere betrokkenheid van jongens en mannen via educatie en medische consultaties kan bijdragen aan een meer daadwerkelijk gedeelde verantwoordelijkheid (De Kort & Van Eekert, 2025).

Daarnaast tonen de resultaten een duidelijk levensfase-effect. Oudere respondenten en personen met kinderen lijken bewuster en consequenter te reflecteren over anticonceptieverantwoordelijkheid. Concrete ervaringen met gezinsplanning gaan samen met meer genuanceerde attitudes. Binnen dit levensfaseperspectief werd ook een significant verschil vastgesteld voor gezins- en kindervenssituatie. Respondenten met een compleet gezin hechtten vaker belang aan gezamenlijke besluitvorming rond anticonceptie. Daarnaast waren respondenten van 30 jaar en ouder vaker voorstander van actieve betrokkenheid van mannen bij beslissingen over anticonceptie dan jongere respondenten. Dit suggereert dat concrete ervaring met gezinsplanning het belang van afstemming tussen partners versterkt. Samen genomen tonen deze bevindingen aan dat opvattingen over anticonceptieverantwoordelijkheid sterk samenhangen met gendergebonden verwachtingen en relationele ervaringen.

Met betrekking tot opleidingsniveau en relatiestatus werden slechts beperkte verschillen vastgesteld. Dit suggereert dat opvattingen over anticonceptieverantwoordelijkheid relatief breed gedeeld zijn binnen de onderzochte steekproef. Maatschappelijke normen rond verantwoordelijkheid lijken daarbij in belangrijke mate geïnternaliseerd, onafhankelijk van sociaaleconomische positie of relationele

context. Tot slot werden enkele verschillen vastgesteld op basis van seksueel gedrag. Respondenten met ervaring met partners van hetzelfde geslacht lijken mogelijk minder geneigd om traditionele verantwoordelijkheidspatronen te volgen. Hoewel deze resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd vanwege de kleine groepsgroottes, kunnen ze samenhangen met andere manieren waarop seksuele verantwoordelijkheid wordt onderhandeld binnen relaties.

6.3 Determinanten van de bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie

De tweede onderzoeksvraag onderzocht welke factoren de bereidheid van mannen beïnvloeden om gebruik te maken van anticonceptie. De bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie bleek overwegend positief. Meer dan drie kwart van de respondenten gaf aan bereid te zijn een mannelijke anticonceptiemethode te gebruiken indien deze beschikbaar, veilig en betrouwbaar zou zijn. Slechts een beperkte minderheid stond hier afwijzend tegenover, terwijl een kleinere groep een neutrale houding innam. Deze resultaten suggereren dat er binnen de onderzochte populatie een aanzienlijke openheid bestaat ten opzichte van toekomstige mannelijke anticonceptiemethoden.

Deze bevinding ligt in lijn met eerdere internationale studies waarin eveneens een ruime bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie werd gerapporteerd (Glasier, 2010; Thirumalai & Amory, 2021; Sidhom et al., 2024).

Een belangrijke determinant van bereidheid is het belang dat mannen hechten aan controle over het anticonceptiegebruik. Respondenten gaven aan dat toekomstige mannelijke anticonceptiemethoden niet alleen veilig en betrouwbaar moeten zijn, maar ook een hoge mate van persoonlijke controle moeten bieden. De bereidheid tot gebruik hangt daarbij minder samen met weerstand tegen gedeelde verantwoordelijkheid en meer met ervaren controle over reproductieve uitkomsten.

De rangschikking van eigenschappen van anticonceptie verduidelijkt deze bevinding. Hoewel gebruiksgemak en kostprijs in de bestaande literatuur vaak worden aangehaald als belangrijke drempels (Martins & Boraas, 2023), hechten respondenten in dit onderzoek in de eerste plaats belang aan betrouwbaarheid en omkeerbaarheid. Deze eigenschappen lijken te fungeren als minimale voorwaarden voordat mannelijke anticonceptie als een aanvaardbaar alternatief wordt beschouwd. Pas wanneer voldoende zekerheid bestaat over effectiviteit en reversibiliteit ontstaat ruimte voor bereidheid tot gebruik. Deze bevinding sluit aan bij het eerdere onderzoek van het Instituut voor de

Gelijkheid van Vrouwen en Mannen, waaruit blijkt dat mannen terughoudend blijven zolang er onzekerheid bestaat over veiligheid, bijwerkingen en omkeerbaarheid (De Kort & Van Eekert, 2025). In tegenstelling tot eerder onderzoek, waarin mannen met een relatie of een hoger opleidingsniveau vaker bereid blijken mannelijke anticonceptie te gebruiken (Sax et al., 2021), werden in dit onderzoek slechts beperkte verschillen gevonden naar opleidingsniveau en relatiestatus. De aanwezigheid van een kinderwens blijkt daarentegen samen te hangen met de bereidheid om mannelijke anticonceptie te gebruiken. Mannen zonder kinderwens rapporteerden een significant grotere bereidheid om mannelijke anticonceptie te gebruiken dan mannen met een actieve kinderwens.

6.4 Vertrouwen in correct gebruik van mannelijke anticonceptie door de partner

De laatste onderzoeksvraag onderzocht in welke mate vrouwen hun partners vertrouwen in het correct gebruik van mannelijke anticonceptie. De resultaten wijzen op een duidelijke ambivalentie. Hoewel het gebruik van mannelijke anticonceptie overwegend positief werd beoordeeld, blijven er twijfels bestaan over het correct gebruik door de partner. Deze bevinding sluit aan bij eerder Belgisch onderzoek, waaruit blijkt dat vrouwen soms zelf anticonceptie blijven gebruiken om meer zekerheid te behouden, ondanks ontevredenheid hierover (De Kort & Van Eekert, 2025). Dit wijst op een spanningsveld tussen het ideaal van gedeelde verantwoordelijkheid en praktische bezorgdheden, wat een potentiële uitdaging vormt voor de implementatie van mannelijke anticonceptiemethoden.

Hoewel eerder onderzoek aantoont dat vrouwen in vaste relaties hun partner vaker vertrouwen met mannelijke anticonceptie (Page et al., 2022), vertaalt dit vertrouwen zich niet automatisch in het loslaten van de eigen anticonceptieverantwoordelijkheid. Zelfs wanneer vertrouwen aanwezig is, kiezen veel vrouwen zelf anticonceptie te blijven gebruiken. Dit benadrukt het onderscheid tussen vertrouwen in de partner enerzijds en de bereidheid om de eigen verantwoordelijkheid los te laten anderzijds. Daarnaast valt het relatief hoge aandeel neutrale antwoorden op bij meerdere stellingen, wat kan wijzen op onzekerheid of een afwachtende houding. Aangezien deze methoden momenteel nog niet breed beschikbaar zijn, hangt dit waarschijnlijk samen met een gebrek aan concrete ervaringen, eerder dan met uitgesproken afwijzing. Verder tonen de resultaten een samenhang tussen levensfase en vertrouwen. Oudere vrouwen en vrouwen met kinderen rapporteerden meer vertrouwen in het correcte gebruik door hun partner, terwijl zij tegelijk vaker zorgen uiten over mogelijk incorrect gebruik. Dit suggereert dat ervaring met gezinsplanning samengaat met een meer realistische en risico-bewuste houding.

6.5 Determinanten van niet-gebruik van anticonceptie

De resultaten tonen aan dat niet-gebruik van anticonceptie in belangrijke mate samenhangt met contextuele en relationele factoren. Leeftijd bleek een significante factor, waarbij oudere respondenten vaker aangaven geen anticonceptie te gebruiken dan jongere respondenten. Dit kan samenhangen met een lagere perceptie van zwangerschapsrisico of een reeds vervulde kinderwens. Daarnaast maken singles vaker geen gebruik van anticonceptie dan respondenten in een relatie. Hoewel dit contra-intuïtief lijkt, kan dit verband houden met minder frequente seksuele activiteit of een minder consistente nood aan anticonceptie bij occasionele contacten.

Een opvallende bevinding betreft de rol van kinderwens. Respondenten zonder kinderwens gaven significant vaker aan geen anticonceptie te gebruiken dan respondenten met een kinderwens. Dit is opmerkelijk, aangezien verwacht kan worden dat het ontbreken van een kinderwens gepaard gaat met een grotere motivatie tot anticonceptiegebruik. Een mogelijke verklaring is dat deze respondenten het risico op een ongewenste zwangerschap lager inschatten, waardoor de nood aan anticonceptie minder dringend wordt ervaren. Ook seksueel gedrag bleek een belangrijke determinant. Respondenten die voornamelijk seksueel contact hadden met hetzelfde geslacht gaven aanzienlijk vaker aan geen anticonceptie te gebruiken dan respondenten met seksueel contact met het andere geslacht. Dit resultaat is te verwachten, aangezien anticonceptie in deze context minder relevant is voor zwangerschapspreventie.

Er werden geen significante verschillen vastgesteld naar geslacht, opleidingsniveau en het hebben van kinderen. Over het geheel genomen wijzen deze bevindingen erop dat niet-gebruik van anticonceptie minder samenhangt met klassieke sociodemografische kenmerken en eerder beïnvloed door relationele context en reproductieve intenties.

6.6 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Mannelijke anticonceptie vormt een actueel en maatschappelijk relevant onderzoeksthema aangezien dergelijke methoden tot op heden slechts beperkt beschikbaar zijn. Bovendien is er nog weinig empirisch onderzoek verricht naar opvattingen en houdingen tegenover mannelijke anticonceptie, waardoor dit onderzoek nieuwe en waardevolle inzichten biedt in attitudes en verwachtingen rond mannelijke anticonceptie. Een belangrijke sterkte van deze studie is de multidimensionele benadering, waarbij niet alleen kennis en bekendheid, maar ook attitudes, bereidheid tot gebruik, percepties van anticonceptieverantwoordelijkheid en het vertrouwen van partners in kaart werden gebracht.

Daarnaast werd bewust gekozen voor de inclusie van meerdere perspectieven, waardoor mannelijke anticonceptie niet enkel als een individuele keuze, maar als een relationeel en gedeeld vraagstuk binnen intieme relaties wordt benaderd. Tot slot maakt de systematische analyse van verschillen tussen sociodemografische groepen het mogelijk om patronen en nuances bloot te leggen en vereenvoudigde veronderstellingen over attitudes ten aanzien van mannelijke anticonceptie te nuanceren.

Een beperking van dit onderzoek betreft het kwantitatieve onderzoeksdesign. Hoewel de survey toeliet om patronen en verschillen in attitudes in kaart te brengen, bood deze methode geen ruimte om dieper inzicht te verkrijgen in onderliggende motivaties, betekenissen en ervaringen achter antwoorden van respondenten. Aanvullend kwalitatief onderzoek zou daarom meer duiding kunnen geven bij de vastgestelde ambivalenties en nuances in de antwoordpatronen. Daarnaast werd kinderwens gemeten op het moment van bevraging, terwijl deze wens in de praktijk fluïde is en kan veranderen doorheen de levensloop. Hierdoor is voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van verschillen op basis van kinderwens. Ook de samenstelling van de steekproef vormt een beperking. Vrouwen en jongere respondenten waren sterker vertegenwoordigd, wat mogelijk samenhangt met verschillen in bereidheid om deel te nemen aan onderzoek over anticonceptie. Dit kan ertoe leiden dat de bevindingen in grotere mate de perspectieven van jongere volwassenen en vrouwen weerspiegelen, waardoor de generaliseerbaarheid naar oudere leeftijdsgroepen en mannen beperkt kan zijn. Tot slot laat de cross-sectionele aard van het onderzoek niet toe om causale verbanden vast te stellen. Bovendien kan sociale wenselijkheid het antwoordgedrag van respondenten hebben beïnvloed en kunnen ongelijk verdeelde groepsgroottes de vergelijkbaarheid tussen groepen beperken. Ook het aantal respondenten dat aangaf geen anticonceptie te gebruiken was relatief beperkt, waardoor voorzichtigheid vereist is bij de interpretatie van resultaten. Een aandachtspunt betreft de manier waarop geslacht werd bevraagd. In de studie werd gevraagd naar het geslacht van de respondenten, maar niet expliciet naar genderidentiteit. Hoewel deze aanpak aansluit bij veel eerder kwantitatief onderzoek, impliceert dit dat verschillen in genderidentiteit en genderbeleving niet konden worden meegenomen. Aangezien attitudes tegenover anticonceptie en verantwoordelijkheid vaak samenhangen met genderrollen, kan dit interpretaties van de resultaten beperken. Daarnaast werd seksueel gedrag geanalyseerd aan de hand van een samengestelde variabele geslacht combineerde met de vraag 'met wie heb je meestal seks?'. Hoewel dit een functionele indeling opleverde voor de analyses, werd hiermee geen expliciete informatie verzameld over de seksuele oriëntatie van respondenten. De variabele weerspiegelt dus eerder gedrag dan identiteit, wat in de toekomst verder onderzocht zou kunnen worden om nuances in seksuele oriëntatie en beleving beter in kaart te brengen. Ten slotte is het belangrijk op te merken dat sommige vragen betrekking hadden

op een hypothetische partnersituatie, terwijl niet alle vrouwelijke respondenten op het moment van invullen een partner hadden. Hierdoor baseerden sommige respondenten hun antwoorden eerder op verwachtingen dan op concrete ervaringen, wat een mogelijke vertekening van resultaten kan impliceren.

Ondanks deze beperkingen bieden de resultaten een genuanceerd beeld van hedendaagse opvattingen rond anticonceptieverantwoordelijkheid en kunnen ze dienen als vertrekpunt voor verder, verdiepend onderzoek.

6.7 Implicaties en toekomstig onderzoek

De bevindingen suggereren dat educatie rond anticonceptie zich niet uitsluitend moet richten op technische kennis, maar ook aandacht moet besteden aan het versterken van vertrouwen en gedeelde verantwoordelijkheid binnen seksuele interacties. Daarnaast geven de resultaten aan dat communicatie over (toekomstige) anticonceptiemethoden meer nadruk zou moeten leggen op veiligheid, betrouwbaarheid en controle, in plaats van enkel op gebruiksgemak of kostprijs.

Verder blijkt dat interventies rond anticonceptie zich niet uitsluitend op individuen moeten richten, maar ook rekening moeten houden met afstemming en communicatie tussen (seksuele) partners. Hoewel gelijkheid in verantwoordelijkheid algemeen wordt erkend, tonen de resultaten aan dat deze in de praktijk niet vanzelf tot stand komt. Dit toont het belang aan van blijvende aandacht voor gendergebonden verwachtingen in anticonceptiebeleid en -educatie.

Tot slot kan aanvullend kwalitatief onderzoek meer inzicht bieden in hoe mannen en vrouwen betekenis geven aan verantwoordelijkheid, vertrouwen en controle in concrete seksuele situaties.

7 Conclusie

Dit onderzoek had als doel inzicht te bieden in de ideeën en verwachtingen rond mannelijke (niet-) hormonale anticonceptie bij Nederlandstaligen in België. De resultaten tonen aan dat gedeelde anticonceptieverantwoordelijkheid normatief wordt onderschreven, maar zich in de praktijk slechts beperkt vertaalt, waarbij vrouwen vaak de grootste verantwoordelijkheid blijven dragen. Voor verschillende dimensies van attitudes rond mannelijke anticonceptie werden verschillen vastgesteld naar geslacht en levensfase, zoals leeftijd en het hebben van kinderen, terwijl sociaaleconomische kenmerken zoals opleidingsniveau een beperktere rol speelden.

Daarnaast blijkt de bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken hoog te zijn, al blijft deze afhankelijk van factoren zoals omkeerbaarheid en ervaren controle. Vrouwen vertoonden op hun beurt een uitgesproken ambivalentie. Hoewel zij vaak vertrouwen uitspreken in hun partner, verkiezen zij in de praktijk regelmatig om zelf anticonceptie te blijven gebruiken om zekerheid te behouden. Dit wijst op een spanningsveld tussen vertrouwen en het behoud van eigen controle binnen intieme relaties.

Samen maken deze bevindingen duidelijk dat gelijkheid in anticonceptieverantwoordelijkheid niet vanzelf tot stand komt. De implementatie van mannelijke anticonceptiemethoden vraagt dan ook niet enkel technische en medische vooruitgang, maar ook aandacht voor relationele, psychologische en communicatieve aspecten. Toekomstig onderzoek en beleid kunnen hierop inspelen door, naast aandacht voor de effectiviteit van methoden, ook in te zetten op vertrouwen, communicatie en gedeelde besluitvorming binnen relaties.

8 Referentielijst

- De Kort, L. & Van Eekert, N. (2025). Anticonceptie in België: kwalitatief onderzoek rond het gebruik, de impact van, en het vertrouwen in anticonceptie bij vrouwen en mannen in België. *Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen*. <https://igvmiefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/200%20-%20Anticonceptie%20in%20Belgi%C3%AB.pdf>
- Glasier, A. (2010). Acceptability of contraception for men: A review. *Contraception*, 82(5), 453–456. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.03.016>
- Male Contraceptive Initiative. (z.d.). *Vasectomy Alternatives & Male Contraception*. <https://www.malecontraceptive.org/vasectomy-alternatives--male-contraception.html>
- Martins, S. L., & Boraas, C. M. (2023). Willingness to use novel reversible methods of male birth control: a community-based survey of cisgender men in the United States. *Contraception and Reproductive Medicine*, 8(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s40834-023-00242-y>
- Nguyen, B. T. (2024). Male contraceptive acceptability versus male acceptance of contraceptive responsibility. *Andrology*, 12(7), 1585–1589. <https://doi.org/10.1111/andr.13719>
- Nguyen, B. T., & Jacobsohn, T. L. (2023). Men's willingness to use novel male contraception is linked to gender-equitable attitudes: Results from an exploratory online survey. *Contraception*, 123. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110001>
- Page, S. T., Blithe, D., & Wang, C. (2022). Hormonal male contraception: Getting to Market. *Frontiers in Endocrinology, Volume 13 - 2022*. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.891589>
- Richard, C., Pourchasse, M., Freton, L., Esvan, M., Ravel, C., Peyronnet, B., Mathieu, R., & Chhor, S. (2022). Male contraception: What do women think? *Progrès en Urologie*, 32(4), 276–283. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2021.11.003>
- Sax, M. R., Hurley, E. G., Rossi, R. A., Thakore, S., Hasija, A., & Sroga-Rios, J. (2021). Young Adult Males' Perspectives of Male Hormonal Contraception. *South Med J*, 114(2), 73–76. <https://doi.org/10.14423/smj.0000000000001204>
- Sensoa. (z.d.). *Abortus en ongeplande zwangerschap in België: cijfers*. <https://www.sensoa.be/abortus-en-ongepande-zwangerschap-belgie-feiten-en-cijfers>
- Sidhom, K., Bal, D. S., Ramjiawan, R., & Patel, P. (2024). The landscape of male contraception: A narrative review. *Can Urol Assoc J*, 18(10), 353–359. <https://doi.org/10.5489/cuaj.8728>
- Sokolakis, I., Pyrgidis, N., & Hatzichristodoulou, G. (2022). Male Contraception. In S. Sarikaya, G. I. Russo, & D. Ralph (Eds.), *Andrology and Sexual Medicine* (pp. 271–288). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-12049-7_15

- Thirumalai, A., & Amory, J. K. (2021). Emerging approaches to male contraception. *Fertility and Sterility*, 115(6), 1369–1376. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.03.047>
- Wang, C., Meriggiola, M. C., Amory, J. K., Barratt, C. L. R., Behre, H. M., Bremner, W. J., Ferlin, A., Honig, S., Kopa, Z., Lo, K., Nieschlag, E., Page, S. T., Sandlow, J., Sitruk-Ware, R., Swerdloff, R. S., Wu, F. C. W., & Goulis, D. G. (2024). Practice and development of male contraception: European Academy of Andrology and American Society of Andrology guidelines. *Andrology*, 12(7), 1470–1500. <https://doi.org/10.1111/andr.13525>
- World Health Organization. (2025, December 8). *Abortion*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

9 Bijlagen

9.1 Lijst van tabellen

Tabellen in de hoofdttekst:

Tabel 1. Overzicht van steekproefkenmerken voor alle respondenten, respondenten die minstens 1 inhoudelijke vraag hebben ingevuld en deelnemers die geen inhoudelijke vragen hebben ingevuld

Tabel 2. Kennis van de respondenten over mannelijke (niet-)hormonale anticonceptie

Tabel 3. Algemene antwoordverdeling voor stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid

Tabel 4. Bereidheid van mannen tot gebruik van mannelijke anticonceptie

Tabel 5. Rangordeverdeling van eigenschappen van anticonceptie

Tabel 6. Algemene antwoordverdeling voor stellingen over het vertrouwen van vrouwen in het gebruik van mannelijke anticonceptie door de partner de partner

Tabel 7. Overzicht van aantal significante verschillen per sociodemografische variabelen over de verschillende domeinen

Tabel 8. Significante verschillen in kennis over mannelijke anticonceptie naar sociodemografische kenmerken

Tabel 9. Significante verschillen in stellingen over anticonceptieverantwoordelijkheid

Tabel 10. Significante verschillen in stellingen over de bereidheid van mannen om mannelijke anticonceptie te gebruiken

Tabel 11. Significante verschillen in stellingen over het vertrouwen van vrouwen in het gebruik van mannelijke anticonceptie door hun partner

Tabel 12. Significante verschillen in niet-gebruik van anticonceptie naar sociodemografische kenmerken

Tabellen in de bijlagen:

Tabel A1. Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik heb al gehoord van onderzoek naar mannelijke hormonale anticonceptie (bijv. pil, injectie, gel).'

Tabel A2. Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik heb al gehoord dat er ook niet-hormonale opties voor mannelijke anticonceptie in ontwikkeling zijn.'

Tabel A3. Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik voel me voldoende op de hoogte van de bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie.'

Tabel B1. Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik voel mij verantwoordelijk om anticonceptie te gebruiken bij seksueel contact.'

Tabel B2. Antwoordverdeling van de stelling: 'Het is belangrijk dat een koppel samen beslist welke anticonceptiemiddelen ze gebruiken.'

Tabel B3. Antwoordverdeling van de stelling: 'Het gebruik van anticonceptie is voornamelijk de verantwoordelijkheid van de vrouw.'

Tabel B4. Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik vind dat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie gelijk verdeeld moet zijn tussen mannen en vrouwen.'

Tabel B5. Antwoordverdeling van de stelling: 'De maatschappij verwacht nog te veel dat vrouwen de hoofdverantwoordelijkheid dragen voor anticonceptie.'

Tabel B6. Antwoordverdeling van de stelling: 'Mannen moeten actief betrokken worden bij beslissingen over anticonceptie binnen een relatie.'

Tabel C1. Antwoordverdeling van de stelling: 'Als mannelijke anticonceptie beschikbaar, veilig en betrouwbaar zou zijn, zou ik bereid zijn deze te gebruiken.'

Tabel C2. Antwoordverdeling van de stelling: 'De mening van mijn partner, familie of vrienden heeft invloed op mijn beslissing om mannelijke anticonceptie te gebruiken.'

Tabel C3. Antwoordverdeling van de stelling: 'De mate van controle die ik zelf heb over het gebruik van anticonceptie is belangrijk voor mij.'

Tabel D1. Antwoordverdeling van de stelling: 'Als een veilige en betrouwbare mannenpil beschikbaar zou zijn, zou ik het positief vinden als mijn partner deze zou gebruiken.'

Tabel D2. Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik vertrouw erop dat mijn partner mannelijke anticonceptie correct zal gebruiken.'

Tabel D3. Antwoordverdeling van de stelling: 'Het gebruik van mannelijke anticonceptie door mijn partner zou mijn vertrouwen in gezamenlijke gezinsplanning vergroten.'

Tabel D4. Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik maak me zorgen dat mijn partner anticonceptie niet op de juiste manier zal gebruiken.'

Tabel D5. Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik zou liever zelf anticonceptie blijven gebruiken om zeker te zijn van correct gebruik.'

Tabel E1. Antwoordverdeling van niet-gebruik van anticonceptie naar achtergrondkenmerken

9.2 Lijst van figuren

Figuur 1. Regulatie van de hypothalamo-hypofyse-gonade-as bij de man en de invloed van exogene androgenen

Figuur 2. Overzicht van de selectie van respondenten voor de analyses

9.3 Bijlage A. Kennis over bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie (antwoordverdelingen per covariaat)

Voor alle tabellen in deze bijlage geldt dat het aantal geldige observaties per covariaat kan verschillen. Respondenten met kinderen én een lopende kinderwens (n = 29) werden niet meegenomen in deze analyses.

Tabel A1.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik heb al gehoord van onderzoek naar mannelijke hormonale anticonceptie (bijv. pil, injectie, gel).'

Covariaat	Categorie	Ja n (%)	Nee n (%)	p-waarde
Geslacht (N = 548)	Man	117 (67,6%)	56 (32,4%)	$p < .001^{a***}$
	Vrouw	304 (81,1%)	71 (18,9%)	
Leeftijd (N = 552)	< 30 jaar	330 (80,9%)	78 (19,1%)	$p < .001^{a***}$
	≥ 30 jaar	93 (64,6%)	51 (35,4%)	
Opleidingsniveau (N = 544)	Laag	58 (63,7%)	33 (36,3%)	$p = .001^{a**}$
	Hoog	359 (79,2%)	94 (20,8%)	
Relatiestatus (N = 548)	Single	147 (79,0%)	39 (21,0%)	$p = .380^a$
	Niet-single	247 (75,7%)	88 (24,3%)	
Seksueel gedrag (N = 517)	Zelfde geslacht	15 (75,0%)	5 (25,0%)	$p = .645^b$
	Ander geslacht	372 (76,4%)	115 (23,6%)	
	Beide geslachten	9 (90,0%)	1 (10,0%)	
Gezinssituatie (N = 524)	Geen kinderen, kinderwens	271 (79,3%)	71 (20,7%)	$p < .001^{a***}$
	Geen kinderen, geen kinderwens	90 (86,5%)	14 (13,5%)	
	Kinderen, geen kinderwens	40 (51,0%)	37 (48,1%)	
	(compleet gezin)			

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel A2.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik heb al gehoord dat er ook niet-hormonale opties voor mannelijke anticonceptie in ontwikkeling zijn.'

Covariaat	Categorie	Ja n (%)	Nee n (%)	p-waarde
Geslacht (N = 548)	Man	58 (33,5%)	115 (66,5%)	$p = .533^a$
	Vrouw	136 (36,3%)	239 (63,7%)	
Leeftijd (N = 552)	< 30 jaar	156 (38,2%)	252 (61,8%)	$p = .016^{a*}$
	≥ 30 jaar	39 (27,1%)	105 (72,9%)	
Opleidingsniveau (N = 544)	Laag	30 (33,0%)	61 (67,0%)	$p = .583^a$
	Hoog	163 (36,0%)	290 (64,0%)	
Relatiestatus (N = 548)	Single	72 (38,7%)	114 (61,3%)	$p = .220^a$
	Niet-single	121 (33,4%)	241 (66,6%)	
Seksueel gedrag (N = 517)	Zelfde geslacht	10 (50,0%)	10 (50,0%)	$p = .312^b$
	Ander geslacht	165 (33,9%)	322 (66,1%)	
	Beide geslachten	4 (40,0%)	6 (60,0%)	
Gezinssituatie (N = 524)	Geen kinderen, kinderwens	124 (36,2%)	219 (63,8%)	$p = .182^a$
	Geen kinderen, geen kinderwens	42 (40,4%)	62 (59,6%)	
	Kinderen, geen kinderwens	21 (27,3%)	56 (72,7%)	
	(compleet gezin)			

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel A3.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik voel me voldoende op de hoogte van de bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie.'

Covariaat	Categorie	Ja n (%)	Nee n (%)	p-waarde
Geslacht (N = 547)	Man	24 (13,9%)	149 (86,1%)	$p = .241^a$
	Vrouw	39 (10,4%)	335 (89,6%)	
Leeftijd (N = 543)	< 30 jaar	49 (12,0%)	358 (88,0%)	$p = .453^a$
	≥ 30 jaar	14 (9,7%)	130 (90,3%)	
Opleidingsniveau (N = 543)	Laag	7 (7,7%)	84 (92,3%)	$p = .221^a$
	Hoog	55 (12,2%)	397 (89,8%)	
Relatiestatus (N = 547)	Single	25 (13,4%)	161 (86,6%)	$p = .265^a$
	Niet-single	37 (10,2%)	324 (89,8%)	
Seksueel gedrag (N = 516)	Zelfde geslacht	3 (15,0%)	17 (85,0%)	$p = .150^b$
	Ander geslacht	53 (10,9%)	433 (89,1%)	
	Beide geslachten	3 (30,0%)	7 (70,0%)	
Gezinssituatie (N = 523)	Geen kinderen, kinderwens	37 (10,8%)	305 (89,2%)	$p = .416^a$
	Geen kinderen, geen kinderwens	16 (15,4%)	88 (84,6%)	
	Kinderen, geen kinderwens	8 (10,4%)	69 (89,6%)	
	(compleet gezin)			

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

9.4 Bijlage B. Anticonceptieverantwoordelijkheid (antwoordverdelingen per covariaat)

Voor alle tabellen in deze bijlage geldt dat het aantal geldige observaties per covariaat kan verschillen. Respondenten met kinderen én een lopende kinderwens (n = 29) werden niet meegenomen in deze analyses.

Tabel B1.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik voel mij verantwoordelijk om anticonceptie te gebruiken bij seksueel contact.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p-waarde
Geslacht (N = 525)	Man	5 (3,1%)	12 (7,5%)	26 (16,1%)	62 (38,5%)	56 (34,8%)	$p < .001^{a***}$
	Vrouw	12 (3,3%)	12 (3,3%)	18 (4,9%)	144 (39,6%)	178 (48,9%)	
Leeftijd (N = 529)	< 30 jaar	12 (3,1%)	20 (5,1%)	29 (7,5%)	156 (40,1%)	172 (44,2%)	$p = .491^a$
	≥ 30 jaar	5 (3,6%)	4 (2,9%)	16 (11,4%)	52 (37,1%)	63 (45,0%)	
Opleidingsniveau (N = 521)	Laag	3 (3,5%)	6 (7,0%)	11 (12,8%)	33 (38,4%)	33 (38,4%)	$p = .288^a$
	Hoog	14 (3,2%)	17 (3,9%)	32 (7,4%)	174 (40,0%)	198 (45,5%)	
Relatiestatus (N = 525)	Single	9 (5,1%)	8 (4,5%)	17 (9,6%)	63 (35,4%)	81 (45,5%)	$p = .281^a$
	Niet-single	7 (2,0%)	16 (4,6%)	28 (8,1%)	144 (41,5%)	152 (43,8%)	
Kinderen (N = 529)	Ja	2 (1,9%)	3 (2,9%)	15 (14,6%)	43 (41,7%)	40 (38,8%)	$p = .092^a$
	Nee	15 (3,5%)	21 (4,9%)	30 (7,0%)	165 (38,7%)	195 (45,8%)	
Kinderwens (N = 529)	Ja	8 (2,2%)	19 (5,3%)	31 (8,7%)	152 (42,5%)	148 (41,3%)	$p = .042^{a*}$
	Nee	9 (5,3%)	5 (2,9%)	14 (8,2%)	56 (32,7%)	87 (50,9%)	
Seksueel gedrag (N = 495)	Zelfde geslacht	7 (38,9%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	4 (22,2%)	4 (22,2%)	$p < .001^b$ ***

Gezinssituatie (N = 501)	Ander geslacht	8 (1,7%)	22 (4,7%)	41 (8,8%)	181 (38,8%)	215 (46,0%)	$p = .080^b$
	Beide geslachten	1 (10,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (50,0%)	4 (40,0%)	
	Geen kinderen, kinderwens	8 (2,4%)	18 (5,5%)	25 (7,6%)	137 (41,5%)	142 (43,0%)	
	Geen kinderen, geen kinderwens	7 (7,3%)	3 (3,1%)	5 (5,2%)	28 (29,2%)	53 (55,2%)	
	Kinderen, geen kinderwens (compleet gezin)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	9 (12,0%)	28 (37,3%)	34 (45,3%)	

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel B2.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Het is belangrijk dat een koppel samen beslist welke anticonceptiemiddelen ze gebruiken.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Geslacht (N = 525)	Man	0 (0,0%)	1 (0,6%)	8 (5,0%)	53 (32,9%)	99 (61,5%)	$p < .001^b$ ***
	Vrouw	5 (1,4%)	21 (5,8%)	45 (12,4%)	143 (39,3%)	150 (41,2%)	
Leeftijd (N = 529)	< 30 jaar	4 (1,0%)	18 (4,6%)	44 (11,3%)	155 (39,8%)	168 (43,2%)	$p = .034^{a*}$
	≥ 30 jaar	1 (0,7%)	4 (2,9%)	9 (6,4%)	44 (31,4%)	82 (58,6%)	
Opleidings niveau (N = 521)	Laag	1 (1,2%)	1 (1,2%)	15 (17,4%)	31 (36,0%)	38 (44,2%)	$p < .001^{b**}$ *
	Hoog	4 (0,9%)	20 (4,6%)	37 (8,5%)	167 (38,4%)	207 (47,6%)	
Relatiestat us (N = 525)	Single	2 (1,1%)	11 (6,2%)	17 (9,6%)	64 (36,0%)	84 (47,2%)	$p = .578^a$
	Niet-single	3 (0,9%)	11 (3,2%)	36 (10,4%)	133 (38,3%)	164 (47,3%)	
Kinderen (N = 529)	Ja	1 (1,0%)	3 (2,9%)	4 (3,9%)	35 (34,0%)	60 (58,3%)	$p = .045^{b*}$
	Nee	4 (0,9%)	19 (4,5%)	49 (11,5%)	164 (38,5%)	190 (44,6%)	
Kinderwen s (N = 529)	Ja	4 (1,1%)	14 (3,9%)	36 (10,1%)	149 (41,6%)	155 (43,3%)	$p = .063^a$
	Nee	1 (0,6%)	8 (4,7%)	17 (9,9%)	50 (29,2%)	95 (55,6%)	
Seksueel gedrag (N = 495)	Zelfde geslacht	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)	6 (33,3%)	10 (55,6%)	$p = .968^b$
	Ander geslacht	5 (1,1%)	21 (4,5%)	48 (10,3%)	175 (37,5%)	218 (46,7%)	
	Beide geslachten	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (40,0%)	6 (60,0%)	
Gezinssitua tie (N = 501)	Geen kinderen, kinderwens	4 (1,2%)	13 (3,9%)	36 (10,9%)	138 (41,8%)	139 (42,1%)	$p = .045^{b*}$
	Geen kinderen, geen kinderwens	0 (0,0%)	6 (6,3%)	13 (13,5%)	26 (27,1%)	51 (53,1%)	
	Kinderen, geen kinderwens (compleet gezin)	1 (1,3%)	2 (2,7%)	4 (5,3%)	24 (32,0%)	44 (58,7%)	

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel B3.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Het gebruik van anticonceptie is voornamelijk de verantwoordelijkheid van de vrouw.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutra al	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Geslacht (N = 525)	Man	66 (41,0%)	61 (37,9%)	19 (11,8%)	12 (7,5%)	3 (1,9%)	$p < .001^{a***}$ *
	Vrouw	119 (32,7%)	158 (43,4%)	48 (13,2%)	33 (9,1%)	6 (1,6%)	
Leeftijd (N = 529)	< 30 jaar	126 (32,4%)	168 (43,2%)	53 (13,6%)	36 (9,3%)	6 (1,5%)	$p = .123^a$
	≥ 30 jaar	62 (44,3%)	52 (37,1%)	14 (10,0%)	9 (6,4%)	3 (2,1%)	
Opleidingsniveau (N = 521)	Laag	37 (43,0%)	29 (33,7%)	9 (10,5%)	10 (11,6%)	1 (1,2%)	$p = .325^b$
	Hoog	149 (34,3%)	185 (42,5%)	58 (13,3%)	35 (8,0%)	8 (1,8%)	
Relatiestatus (N = 525)	Single	68 (38,2%)	72 (40,4%)	22 (12,4%)	12 (6,7%)	4 (2,2%)	$p = .720^a$
	Niet-single	119 (34,3%)	145 (41,8%)	45 (13,0%)	33 (9,5%)	5 (1,4%)	
Kinderen (N = 529)	Ja	35 (34,0%)	40 (38,8%)	17 (16,5%)	8 (7,8%)	3 (2,9%)	$p = .559^a$
	Nee	153 (35,9%)	180 (42,3%)	50 (11,7%)	37 (8,7%)	6 (1,4%)	
Kinderwens (N = 529)	Ja	111 (31,0%)	161 (45,0%)	47 (13,1%)	32 (8,9%)	7 (2,0%)	$p = .038^{b*}$
	Nee	77 (45,0%)	59 (34,5%)	20 (11,7%)	13 (7,6%)	2 (1,2%)	
Seksueel gedrag (N = 495)	Zelfde geslacht	11 (61,1%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	$p = .492^b$
	Ander geslacht	156 (33,4%)	196 (42,0%)	62 (13,3%)	44 (9,4%)	9 (1,9%)	
	Beide geslachten	5 (50,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Gezinssituatie (N = 501)	Geen kinderen, kinderwens	105 (31,8%)	147 (44,5%)	42 (12,7%)	30 (9,1%)	6 (1,8%)	$p = .076^a$
	Geen kinderen, geen kinderwens	48 (50,0%)	33 (34,4%)	8 (8,3%)	7 (7,3%)	0 (0,0%)	
	Kinderen, geen kinderwens	29 (38,7%)	26 (34,7%)	12 (16,0%)	6 (8,0%)	2 (2,7%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel B4.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik vind dat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie gelijk verdeeld moet zijn tussen mannen en vrouwen.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Geslacht (N = 525)	Man	0 (0,0%)	8 (5,0%)	27 (16,8%)	55 (34,2%)	71 (44,1%)	$p = .035^{b*}$
	Vrouw	2 (0,5%)	11 (3,0%)	31 (8,5%)	132 (36,3%)	188 (51,6%)	
Leeftijd (N = 529)	< 30 jaar	2 (0,5%)	16 (4,1%)	39 (10,0%)	138 (35,5%)	194 (49,9%)	$p = .521^b$
	≥ 30 jaar	0 (0,0%)	3 (2,1%)	20 (14,3%)	50 (35,7%)	67 (47,9%)	
Opleidingsniveau (N = 521)	Laag	0 (0,0%)	5 (5,8%)	10 (11,6%)	32 (37,2%)	39 (45,3%)	$p = .666^b$
	Hoog	2 (0,5%)	14 (3,2%)	46 (10,6%)	153 (35,2%)	220 (50,6%)	
Relatiestatus (N = 525)	Single	1 (0,6%)	7 (3,9%)	23 (12,9%)	61 (34,3%)	86 (48,3%)	$p = .829^b$
	Niet-single	1 (0,3%)	12 (3,5%)	36 (10,4%)	125 (36,0%)	173 (49,9%)	
Kinderen (N = 529)	Ja	0 (0,0%)	3 (2,9%)	17 (16,5%)	41 (39,8%)	42 (40,8%)	$p = .177^b$
	Nee	2 (0,5%)	16 (3,8%)	42 (9,9%)	147 (34,5%)	219 (51,4%)	
Kinderwens (N = 529)	Ja	1 (0,3%)	15 (4,2%)	35 (9,8%)	124 (34,6%)	183 (51,1%)	$p = .375^a$
	Nee	1 (0,6%)	4 (2,3%)	24 (14,0%)	64 (37,4%)	78 (45,6%)	
Seksueel gedrag (N = 495)	Zelfde geslacht	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)	3 (16,7%)	13 (72,2%)	$p = .622^b$

Gezinssituatie (N = 501)	Ander geslacht	1 (0,2%)	18 (3,9%)	52 (11,1%)	169 (36,2%)	227 (48,6%)	<i>p</i> = .147 ^b
	Beide geslachten	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	4 (40,0%)	5 (50,0%)	
	Geen kinderen, kinderwen s	1 (0,3%)	14 (4,2%)	34 (10,3%)	109 (33,0%)	172 (52,1%)	
	Geen kinderen, geen kinderwen s	1 (1,0%)	2 (2,1%)	8 (8,3%)	38 (39,6%)	47 (49,0%)	
	Kinderen, geen kinderwen s	0 (0,0%)	2 (2,7%)	16 (21,3%)	26 (34,7%)	31 (41,3%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel B5.

Antwoordverdeling van de stelling: ‘De maatschappij verwacht nog te veel dat vrouwen de hoofdverantwoordelijkheid dragen voor anticonceptie.’

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Geslacht (N = 525)	Man	2 (1,2%)	12 (7,5%)	27 (16,8%)	67 (41,6%)	53 (32,9%)	$p < .001^{b***}$
	Vrouw	1 (0,3%)	1 (0,3%)	11 (3,0%)	111 (30,5%)	240 (65,9%)	
Leeftijd (N = 529)	< 30 jaar	2 (0,5%)	10 (2,6%)	29 (7,5%)	121 (31,1%)	227 (58,4%)	$p = .268^b$
	≥ 30 jaar	1 (0,7%)	4 (2,9%)	9 (6,4%)	57 (40,7%)	69 (49,3%)	
Opleidingsniveau (N = 521)	Laag	0 (0,0%)	4 (4,7%)	7 (8,1%)	35 (40,7%)	40 (46,5%)	$p = .269^b$
	Hoog	3 (0,7%)	10 (2,3%)	31 (7,1%)	141 (32,4%)	250 (57,5%)	
Relatiestatus (N = 525)	Single	2 (1,1%)	8 (4,5%)	11 (6,2%)	58 (32,6%)	99 (55,6%)	$p = .242^b$
	Niet-single	1 (0,3%)	6 (1,7%)	27 (7,8%)	120 (34,6%)	193 (55,6%)	
Kinderen (N = 529)	Ja	1 (1,0%)	3 (2,9%)	5 (4,9%)	44 (42,7%)	50 (48,5%)	$p = .252^b$
	Nee	2 (0,5%)	11 (2,6%)	33 (7,7%)	134 (31,5%)	246 (57,7%)	
Kinderwens (N = 529)	Ja	1 (0,3%)	11 (3,1%)	25 (7,0%)	122 (34,1%)	199 (55,6%)	$p = .658^b$
	Nee	2 (1,2%)	3 (1,8%)	13 (7,6%)	56 (32,7%)	97 (56,7%)	
Seksueel gedrag (N = 495)	Zelfde geslacht	0 (0,0%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	5 (27,8%)	10 (55,6%)	$p = .360^b$
	Ander geslacht	3 (0,6%)	12 (2,6%)	36 (7,7%)	155 (33,2%)	261 (55,9%)	
	Beide geslachten	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (70,0%)	3 (30,0%)	
Gezinssituatie (N = 501)	Geen kinderen, kinderwens	1 (0,3%)	10 (3,0%)	25 (7,6%)	109 (33,0%)	185 (56,1%)	$p = .351^b$
	Geen kinderen, geen kinderwens	1 (1,0%)	1 (1,0%)	8 (8,3%)	25 (26,0%)	61 (63,5%)	
	Kinderen, geen kinderwens	1 (1,3%)	2 (2,7%)	5 (6,7%)	31 (41,3%)	36 (48,0%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel B6.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Mannen moeten actief betrokken worden bij beslissingen over anticonceptie binnen een relatie.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p-waarde
Geslacht (N = 525)	Man	0 (0,0%)	5 (3,1%)	23 (14,3%)	73 (45,3%)	60 (37,3%)	$p = .567^b$
	Vrouw	1 (0,3%)	18 (4,9%)	60 (16,5%)	173 (47,5%)	112 (30,8%)	
Leeftijd (N = 529)	< 30 jaar	1 (0,3%)	24 (6,2%)	69 (17,7%)	188 (48,3%)	107 (27,5%)	$p < .001^{b***}$
	≥ 30 jaar	0 (0,0%)	0 (0,0%)	14 (10,0%)	60 (42,9%)	66 (47,1%)	
Opleidingsniveau (N = 521)	Laag	0 (0,0%)	1 (1,2%)	19 (22,1%)	39 (45,3%)	27 (31,4%)	$p = .243^b$
	Hoog	1 (0,2%)	21 (4,8%)	62 (14,3%)	207 (47,6%)	144 (33,1%)	
Relatiestatus (N = 525)	Single	0 (0,0%)	11 (6,2%)	31 (17,4%)	88 (49,4%)	48 (27,0%)	$p = .195^b$
	Niet-single	1 (0,3%)	12 (3,5%)	52 (15,0%)	160 (46,1%)	122 (35,2%)	
Kinderen (N = 529)	Ja	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (8,7%)	45 (43,7%)	49 (47,6%)	$p < .001^{b***}$
	Nee	1 (0,2%)	24 (5,6%)	74 (17,4%)	203 (47,7%)	124 (29,1%)	
Kinderwens (N = 529)	Ja	1 (0,3%)	20 (5,6%)	65 (18,2%)	172 (48,0%)	100 (27,9%)	$p = .003^{b**}$
	Nee	0 (0,0%)	4 (2,3%)	18 (10,5%)	76 (44,4%)	73 (42,7%)	
Seksueel gedrag (N = 495)	Zelfde geslacht	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (16,7%)	10 (55,6%)	5 (27,8%)	$p = .983^b$
	Ander geslacht	1 (0,2%)	22 (4,7%)	75 (16,1%)	212 (45,4%)	157 (33,6%)	
	Beide geslachten	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	5 (50,0%)	4 (40,0%)	

Gezinssituatie (N = 501)	Geen kinderen, kinderopvang	1 (0,3%)	20 (6,1%)	61 (18,5%)	161 (48,8%)	87 (26,4%)	$p = .002^{b**}$
	Geen kinderen, geen kinderopvang	0 (0,0%)	4 (4,2%)	13 (13,5%)	42 (43,8%)	37 (38,5%)	
	Kinderen, geen kinderopvang (compleet gezin)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (6,7%)	34 (45,3%)	36 (48,0%)	

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

9.5 Bijlage C. Bereidheid tot gebruik van mannelijke anticonceptie (antwoordverdelingen per covariaat)

Voor alle tabellen in deze bijlage geldt dat het aantal geldige observaties per covariaat kan verschillen. Respondenten met kinderen én een lopende kinderwens (n = 29) werden niet meegenomen in deze analyses.

Tabel C1.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Als mannelijke anticonceptie beschikbaar, veilig en betrouwbaar zou zijn, zou ik bereid zijn deze te gebruiken.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Leeftijd (N = 159)	< 30 jaar	6 (5,9%)	6 (5,9%)	13 (12,7%)	49 (48,0%)	28 (27,5%)	$p = .584^b$
	≥ 30 jaar	4 (7,0%)	1 (1,8%)	5 (8,8%)	26 (45,6%)	21 (36,8%)	
Opleidingsniveau (N = 157)	Laag	1 (2,5%)	2 (5,0%)	6 (15,0%)	18 (45,0%)	13 (32,5%)	$p = .752^b$
	Hoog	9 (7,7%)	5 (4,3%)	12 (10,3%)	56 (47,9%)	35 (29,9%)	
Relatiestatus (N = 158)	Single	4 (8,5%)	2 (4,3%)	5 (10,6%)	21 (44,7%)	15 (31,9%)	$p = .946^b$
	Niet-single	6 (5,4%)	5 (4,5%)	13 (11,7%)	54 (48,6%)	33 (29,7%)	
Kinderen (N = 159)	Ja	2 (5,1%)	0 (0,0%)	4 (10,3%)	20 (51,3%)	13 (33,3%)	$p = .692^b$
	Nee	8 (6,7%)	7 (5,8%)	14 (11,7%)	55 (45,8%)	36 (30,0%)	
Kinderwens (N = 159)	Ja	5 (5,0%)	7 (6,9%)	12 (11,9%)	53 (52,5%)	24 (23,8%)	$p = .022^{b*}$
	Nee	5 (8,6%)	0 (0,0%)	6 (10,3%)	22 (37,9%)	25 (43,1%)	
Gezinssituatie (N = 151)	Geen kinderen, kinderwens	5 (5,4%)	7 (7,5%)	12 (12,9%)	47 (50,5%)	22 (23,7%)	$p = .107^b$
	Geen kinderen, geen kinderwens	3 (11,1%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)	8 (29,6%)	14 (51,9%)	
	Kinderen, geen kinderwens	2 (6,5%)	0 (0,0%)	4 (12,9%)	14 (45,2%)	11 (35,5%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel C2.

Antwoordverdeling van de stelling: 'De mening van mijn partner, familie of vrienden heeft invloed op mijn beslissing om mannelijke anticonceptie te gebruiken.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Leeftijd (N = 159)	< 30 jaar	14 (13,7%)	16 (15,7%)	22 (21,6%)	39 (38,2%)	11 (10,8%)	$p =$.864 ^b
	≥ 30 jaar	9 (15,8%)	11 (19,3%)	10 (17,5%)	19 (33,3%)	8 (14,0%)	
Opleidingsniveau (N = 157)	Laag	8 (20,0%)	7 (17,5%)	6 (15,0%)	13 (32,5%)	6 (15,0%)	$p =$.603 ^b
	Hoog	14 (12,0%)	20 (17,1%)	25 (21,4%)	45 (38,5%)	13 (11,1%)	
Relatiestatus (N = 158)	Single	8 (17,0%)	8 (17,0%)	11 (23,4%)	18 (38,3%)	2 (4,3%)	$p =$.354 ^b
	Niet-single	15 (13,5%)	19 (17,1%)	20 (18,0%)	40 (36,0%)	17 (15,3%)	
Kinderen (N = 159)	Ja	5 (12,8%)	8 (20,5%)	5 (12,8%)	14 (35,9%)	7 (17,9%)	$p =$.489 ^b
	Nee	18 (15,0%)	19 (15,8%)	27 (22,5%)	44 (36,7%)	12 (10,0%)	
Kinderwens (N = 159)	Ja	13 (12,9%)	17 (16,8%)	22 (21,8%)	38 (37,6%)	11 (10,9%)	$p =$.874 ^b
	Nee	10 (17,2%)	10 (17,2%)	10 (17,2%)	20 (34,5%)	8 (13,8%)	
Gezinssituatie (N = 151)	Geen kinderen, kinderwens	12 (12,9%)	15 (16,1%)	21 (22,6%)	34 (36,6%)	11 (11,8%)	$p =$.568 ^b
	Geen kinderen, geen kinderwens	6 (22,2%)	4 (14,8%)	6 (22,2%)	10 (37,0%)	1 (3,7%)	
	Kinderen, geen kinderwens	4 (12,9%)	6 (19,4%)	4 (12,9%)	10 (32,3%)	7 (22,6%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel C3.

Antwoordverdeling van de stelling: 'De mate van controle die ik zelf heb over het gebruik van anticonceptie is belangrijk voor mij.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Leeftijd (N = 159)	< 30 jaar	2 (2,0%)	1 (1,0%)	13 (12,7%)	56 (54,9%)	30 (29,4%)	$p = .136^b$
	≥ 30 jaar	0 (0,0%)	1 (1,8%)	4 (7,0%)	25 (43,9%)	27 (47,4%)	
Opleidingsniveau (N = 157)	Laag	1 (2,5%)	0 (0,0%)	10 (25,0%)	20 (50,0%)	9 (22,5%)	$p = .006^{b**}$
	Hoog	1 (0,9%)	2 (1,7%)	7 (6,0%)	60 (51,3%)	47 (40,2%)	
Relatiestatus (N = 158)	Single	1 (2,1%)	0 (0,0%)	7 (14,9%)	28 (59,6%)	11 (23,4%)	$p = .152^b$
	Niet-single	1 (0,9%)	2 (1,8%)	10 (9,0%)	53 (47,7%)	45 (40,5%)	
Kinderen (N = 159)	Ja	0 (0,0%)	1 (2,6%)	3 (7,7%)	18 (46,2%)	17 (43,6%)	$p = .540^b$
	Nee	2 (1,7%)	1 (0,8%)	14 (11,7%)	63 (52,5%)	40 (33,3%)	
Kinderwens (N = 159)	Ja	2 (2,0%)	1 (1,0%)	11 (10,9%)	55 (54,5%)	32 (31,7%)	$p = .527^b$
	Nee	0 (0,0%)	1 (1,7%)	6 (10,3%)	26 (44,8%)	25 (43,1%)	
Gezinssituatie (N = 151)	Geen kinderen, kinderwens	2 (2,2%)	1 (1,1%)	11 (11,8%)	49 (52,7%)	30 (32,3%)	$p = .758^b$
	Geen kinderen, geen kinderwens	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (11,1%)	14 (51,9%)	10 (37,0%)	
	Kinderen, geen kinderwens	0 (0,0%)	1 (3,2%)	3 (9,7%)	12 (38,7%)	15 (48,4%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

9.6 Bijlage D. Vertrouwen in gebruik door partner (antwoordverdelingen per covariaat)

Voor alle tabellen in deze bijlage geldt dat het aantal geldige observaties per covariaat kan verschillen. Respondenten met kinderen én een lopende kinderwens (n = 29) werden niet meegenomen in deze analyses.

Tabel D1.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Als een veilige en betrouwbare mannenpil beschikbaar zou zijn,

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Leeftijd (N = 357)	< 30 jaar	2 (0,7%)	6 (2,2%)	30 (10,9%)	119 (43,3%)	118 (42,9%)	$p =$.718 ^b
	≥ 30 jaar	1 (0,7%)	2 (2,4%)	8 (9,8%)	41 (50,0%)	30 (36,6%)	
Opleidingsniveau (N = 351)	Laag	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)	20 (46,5%)	21 (48,7%)	$p =$.563 ^b
	Hoog	3 (1,0%)	8 (2,6%)	35 (11,4%)	137 (44,5%)	125 (40,6%)	
Relatiestatus (N = 355)	Single	0 (0,0%)	4 (3,2%)	13 (10,5%)	56 (45,2%)	51 (41,1%)	$p =$.755 ^b
	Niet-single	3 (1,3%)	4 (1,7%)	25 (10,8%)	104 (45,0%)	95 (41,1%)	
Kinderen (N = 357)	Ja	0 (0,0%)	2 (3,2%)	7 (11,1%)	33 (52,4%)	21 (33,3%)	$p =$.512 ^b
	Nee	3 (1,0%)	6 (2,0%)	31 (10,5%)	127 (43,2%)	127 (43,2%)	
Kinderwens (N = 357)	Ja	3 (1,2%)	6 (2,4%)	30 (12,0%)	112 (45,0%)	98 (39,4%)	$p =$.511 ^b
	Nee	0 (0,0%)	2 (1,9%)	8 (7,4%)	48 (44,4%)	50 (46,3%)	
Gezinssituatie (N = 337)	Geen kinderen, kinderwens	3 (1,3%)	5 (2,2%)	27 (11,8%)	100 (43,7%)	94 (41,0%)	$p =$.864 ^b
	Geen kinderen, geen kinderwens	0 (0,0%)	1 (1,5%)	4 (6,2%)	27 (41,5%)	33 (50,8%)	
	Kinderen, geen kinderwens	0 (0,0%)	1 (2,3%)	4 (9,3%)	21 (48,8%)	17 (39,5%)	
	(compleet gezin)						

zou ik het positief vinden als mijn partner deze zou gebruiken.'

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel D2.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik vertrouw erop dat mijn partner mannelijke anticonceptie correct zal gebruiken.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Leeftijd (N = 357)	< 30 jaar	4 (1,5%)	47 (17,1%)	65 (23,6%)	118 (42,9%)	41 (14,9%)	$p = .039^{a*}$
	≥ 30 jaar	1 (1,2%)	9 (11,0%)	12 (14,6%)	37 (45,1%)	23 (28,0%)	
Opleidingsniveau (N = 351)	Laag	0 (0,0%)	6 (14,0%)	8 (18,6%)	20 (46,5%)	9 (20,9%)	$p = .883^a$
	Hoog	4 (1,3%)	49 (15,9%)	68 (22,1%)	132 (42,9%)	55 (17,9%)	
Relatiestatus (N = 355)	Single	2 (1,6%)	27 (21,8%)	35 (28,2%)	52 (41,9%)	8 (6,5%)	$p < .001^{a***}$
	Niet-single	3 (1,3%)	29 (12,6%)	41 (17,7%)	102 (44,2%)	56 (24,2%)	
Kinderen (N = 357)	Ja	0 (0,0%)	6 (9,5%)	8 (12,7%)	32 (50,8%)	17 (27,0%)	$p = .038^{a*}$
	Nee	5 (1,7%)	50 (17,0%)	69 (23,5%)	123 (41,8%)	47 (16,0%)	
Kinderwens (N = 357)	Ja	3 (1,2%)	37 (14,9%)	55 (22,1%)	113 (45,4%)	41 (16,5%)	$p = .663^a$
	Nee	2 (1,9%)	19 (17,6%)	22 (20,4%)	42 (38,9%)	23 (21,3%)	
Gezinssituatie (N = 337)	Geen kinderen, kindwens	3 (1,3%)	36 (15,7%)	52 (22,7%)	102 (44,5%)	36 (15,7%)	$p = .164^b$
	Geen kinderen, geen kindwens	2 (3,1%)	14 (21,5%)	17 (26,2%)	21 (32,3%)	11 (16,9%)	
	Kinderen, geen kindwens	0 (0,0%)	5 (11,6%)	5 (11,6%)	21 (48,8%)	12 (27,9%)	
	Kinderen, kindwens (compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel D3.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Het gebruik van mannelijke anticonceptie door mijn partner zou mijn vertrouwen in gezamenlijke gezinsplanning vergroten.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Leeftijd (N = 357)	< 30 jaar	4 (1,5%)	26 (9,5%)	121 (44,0%)	96 (34,9%)	28 (10,2%)	$p =$.924 ^b
	≥ 30 jaar	2 (2,4%)	7 (8,5%)	35 (42,7%)	31 (37,8%)	7 (8,5%)	
Opleidingsniveau (N = 351)	Laag	0 (0,0%)	2 (4,7%)	22 (51,2%)	16 (37,2%)	3 (7,0%)	$p =$.749 ^b
	Hoog	6 (1,9%)	30 (9,7%)	134 (43,5%)	107 (34,7%)	31 (10,1%)	
Relatiestatus (N = 355)	Single	2 (1,6%)	9 (7,3%)	50 (40,3%)	51 (41,1%)	12 (9,7%)	$p =$.586 ^b
	Niet-single	4 (1,7%)	24 (10,4%)	105 (45,5%)	76 (32,9%)	22 (9,5%)	
Kinderen (N = 357)	Ja	0 (0,0%)	6 (9,5%)	27 (42,9%)	25 (39,7%)	5 (7,9%)	$p =$.882 ^b
	Nee	6 (2,0%)	27 (9,2%)	129 (43,9%)	102 (34,7%)	30 (10,2%)	
Kinderwens (N = 357)	Ja	5 (2,0%)	26 (10,4%)	108 (43,4%)	89 (35,7%)	21 (8,4%)	$p =$.534 ^b
	Nee	1 (0,9%)	7 (6,5%)	48 (44,4%)	38 (35,2%)	14 (13,0%)	
Gezinssituatie (N = 337)	Geen kinderen, kinderwens	5 (2,2%)	24 (10,5%)	101 (44,1%)	79 (34,5%)	20 (8,7%)	$p =$.792 ^b
	Geen kinderen, geen kinderwens	1 (1,5%)	3 (4,6%)	28 (43,1%)	23 (35,4%)	10 (15,4%)	
	Kinderen, geen kinderwens	0 (0,0%)	4 (9,3%)	20 (46,5%)	15 (34,9%)	4 (9,3%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel D4.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik maak me zorgen dat mijn partner anticonceptie niet op de juiste manier zal gebruiken.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Leeftijd (N = 357)	< 30 jaar	28 (10,2%)	78 (28,4%)	50 (18,2%)	97 (35,3%)	22 (8,0%)	$p = .342^a$
	≥ 30 jaar	12 (14,6%)	30 (36,6%)	12 (14,6%)	30 (36,6%)	12 (14,6%)	
Opleidingsniveau (N = 351)	Laag	6 (14,0%)	12 (27,9%)	9 (20,9%)	12 (27,9%)	6 (14,0%)	$p = .892^a$
	Hoog	34 (11,0%)	95 (30,8%)	52 (16,9%)	95 (30,8%)	34 (11,0%)	
Relatiestatus (N = 355)	Single	28 (10,2%)	78 (28,4%)	50 (18,2%)	97 (35,3%)	22 (8,0%)	$p = .342^a$
	Niet-single	12 (14,6%)	30 (36,6%)	12 (14,6%)	30 (36,6%)	12 (14,6%)	
Kinderen (N = 357)	Ja	7 (11,1%)	29 (46,0%)	9 (14,3%)	16 (25,4%)	2 (3,2%)	$p = .038^a$
	Nee	33 (11,2%)	79 (26,9%)	53 (18,0%)	105 (35,7%)	24 (8,2%)	
Kinderwens (N = 357)	Ja	28 (11,2%)	74 (29,7%)	48 (19,3%)	83 (33,3%)	16 (6,4%)	$p = .607^a$
	Nee	12 (11,1%)	34 (31,5%)	14 (13,0%)	38 (35,2%)	10 (9,3%)	
Gezinssituatie (N = 337)	Geen kinderen, kinderwens	26 (11,4%)	63 (27,5%)	43 (18,8%)	81 (35,4%)	16 (7,0%)	$p = .461^a$
	Geen kinderen, geen kinderwens	7 (10,8%)	16 (24,6%)	10 (15,4%)	24 (36,9%)	8 (12,3%)	
	Kinderen, geen kinderwens	5 (11,6%)	18 (41,9%)	4 (9,3%)	14 (32,6%)	2 (4,7%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel D5.

Antwoordverdeling van de stelling: 'Ik zou liever zelf anticonceptie blijven gebruiken om zeker te zijn van correct gebruik.'

Covariaat	Categorie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	p- waarde
Leeftijd (N = 357)	< 30 jaar	14 (5,1%)	50 (18,2%)	57 (20,7%)	117 (42,5%)	37 (13,5%)	$p =$.029 ^{a*}
	≥ 30 jaar	10 (12,2%)	17 (20,7%)	23 (28,0%)	27 (32,9%)	5 (6,1%)	
Opleidingsniveau (N = 351)	Laag	4 (9,3%)	5 (11,6%)	13 (30,2%)	17 (39,5%)	4 (9,3%)	$p =$.431 ^a
	Hoog	18 (5,8%)	62 (20,1%)	65 (21,1%)	126 (40,9%)	37 (12,0%)	
Relatiestatus (N = 355)	Single	3 (2,4%)	14 (11,3%)	26 (21,0%)	63 (50,8%)	18 (14,5%)	$p =$.001 ^{a**}
	Niet-single	21 (9,1%)	53 (22,9%)	54 (23,4%)	79 (34,2%)	24 (10,4%)	
Kinderen (N = 357)	Ja	5 (7,9%)	17 (27,0%)	17 (27,0%)	18 (28,6%)	6 (9,5%)	$p =$.159 ^a
	Nee	19 (6,5%)	50 (17,0%)	63 (21,4%)	126 (42,9%)	36 (12,2%)	
Kinderwens (N = 357)	Ja	19 (7,6%)	43 (17,3%)	57 (22,9%)	97 (39,0%)	33 (13,3%)	$p =$.404 ^a
	Nee	5 (4,6%)	24 (22,2%)	23 (21,3%)	47 (43,5%)	9 (8,3%)	
Gezinssituatie (N = 337)	Geen kinderen, kinderwens	17 (7,4%)	36 (15,7%)	52 (22,7%)	92 (40,2%)	32 (14,0%)	$p =$.229 ^a
	Geen kinderen, geen kinderwens	2 (3,1%)	14 (21,5%)	11 (16,9%)	34 (52,3%)	4 (6,2%)	
	Kinderen, geen kinderwens	3 (7,0%)	10 (23,3%)	12 (27,9%)	13 (30,2%)	5 (11,6%)	
	(compleet gezin)						

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

9.7 Bijlage E. Niet-gebruik van anticonceptie (antwoordverdelingen per covariaat)

Voor alle tabellen in deze bijlage geldt dat het aantal geldige observaties per covariaat kan verschillen. Respondenten met kinderen én een lopende kinderwens (n = 29) werden niet meegenomen in deze analyses.

Tabel E1.

Antwoordverdeling van niet-gebruik van anticonceptie naar achtergrondkenmerken

Covariaat	Categorie	Geen anticonceptie n (%)	Totaal n	p-waarde
Geslacht (N = 562)	Man	29 (16,1%)	180	$p = .839^a$
	Vrouw	59 (15,4%)	382	
Leeftijd (N = 566)	< 30 jaar	57 (13,7%)	415	$p = .012^{a*}$
	≥ 30 jaar	34 (22,5%)	151	
Opleidingsniveau (N = 558)	Laag	15 (16,1%)	93	$p = .959^a$
	Hoog	76 (16,3%)	465	
Relatiestatus (N = 562)	Single	42 (22,0%)	191	$p = .007^{a**}$
	Niet-single	49 (13,2%)	371	
Kinderen (N = 566)	Ja	22 (20,2%)	109	$p = .194^a$
	Nee	69 (15,1%)	457	
Kinderwens (N = 565)	Ja	49 (13,0%)	377	$p = .004^{a**}$
	Nee	42 (22,3%)	188	
Seksuele ervaring (N = 27)	Nog nooit seks gehad	13 (48,1%)	27	
Seksueel gedrag (N = 529)	Voornamelijk hetzelfde geslacht	17 (81,0%)	21	$p < .001^{b***}$
	Voornamelijk het andere geslacht	55 (11,1%)	497	
	Beide geslachten	1 (9,1%)	11	
Gezinssituatie (N = 536)	Geen kinderen, kinderwens	44 (12,6%)	348	$p = .014^{a*}$
	Geen kinderen, geen kinderwens	25 (22,9%)	109	
	Kinderen, geen kinderwens	17 (21,5%)	79	
	Kinderen, geen kinderwens (compleet gezin)			

Noot. a = p-waarde berekend met de Pearson chi-kwadraattoets; b = p-waarde berekend met de Fisher–Freeman–Halton exacttoets. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

9.8 Bijlage F. STROBE

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	iii
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	iii
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	1 - 11
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	11
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	12
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	12
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	12 - 13
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	13
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	13
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	14 (methods), 34 – 35 (discussion)
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	12
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	13
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	13 - 14
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	14
		(c) Explain how missing data were addressed	13
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	12, 34
		(e) Describe any sensitivity analyses	Not applicable
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible,	15

		examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	15
		(c) Consider use of a flow diagram	15 (figure 2)
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	15 - 16
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	15 – 16 (Table 1)
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	15 – 21
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	21 - 29
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	13
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	Not applicable
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	21 – 29
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	30 – 32
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	34 – 35
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	30 – 34
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	34 – 35
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	/

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in

conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

9.9 Bijlage G. Informatiebrief

Titel van de studie: De mannenpil: (on)gewenst?

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Onderzoekers: Inès Mammerickx, master seksuologie, ines.mammerickx@student.kuleuven.be

Leen Antonio, leen.antonio@kuleuven.be

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de verwachtingen en ideeën rond mannelijke (niet-) hormonale anticonceptie

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie richt zich op het in kaart brengen van de ideeën, meningen en verwachtingen van Nederlandsprekende volwassenen in België met betrekking tot mannelijke (niet-)hormonale anticonceptie. De achtergrond van deze studie ligt in het groeiende maatschappelijke en wetenschappelijke belang van het betrekken van mannen bij anticonceptie, alsook de ontwikkeling van nieuwe mannelijke anticonceptiemethoden. Hoewel er momenteel beperkte opties beschikbaar zijn voor mannen (zoals condoms en sterilisatie), tonen recente innovaties en discussies aan dat er nood is aan meer gedeelde verantwoordelijkheid tussen partners.

Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen omdat er zo inzicht gekregen kan worden in hoe volwassenen denken over toekomstige vormen van hormonale en niet-hormonale mannelijke anticonceptie.

Er wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke steekproef, met een richtaantal van ongeveer 1000 personen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u 18 jaar of meer zijn, Nederlandssprekend en woonachtig in België

We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen die peilt naar uw verwachtingen en ideeën. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal volledig zelfstandig en online afgenomen worden.

Deze vragenlijst is anoniem. Er worden geen persoonsgegevens verzameld.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan toekomstige voorlichtingscampagnes, beleidsvorming en verdere wetenschappelijke ontwikkeling binnen de reproductieve gezondheidszorg.

Deelnemen aan het onderzoek kost tijd: 5 minuten

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

➤ Deze studie (MP035970) opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.

- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Door deel te nemen aan het onderzoek stemt u in met het gebruik van deze gegevens voor de masterproef. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- 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 (Inès Mammerickx) via (ines.mammerickx@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (Leen Antonio) via e-mail (leen.antonio@kuleuven.be). Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staat te uwer beschikking.

DPO – KU Leuven, e-mail dpo@kuleuven.be

- Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek (obc@kuleuven.be)
- Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:
 Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
 Drukpersstraat 35,
 1000 Brussel
 Tel. +32 2 274 48 00
 e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)
 Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Wij danken u alvast voor uw interesse in deze studie. Deelname is volledig vrijwillig en u kunt op elk moment beslissen om niet verder deel te nemen zonder gevolgen.

Indien u na het lezen van deze informatie nog vragen heeft of verdere toelichting wenst, kunt u steeds contact opnemen met de onderzoeker via ines.mammerickx@student.kuleuven.be

Met vriendelijke groet,

Inès Mammerickx

9.10 Bijlage H. Vragenlijst

Introductie

Deze vragenlijst heeft als doel om inzicht te krijgen in hoe de Nederlandstalige bevolking in België denkt over mannelijke (niet-) hormonale anticonceptie.

De vragenlijst zal ongeveer 5 minuten in beslag nemen. We verzamelen enkele algemene achtergrondgegevens om trends binnen verschillende groepen te analyseren. Deze gegevens worden volledig anoniem verwerkt en zijn niet herleidbaar tot individuele personen.

- Ben je 18 jaar of ouder? (ja/nee)
- Woon je in België (ja/nee)

Sectie 1: Demografische gegevens

Deze sectie wordt gevraagd aan alle deelnemers

- Wat is je leeftijd? Duid aan wat voor jou van toepassing is. (open invulveld)
- Wat is je geslacht? Duid aan wat voor jou van toepassing is: (man/vrouw/anders/zeg ik liever niet)
- Wat is je hoogste opleidingsniveau? Duid aan wat voor jou van toepassing is: (secundair/hoger niet-universitair/universitair/ander)
- Wat is je relatiestatus? Duid aan wat voor jou van toepassing is: (Single/in een relatie/getrouwd/andere)
- In welke provincie woon je? Duid aan wat voor jou van toepassing is:
(Antwerpen, Limburg, Oost-Vlaanderen, Vlaams-Brabant, West-Vlaanderen, Henegouwen, Luik, Luxemburg, Namen, Waals-Brabant)
- Wat is je seksuele geaardheid? Duid aan wat van toepassing is:
hetero/biseksueel/homoseksueel/anders)
- Heb je kinderen? (Ja/nee)
- Heeft u een kinderwens, nu of op termijn? (Ja/nee)
- Welke vorm van anticonceptie pas jij en/of je partner momenteel zelf toe? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.
 - o De pil
 - o Anticonceptiepleister
 - o Anticonceptiering
 - o Hormonale implantaat (staafje)
 - o Condoom
 - o Hormonale spiraal
 - o Koperspiraal
 - o Andere: (open invulveld)
 - o Geen

Sectie 2: Kennis

Deze sectie wordt gevraagd aan alle deelnemers

- Ik heb al gehoord van onderzoek naar mannelijke hormonale anticonceptie (bijv. pil, injectie, gel) (ja/nee)
- Ik heb al gehoord dat er ook niet-hormonale opties voor mannelijke anticonceptie in ontwikkeling zijn (ja/nee)
- Ik voel me voldoende op de hoogte van de bestaande en toekomstige vormen van mannelijke anticonceptie. (ja/nee)

Informatie:

- **Mannelijke hormonale anticonceptie:** deze anticonceptiemedicatie werkt door het onderbreken van de natuurlijke hormoonregeling, waardoor de aanmaak van zaadcellen wordt geremd. Net als bij vrouwelijke hormonale anticonceptie kunnen er hierbij bijwerkingen optreden, zoals acne, gewichtstoename, depressie en verminderd libido.

- **Mannelijke niet-hormonale anticonceptie:** deze medicatie werkt door bepaalde processen in het lichaam af te remmen die nodig zijn om zaadcellen aan te maken, te verplaatsen of goed te laten functioneren.
- Er is momenteel nog geen anticonceptiemedicatie voor mannen beschikbaar, maar er wordt wel onderzoek naar gedaan.

Sectie 3: Genderrollen en gezinsplanning

Deze sectie wordt gevraagd aan alle deelnemers

- Ik voel mij verantwoordelijk om anticonceptie te gebruiken in een relatie.
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- Een koppel moet samen beslissen welke anticonceptiemiddelen ze gebruiken
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- Het gebruik van anticonceptie is voornamelijk de verantwoordelijkheid van de vrouw
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- Ik vind dat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie gelijk verdeeld moet zijn tussen mannen en vrouwen.
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- De maatschappij verwacht nog te veel dat vrouwen de hoofdverantwoordelijkheid dragen voor anticonceptie.
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- Mannen moeten actief betrokken worden bij beslissingen over anticonceptie binnen een relatie.
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)

Sectie 4: Bereidheid tot gebruik mannelijke anticonceptie

Deze sectie wordt gevraagd aan mannelijke deelnemers

- Als mannelijke anticonceptie beschikbaar, veilig en betrouwbaar zou zijn, zou ik bereid zijn deze te gebruiken
Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens
- Welke van onderstaande eigenschappen van anticonceptie vind jij het belangrijkste? Sleep of nummer van 1 = belangrijkste tot 5 = minst belangrijk
 - Betrouwbaarheid
 - Weinig of geen bijwerkingen
 - Lage kostprijs
 - Makkelijk in gebruik
 - Omkeerbaarheid (vruchtbaarheid keert terug na stoppen)
- De mening van mijn partner, familie of vrienden heeft invloed op mijn beslissing om mannelijke anticonceptie te gebruiken. (Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- De mate van controle die ik zelf heb over het gebruik van anticonceptie is belangrijk voor mij
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)

Sectie 5: Vertrouwen in gebruik door partner

Deze sectie wordt gevraagd aan vrouwelijke deelnemers

- Als een veilige en betrouwbare mannenpil beschikbaar zou zijn, zou ik het positief vinden als mijn partner deze zou gebruiken.
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- Ik vertrouw erop dat mijn partner mannelijke anticonceptie correct zal gebruiken.
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- Ik maak me zorgen dat mijn partner anticonceptie niet op de juiste manier zal gebruiken.
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)

- Het gebruik van mannelijke anticonceptie door mijn partner zou mijn vertrouwen in onze gezamenlijke gezinsplanning vergroten
- (Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)
- Ik zou liever zelf anticonceptie blijven gebruiken om zeker te zijn van correct gebruik.
(Helemaal oneens — Oneens — Neutraal — Eens — Helemaal eens)

Hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek. Uw bijdrage is van groot belang om meer inzicht te krijgen in de ideeën en verwachtingen rond mannelijke (niet-) hormonale anticonceptie.

9.11 Bijlage I. Ethische goedkeuring OBC

Ons kenmerk: MP035970

Uw kenmerk: Masterproef studie: Een anticonceptiepil voor mannen: (on)gewenst? Leuven, 06-10-2025

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Prof. Dr. Leen Antonio Geachte Inès Mammerickx

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van 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 06-10-2025

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een prospectieve studie die met behulp van een anonieme vragenlijst wenst na te gaan hoe mensen denken over (niet-)hormonale anticonceptie voor mannen. Voor de studie worden er zowel mannen als vrouwen geïnccludeerd. Potentiële deelnemers worden per e-mail en sociale media uitgenodigd. De studie is goed ontwikkeld, er zijn geen bezwaren.

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

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 03-10-2025 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de OnderwijsBegeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC 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.

EC 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)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

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

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als 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 complicatie onmiddellijk aan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP035970

Your reference: Master's thesis study: Een anticonceptiepil voor mannen: (on)gewenst?
Leuven, 06-10-2025

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Prof. Dr. Leen Antonio
Dear Inès Mammerickx

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby confirms that there are no objections to conducting the proposed study, as it was described in the protocol. After a thorough ethical review, the Commission found no concerns regarding the study. The study was approved on 06-10-2025

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een prospectieve studie die met behulp van een anonieme vragenlijst wenst na te gaan hoe mensen denken over (niet-)hormonale anticonceptie voor mannen. Voor de studie

worden er zowel mannen als vrouwen geïnccludeerd. Potentiële deelnemers worden per e-mail en sociale media uitgenodigd. De studie is goed ontwikkeld, er zijn geen bezwaren.

The Committee has no objection to the project provided that the data are handled confidentially and there is compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven reminds the principal investigator/promotor of the study 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 letter of no objection concerns the submission of 03-10-2025v and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file must be submitted.

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.

Yours sincerely,

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)

EC Research emphasizes that GCP-training is expected from every principal investigator. EC Research refers also 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 departmental board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

This opinion from EC Research does not imply 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 the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

