



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2015 - 2016

ONDERZOEK NAAR HET PSYCHISCH WELZIJN VAN VLAAMSE HOLEBI'S
EN/OF TRANSGENDER PERSONEN

Risico- en beschermende factoren in kaart gebracht voor lifetimeprevalentie van
suïcidepogingen

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

Door Jana Missiaen en Heiderike Seynaeve

Promotor: Prof. Dr. Gwendolyn Portzky

Copromotor: Eva Dumon

Copromotor: Dr. Joz Motmans

ABSTRACT

Probleemstelling: Onderzoek toont aan dat holebi's en/of transgender personen kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychische problemen en zelfmoordgedachten. Hieruit blijkt de nood aan een identificatie van de risico- en beschermende factoren omtrent suïcidaliteit, zodat onderzocht kan worden wat deze doelgroepen aanzet tot het ondernemen van een suïcidepoging.

Doelstelling: Deze studie brengt de huidige prevalentiecijfers met betrekking tot suïcidaliteit van Vlaamse holebi's en/of transgender personen in kaart. De resultaten vormen een basis voor het uitbouwen van toekomstige aanbevelingen in het suïcidepreventiebeleid met als doel risico's te reduceren en de beschermende factoren te bevorderen.

Methode: Er werd een kwantitatief onderzoek met een cross-sectioneel design uitgevoerd. Hierbij werd een éénmalige anonieme online survey beschikbaar gesteld om een convenience sample te bekomen. Aan de hand van uni- en multivariate logistische regressieanalyses werden onafhankelijke risicofactoren bepaald.

Resultaten: De steekproef omvatte 656 holebi's en 248 transgender personen. 26,5% van de participanten uit de Vlaamse LGBT-gemeenschap (n=240), 22% van de deelnemende Vlaamse holebi's (n=144) en 38,7% van de deelnemende Vlaamse transgender personen (n=96) hebben reeds één of meerdere suïcidepogingen ondernomen. Hierbij zijn het passief reactiepatroon, de reactie van de moeder, homo- en/of transfobie en het ervaren van steun de cruciaalste risicofactoren op het ondernemen van suïcidepogingen bij de Vlaamse LGBT-gemeenschap.

Conclusie: De inzichten van de studie tonen aan dat Vlaamse holebi's en/of transgender personen kwetsbare groepen zijn omtrent suïcidaliteit. Bijgevolg moeten constructieve coping vaardigheden bevorderd worden. Ook dient ingezet te worden op het sensibiliseren van de maatschappij en op het creëren van een veilige omgeving. Daarnaast moeten belanghebbende organisaties die holebi's en/of transgender personen opvangen, ondersteund worden.

INHOUD

Abstract	
Dankwoord	
1 Inleiding.....	1
2 De zoekstrategie.....	3
3 Suïcidaliteit.....	4
3.1 Definitie	4
3.2 Prevalentie.....	4
3.2.1 Suïcidecijfers in Vlaanderen	4
3.2.2 Zelfmoordpogingen in Vlaanderen.....	5
3.3 Suïcidaal proces	6
3.4 Risico- en beschermende factoren	6
3.4.1 Voorbeschikkende factoren	6
3.4.2 Uitlokkende factoren.....	8
3.4.3 Drempelfactoren	8
3.5 Preventie	9
3.5.1 Universal, Selected and Indicated preventive model: USI-model	9
3.6 Vlaams actieplan 2012-2020	10
4 Psychologisch welbevinden van holebi's	11
4.1 Inleiding	11
4.2 Prevalentie.....	11
4.3 Risicofactoren	12
4.3.1 Psychische problemen.....	12
4.3.2 Demografische gegevens	13
4.3.3 Attitudes ten aanzien van homo- en bisexualiteit in de samenleving.....	13
4.3.4 Homonegativiteit	14
4.3.5 Gendernonconformiteit	15
4.3.6 Aanvaarden homoseksualiteit in de nabije omgeving	15
4.3.7 Stigmabewustzijn	16
4.4 Beschermende factoren	17
4.5 Geslachtsgebonden factoren.....	18
5 Psychologisch welbevinden van transgender personen	18
5.1 Terminologie.....	18
5.1.1 Terminologie omtrent de seksuele oriëntatie.....	20
5.2 Prevalenciecijfers	20
5.2.1 Prevalentie transseksualiteit	20

5.2.2	Prevalentie travestie	22
5.2.3	Prevalentie genderqueer.....	22
5.2.4	Suïcideprevalentie bij transgender personen	23
5.3	Risicofactoren	23
5.3.1	Algemene risicofactoren	23
5.3.2	Psychische problemen.....	24
5.3.3	Geslachtsgebonden risicofactoren.....	25
5.3.4	Transfobie	26
5.3.5	Discriminatie	26
5.3.6	Stigma.....	27
5.4	Beschermende factoren	27
6	Probleemstelling	28
7	Onderzoeksmethodologie.....	29
7.1	Het onderzoeksdesign	29
7.2	Constructie van de vragenlijsten	30
7.3	Gegevensverzameling.....	31
7.4	Ethische aspecten	33
7.5	Analyseplan	33
8	Verkennde gegevens.....	35
8.1	Verkennde gegevens: LGBT-gemeenschap	35
8.2	Verkennde gegevens: holebigroep.....	35
8.2.1	Verkennde gegevens: geslachtsgebonden vergelijking van de holebi's	38
8.3	Verkennde gegevens: transgendergroep	41
9	Resultaten	54
9.1	Onderzoeksvraag 1: Prevalentie (holebi's)	54
9.1.1	Alle deelnemende holebi's	54
9.1.2	Holebi's met steekproef mannen.....	55
9.1.3	Holebi's met steekproef vrouwen.....	55
9.1.4	Besluit onderzoeksvraag 1: Prevalentie (holebi's)	56
9.2	Onderzoeksvraag 1: Prevalentie (transgender personen).....	56
9.2.1	Alle deelnemende transgender personen.....	56
9.2.2	Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht	59
9.2.3	Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht	60
9.2.4	Besluit onderzoeksvraag 1: Prevalentie (transgender personen)	61
9.3	Onderzoeksvraag 2: Acceptatie (holebi's)	62
9.3.1	Alle deelnemende holebi's	62
9.3.2	Holebi's met steekproef mannen.....	63

9.3.3	Holebi's met steekproef vrouwen	64
9.3.4	Besluit onderzoeksvraag 2: Acceptatie (holebi's).....	64
9.4	Onderzoeksvraag 2: Acceptatie (transgender personen)	64
9.4.1	Alle deelnemende transgender personen.....	65
9.4.2	Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht	66
9.4.3	Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht	66
9.4.4	Besluit onderzoeksvraag 2: Acceptatie (transgender personen)	67
9.5	Onderzoeksvraag 3: Steun (holebi's)	67
9.5.1	Alle deelnemende holebi's	67
9.5.2	Holebi's met steekproef mannen.....	71
9.5.3	Holebi's met steekproef vrouwen.....	73
9.5.4	Besluit onderzoeksvraag 3: Steun (holebi's)	74
9.6	Onderzoeksvraag 3: Steun (transgender personen).....	75
9.6.1	Alle deelnemende transgender personen.....	75
9.6.2	Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht	78
9.6.3	Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht	79
9.6.4	Besluit onderzoeksvraag 3: Steun (transgender personen)	81
9.7	Onderzoeksvraag 4: Negatieve ervaringen (holebi's).....	81
9.7.1	Alle deelnemende holebi's	81
9.7.2	Holebi's met steekproef mannen.....	83
9.7.3	Holebi's met steekproef vrouwen.....	84
9.7.4	Besluit onderzoeksvraag 4: Negatieve ervaringen (holebi's)	85
9.8	Onderzoeksvraag 4: Negatieve ervaringen (transgender personen)	86
9.8.1	Alle deelnemende transgender personen.....	86
9.8.2	Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht	87
9.8.3	Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht	88
9.8.4	Besluit onderzoeksvraag 4: Negatieve ervaringen (transgender personen).....	89
9.9	Onderzoeksvraag 5: Coping (holebi's)	89
9.9.1	Alle deelnemende holebi's	90
9.9.2	Holebi's met steekproef mannen.....	91
9.9.3	Holebi's met steekproef vrouwen.....	92
9.9.4	Besluit onderzoeksvraag 5: Coping (holebi's).....	93
9.10	Onderzoeksvraag 5: Coping (transgender personen)	93
9.10.1	Alle deelnemende transgender personen	93
9.10.2	Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht	94
9.10.3	Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht	95
9.10.4	Besluit onderzoeksvraag 5: Coping (transgender personen)	96

9.11	Onderzoeksvraag 6: psychisch welbevinden (holebi's)	96
9.11.1	Alle deelnemende holebi's	96
9.11.2	Holebi's met steekproef mannen	97
9.11.3	Holebi's met steekproef vrouwen	98
9.11.4	Besluit onderzoeksvraag 6: Psychisch welzijn (holebi's).....	98
9.12	Onderzoeksvraag 6: Psychisch welbevinden (transgender personen)	99
9.12.1	Alle deelnemende transgender personen	99
9.12.2	Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht	100
9.12.3	Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht	100
9.12.4	Besluit onderzoeksvraag 6: Psychisch welzijn (transgender personen).....	101
10	Samenvattende modellen	101
10.1	Holebi's	101
10.1.1	Holebi's steekproef met mannen	102
10.1.2	Holebi's steekproef met vrouwen	104
10.2	Transgender personen.....	104
10.2.1	Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht	105
10.2.2	Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht	106
10.3	Besluit samenvattende modellen	107
11	Discussie.....	107
12	Conclusie	120
13	Bibliografie	121
14	Bijlagen.....	130
14.1	Verduidelijking gehanteerde terminologie.....	130
14.2	Vragenlijst.....	131
14.3	Promotiemateriaal.....	154
14.4	Lijst van figuren	158
14.5	Lijst van tabellen	158

DANKWOORD

Een eerste uitdrukkelijk woord van dank gaat uit naar onze promotoren.

Met dank aan Gwendolyn Portzky,

uw enthousiaste uiteenzetting van dit onderwerp maakte ons meteen geëngageerd om hieraan mee te werken. Dankzij de kans en TOP-begeleiding die wij van u kregen om een onderzoek uit te werken van A tot Z, voelen wij ons nu bijna als echte onderzoekers. U stond tot op het laatste moment steeds klaar om ons te helpen!

Met dank aan Joz Motmans,

die al spijt kreeg dat hij zijn enthousiasme op ons had overgedragen toen we hem zelfs tijdens zijn verlofdagen, 's avonds stoorden met onze statistische paniekmomentjes. Met veel bewondering konden wij luisteren naar uw waterval van intelligente woorden, waartussen u uitingen van trots gaf over onze inzet en bereikte resultaten.

Uw begeleiding was TIP*, maar ook TOP!

*TransgenderInfoPunt

Met dank aan Eva Dumon,

u was altijd blij om ons te kunnen helpen, zelfs tijdens een onverwachts bezoekje. Ook konden we altijd op u rekenen voor constructieve feedback en een schouderklopje wanneer nodig. Bedankt voor uw TOP-begeleiding!

Verder willen we alle participanten bedanken die de tijd namen om hun ervaringen met ons te delen. Zonder hun medewerking kon dit onderzoek niet plaatsvinden.

Ook een grote dankjewel aan iedereen die de studie deelde en/of deelnam aan de selfiecampagne.

Dank je wel aan degenen die met veel plezier onze thesis typefoutjesvrij maakten.

Maar natuurlijk mogen we elkaar niet vergeten te bedanken. Zonder elkaar hadden we nooit zo'n resultaat kunnen bereiken. TOPteam!

Jana Missiaen en Heiderike Seynaeve
Gent, mei 2016

'Onderzoek naar de prevalentie, de risico- en beschermende factoren van suicidaliteit bij holebi's en/of transgender personen met een specifieke aandacht voor geslachtsverschillen.'

'Vlaanderen telt 1 op 3 zelfdodingen per dag en slechts 1 op 3 mensen zoekt professionele hulp bij psychische problematiek.' (Itinera Institute, 2013); *'3 tot 8% van de totale bevolking zijn holebi's.'* (Bambust & Mills, 2013); *'Holebi's plegen significant meer zelfmoord dan hetero's.'* (Mutanski & Liu, 2013); *'Maar liefst 33 tot 45% heeft gedurende het opgroeien zelfmoordgedachten gehad. Meer specifiek onderneemt 12,4% van de homomannen minstens één zelfmoordpoging, dit tegenover 5,9% van de heteromannen. 56,6% van de Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen heeft reeds een zelfmoordpoging overwogen en 14,4% heeft minstens één zelfmoordpoging achter de rug.'* (Cavaria, 2011); *'Transgender personen hebben een groter risico op zelfmoordgedachten en -pogingen dan cisgender personen.'* (Liu & Mustanski, 2012); *'62% van alle transgender personen heeft te kampen met zelfmoordgedachten.'* (De Roover, 2014); *'12% van hen onderging reeds een suïdepoging.'* (De Roover, 2014).

Deze verontrustende cijfers tonen de nood aan van een nieuw onderzoek naar het psychisch welzijn van holebi's en/of transgender personen in Vlaanderen. Hierbij kunnen drie centrale onderzoeksvragen gesteld worden. Deze luiden:

'Wat is de prevalentie van suïdepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's en/of transgender personen vanaf zestien jaar en ouder?'; 'Welke risico- en beschermende factoren gaan samen met één of meerdere suïdepogingen doorheen het leven bij de doelgroepen?' en 'Zijn deze risico- en beschermende factoren geslachtsgebonden?'

Om deze centrale onderzoeksvragen te beantwoorden werd als volgt te werk gegaan. Allereerst werd gebaseerd op de huidige literatuur om een algemeen beeld te schetsen. Nadien werd een vragenlijst opgesteld en werd de studie bekend gemaakt om zoveel mogelijk participanten te bereiken. Vervolgens werd de verkregen data geanalyseerd. Op deze manier werden antwoorden gevormd op bovenstaande centrale onderzoeksvragen. Aan de hand van de bekomen antwoorden werd een aanzet gegeven tot het opmaken van aanbevelingen die in het suïdepreventiebeleid kunnen worden toegepast.

De literatuurstudie omvatte drie grote luiken: suïcidaliteit in het algemeen, suïcidaliteit bij holebi's en suïcidaliteit bij transgender personen. Om deze onderdelen tot stand te brengen werd grotendeels samengewerkt. Heiderike nam het onderdeel holebi's voornamelijk voor haar rekening terwijl Jana zich voornamelijk toespitste op het onderdeel transgender personen.

De studie behandelde een cross-sectioneel design. In een éénmalige vragenlijst werd gepeild naar verscheidene cruciale thema's. Allereerst werd de seksuele oriëntatie en genderidentiteit bevraagd. Vervolgens werd het sociale netwerk nagegaan, alsook ervaringen met homo- en/of transfobie. Als laatste thema werd het psychisch welbevinden aangehaald met inbegrip van suïcidale gedachten en de coping strategieën. De anonieme vragenlijst kon vrijwillig worden ingevuld vanaf 1 september 2015 tot 29 februari 2016.

De beoogde doelpopulatie waren alle Vlaamse holebi's en/of transgender personen. Met andere woorden, alle Vlaamse personen die zich identificeren als homoseksueel, lesbisch of biseksueel en/of travestiet, transman, transvrouw of genderqueer.

De doelgroep werd gerekruteerd via een convenience sampling. Aangezien holebi's en/of transgender personen een moeilijk bereikbare doelgroep zijn, werd geprobeerd hen te bereiken aan de hand van verschillende methoden. Via netwerkevenementen met gerelateerde organisaties, flyers, posters en dergelijke, werd het onderzoek bekend gemaakt bij de Vlaamse bevolking. Op deze flyers en posters stond telkens een URL-link en QR-code met de verwijzing naar de online vragenlijst. Er werd eveneens gerekend op de kracht van sociale media. Een selfiecampagne werd opgestart om extra aandacht te vestigen op het psychisch welzijn van holebi's en/of transgender personen. Op deze manier werd getracht om zoveel mogelijk Vlamingen te engageren om de studie te delen. Er werd geen limiet geplaatst op het aantal participanten.

Dit onderzoek hoopt kenbaarheid te kunnen geven aan de voorgenoemde problematiek en ook sensibiliserend te kunnen werken. Holebi's en/of transgender personen zijn ondanks alle positieve evoluties in de samenleving, zoals de goedkeuring van het homohuwelijk en adoptie, kenbaarheid in de media, nog steeds een kwetsbare groep in onze samenleving. Het is dan ook van groot belang om aanbevelingen te ontwikkelen die kunnen worden meegenomen in toekomstige preventiestrategieën en -acties.

Om de literatuurstudie grondig te onderbouwen werd gebruik gemaakt van verschillende online databanken zoals Pubmed, ScienceDirect, Web of Science en Embase. Aan de hand van de database UGent Collections werd getracht om relevante literatuur te vinden omtrent de Vlaamse of Belgische populatie. Daarnaast werd deze databank ook geraadpleegd omdat het Universitaire Ziekenhuis Gent gespecialiseerd is in transgenderzorg. Ter volledigheid werden nog wetenschappelijke artikels gezocht via Google Scholar. Deze databank verzamelt een brede waaier aan wetenschappelijke artikels en is uiterst geschikt om te controleren of alle aspecten werden aangehaald.

Op basis van enkele zoekcriteria en combinaties van kernwoorden werden geschikte artikels opgespoord. Om geschikte gegevens te bekomen werden eerst alle synoniemen met 'OR' aangehaald en vervolgens werden de verschillende aspecten toegevoegd met de Booleaanse operator 'AND'. De meest voorkomende en toepasselijke zoektermen luiden: (Suicide OR suicidal OR Suicide attempt OR attempted suicide OR Suicidal ideation); (LGB OR LGBT OR Gay OR homosex* OR Bisex*); (Transsex* OR LGBT OR Trans* OR FtM OR MtF OR "gender dysphoria"); ("Risk Factor" OR Risk*) AND ("protective factors"). Ook MeSH termen werden gebruikt om gerelateerde publicaties te zoeken.

Na het lezen van de titel en het abstract van de Nederlands- of Engelstalige publicaties, werd beslist of deze verkregen informatie voldeed. Zo werd verwacht dat de literatuur handelde omtrent de doelgroep, alsook informatie bood omtrent de reeds gekende risico- en beschermende factoren. Er werden geen restricties opgelegd met betrekking tot het onderzoeksdesign. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve artikels en reviews werden geraadpleegd. Verder werden enkel zo recent mogelijke publicaties geselecteerd. Toch werden enkele oudere bronnen meegenomen mits deze een meerwaarde betekenden voor het onderzoek. Indien artikels voldeden aan de voorgenoemde zoekcriteria werden deze bijgehouden in een persoonlijke bibliotheek, zodat er later steeds op teruggekomen kon worden.

3 SUÏCIDALITEIT

3.1 DEFINITIE

Suicide of **zelfmoord** is het intentioneel beëindigen van het eigen leven door het individu. De gedachten en gedragingen die hiermee verbonden worden, wordt het **suïcidaal gedrag** genoemd. Een **suïcidepoging** is een handeling waarbij men zichzelf verwondt met als enige intentie het beëindigen van het leven (Nock, et al., 2008; O'Connor & Nock, 2014).

3.2 PREVALENTIE

Een fragment uit het boek van Bart Schols - Zelfmoord in Vlaanderen (2011):

“Het is haast niet te bevatten maar elke veertig seconden eindigt er ergens op deze bol iemands leven omdat hij of zij daar zelf voor kiest. Elke drie seconden onderneemt iemand een poging om voorgoed aan de pijn te ontsnappen. Zelfdoding eist jaarlijks wereldwijd naar schatting een miljoen levens. Geen oorlog die zoveel slachtoffers maakt, dat doen zelfs alle oorlogen samen niet. Suicide staat op nummer tien in de lijst met belangrijkste doodsoorzaken. Het gaat dan om een gemiddelde ranking voor alle leeftijdscategorieën, want bij jongeren is zelfdoding niet alleen in Vlaanderen maar ook elders in de wereld steevast goed voor een plaats in de top drie (Schols, 2011, p. 43).”

3.2.1 SUÏCIDECIJFERS IN VLAANDEREN

In Vlaanderen is zelfmoord de doodsoorzaak die het vaakst voorkomt bij personen tussen 15 en 54 jaar (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. a). In 2013 lieten 1.052 Vlamingen het leven door suïcide. Hierbij is er een geslachtsgebonden verschil merkbaar aangezien 771 van hen mannen waren ten opzichte van 281 vrouwen. Dit komt neer op een leeftijdsgestandaardiseerde suïcide rate voor mannen van 23,8/100.000 en 8,2/100.000 voor vrouwen (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. b). Ook ligt de gemiddelde leeftijd van zelfmoord bij mannen iets lager dan bij vrouwen. Respectievelijk is dit 51 en 53 jaar (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. a).

Bovenstaande verontrustende cijfers worden geconstateerd aan de hand van sterftecertificaten door het Agentschap Zorg en Gezondheid. Deze suïcidecijfers zijn wellicht onderschat aangezien de sterftes met een onbepaalde intentie niet worden meegerekend. Dit betekent dat vanuit bepaalde sterftecertificaten niet uitgemaakt kon worden of het om zelfmoord ging of om een ongeval of doding (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. g). Verder blijkt dat de Vlaamse suïcidecijfers anderhalf keer hoger zijn dan het Europese gemiddelde (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. c). De meest voorkomende methode om suïcide te plegen is

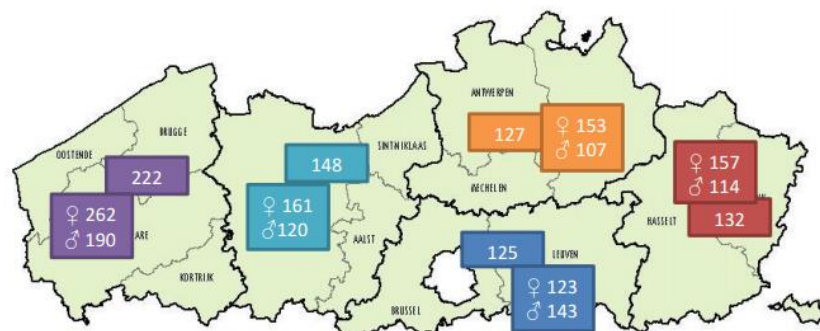
verhanging (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. a). Deze bevinding is zowel voor mannen (60% van de zelfdodingen) als voor vrouwen (44% van de suicides) over alle leeftijdscategorieën heen.

3.2.2 ZELFMOORDPOGINGEN IN VLAANDEREN

Zelfmoordpogingen worden sinds 1998 geregistreerd om een beter beeld te kunnen vormen over de prevalentie en de bijhorende eigenschappen van zelfmoordpogingen in Vlaanderen. Aan de hand van IPEO of het 'Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van volwassen suïcidepogers' verzamelen Vlaamse ziekenhuizen de nodige gegevens om het aantal zelfmoordpogingen te kunnen berekenen. Dit kan op twee manieren. Ofwel op basis van het aantal gebeurtenissen- ook wel event-based rates genoemd. Ofwel op basis van het aantal personen die één of meerdere zelfmoordpogingen ondernamen - ook wel person-based rates genoemd (Vancayseele, van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2014).

In 2014 was de totale person-based rate 159 per 100.000 inwoners. Er wordt opgemerkt dat deze rate voor vrouwen (183/100.000) hoger ligt dan voor mannen (132/100.000). Bij de mannen is er een positieve evolutie merkbaar door de daling van de cijfers. Bij de vrouwen daarentegen is er een niet significante stijging merkbaar in vergelijking met 2013. Absolute cijfers tonen aan dat er in 2014 ongeveer 10.236 zelfmoordpogingen waren in Vlaanderen. Dit impliceert 28 zelfmoordpogingen per dag (Vancayseele, van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2014).

Vanuit onderstaande afbeelding kan afgeleid worden dat West-Vlaanderen het meest wordt geteisterd door suïcidepogingen (Figuur 1). In deze regio zijn de event-based rates 222 per 100.000 West-Vlaamse inwoners. Gevolgd door Oost-Vlaanderen, waar het gemiddelde 148 per 100.000 inwoners bedraagt. In Limburg 132, Antwerpen 127 en Brussel 125 per 100.000 (Vancayseele, van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2014).



Figuur 1: Overzicht van geografische event-based rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners)

Wanneer wordt gekeken naar de absolute cijfers, blijkt dat suïcidepogingen het vaakst voorkomen in de leeftijdscategorieën van 20 tot 24 jaar, 40 tot 44 jaar en 45 tot 59 jaar. In 2014 was de gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers in Vlaanderen 40,8 jaar. De gemiddelde leeftijd voor mannen was 41,6 jaar. Voor vrouwen lag dit gemiddelde iets lager, namelijk 40 jaar (Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016).

3.3 SUÏCIDAAL PROCES

Suïcidaal gedrag ontstaat niet plots. Het is een proces waar het gedrag evolueert van een gedachte naar een concreet plan tot de uiteindelijke daad. Het is geen constant gegeven, maar een fluctuerend proces en is uniek voor ieder individu. Suïcidaal gedrag start met een gedachte of intentie om een moeilijke situatie te ontglippen. Deze gedachte kan verdwijnen, maar eveneens terug opgeroepen worden door een confrontatie met stresserende factoren en/of gebeurtenissen (van Heeringen, 2001).

3.4 RISICO- EN BESCHERMENDE FACTOREN

Suïcidaliteit is een complex en multifactorieel probleem. Het suïcidaal gedrag ontstaat steeds vanuit een samenspel van verschillende oorzaken en risicofactoren (Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010). De belangrijkste risicofactor van suïcide blijkt een voormalige poging te zijn. Een follow-up studie wees uit dat 10 tot 15% van de personen die een suïcidepoging hadden ondernomen, later stierven ten gevolge van suïcide (Suominen, et al., 2004). Aan de hand van het bio-psycho-sociaal verklaringsmodel worden bijkomende risicofactoren weergegeven. Het model berust op empirische evidentie dat het suïcidaal gedrag bepaald wordt door biologische, psychologische, psychiatrische en sociale risicofactoren. Er zijn twee aspecten te onderscheiden, namelijk de voorbeschikkende factoren (biologische en psychologische factoren) en de uitlokkende of toestandsgebonden factoren (sociale en psychiatrische factoren). Wanneer deze twee aspecten samen voorkomen in afwezigheid van beschermfactoren, kan dit een groot risico vormen voor suïcidaal gedrag (Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010).

3.4.1 VOORBESCHIKKENDE FACTOREN

Wanneer men over voorbeschikkende factoren beschikt, betekent dit dat deze persoon kwetsbaar is om suïcidaal gedrag te ontwikkelen. Hierbij horen de biologische en psychologische componenten. Onderzoek heeft aangetoond dat een verminderde werking van het serotonerge systeem sterk wordt geassocieerd met suïcidaliteit. Ook blijkt dat het

functioneren van het serotonerge systeem genetisch bepaald is. Wanneer eerder suïcidaal gedrag in een familie werd vastgesteld, kan dit in verband worden gebracht met genen die betrokken zijn in het serotonine-metabolisme. Vervolgens zijn belangrijke aspecten bij de psychologische component: impulsiviteit, coping vaardigheden, hopeloosheid en het dichotome of zwart-wit denken (Hawton & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010).

Impulsiviteit is een persoonlijkheidskenmerk en kan het risico op zelfmoordgedrag verhogen. Vooral zelfmoordpogingen worden impulsief ondernomen zonder een voorafgaande planning te maken. Deze vorm van zelfmoordgedrag komt voornamelijk voor bij jongeren (Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010). Een impuls kan beschreven worden als een plotselinge ingeving die meteen tot actie leidt. Er worden geen overwegingen gemaakt. Daarbij hebben suïcidepogers een minder vermogen om weerstand te bieden aan deze impulsen. Dit vermogen kan eveneens erfelijk bepaald worden. Daarnaast kunnen personen minder weerstand bieden tegen deze plotse impulsen wanneer zij onder invloed zijn van alcohol, drugs en/of medicijnen. Dit verklaart waarom suïcidaal gedrag meer voorkomt bij middelenmisbruik (de Groot, de Keijser, & Steendam, 2009).

Het probleemoplossend vermogen of de coping vaardigheden zijn vaak beperkt in het zelfmoordproces. Suïcidale personen gaan passief negatieve confrontaties aan. Ze stellen zich afhankelijk op van anderen en houden minder rekening met de gevolgen van hun handelen (Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010). Er zijn twee overkoepelende stijlen. De probleemgerichte copingstijl en de emotiegeoriënteerde copingstijl. Bij de probleemgerichte copingstijl worden moeilijkheden actief aangepakt. Daartegenover staat de emotiegeoriënteerde coping, waar individuen confrontaties reguleren door deze te vermijden en op afstand te houden (Storsbergen, 2004). Onderzoek staft hierbij dat de probleemgerichte copingstijl weinig psychische klachten met zich meebrengt en dat deze een voordeel biedt voor het mentaal welbevinden (Calvete, Corral, & Estévez, 2008).

Een verminderd probleemoplossend vermogen kan een gevoel van hopeloosheid teweegbrengen (Forceville, 2011). Hopeloosheid is een beduidende factor die de kans op suïcidaal gedrag verhoogt. Het individu heeft voortdurend negatieve gedachten omtrent de toekomst en ziet hier geen verandering in op termijn (Hawton & van Heeringen, 2002). De sombere en negatieve gemoedstoestand wordt als blijvend ervaren. Onderzoek heeft uitgewezen dat suïcidale personen geen verhoogde verwachtingen van negatieve zaken hebben maar wel een gebrek aan positieve verwachtingen. Deze vormen een belangrijke

risicofactor bij zelfmoordgedrag (Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010).

3.4.2 UITLOKKENDE FACTOREN

Uitlokkende factoren kunnen de suïcidaliteit bij kwetsbare individuen onderhouden of eventueel versterken. Deze uitlokkende factoren kunnen worden onderverdeeld in twee groepen. Allereerst zijn er de sociale factoren en gebeurtenissen. Tal van sociale factoren kunnen een trigger-effect hebben op de suïcidaliteit van een individu. Voorbeelden van sociale stressoren kunnen relationele problemen zijn of echtscheidingen, een slechte ouder-kind relatie, negatieve gezinssfeer, familiegeschiedenis van psychopathologie of suïcidaal gedrag, leven in armoede, zichzelf afzonderen, het ontbreken van steun door familie en vrienden...

Naast deze sociale factoren kunnen ingrijpende gebeurtenissen een persoon gevoeliger maken voor het huidig of toekomstig zelfmoordgedrag. Voorbeelden hiervan zijn fysiek en/of seksueel misbruik en emotionele verwaarlozing. Deze gebeurtenissen kunnen eventueel plaatsgevonden hebben kort voor de zelfmoordpoging. De rol van bovenstaande factoren mag niet onderschat worden omdat deze ernstige gevolgen voor het psychisch welzijn van het individu met zich meebrengen (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. d; King & Merchant, 2008; Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010).

Ten tweede zijn er psychiatrische factoren. Uit een studie omtrent suïcide bleek dat van 90% van alle suïcides kon worden aangetoond dat het desbetreffende individu leed aan een psychiatrische aandoening. Verder bleek dat 80% van hen geen behandeling onderging (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006). Hieruit kan worden afgeleid dat psychiatrische kenmerken zoals depressie, alcohol- en middelenmisbruik, schizofrenie, bipolaire stoornissen, eet- en angststoornissen, uitermate belangrijke aspecten vormen voor de suïcideproblematiek (Hawton & van Heeringen, 2009; Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010).

3.4.3 DREMPELFACTOREN

Tenslotte beschrijft het verklarend model ook enkele drempelfactoren die een invloed uitoefenen op het suïcidaal gedrag. Enerzijds kunnen drempelverlagende factoren suïcidaal gedrag uitlokken, terwijl drempelverhogende factoren het individu beschermen voor suïcidaal gedrag. Factoren die suïcidaal gedrag uitlokken zijn bijvoorbeeld de blootstelling van suïcidaal gedrag in de omgeving en media. Ook de beschikbaarheid van middelen, zoals

medicatie, pesticiden, dienstwapen... kan een negatieve invloed hebben op het suïcidaal gedrag. Dit geldt ook voor het ondervinden van weinig sociale steun. Wanneer men daarentegen wel sociale steun ondervindt voor het ontvangen van psychologische ondersteuning, blijkt dit een beschermende factor te zijn. Een tweede beschermende factor kan een positief aanzien zijn ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg. Deze positieve attitude zou de hulpvraag naar professionele zorg eenvoudiger maken (van Heeringen, 2007).

3.5 PREVENTIE

3.5.1 UNIVERSAL, SELECTED AND INDICATED PREVENTIVE MODEL: USI-MODEL

De hoge prevalentiecijfers tonen aan dat er nood is aan een degelijk suïcidepreventiebeleid. Daarom is het heel zinvol om te investeren in een optimale suïcidepreventie. Om een doeltreffend preventief programma op te stellen voor het suïcidepreventiebeleid, moet er rekening gehouden worden met drie interventieniveaus. Deze zijn de universele, de selectieve en de geïnduceerde strategieën (Maes & Van Royen, 2012).

De universele strategie beoogt een aanpak voor een gehele bevolkingspopulatie of groepen uit deze populatie. In deze aanpak wordt er geen selectie gemaakt van personen met een hoger risico op suïcidale gedachten of het ondernemen van suïcidepogingen. Er wordt wel gestreefd naar een basisbescherming om over een gezond psychisch welbevinden te beschikken, en dit voor iedereen. Deze bescherming wordt bereikt aan de hand van educatieprogramma's rond het thema suïcidaliteit, door verbetering tot de toegang van de psychische hulpverlening en door in te spelen op enkele belangrijke protectieve factoren zoals sociale steun en het hanteren van een positieve copingstijl. Hierbij spelen de overheid, scholen en media een belangrijke fungerende rol (Maes & Van Royen, 2012; Dumon & Portzky, 2014; Nordentoft, 2011).

De selectieve strategie richt zich naar doelgroepen met een verhoogd risico op suïcidaliteit. Deze strategie wil ervoor zorgen dat suïcidale gedachten en gedrag tijdig voorkomen worden in deze doelgroepen. Dit aan de hand van screeningsprogramma's, opleidingen voor experts en de nabije omgeving van specifieke doelgroepen, alsook de risicopopulatie vaardigheden aanleren die het psychisch welzijn kunnen verhogen (Dumon & Portzky, 2014; Maes & Van Royen, 2012; Nordentoft, 2011).

De geïnduceerde strategie is gericht naar degenen die reeds tekenen tonen van suïcidale gedachten en/of gedrag. In deze strategie worden programma's ontwikkeld om risicofactoren te verminderen en de beschermende factoren te verhogen met als doel om suïcide te

voorkomen. Continuïteit en het laagdrempelig maken van de zorg zijn hierbij belangrijk (Dumon & Portzky, 2014; Maes & Van Royen, 2012; Nordentoft, 2011).

3.6 VLAAMS ACTIEPLAN 2012-2020

Om gezondheidswinst te realiseren op bevolkingsniveau moeten preventieve gezondheidsdoelstellingen worden opgemaakt (Van Royen, Maes, & Nuyens, 2012). Omwille van de hoge prevalentiecijfers wordt steeds meer aandacht besteed aan deze suïcideproblematiek door actieplannen en gezondheidsdoelstellingen op te maken. Daarom werden in Vlaanderen zes hoofdgezondheidsdoelstellingen vooropgesteld (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. e). Eén daarvan is de gezondheidsdoelstelling 'preventie van zelfdoding'.

Eind 2011 werd een tweede gezondheidsconferentie georganiseerd door Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen (Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II bis, 2012). Op deze conferentie werden vijf strategieën vastgelegd met als doelstelling om in 2020 een daling van de zelfmoordcijfers met 20% te bereiken in vergelijking met het basisjaar 2000 (Van Royen, Maes, & Nuyens, 2012; Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II bis, 2012).

De eerste strategie is om de geestelijke gezondheid met betrekking tot het individu en de maatschappij te bevorderen. De tweede strategie handelt omtrent suïcidepreventie door het bieden van laagdrempelige telefonische en online hulp. Ten derde wordt de deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs bevorderd. In de vierde strategie wordt suïcidepreventie opgemaakt voor specifieke risicogroepen. Als laatste is er de ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide. Dit onderzoek kadert voornamelijk omtrent de vierde strategie, waar holebi's en transgender personen als kwetsbare groep aanzien worden (Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II bis, 2012).

Op 7 september 2012 bereikte de Vlaamse Regering een akkoord omtrent de gezondheidsdoelstelling en het opgemaakt actieplan (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.j. f).

4 PSYCHOLOGISCH WELBEVINDEN VAN HOLEBI'S

4.1 INLEIDING

De geschiedenis van holebi's kent vele doorbraken. Op 17 mei 2015 is het nog maar 25 jaar geleden dat de Wereldgezondheidsorganisatie homoseksualiteit schrapte in de lijst van geestesziekten. Vandaag wordt deze dag gevierd als de internationale dag tegen homo- en transfobie (World Health Organization , 2011).

Ons land heeft al veel veranderingen meegemaakt. Zo is het huwelijk van holebi-koppels goedgekeurd. Ook adopteren of medisch begeleide voortplanting tussen partners van hetzelfde geslacht is mogelijk gemaakt. Verder zijn antidiscriminatie wetten ontwikkeld en zijn er veel organisaties die streven naar een positieve maatschappelijke verandering voor holebi's. Tenslotte zijn holebi's vandaag vertegenwoordigd in de media, de overheid en in het straatbeeld (Borghs P. , 2015). België staat omwille van deze voorgenoemde zaken op de tweede plaats op de ILGA-Europe Map. Dit betekent dat België een goed LGBT-beleid toepast (ILGA Europe, 2015).

Hoewel er al veel stappen in de goede richting zijn gezet, blijven holebi's problemen ervaren in het dagelijkse leven. Er heerst nog steeds stigma en discriminatie (World Health Organization , 2011). Holebi's wijken immers af van de heersende heteronormen in onze maatschappij (Çavaria, z.j.).

4.2 PREVALENTIE

Het is niet eenvoudig om objectieve prevalentiecijfers te geven, seksuele oriëntatie kan namelijk op verschillende manieren worden gemeten. Hoe iemand zich voelt (fysieke en/of emotionele aantrekkingskracht, fantasieën), wat iemand doet (relaties en seks) en hoe iemand zich benoemt (identiteit). Deze aspecten worden niet altijd allemaal voldaan. Iemand kan zich hetero noemen en toch over een homorelatie fantaseren. Afhankelijk van welk aspect onderzocht wordt, verschillen de cijfers van onderzoek tot onderzoek (Bambust & Mills, 2013; Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, 2009).

Holebi's zijn een bijzonder kwetsbare groep als het om zelfdoding gaat en plegen significant meer suïcide dan heteroseksuelen (Mutanski & Liu, 2013; Hatzenbuehler, 2011).

3 tot 8% van de totale Belgische bevolking identificeert zichzelf als holebi. Dit betekent dat 300.000 à 800.000 personen onder deze noemer vallen (Bambust & Mills, 2013).

Maar liefst 33 tot 45% van de Belgische holebi's heeft gedurende het opgroeien zelfmoordgedachten gehad. Meer specifiek onderneemt 12,4% van de homomannen minstens één zelfmoordpoging, dit tegenover 5,9% van de heterojongens. Bij lesbische vrouwen zijn de cijfers nog hallucinanter. Er ondernemen maar liefst 25% een zelfmoordpoging tegenover 5,4% van de heteromeisjes (Heeringen & Vincke, 2000). Het Welebi-onderzoek (2009) dat zich focust op 18 tot 23 jarige Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen, toont deze problematiek ook aan. Van deze vrouwen denkt 56,6% minstens éénmaal ernstig aan een zelfmoordpoging. Van deze vrouwen heeft 14,4% minstens één zelfmoordpoging achter de rug (Schoonaker, Dumon, & Louckx, 2009).

4.3 RISICOFACTOREN

4.3.1 PSYCHISCHE PROBLEMEN

Holebi's in de leeftijdscategorieën 16 tot en met 20 jaar die ooit een eerdere zelfmoordpoging ondernomen hadden, hebben tien maal meer kans om een nieuwe zelfmoordpoging te plegen gedurende het volgend jaar. Dit in vergelijking met degene die geen poging ondernomen hadden. Daarom moet een suïcidepoging steeds ernstig genomen worden. Deze wordt aanzien als de belangrijkste risicofactor voor het plegen van zelfmoord in gelijk welke doelgroep. De resultaten zijn namelijk consistent met voorgaande zelfmoordstudies waarbij de steekproef niet specifiek op holebi's gericht was. (Mutanski & Liu, 2013). Ook hebben holebi's vaak een destructief palliatief pallet (*alle handelingen die je doet om met stress of spanningen om te gaan*) (Portzky M. , 2015) met een grotere kans op het middelenmisbruik en eetproblematiek (Marshall, et al., 2011). Dit toont King et al. (2008) ook aan met een systematische review waarbij 25 studies onder de loep genomen werden. Onderzoekers vonden dat depressies, angststoornissen en middelenmisbruik anderhalf keer meer voorkwam bij holebi's dan bij heteroseksuelen (King, et al., 2008).

4.3.2 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

4.3.2.1 LEEFTIJD

Als holebi's zich op jonge leeftijd bewust worden van hun seksuele identiteit, kan dit een risicofactor vormen voor het ontwikkelen van zelfmoordgedachten (Remafedi, French, Stroy, Resnick, & Blum, 1998). Jongeren zijn vaker onzeker over hun seksuele identiteit. Ze vrezen meer homonegatieve reacties dan ouderen en hebben weinig ervaring met homoseksuele relaties. Zelfacceptatie neemt toe met ouder worden (Keuzenkamp, 2010). Het Welebi-onderzoek (2009) toont aan dat hoe jonger de meisjes beseffen dat ze lesbisch of biseksueel zijn, hoe kwetsbaarder ze zijn voor depressies en zelfmoordgedachten (Schoonaker, Dumon, & Louckx, 2009). Wanneer de kans op het ontwikkelen van een depressie werd vergeleken tussen heteroseksuele jongeren tot en met 27 jaar en holebi-leeftijdsgenoten, zien we dat holebi's twee maal zoveel kans hebben om een depressie te ontwikkelen. Bij het ouder worden is de kans op het hebben van een depressie 10% hoger dan dat van de heteroseksuelen (Dewaele, Sociologische cijfers, 2006).

4.3.2.2 GESLACHT

Lesbiennes en biseksuele vrouwen zijn het kwetsbaarst voor het ontwikkelen van zelfmoordgedachten bij de Vlaamse holebi's (Vermissen, Dewaele, Meier, & Van Houte, 2011). Omdat biseksuele vrouwen de binaire levensstijl achter zich hebben gelaten, kunnen zij op weinig begrip rekenen vanuit de holebi-gemeenschap en de heteronormatieve samenleving. Het gebrek aan sociale ondersteuning doet het psychisch welzijn dalen (Galliher, Rostosky, & Hughes, 2004). Verder is er een geslachtsverschil dat aantoont dat mannen meer homonegatieve reacties krijgen dan vrouwen. Homoseksuele mannen hebben het daarom moeilijker om hun seksuele identiteit te aanvaarden (Keuzenkamp, 2010).

4.3.3 ATTITUDES TEN AANZIEN VAN HOMO- EN BISEKSUALITEIT IN DE SAMENLEVING

Holebiseksualiteit wordt zo goed als overal in Vlaanderen aanvaard. Uit de bevraging die de sociaal-culturele verschuivingen in Vlaanderen nagaat blijkt dat 85% vindt dat holebi's hun leven moeten kunnen leiden zoals zij dat willen. Ook werd het homohuwelijk door bijna drie kwart van de Vlamingen goedgekeurd. Een ruime meerderheid gaat ermee akkoord dat holebikoppels gelijke rechten krijgen omtrent het adopteren van kinderen (Noppe, 2014).

Daartegenover staat nog steeds een klein deel van de bevolking die zich tegen de sociaal-culturele verschuivingen verzet. Ouderen, mannen, lager opgeleiden en religieuzen zijn homonegatiever dan jongeren, vrouwen, hoger opgeleiden en niet-religieuzen (Noppe, 2014).

4.3.4.1 GEÏNTERNALISEERDE HOMONEGATIVITEIT

Geïnternaliseerde homonegativiteit betekent dat holebi's de afkeurende houdingen omtrent hun seksuele geaardheid, die aanwezig zijn in de maatschappij, zich eigen maken. Het internaliseren van homonegativiteit kan leiden tot het ontstaan van een intrapsychisch conflict. Het is een strijd tussen het verlangen open te zijn over de eigen seksuele geaardheid, als de nood om heteroseksueel te zijn. Dit conflict kan leiden tot mentale stress (Dewaele & Van Houtte, 2010; Herek, 2004). Ook blijkt de mate van geïnternaliseerde homonegativiteit een predictor te zijn bij het ontwikkelen van depressieve gevoelens, sociale afzondering en het verwerpen van de eigen seksualiteit bij homoseksuele mannen. Hoe meer de mannen de negatieve attitudes omtrent homoseksualiteit zich eigen maken, hoe groter de kans op het ontwikkelen van depressies, zich afzonderen en het verwerpen van zijn seksuele geaardheid (Rosser, Bockting, Ross, Miner, & Coleman, 2008). Een Vlaamse studie (2010) stelde dit eveneens vast. Hoe hoger iemand scoorde op geïnternaliseerde homonegativiteit, hoe hoger de score op het ervaren van depressieve gevoelens (Cox, Dewaele, Van Den Berghe, & Vincke, 2010). Verder is er een verband gevonden waaruit blijkt dat geïnternaliseerde homonegativiteit leidt tot het hebben van weinig zelfvertrouwen en het ervaren van algemene psychologische stress. Dit is een zorgelijk gevolg voor het welzijn van een persoon (Cox, Dewaele, Van Houtte, & Vicke, 2011).

4.3.4.2 DISCRIMINATIE

Discriminatie is iemand zonder gegronde rechtvaardiging anders behandelen omwille van een bepaald kenmerk (leeftijd, afkomst, seksuele oriëntatie...). Het heeft betrekking op het openbare leven zoals de arbeidsmarkt, gezondheidszorg, aanbod van goederen en diensten enzovoort. In België biedt de antidiscriminatiewet hiertegen bescherming (Borghs J., 2015). Discriminatie veroorzaakt stress. Deze stress kan aanleiding geven tot het ontwikkelen van psychische problemen wat uiteindelijk kan leiden tot suicidaliteit (De Graaf, Sandfort, & Ten Have, 2006; Mark L. Hatzenbuehler, 2011).

Verschillende studies tonen aan dat holebi's een hogere kans hebben om geconfronteerd te worden met discriminatie dan hetero's. Dit zorgt ervoor dat de doelgroep holebi's kwetsbaar is voor het ontwikkelen van psychische problemen (Mays & Cochran, 2001).

4.3.4.3 HOMOFOBIE

Homofobie uit zich in discriminatie, afwijzing, uitsluiting en geweld tegen individuen, groepen of organisaties op basis van de seksuele oriëntatie (IGVM, 2013). ‘Steunpunt Gelijkekansenbeleid’ onderzocht in 2013 homofob geweld. Het onderzoek toonde aan dat negen op de tien ooit in aanraking kwam met *verbaal* of *psychisch* homofob geweld, drie op de tien met *fysiek* geweld en één op de vijf met *materieel* geweld. Maar liefst 15% had niemand op de hoogte gebracht (D’haese, Dewaele, & Van Houte, 2013). Homonegatieve incidenten hebben een impact op het psychisch welzijn. Het zorgt ervoor dat personen na een incident er een lagere zelfwaardering op nahouden en vaker zelfmoordgedachten hebben (D’haese & Dr. Dewaele, 2014; Marshal, et al., 2011). Een studie van Vincke (2008) toonde de impact van homofobie op de werkvloer aan. Ongeveer 20% van de deelnemers ervaarde depressieve gevoelens na een homofob incident. Dit zijn voornamelijk 45-plussers. Gemiddeld 50% rapporteert woede en stress als reactie op het incident (Vincke, Drs. Cox, Dr. Dewaele, & Drs. Vanden Berghe, 2008).

4.3.5 GENDERNONCONFORMITEIT

Onze maatschappij heeft vooropgestelde verwachtingen van hoe mannen en vrouwen zich moeten gedragen op basis van hun geslacht. Bij gendernonconforme personen verschilt hun genderexpressie met deze verwachtingen. Gendernonconforme vrouwen worden als mannelijk gezien, gendernonconforme mannen als vrouwelijk. Holebi’s hebben vaak een hogere mate van gendernonconformiteit, dit in elk stadium van hun leven (Baams & Bos, 2014; Skidmore, Linsenmeier, & Bailey, 2006). Wanneer personen zich niet kleden en gedragen naar hun geslacht worden ze bestraft met stigmatiserende opmerkingen en afwijzingen. Deze ervaringen verklaren een lager psychisch welzijn en het ontwikkelen van zelfmoordgedachten (Baams & Bos, 2014; Rieger & Savin-Williams, 2012; Sandfort, Melendez, & Diaz, 2007; D’Augelli, Grossman, & Starks, 2006; Skidmore, Linsenmeier, & Bailey, 2006). Daarnaast beschrijft de Zzip studie (2011) een verband tussen gendernonconformisme en mentale stress. Stress leidt naar psychische problemen en een slechte mentale gezondheid (Vermissen, Dewaele, Meier, & Van Houte, 2011).

4.3.6 AANVAARDEN HOMOSEKSUALITEIT IN DE NABIJE OMGEVING

Het is reeds bewezen dat holebi’s in hun leven vaak vormen van discriminatie, vijandigheid, intimidatie, geweld en pesterijen ervaren. Maar de factor die het meest invloed heeft op het krijgen van zelfmoordgedachten of ondergaan van een zelfmoordpoging, is afgewezen

worden door hun ouders of andere familieleden omwille van hun seksuele geaardheid (Haas, et al., 2011). Verscheidende studies tonen aan dat de ouder-kind relaties bij holebi-adolescenten vaak uitgedaagd worden, voornamelijk rond de periode van de bekendmaking van zijn of haar seksuele identiteit (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010). Adolescenten die geaccepteerd worden door hun familieleden ontvangen meer sociale steun, hebben meer zelfvertrouwen en een betere algemene gezondheid. Wanneer de adolescenten niet aanvaard worden door hun familieleden brengt dit negatieve gevolgen teweeg. Ze hebben meer kans op depressies, middelenmisbruik en zelfmoordgedachten (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010). Een andere studie gaf aan dat jongvolwassenen die regelmatig afgewezen werden in hun puberteit door ouders of zorgverleners, acht maal meer aangaven dat ze ooit een zelfmoordpoging hadden ondernomen. Dat in tegenstelling met degenen die geaccepteerd werden door hun nabije omgeving (Ryan, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2009). Daarnaast verhoogt het risico op het plegen van zelfmoord met 20% als holebi's opgroeien in een niet-steunende omgeving. Een niet-steunende omgeving wordt eveneens gelinkt aan een onveiligheidsgevoel, stress, depressieve gevoelens en middelenmisbruik, hetgeen wat ongunstig is voor de mentale gezondheid (Mark L. Hatzenbuehler, 2011). Wanneer familiebanden verstoord en verbroken worden omwille van de seksuele oriëntatie, proberen holebi's het gemis aan steun van familieleden te compenseren bij vrienden of een holebi-vereniging, hun zogenaamde keuzefamilie. Daar ervaren ze een eenheidsgevoel en krijgen ze de erkenning die vaak afwezig is bij hun familie (Baert & Cockx, 2002). Tot slot is gebleken dat wanneer personen niet open kunnen zijn over hun seksuele geaardheid en een gebrek hebben aan een sociaal vangnet van andere holebi's (*eventueel verenigingen etc.*), dit kan leiden tot gezondheidsproblemen (Meyer, 2003).

4.3.7 STIGMABEWUSTZIJN

Holebi's vormen een minderheidsgroep in de samenleving en kunnen zich identificeren met een minderheidsstatus. Stigmabewustzijn komt voor wanneer personen uit een minderheidsstatus verwachten stereotiep behandeld te worden door personen die geen deel uitmaken van de minderheidsgroep. Deze verwachtingen zijn individueel verschillend. *Bijvoorbeeld: denken dat je anders behandeld zult worden net omdat je jezelf identificeert als holebi, denken dat mensen je met afkeer zullen bekijken net omdat je jezelf identificeert als holebi etc.* (Pinel, 1999). De Zzzip²-studie (2011) heeft het mentaal welbevinden significant geassocieerd met stigmabewustzijn zowel voor homomannen, lesbiennes als voor biseksuelen.

Hoe negatiever iemand in het leven staat, hoe hoger het niveau van stigmabewustzijn (Vermissen, Dewaele, Meier, & Van Houte, 2011).

4.4 BESCHERMENDE FACTOREN

Er zijn verschillende zaken die een positieve invloed hebben op het psychisch welzijn van holebi's. Eén van de belangrijkste zaken is het aanvaard worden en steun krijgen van familie (Witvrouwen & Van Rossem, 2014). Steun krijgen van ouders kan het gevoel van hopeloosheid en symptomen van depressie doen dalen (Mutanski & Liu, 2013). Sociale steun is een beschermende factor voor zowel jongeren als volwassen holebi's (Moody & N.G., 2013). In de studie van Eisenberg & Resnick (2006) werd familiale verbondenheid als belangrijkste protectieve factor bevonden. Jongeren met een hoge score van familiale verbondenheid hebben 50% minder kans op zelfmoordgedachten dan jongeren die hierop laag scoorden. De studie gaf ook aan dat een veilige schoolomgeving en sociale steun van een volwassene eveneens significante beschermfactoren zijn bij holebi's (Eisenberg & Resnick, 2006).

Daarnaast is het beschikken over een positief coping mechanisme een beschermende strategie. Dit is het aanleren hoe men zich op een goede manier kan beschermen tegen negatieve ervaringen (De Graaf, Sandfort, & Ten Have, 2006). Een effectieve copingstijl bij psychische problemen is hulp zoeken. Hulp zoeken is een noodzakelijke beschermfactor bij psychische problemen (Schomerus et al., 2009).

Bovendien is het laagdrempelig maken van de zorg essentieel om preventief aan de slag te gaan. Zowel structureel, waar de zorg toegankelijk en beschikbaar moet zijn, als sociaal-cognitief, waar stigma, attitudes en kennis rond psychische hulpverlening positief benaderd moeten worden (Reynders, Scheerder, Molenberghs, & Van Audenhove, 2011).

Kennis omtrent geestelijke gezondheidszorg en informatie over holebi-verenigingen hebben dus een gunstige invloed op het psychisch welbevinden. Het kan de stap kleiner maken naar het zoeken van hulp. Tenslotte moet iedereen meewerken aan een verandering van de voorgenoemde risicofactoren. Hierdoor is er meer kans op zelfvertrouwen en zelfacceptatie van holebi's zelf en is er ruimte voor openheid omtrent seksuele voorkeuren. Wat dan weer zorgt voor betere relaties op school, werk en de ganse omgeving (Witvrouwen & Van Rossem, 2014).

4.5 GESLACHTSGEBONDEN FACTOREN

Er is een soortgelijk onderzoek uitgevoerd in Nederland, waar men onderzocht of er een verschil in risicofactoren bestond omtrent suïcidaliteit bij holebi's, afhankelijk van het geslacht. Dit onderzoek bracht de conclusie dat er een sterke relatie tussen suïcidaliteit en homoseksuele mannen bestaat en dit minder bij homoseksuele vrouwen. Vermoedelijk omdat vrouwen minder geconfronteerd worden met de stressfactoren en ze een beter coping mechanische ontwikkeld hebben. De coping vaardigheden werden niet onderzocht in dit onderzoek. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van bestaande data verkregen in 1996. Deze data zijn verouderd en ondertussen zijn er heel wat positieve evoluties geweest naar het accepteren van holebi's in de maatschappij. Vandaar het belang om deze studie opnieuw te doen met nieuwe data en de voornaamste risicofactoren mee te nemen om zo correctere inzichten te verkrijgen (De Graaf, Sandfort, & Ten Have, 2006).

5 PSYCHOLOGISCH WELBEVINDEN VAN TRANSGENDER PERSONEN

5.1 TERMINOLOGIE

In onze samenleving wordt ervan uitgegaan dat er maar twee opties zijn indien we spreken over het geslacht: hetzij mannelijk, hetzij vrouwelijk (McCann & Sharek, 2016). Hetzelfde gaat op wanneer men het heeft over iemands geslachtsidentiteit: iemand voelt zich man of vrouw. Maar in werkelijkheid blijkt dit niet steeds zo te zijn. Om duidelijkheid te scheppen omtrent de terminologie die doorheen deze masterproef gehanteerd zal worden, wordt allereerst een verhelderend begrippenkader geschetst.

De *sekse* of het *geslacht* van een persoon wordt bepaald door de chromosomen, de hormonale balans, en de primaire en secundaire geslachtskenmerken (Shively & De Cecco, 1977; WPATH, 2012). Meestal beschikken biologische vrouwen over 46 XX chromosomen, terwijl de meeste biologische mannen beschikken over 46 XY chromosomen (WHO Genomics Resource Center, 2015). Wanneer een persoon wordt geboren met geslachtskenmerken van beide geslachten, spreken we van *interseksualiteit*. Enerzijds kan het moeilijk zijn om op basis van het geslachtsdeel bij de geboorte een uitspraak te doen over het biologische geslacht. Anderzijds is het ook mogelijk dat de intersekse condities pas duidelijk worden in de pubertijd (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009; Transgender Infopunt, 2013).

Interseksualiteit mag echter niet verward worden met de term *transseksualiteit*. In 1923 werd deze term voor het eerst gebruikt door de Duitse arts en seksuoloog Magnus Hirschfeld. (Hirschfeld, 1923). Een transseksueel persoon is iemand waarvan de genderidentiteit

tegenovergesteld is aan zijn of haar fysieke geslacht (Dierckx, Motmans, Mortelmans, & T'Sjoen, 2016). Via hormoontherapie en/of een geslachtsaanpassende ingreep (Gender Affirmative Surgery) kunnen primaire en secundaire geslachtskenmerken worden aangepast aan de genderidentiteit (WPATH, 2012). De **genderidentiteit** verwijst naar hoe een persoon over zichzelf denkt in termen van geslachtelijke identiteit. Voelt men zich man en/of juist vrouw (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009)?

In de vijfde editie van het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®)* is de term **genderdysforie** opgenomen (American Psychiatric Association, 2015). Genderdysforie komt voor wanneer een persoon een milde of extreme vorm van antipathie ervaart door de incongruentie tussen de genderidentiteit en het biologische geslacht (American Psychiatric Association, 2015; Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009; WPATH, 2012). Het gaat over de onvrede of het gevoel van onbehagen dat iemand ervaart over de genderrol die de maatschappij hem of haar toekent op basis van het fysieke geslacht (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009; van de Grift, et al., 2015). Genderdysforie omschrijft echter niet hetzelfde als gendernonconformiteit. **Gendernonconformiteit** verwijst naar de mate waarvan de genderidentiteit, -rol of -expressie verschilt van de culturele normen die worden voorgeschreven voor personen met een bepaald geslacht (Institute of Medicine, 2011; WPATH, 2012). Het is dus mogelijk dat iemand gendernonconform is maar hier niet onder lijdt en bijgevolg geen genderdysfore gevoelens ervaart.

Transgender is een koepelterm die een diverse groep van individuen omschrijft. Deze term verwijst niet naar een probleem of een stoornis zodat eventuele stigmatisatie en/of medicalisering van de conditie vermeden kan worden (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). Travestie, transgenderisme, transseksualiteit en alle andere vormen van gendervariatie vallen onder deze noemer. **Travestie** of **transvestisme** duidt op de behoefte van een individu om kledij te dragen en eventueel een genderrol in te nemen die in onze samenleving meer aanzien wordt als typisch voor het andere geslacht (WPATH, 2012). Het naar buiten brengen van deze subidentiteit is meestal tijdelijk van aard (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). Men wordt benoemd als **transgenderist** of **genderqueer** wanneer men zich zowel man als vrouw voelt, of noch man noch vrouw. Daarnaast is het ook mogelijk dat men zich soms man en soms vrouw voelt (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). **Transseksuelen** zijn personen waarbij de genderidentiteit duidelijk man of vrouw is, maar deze tegengesteld is aan het toegewezen geboortegeslacht. Om een geslachtsonderscheid in een groep transseksuele personen duidelijk te maken, worden de termen transman en transvrouw gebruikt. Een

transvrouw ('man naar vrouw', MnV, MtF) is een transseksueel persoon waarbij het geboortegeslacht mannelijk is maar de genderidentiteit vrouwelijk. Het spreekt voor zich dat een **transman** ('vrouw naar man', VnM, FtM) het omgekeerde omschrijft. Men gebruikt de term **cisgender** wanneer de genderidentiteit gelijklopend is met het geboortegeslacht (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009; WPATH, 2012).

5.1.1 TERMINOLOGIE OMTRENT DE SEKSUELE ORIËNTATIE

In deze alinea wordt kort stil gestaan bij de terminologie omtrent de seksuele oriëntatie. Een studie van Kreukels (2010) toonde aan dat de meerderheid van de transmannen een **non-androfiele seksuele** oriëntatie hebben. Dit betekent dat de transmannen zich voornamelijk aangetrokken voelen tot vrouwen of vrouwelijke eigenschappen. De meerderheid van de transseksuele vrouwen daarentegen rapporteerde een **gynefiele seksuele oriëntatie**. Transvrouwen voelen zich over het algemeen meer aangetrokken tot individuen van het vrouwelijk geslacht (Kreukels, et al., 2010).

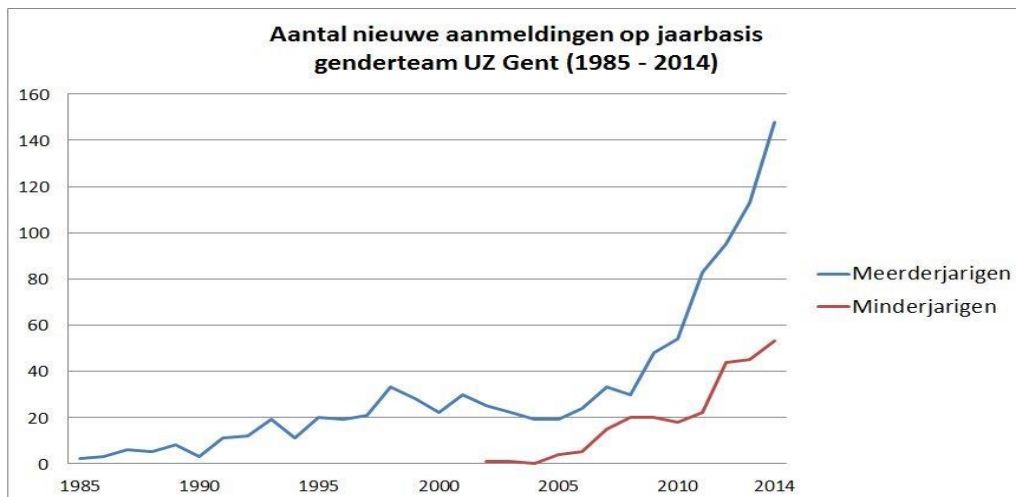
Uit een recentere Vlaamse studie onder transgender personen na transitie (Motmans, T'Sjoen, & Meier, 2011), blijkt dat de eigen seksuele aantrekking werd benoemd als volgt: in de groep transmannen voelde 22,6% zich aangetrokken tot zowel mannen als vrouwen, 72,6% voelde zich aangetrokken tot vrouwen, en slechts 4,8% was aangetrokken tot mannen. In de groep transvrouwen is er een andere verdeling. Zo voelde 40,9% van de deelnemende transvrouwen zich aangetrokken tot zowel mannen als vrouwen, 33,3% tot mannen, en 25,8% was enkel aangetrokken tot vrouwen. In het algemeen valt het hoge aantal biseksuelen (32%) op. Verder zijn er opvallend veel lesbische transvrouwen en weinig homo transmannen (Motmans, T'Sjoen, & Meier, 2011).

5.2 PREVALENTIECIJFERS

5.2.1 PREVALENTIE TRANSSEKSUALITEIT

Het in kaart brengen van de exacte prevalentie van transgender personen in België is theoretisch en praktisch niet haalbaar omdat niet elke transgender persoon een openlijk juridisch of medisch traject aflegt (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). Toch is het van groot belang dat men op de hoogte is van de prevalentiecijfers omdat men op die manier beter kan inspelen op de aanpassingen die dienen gemaakt te worden in de maatschappij of in het huidig beleid (Rol en samenleving VZW, 2009). Ook kan de bekendmaking van deze cijfers resulteren in een betere aanvaarding in de samenleving en zo leiden tot een leefomgeving met

minder transfoob gedrag. Daarnaast tonen deze cijfers de stijgende zorgvraag aan en zo kunnen tekortkomingen in het medisch terugbetalingsplan eventueel herzien worden (De Cuypere & Olyslager, 2009). Deze stijgende zorgvraag blijkt ook uit de statistieken van het Centrum voor Seksuologie en Gender aan het UZ Gent (Transgender Infopunt, 2015) (Figuur 2).



Figuur 2: Statistieken van het Centrum voor Seksuologie en Gender aan het UZ Gent

In 1985 werd transseksualiteit aanvaard als diagnose in de medische wereld in België. Daarenboven accepteerde men ook de geslachtsoperatie als mogelijke stap in het behandelingstraject (De Cuypere, et al., 2006). Sinds 1993 kon het Rijksregister registreren hoeveel personen een officiële geslachtsverandering verkregen in België. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het volledig doorlopen van het medische traject niet automatisch een officiële geslachtsverandering inhoudt. Het initiatief tot aanvraag van een officiële geslachtsverandering dient vanuit de transgender persoon zelf te komen (Amnesty international, 2014). Tussen januari 1993 en 30 juni 2015 zijn er in België 794 personen officieel van geslacht veranderd. Van hen was 67% transvrouw en 33% transman. Deze verhouding blijkt stabiel te zijn over de jaren heen (IGVM, 2015). Echter valt op dat deze verhouding niet zo blijkt te zijn bij de transgender personen onder 25 jaar. In deze leeftijdscategorie zijn er meer transjongens dan transmeisjes (IGVM, 2015).

Cijfers van de Belgische genderteams (Brugge, Gent, Antwerpen en Luik) toonden in 2003 aan dat één op 12.900 geboren mannen genderdysfoor is en een geslachtsverandering laat doorvoeren. Daarentegen is maar één op 33.800 geboren vrouwen genderdysfoor en wordt transman. Ook hier zien we dat de prevalentie van transvrouwen hoger is dan transmannen. In België is de huidige man/vrouw-sekseratio 2,2:1 (Motmans, Ponnet, & De Cuypere, 2015). Deze cijfers moeten wel met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat niet iedere

transseksuele persoon een geslachtsverandering wil laten doorvoeren en bijgevolg niet wordt meegerekend in de telling van het Rijksregister. Zo kunnen operatiekosten en het openlijk uiten naar de sociale omgeving een drempel vormen om het traject af te leggen (De Cuypere, et al., 2006).

In de cijfers die De Cuypere et al. (2006) weergeven, valt op dat transseksualiteit in Wallonië minder frequent voorkomt dan in Vlaanderen en Brussel. Op 45.045 geborenen in Wallonië wenst slechts één persoon een geslachtsverandering. In Vlaanderen is dit 1 op 15.835 en in Brussel 1 op 12.500. Een verklaring voor deze geografische spreiding kan zijn dat Waalse psychiaters, psychoanalytische behandelingen verkiezen boven een operatieve behandeling. In de enige genderkliniek in Wallonië voorzien ze enkel een hormonale behandeling en psychotherapie. De mogelijkheid bestaat er dus niet om een operatieve geslachtsverandering te ondergaan (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). Daarnaast wordt ook beweerd dat transseksualiteit in Wallonië minder wordt geaccepteerd door de gemeenschap in vergelijking met Vlaanderen en Brussel (De Cuypere, et al., 2006).

5.2.2 PREVALENTIE TRAVESTIE

Exacte cijfers van travestie en transvestisme in België zijn opnieuw niet beschikbaar. In 1999 voerde P. Vennix onderzoek naar de prevalentie van cross-dressers in de Nederlandse populatie (Vennix, 1999). Hieruit bleek dat 1 tot 5% van de Nederlandse bevolking ouder dan twintig jaar wel eens aan travestie deed. Uit recenter onderzoek in Nederland van Rutgers (2006) blijkt dat mannelijke travestieten (2.8%) vaker voorkomen dan vrouwelijke travestieten (0.1%) (Rutgers Nisso Groep, 2006). Omdat België op economisch, sociaal, cultureel en demografisch gebied vergelijkbaar is met Nederland, mogen we ervan uitgaan dat deze cijfers gelijkaardig zijn in België (De Cuypere, et al., 2006).

5.2.3 PREVALENTIE GENDERQUEER

Het is opnieuw zeer moeilijk om de prevalentie van deze doelgroep vast te stellen aangezien deze groep niet zichtbaar is in medische noch andere officiële databanken. Wel gebeurde reeds onderzoek naar de prevalentie van personen die kampen met een ambivalentie van de genderidentiteit. Recente studies uit Vlaanderen en Nederland meldden dat een ambivalente genderidentiteit respectievelijk voor 2,2% tot 4,6% voorkomt bij mannen in de algemene bevolking. Het prevalentiecijfer in de algemene bevolking van de ambivalente genderidentiteit was bij vrouwen iets lager, namelijk 1,9% in Vlaanderen (Van Caenegem, et

al., 2015) en 3,2% in Nederland (Kuyper & Wijsen, 2014) Deze prevalentie geeft aan dat dit fenomeen veel vaker voorkomt dan eerder werd aangenomen (FRA, 2014).

5.2.4 SUÏCIDEPREVALENTIE BIJ TRANSGENDER PERSONEN

Een Europese studie in 2008 toonde aan dat 29,90% van de volwassen transgender personen minstens één zelfmoordpoging heeft ondernomen (Whittle, Turner, Combs, & Rhodes, 2008). Een Amerikaans onderzoek in 2010 rapporteerde dat 41% van de deelnemende transgender personen minstens één zelfmoordpoging ondernomen heeft in vergelijking met 4,6% in de algemene bevolking (Grant, et al., 2010; Haas, Rodgers, & Herman, 2014). In 2009 vond in Vlaanderen een studie plaats die de hoge prevalentie van suïcide in kaart brengt bij Vlaamse transgender personen. Hieruit bleek dat 62% van de 244 participanten ooit geconfronteerd werd met suïcidale gedachten. 22% ondernam minstens één zelfmoordpoging (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). Deze alarmerende cijfers zijn nog maar eens het bewijs dat transgender personen een groter risico vormen voor het ontwikkelen van suïcidale gedachten of het ondernemen van suïcidepogingen.

5.3 RISICOFACTOREN

5.3.1 ALGEMENE RISICOFACTOREN

Volgens Moody & Smith (2013) zijn er verschillende risicofactoren die het hebben van suïcidale gedachten en het ondernemen van suïcidepogingen beïnvloeden. Allereerst zijn depressies en eerdere zelfmoordpogingen de belangrijkste risicofactoren (Moody & Smith, 2013). Vervolgens blijkt leeftijd ook een rol te spelen. Hoe jonger de transgender persoon is, hoe hoger het risico. Dit zou verklaard kunnen worden door de jongere leeftijd zelf of door factoren die samenhangen met die jonge leeftijd zoals bijvoorbeeld impulsiviteit (Haas, Rodgers, & Herman, 2014). Misbruik van alcohol en/of drugs, gedwongen seks of verkrachting en ander fysiek geweld, komen ook naar voren als voorspellers van zelfmoordpogingen. Dezelfde bevinding werd teruggevonden in Vlaams onderzoek. Wanneer personen ooit in aanraking kwamen met seksuele en/of fysieke geweldervaringen kwamen suïcidale gedachten frequenter voor. Ook hadden ze vaker een suïcidepoging ondernomen dan transgender personen die niet eerder met seksuele en/of fysieke geweldervaringen geconfronteerd werden (Motmans, T'Sjoen, & Meier, 2015). Verder blijkt het risico op suïcidale gedachten en het ondernemen van zelfmoordpogingen ook te vergroten wanneer men vaker in aanraking komt met genderdiscriminatie (Clements- Nolle, Marx, & Katz, 2006; Moody & Smith, 2013).

Onderzoeken van Haas et al. (2014) bekrachtigen deze bovenstaande risicofactoren. Ze vulden deze lijst aan met ervaringen van pestgedrag of mishandeling en gevoelens van afwijzing (Haas, Rodgers, & Herman, 2014; Heylens, et al., 2013). Genderidentiteitsstoornissen of genderdysfore gevoelens blijken ook onafhankelijke risicofactoren voor suïcidaliteit te zijn (Heylens, et al., 2013; De Cuyper, et al., 2005).

Onderzoek van Clements-Nolle (2006) toonde de verschillende factoren aan die significant geassocieerd werden met suïcidepogingen. Personen die reeds een suïcidepoging ondergingen waren voornamelijk blank, jonger dan 25 jaar, werkloos en waren reeds in het verleden opgenomen in een instelling. Zelfmoordpogingen werden geassocieerd met depressie, een lage zelfwaarde, een verleden van middelenmisbruik en gedwongen seks of verkrachting. Deze personen kwamen ook in aanraking met zowel verbale als fysieke genderdiscriminatie. Er zijn geen significante verschillen gevonden bij personen die wel of geen poging ondernamen voor educatie of seksuele oriëntatie (Clements- Nolle, Marx, & Katz, 2006). In een ander Amerikaans onderzoek werd wel een significant verschil gevonden bij educatie. Hoe lager de opleiding, hoe hoger de kans op een suïcidepoging (Perez-Brumer, Hatzenbuehler, Oldenburg, & Bockting, 2015).

5.3.2 PSYCHISCHE PROBLEMEN

Reeds verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat een significant groter deel van de transgender populatie wordt belast met psychische problemen in vergelijking met cisgender personen (Haas, et al., 2011; Haas, Rodgers, & Herman, 2014; Heylens, et al., 2013; Moody & Smith, 2013; Mustanski & Liu, 2012). Zelfs na een geslachtsverandering blijkt het risico op suïcide nog steeds hoger dan bij cisgender personen (Dhejne, et al., 2011). Ook uit onderzoek van Reisner et al. (2015) blijkt dat er een hogere prevalentie van depressie is bij transgender personen, net als angst en zelfmoordverlangens (Reisner, et al., 2015). Risicofactoren voor het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen zijn interpersoonlijke problemen en victimisatie zoals sociale stigma, discriminatie, transfobie en seksueel misbruik. Ook het gebrek aan sociale steun bleek een belangrijke factor te zijn (Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016). De meest voorkomende psychiatrische problemen zijn stemmingsstoornissen en angstproblemen (Heylens, et al., 2013).

Bovendien komt automutilatie zonder dodelijke intentie ook vaker voor. Dit wordt in de literatuur vaak vernoemd als NSSI (Non- Suicidal Self- Injury) (Marshall, Claes, Bouman, Witcomb, & Arcelus, 2015). Prepuberale genderidentiteitsstoornissen en slachtofferschap

worden geassocieerd met een verhoogd risico op automutilerend gedrag en suïcidegedachten (Mustanski & Liu, 2012).

5.3.3 GESLACHTSGEBONDEN RISICOFACTOREN

Helaas zijn suïcidepogingen bij beide geslachten aanwezig. Echter komt naar voren dat er meer transmannen een suïcidepoging ondernemen in vergelijking met transvrouwen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat transmannen vaker geconfronteerd worden met victimisatie en zelfmoordgedachten in vergelijking met transvrouwen (Perez-Brumer, Hatzenbuehler, Oldenburg, & Bockting, 2015).

Transvrouwen hebben echter een hoger risico op suïcidepogingen na een geslachtsoperatie, terwijl transmannen na een geslachtsverandering het vrouwelijke patroon van suïcidepogingen behouden (Dhejne, et al., 2011). Dit zou kunnen verklaard worden doordat transmannen meer lijden onder de genderdysfore gevoelens die ze ervaren voor de geslachtsoperatie. Dit wordt zo gesteld aangezien transmannen eerder hulp zoeken dan transvrouwen (De Cuypere, et al., 2005).

Binnen de groep transgender personen werd opgemerkt dat psychiatrische condities vaker voorkomen bij volwassen transvrouwen dan bij volwassen transmannen (Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016). Sociale factoren, zoals aanvaard worden door de maatschappij, zouden hierin een rol spelen. Net als het gevoel van onaantrekkelijkheid gerelateerd aan het incongruente lichaamsbeeld (Auer, et al., 2013). Bij volwassen transmannen werden daarentegen meer persoonlijkheidsstoornissen gevonden. Deze persoonlijkheidsstoornissen kwamen significant meer voor bij personen waarvan de genderidentiteitsstoornis na de pubertijd aanving in vergelijking met personen die geconfronteerd worden met genderidentiteitsstoornis voor de pubertijd (Heylens, et al., 2013). Een ander onderzoek toonde aan dat er geen geslachtsverschil werd gevonden in de mentale gezondheid van transgender adolescenten (Reisner, et al., 2015). Reisner et al. (2014) toonde aan dat er geen significante verschillen gevonden werden in de mentale gezondheid van transvrouwen ten opzichte van cisgender mannen. Er werden echter wel significante verschillen gevonden tussen transmannen en cisgender mannen voor zelfmoord, depressie en eigenwaarde (Reisner, et al., 2014).

5.3.4 TRANSFOBIE

Transfobie of **transnegativiteit** ontstaat meestal uit vooroordelen of een culturele overtuiging, waardoor een irrationele haat of gevoel van afkeer ontstaat ten opzichte van transgender personen (Motmans, T'Sjoen, & Meier, 2015).

Motmans, T'Sjoen & Meier onderzochten in 2014 de prevalentie van geweldpleging ten opzichte van transgender personen. In dit onderzoek werden vier types geweld onderzocht. Verbaal of psychisch geweld, fysiek geweld, seksueel geweld en materieel geweld. Deze geweldplegingen konden ofwel privaat of publiek gepleegd worden. Na analyses bleek dat acht op de tien respondenten ooit in aanraking kwam met verbaal of psychisch transfoob geweld. Daarnaast stelde bijna één op de vijf transgender personen (herhaaldelijk) schade vast aan persoonlijke eigendommen. De studie rapporteerde ook dat het geweld frequent voorkwam bij de helft van de participanten van de studie. Men stelde vast dat één op de vijf hier met niemand over sprak (Motmans, T'Sjoen, & Meier, 2015). Uit een recente studie van Perez-Brumer et al. (2015) blijkt dat ook geïnternaliseerde transfobie een risicofactor is voor zelfmoordpogingen (Perez-Brumer, Hatzenbuehler, Oldenburg, & Bockting, 2015).

5.3.5 DISCRIMINATIE

Transgender personen ervaren vaker een onrechtmatig verschil in behandeling dan cisgender personen (Haas, Rodgers, & Herman, 2014). Een Brits onderzoek van Whittle et al. (2007) toonde aan dat transgender personen ongelijkheid en discriminatie het meest ervaren in de werkomgeving of in mogelijkheden tot tewerkstelling. Ook toegang tot de gezondheidszorg, vrijetijdsactiviteiten en onderwijs bleken het leven van een transgender persoon te beïnvloeden (Whittle, Turner, & Al-Alami, 2007). Bovenstaande bevindingen kwamen overeen met conclusies vanuit een Vlaamse studie (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009).

Dankzij de wet van 10 mei 2007 betreffende de transseksualiteit is het, ondanks enkele strenge voorwaarden, mogelijk geworden om het geslacht officieel te veranderen aan de hand van een eenvoudige administratieve procedure. Bovendien is een voornaamswijziging een recht geworden. Toch is het nog steeds zo dat men geen officiële geslachtswijziging kan laten doorvoeren indien men geen medische ingrepen wenst te ondergaan (IGVM, 2014a).

In de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen (de zogenaamde genderwet) werden enkel personen die een geslachtsverandering ondergingen of wensten te ondergaan beschermd. Daarom werd deze wet herwerkt op 22 mei 2014 en

bestrijdt deze nu discriminatie op basis van geslacht, geslachtsverandering, genderidentiteit en ook genderexpressie (Motmans, T'Sjoen, & Meier, 2015; IGVM, 2014b).

5.3.6 STIGMA

Volgens een Amerikaanse review heeft stigma een impact op drie verschillende niveaus op de mentale gezondheid van transgender personen. Stigmatisering op het structurele niveau is een beperking van de mogelijkheden tot toegang tot bepaalde instellingen omwille van de genderexpressie of -identiteit. Het tweede niveau is de interpersoonlijke stigmatisering en omvat verbale intimidatie, geweld en seksueel misbruik ten gevolge van de genderidentiteit of -expressie. Het individuele niveau houdt geïnternaliseerde transfobie in (White Hughto, Reisner, & Pachankis, 2015).

Voorzichtig kan gesteld worden dat ervaren stigma, op eender welk niveau, gelinkt kan worden aan een verhoogde suïcidaliteit. Deze verhoogde kans op suïcidepogingen doorheen het leven vindt voornamelijk plaats indien stigma intens wordt ervaren op het individuele niveau (Perez-Brumer, Hatzenbuehler, Oldenburg, & Bockting, 2015). Want het geïnternaliseerde stigmabewustzijn kan ervoor zorgen dat transgender personen zeer moeilijk om hulp vragen voor hun geestelijke gezondheidsproblemen (Hellman & Klein, 2004). Dit gebrek aan professionele zorg leidt op zijn beurt weer tot depressies, NSSI, suïcidale gedachten en suïcide (White Hughto, Reisner, & Pachankis, 2015).

5.4 BESCHERMENDE FACTOREN

De reeds gekende protectieve factoren zijn sociale steun van familie en vrienden (Moody & Smith, 2013). Ook een optimistische ingesteldheid blijkt een positieve invloed te hebben. Uit verdere statistische analyses van Moody et al. (2013) werd vastgesteld dat emotionele stabiliteit en bepaalde bestaansredenen zoals kinderen ook een protectieve invloed hebben (Moody & Smith, 2013). Ook Penedo & Dahn (2005) toonden aan dat sociale steun een heel belangrijke factor is voor de levenskwaliteit van een individu. Sociale steun versterkt immers de mentale gezondheid (Gibney & McGovern, 2011). De algemene tevredenheid van een transgender persoon is voor een deel ook afhankelijk van het slagen om een vaste relatie op te bouwen (De Cuypere, et al., 2005). Niet enkel sociale steun van naasten maar ook van de gehele samenleving blijkt een protectieve factor te zijn.

Een sterkere coping en emotionele stabiliteit zouden suïcidale gedachten en suïcidepogingen doen reduceren bij transgender personen. Deze goede mentale gezondheid kan leiden tot een

betere buffer voor negatieve gedachten (Moody & Smith, 2013). Uit longitudinale studies blijkt dat een hormoonbehandeling een positief effect heeft op de mentale gezondheid van de transgender persoon (Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016). Ook blijkt dat fysieke activiteit een grote positieve impact heeft op de mentale gezondheid. Fysieke activiteit maakt namelijk endorfines of gelukshormonen vrij in de hersenen. Deze gaan gepaard met een verhoogd positief zelfbeeld en een grotere eigen-effectiviteit (Marshall, Claes, Bouman, Witcomb, & Arcelus, 2015; Penedo & Dahn, 2005)

Aan de hand van een adequate psychosociale ondersteuning kunnen zelfmoordpogingen en zelfmoordgedachten verminderd worden (Dierckx, Mortelmans, Motmans, & T'Sjoen, 2015). Dit kan aan de hand van counseling, gerichte doorverwijzing naar de juiste zorgverlener(s) en peer based outreach. Dit laatste houdt in dat 'gelijken' of personen waarmee ze zichzelf kunnen identificeren, geschikte hulp bieden (Clements- Nolle, Marx, & Katz, 2006). In dit onderzoek wordt nagegaan of deze risico- en beschermende factoren ook van toepassing zijn bij de Vlaamse transgender personen.

6 PROBLEEMSTELLING

Uit de voorgenoemde prevalentiecijfers blijkt dat suïcidaliteit een ernstig probleem vormt voor de volledige bevolking. De Vlaamse overheid neemt hierbij zijn verantwoordelijkheid op door de gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie te ontwikkelen. Eén van de strategieën omschrijft het belang van preventie voor specifieke risicogroepen.

De aanleiding van dit onderzoek vloeit voort uit een vraag van çavaria. Dit is een koepel van verenigingen die opkomt voor de belangen van holebi's en transgender personen in Vlaanderen en Brussel (Çavaria, z.j.). Aan de hand van reeds gekende inzichten stelde çavaria vast dat lesbische en biseksuele vrouwen psychisch kwetsbaarder zijn dan homoseksuele mannen (Vermissen, Dewaele, Meier, & Van Houte, 2011). Daarom is er vraag naar kennis omtrent de geslachtsgebonden factoren die een invloed uitoefenen op het suïcidaal proces. Ook bij de risicogroep transgender personen is er een grote schaarste aan informatie omtrent het psychisch welzijn. Met dit onderzoek wordt ingespeeld op de nood aan identificatie van de risico- en beschermende factoren, zodat onderzocht kan worden wat deze doelgroepen aanzet tot het ondernemen van een suïcidepoging. Deze factoren worden samengevat in aanbevelingen en zullen in de toekomst een hulpmiddel zijn om risico's te reduceren en beschermende factoren uit te bouwen.

Iedereen kan profijt halen uit preventieve strategieën die zich richten op het verhogen van veerkracht en het mentaal welbevinden. Dit onderzoek is relevant en interessant voor organisaties die in aanraking komen met holebi's en transgender personen zodat ze beter kunnen inspelen op de noden van deze doelgroepen. De doelgroepen en hun naasten hebben er eveneens baat bij, gezien een gerichtere hulpverlening en ook vernieuwende informatie inzichten bij hen teweeg kunnen brengen. Vervolgens kan de Vlaamse overheid de opgemaakte aanbevelingen toepassen en op die manier proberen om de gezondheidsdoelstelling te bereiken. School- en werkomgevingen kunnen eveneens inspelen op de aanbevelingen van het suïcidepreventiebeleid.

Aangezien een onderzoek altijd voortbouwt op eerdere publicaties werd een grondige literatuurstudie uitgevoerd. Vanuit de tekorten komen de volgende onderzoeksvragen voort:

1. Wat is de prevalentie van suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's en/of transgender personen vanaf zestien jaar en ouder?
2. Voorspellen de acceptatie door zichzelf en de omgeving, het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's en/of transgender personen?
3. Voorspelt het al dan niet ervaren van steun het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's en/of transgender personen?
4. Voorspellen de negatieve ervaringen in de maatschappij het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's en/of transgender personen?
5. Voorspellen de verschillende coping mechanismen van Vlaamse holebi's en/of transgender personen het risico op suïcidepogingen doorheen het leven?
6. Voorspelt het psychisch welbevinden van de Vlaamse holebi's en/of transgender personen het risico op suïcidepogingen doorheen het leven?

7 ONDERZOEKSMETHODOLOGIE

7.1 HET ONDERZOEKSDESIGN

In deze studie werd gebruik gemaakt van een **kwantitatief cross-sectioneel onderzoeksdesign**. De gegevensverzameling gebeurde door participanten te bevragen aan de hand van een éénmalige en online vragenlijst. Het gebruik van een online-survey was ideaal om op een korte tijdsperiode grootschalige datagegevens te verzamelen. Dit werd bekomen enerzijds door de vlotte verspreiding van de link naar het onderzoek, anderzijds ook door de anonimiteit die werd gegarandeerd. Daarnaast kon iedereen die toegang heeft tot het internet de survey invullen, dit zowel op de smartphone, tablet of de computer. Mogelijke

participanten die niet beschikten over internet konden een papieren versie toegestuurd krijgen. De bevraging werd onder andere bekend gemaakt via de promotiematerialen en sociale media.

Het doel van deze studie was om de problematiek in kaart te brengen van suïcidegedachten en -pogingen bij Vlaamse personen vanaf zestien jaar, die zichzelf identificeren als holebi en/of transgender persoon. Er werd gekozen voor een cross-sectioneel onderzoeksdesign. Dit observationeel onderzoek is heel geschikt om de verkregen gegevens te beschrijven en te verklaren. Een bijkomend voordeel was dat deze manier van werken economisch en tijdsbesparend is.

Toch zijn er enkele nadelen verbonden aan dit type onderzoek. De eerste beperking was dat de verworven gegevens zeer statisch zijn en een momentopname weergeven. Hierdoor kon het moeilijk zijn om na te gaan in welke mate bepaalde fenomenen samenhangen en bijgevolg op basis van deze informatie een aantal verklaringen te geven. De informatie die werd verkregen is ook van retrospectieve aard. Dit betekent dat participanten moesten voortgaan op hun herinneringen, waardoor fouten konden ontstaan. Een tweede beperking was dat er geen verbanden kunnen worden gevonden doorheen de tijd. Hiervoor is verder longitudinaal onderzoek aangewezen.

7.2 CONSTRUCTIE VAN DE VRAGENLIJSTEN

Door zoveel mogelijk gebruik te maken van gestandaardiseerde vragenlijsten werd de survey ontworpen. Zeven onderwerpen kwamen aan bod: de socio-demografische gegevens, de seksuele identiteit en genderidentiteit, de openheid van seksuele identiteit en genderidentiteit, het sociale netwerk, negatieve ervaringen met homo- en/of transfobie, het psychisch welbevinden met inbegrip van suïcidale gedachten en tot slot het probleemoplossend vermogen van de participant.

De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van gelijkaardig voorgaand onderzoek zoals Beyond the box, Zzzip en Zzzip², Welebi en Geweld tegenover holebi's 1 en 2. Daarnaast werden ook meerdere gestandaardiseerde vragenlijsten gebruikt. Deze worden hieronder kort toegelicht.

De *internalized homonegativity inventory (IHNI)* (Cronbach's α : 0,91) is een vijf-puntsschaal waarbij aan de hand van 23 stellingen de graad van geïnternaliseerde homonegativiteit wordt achterhaald. Voor dit onderzoek werd geopteerd om een selectie te maken van negen items. Hoe hoger de score, hoe hoger de homonegativiteit wordt ervaren door de participanten (Mayfield, 2001).

Het stigmabewustzijn werd nagegaan aan de hand van tien stellingen van de *Stigma Consciousness Questionnaire (SCQ)* (*Cronbach's alpha: 0,74*). De participanten konden via de vijf-punts likertschaal aangeven of ze het al dan niet akkoord waren met de stellingen. Een hogere score betekent een hoger stigmabewustzijn (Brown & Pinel, 2003).

Aan de hand van twaalf items van de zelfbeoordelingsvragenlijst *General Health Questionnaire (GHQ-12)* (*Cronbach's alpha: 0,90*) werd nagegaan of ze de afgelopen weken geconfronteerd werden met emotionele problemen, angst of depressieve gevoelens. Per vraag is er keuze tussen vier antwoordmogelijkheden (vier-punts likertschaal). De eerste twee antwoordmogelijkheden krijgen een score nul, ofwel niet pathologisch, terwijl de derde en vierde antwoordoptie als één, of dus als pathologisch gehercodeerd werden. In de totaalscore worden het aantal items weergegeven waarbij er sprake is van een afwijking in het normale functioneren in het dagelijkse leven (Viane, 2002).

Zelfmoordgedachten en -pogingen werden gemeten aan de hand van de *Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS)* (*Cronbach's alpha: 0,87-0,97*). Deze screeningtool peilt aan de hand van 21 zelfrapportagestellingen naar de wens van een individu om te sterven en de houding van het individu ten opzichte van zelfdoding. Elke antwoordmogelijkheid geeft een score weer van 0 tot 2. Er wordt een optelsom gemaakt van de eerste negentien items die peilen naar de ernst van suïcidegedachten. Hoe hoger de score van deze som, des te groter de wens om te sterven. (Beck & Steer, 1991).

De *Utrechtse Coping Lijst (UCL)* (*Cronbach's alpha: 0,43- 0,89*) bevat 47 items die gescoord zijn op een vier-punts likertschaal die de coping nagaat. Hieruit worden zeven verschillende copingstijlen afgeleid. Deze zijn: actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten. Hoe hoger men scoort op een bepaald item, hoe meer iemand die betreffende copingstijl hanteert (Bosmans, 2002).

De uiteindelijke vragenlijst werd nadien aan de hand van het SurveyGizmo-platform online geplaatst.

7.3 GEGEVENSVERZAMELING

De beoogde **doelpopulatie** waren alle Vlaamse holebi's en/of transgender personen ouder dan zestien jaar. Inclusiecriteria voor dit onderzoek waren alle Vlaamse holebi's die zichzelf

identificeren als holebi en/of alle Vlaamse personen die zichzelf identificeren als travestiet, transman, transvrouw of genderqueer. Om ethisch verantwoord te werk te gaan en gezien de studie een delicaat onderwerp behandelt, mochten personen jonger dan zestien jaar niet deelnemen. De online-survey werd enkel in het Nederlands beschikbaar gesteld. Hierdoor werd er een schifting gemaakt naar Vlaamse Nederlandstalige holebi's en/of transgender personen. Het was de bedoeling om zoveel mogelijk geschikte participanten te rekruteren. Er werd geen limiet geplaatst op het aantal participanten die mochten deelnemen aan de online-survey. Wel werd er gestreefd naar 1000 deelnemers, zodat het Vlaamse onderzoek betrokken kan worden in een groter internationaal onderzoek.

De steekproeftrekking voor de online-survey gebeurde aan de hand van een convenience en snow-ball **sampling**. Een URL-link en QR-code werden verspreid via sociale media, posters, flyers enzoverder. Aangezien Vlaamse holebi's en/of transgender personen een moeilijk te bereiken doelgroep vormen, kon de snow-ball sampling helpen waar convenience sampling te kort schoot. De reeds deelnemende participanten konden het onderzoek kenbaar maken via mondeling contact, e-mails, alsook door de online-survey te delen via de sociale media en zo nieuwe participanten vinden die bereid waren om ook deel te nemen. Door het onderzoek op verschillende manieren bekend te maken was het mogelijk om meer participanten te bereiken.

Om zoveel mogelijk participanten te engageren om deel te nemen werd een heuse **promotiecampagne** gelanceerd. Een aanlokkende slagzin "REACH OUT" verscheen samen met de intussen bekende regenbooghandjes op iedere poster, flyer, survey en sociale media. Deze herkenbare elementen zorgden ervoor dat het onderzoek bekender werd bij de doelpopulatie. De non-responders werden herhaaldelijk aangespoord om toch deel te nemen aan de studie. Verder werd er ook nadruk gelegd op het psychisch welzijn in plaats van op zelfmoordgedachten en -pogingen. De reden hiervoor was om mogelijke participanten niet af te schrikken en te wijzen op het feit dat ieder verhaal telt. Want positieve verhalen brengen ook zeer veel nuttige informatie met zich mee. Op deze manier konden namelijk protectieve factoren afgeleid worden.

Om het onderzoek nog meer bekendheid te bieden schakelden we de pers in om het persbericht in de Vlaamse kranten te laten verschijnen. Ook werd een selfiecampagne opgericht. Iedereen die wou kon een selfie delen met het hand op het hart met de vermelding van '#Ireachedout' en de link naar de survey. Zo werd de kracht van de sociale media opnieuw bewezen. Zelfs ministers en andere bekende Vlamingen namen deel aan deze campagne.

Verder maakte onze aanwezigheid tijdens verschillende evenementen het mogelijk om persoonlijk in contact te komen met eventuele participanten. Zo werden zij warm gemaakt om deel te nemen aan de studie en deze eveneens te verspreiden. Ook werden persoonlijke brieven met posters en flyers rondgestuurd naar allerlei holebi-verenigingen en organisaties die zich inzetten voor de LGBT-gemeenschap in Vlaanderen. Hierdoor konden ze ook de studie steunen door de link naar het onderzoek te verspreiden binnen hun netwerk.

De promotiecampagne heeft geloond want in de periode van 1 september 2015 tot 29 februari 2016 namen 1.541 personen deel aan de studie. 1.013 van hen vulden de enquête volledig in.

7.4 ETHISCHE ASPECTEN

Participanten mogen niet blootgesteld worden aan eender welke vorm van ongemak. Aangezien het onderzoek een emotioneel beladen onderwerp behandelde, was de expertise en goedkeuring van het ethisch comité nodig. Na hun toestemming van het ontwerp van de vragenlijst, poster en flyer, kon het onderzoek van start gaan. Promotiemateriaal, het informed consent en slotwoord van de online survey waren allemaal voorzien van een vangnet voor de participant. Dit vangnet bestond uit informatie omtrent hulporganisaties wanneer iemand zich psychisch onwel voelde. Gedurende het onderzoek werd er niemand verplicht om deel te nemen en kon op elk moment de deelname beëindigd worden. Iedereen kreeg vooraf een informed consent. Dit informed consent deelde mee wat de participant kon verwachten bij het invullen van de survey en wie hij kon contacteren bij verdere vragen. Daarnaast werd er rekening gehouden met kwetsbare groepen. Adolescenten jonger dan zestien jaar mochten niet deelnemen aan het onderzoek. Ten slotte werd de verkregen data steeds confidencieel behandeld.

7.5 ANALYSEPLAN

Met het oog op het analyseren van de gegevens werden de verkregen data gecodeerd aan de hand van het statistisch pakket 'IBM SPSS Statistics 23'. Er werd gekozen om enkel gebruik te maken van de gegevens ons aangereikt door participanten die over de Belgische nationaliteit beschikten en woonachtig waren in Vlaanderen. De participanten dienden het informed consent goed te keuren en ze moesten de volledige enquête doorgenomen hebben met een minimum participatieduur van twaalf minuten. Deze ondergrens werd bepaald door de gemiddelde duur van verschillende testdeelnames. Verder werd het aantal deelnemende intersekse personen geëxcludeerd uit de steekproef, omdat het aantal verwaarloosbaar was (n=4).

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden werd gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. Aan de hand van kruistabellen werden de verkregen gegevens in een overzichtelijke tabel gegoten. Antwoorden op de tweede tot en met zesde onderzoeksvraag werden verkregen door gebruik te maken van enkel- en meervoudige logistische regressie analyses.

In dit onderzoek werd de afhankelijke variabele gedichotomiseerd. Zo werden personen die geen suïcidepoging ondernomen hadden, vergeleken met personen die reeds één of meerdere zelfmoordpogingen ondernomen hadden doorheen hun leven.

Alle onderzoeksvragen werden telkens opgesplitst in drie groepen. Allereerst werden de analyses besproken van de volledige holebigroep, vervolgens van de mannelijke participanten, gevolgd door een analyse met enkel vrouwelijke participanten. Ook bij de transgender personen werden eerst de analyses besproken van de volledige populatie, vervolgens van de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht en ten slotte van de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht. Hierdoor werden eventuele geslachtsgebonden verschillen onderzocht.

Bij de verkennende data werd aan de hand van een Chikwadraattoets nagegaan of er sprake was van een significant verband met een diversiteit aan thema's. Bij de holebigroep werd een geslachtsgebonden verband gezocht en bij de transgender personen een verband met de genderidentiteit.

Per onderzoeksvraag werd allereerst univariaat nagegaan of de onafhankelijke variabelen een verhoogd risico gaven op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven. Eens de significante univariate risicofactoren gekend waren, werden deze samengevoegd in een multivariaat model. Aan de hand van de Backward Wald Test methode werden stapsgewijs variabelen uit het model verwijderd totdat er enkel variabelen overbleven die een relevante bijdrage leverden voor het voorspellen van de uitkomstvariabele. De modellen konden gestaafd worden met de Hosmer and Lemeshow test en de verklaarde variantie of Nagelkerke R^2 . Omdat dit een observationeel onderzoek met een vragenlijst betrof, was een Nagelkerke R^2 van 10 tot 15% reeds voldoende. Nadien werden samenvattende modellen opgesteld (Tabel 112). Hierin werden alle significante risicofactoren vanuit de multivariate modellen per onderzoeksvraag samengebracht. Op deze manier kon het onderzoek nagaan welke risicofactoren een volledige onafhankelijke rol innamen aangaande suïcidaliteit.

In dit onderzoek werd gesproken van een significant effect wanneer de gevonden kans kleiner is dan 5%. Bij de multivariate analyses van de holebi's werden de trend tot significante variabelen tot op een niveau van $P=0,07$ meegenomen in het samenvattend model. Bij alle analyses van de transgender personen werden de trend tot significante variabelen tot op een niveau van $P=0,07$ meegenomen in de analyses. In elke onderzoeksvraag werden de mogelijke risicofactoren die meegenomen werden in de analyses steeds duidelijk vermeld. Wanneer deze factoren niet terugkomen in de analyse zijn deze niet significant.

8 VERKENNENDE GEGEVENS

8.1 VERKENNENDE GEGEVENS: LGBT-GEMEENSCHAP

De volledige LGBT-steekproef omvat 904 participanten. Hiervan identificeert 34,2% zichzelf als cisgender man ($n=309$), 38,4% als cisgender vrouw ($n=347$), 5,6% als transman ($n=51$), 10,3% als transvrouw ($n=93$) en 11,5% als gendervariant ($n=104$).

Dit onderzoek duidt dat 26,5% van de volledige participantengroep reeds één of meerdere zelfmoordpogingen ondernomen heeft doorheen het leven ($n=240$) (Tabel 1). Hierbij is een significant verband gevonden tussen de zelfmoordpogingen en de verschillende genderidentiteitsgroepen. Hieruit blijkt dat transvrouwen het meest kwetsbaar zijn, gevolgd door de gendervariante personen, transmannen, cisgender vrouwen en ten slotte cisgender mannen.

Tabel 1: Suïcidepogingen LGBT steekproef

SUÏCIDEPOGINGEN (SP) (LIFETIME)		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)					TOTAAL
		Cisgender man	Cisgender vrouw	Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Nooit	Aantal	245	267	33	55	64	664
	% binnen GI	79,3%	76,9	64,7%	59,1%	61,5%	73,5%
	% binnen SP	36,9%	40,2%	5,0%	8,3%	9,6%	100,0%
Eén of Meermaals	Aantal	64	80	18	38	40	240
	% binnen GI	20,7%	23,1%	35,3%	40,9%	38,5%	26,5%
	% binnen SP	26,7%	33,3%	7,5%	15,8%	16,7%	100,0%

($Chi^2=26,908$; $DF=4$; $P=0,001$)

8.2 VERKENNENDE GEGEVENS: HOLEBIGROEP

De holebigroep telt 656 participanten met een gemiddelde leeftijd van 29 jaar, waarvan de jongste participant 16 jaar en de oudste 72 jaar is. Er namen ongeveer evenveel mannen als vrouwen deel aan het onderzoek. Zo is 47,1% van de participanten man ($n=309$) en 52,9% is vrouw ($n=347$). Wat de seksuele oriëntatie betreft is 81,6% van de holebi's homoseksueel of

lesbisch (n=535) en is 15,7% biseksueel (n=103), 2,7% vindt geslacht niet belangrijk of wordt tot geen geslacht aangetrokken (n=18).

Voorbeeld vragenlijst: Uw leven overschauwend, tot wie voelde u zich seksueel aangetrokken? Enkel tot vrouwen Meestal tot vrouwen, zelden tot mannen Wat meer tot vrouwen dan tot mannen Evenveel tot mannen als tot vrouwen Wat meer tot mannen dan tot vrouwen Meestal tot mannen, zelden tot vrouwen Enkel tot mannen Tot geen van beide Ik vind geslacht niet belangrijk Ik weet het niet

Demografische gegevens

De meerderheid van de holebigroep heeft een hoog opleidingsniveau. Zo studeert 71,2% voor een diploma van hoger onderwijs, universiteit of post-universiteit of heeft dit reeds behaald (n=467) en 28,8% studeert voor een diploma van de lagere school, secundair onderwijs of postsecundair niet hoger onderwijs of heeft dit reeds behaald (n=189). De sociaal-economische status werd nagegaan aan de hand van de Equivalent Income Scale. Via deze weg was het mogelijk om het huishoudinkomen te wegen aan de hand van het aantal volwassenen en kinderen in het gezin. Er heeft 48,9% van de holebi's een inkomen van minimum €1.237,45 en maximum €2.249 (n=321), zij bevinden zich in de middenklasse. Daarbij heeft 15,7% een lager inkomen (n=103) en 35,4% een hoger inkomen (n=232). De majoriteit van de populatie woont samen met anderen (73,3%; n=481), de rest van de populatie woont alleen (26,7%; n=175). Van de totale holebigroep identificeert 53,5% zichzelf als een gelovige (n=351). Van deze personen ervaart 21,9% zijn of haar geloof als een belangrijk aspect in het leven (n=77). Verder tonen de demografische gegevens aan dat 46,2% niet in één van de dertien Vlaamse grootsteden woont (n=303). Daartegenover woont 53,8% wel in een grootstad (n=353).

Seksuele oriëntatie

Het zich bewust worden van de seksuele oriëntatie gebeurt hoofdzakelijk tussen de leeftijd van 12 tot 14 jaar (34,8%; n=228) en 15 tot 18 jaar (36,6%, n=240). Momenteel heeft slechts 2,1% geen coming-out gedaan (n=14). De piek van de coming-out leeftijd is in deze steekproef terug te vinden rond de leeftijd van 12 tot 14 jaar (42,2%; n=278) en 15 tot en 18 jaar (30,6%; n=201).

Initieel heeft 54,9% een negatieve zelfacceptatie (n=360) maar na verloop van tijd heeft bijna iedereen zichzelf leren accepteren. Momenteel heeft 94,7% een neutrale tot positieve zelfacceptatie (n=621).

*Voorbeeld vragenlijst: Hoe stond u tijdens deze bewustwordingsperiode tegenover uw eigen seksuele oriëntatie?
Hoe staat u momenteel tegenover uw eigen seksuele oriëntatie?*

Steun

Samenvattend toont dit onderzoek aan dat 68,4% van de Vlaamse holebi's steun ervaart van zijn of haar familieleden (n=463). Vlaamse holebi's krijgen de meeste steun van hun heterovrienden (83,6%; n=540) en hun holebivrienden (86,1%; n=515). Daarnaast krijgt 57,9% steun van medestudenten en/of collega's (n=346) en 51,5% krijgt steun van een holebi-vereniging (n=261).

Voorbeeld vragenlijst: In welke mate voelt u zich gesteund door onderstaande personen of groepen van mensen?

Homofobie

Verder heeft amper 34,3% van de steekproef nog nooit geweld meegemaakt (n=225). De helft van de participanten wordt uitzonderlijk (*minder dan éénmaal per maand*) geconfronteerd met geweld (50,2%; n=329) en 3% komt éénmaal per maand tot dagelijks in aanraking met homofobie (n=20).

Voorbeeld vragenlijst: Bent u ooit slachtoffer geweest van homofob en/of transfoob geweld? Met 'geweld' bedoelen we verschillende aspecten: materiële beschadiging; verbaal, fysiek of seksueel geweld; pesten of uitsluiting; bedreiging,...

Zelfmoordgedachten

Volgens dit onderzoek heeft 45% van de Vlaamse holebi's meermaals zelfmoordgedachten doorheen zijn of haar leven (n=295). Daarbij ervaart nog eens 20,3% éénmalig deze gedachten (n=133). Dit betekent dat slechts 34,8% van de holebigroep nooit worstelt met zelfmoordgedachten (n=228). Van de Vlaamse holebi's die ooit zelfmoordgedachten gehad hebben (65,2%; n=428), heeft 50,2% deze gedachten in het voorbije jaar ervaren (n=215).

Zelfmoordpogingen

Omtrent zelfmoordpogingen kan op grond van deze steekproef besloten worden dat 9,5% van de Vlaamse holebi's meermaals een zelfmoordpoging heeft ondernomen doorheen zijn of haar leven (n=62). Hierbij heeft 12,5% van de populatie éénmaal een zelfmoordpoging achter de rug (n=82) en onderneemt 78% nooit een zelfmoordpoging (n=512). In totaal heeft 22% van de holebi's één of meerdere keren deze wanhoopsdaad proberen te plegen gedurende zijn of haar leven (n=144). Daarvan ondernam 20,1% deze zelfmoordpoging in het voorbije jaar (n=29).

Dit onderzoek omvat 309 mannen. De leeftijdsrange ligt bij hen tussen 16 en 72 jaar met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar. Ook zijn er 347 vrouwelijke participanten met een leeftijdsrange tussen 16 en 67 jaar en een gemiddelde leeftijd van 28 jaar.

Omtrent de seksuele oriëntatie bij de mannen identificeert 91,9% zich als homoseksueel (n=284) en 6,6% als biseksueel (n=20). Bij de vrouwen identificeert 75,1% zich als lesbische vrouw (n=251) en 24,9% identificeert zich als biseksuele vrouw (n=83). Dit verband is significant ($Chi^2=39,246$; $DF=1$; $P=0,001$). De steekproef omvat meer biseksuele vrouwen dan biseksuele mannen.

Demografische gegevens

Van deze steekproef heeft 68% van de mannen een hoog opleidingsniveau (n=210) en 32% een laag opleidingsniveau (n=99). Bij de vrouwen heeft 74,1% een hoog opleidingsniveau (n=257) en 25,9% van de vrouwen heeft een laag opleidingsniveau (n=90). Dit toont geen significant geslachtsgebonden verband.

Omtrent het inkomen bevindt 46,6% van de mannen zich in de middenklasse, 40,8% heeft een hoog inkomen (n=126) en 12,6% heeft een laag inkomen (n=39). 51% van de lesbische en biseksuele vrouwen bevindt zich in de middenklasse van het inkomen. Daarbij heeft 30,5% een hoog inkomen (n=106) en 18,4% heeft een laag inkomen (n=64). Homo- en biseksuele mannen hebben een hoger inkomen dan lesbische en biseksuele vrouwen ($Chi^2=7,719$; $DF=1$; $P=0,005$).

De meeste mannen wonen samen met anderen (66,7%; n=206) maar ook de meerderheid van de vrouwen woont samen met anderen (79,3%; n=275). Dit is een significant verband ($Chi^2=13,233$; $DF=1$; $P=0,001$). Voornamelijk vrouwen wonen samen met anderen. Daarnaast leeft 57% van de mannen in één van de dertien grootsteden in Vlaanderen (n=176). De woonplaats is voor de vrouwen ongeveer gelijk verdeeld. 51% woont in een grootstad (n=177) tegenover 49% die niet in een grootstad woont (n=170). Hierbij is geen significant geslachtsgebonden verband vast te stellen.

Verder is 59,2% van de homo- en biseksuele mannen gelovig (n=183) maar slechts 13,6% hecht ook belang aan dit geloof (n=42). Van de lesbische en biseksuele vrouwen is 51,6% gelovig (n=179). Van deze vrouwen ervaart 20,8% hun geloof als een belangrijk aspect in het leven (n=35). Mannen zijn significant religieuzer dan vrouwen ($Chi^2=7,675$; $DF=1$; $P=0,006$).

Seksuele oriëntatie

Tussen de leeftijd van 12 tot 18 jaar worden de meeste homo- en biseksuele mannen zich bewust van hun seksuele oriëntatie. Daarbij is 38,5% tot deze bewustwording gekomen in de leeftijdscategorie 12 tot 14 jaar (n=119) en 33,7% in de categorie van 15 tot 18 jaar (n=104). De lesbische en biseksuele vrouwen worden zich hoofdzakelijk bewust van hun seksuele oriëntatie in de leeftijdscategorieën van 12 tot 14 jaar (31,4%; n=109) en 15 tot 18 jaar (39,2%; n=136). Aangaande de bewustwording van de seksuele oriëntatie is een geslachtsgebonden significant verband gevonden ($Chi^2=13,233$; $DF=4$; $P=0,006$). Mannen zijn zich eerder bewust van hun geaardheid dan vrouwen.

Slechts 2,9% van de mannen (n=9) en 1,4% van de vrouwen (n=5) heeft in deze steekproef geen coming-out gedaan. De leeftijd waarop deze homo- en biseksuele mannen zich outen is voornamelijk tussen de 15 en 18 jaar (39,2%; n=121) en 19 tot 24 jaar (35,8%; n=111). De meeste lesbische en biseksuele vrouwen outen zich rond de leeftijd van 15 tot 18 jaar (46%; n=157) en 19 tot 24 jaar (26,4%; n=90).

Hierbij wordt een geslachtsgebonden significant verband gevonden ($Chi^2=9,370$; $DF=3$; $P=0,025$). Vrouwen outen zich eerder op een jongere leeftijd dan mannen. Opmerkelijk hierbij is dat enerzijds mannen zich eerder bewust worden van de seksuele oriëntatie dan de vrouwen maar dat anderzijds vrouwen hun geaardheid eerder outen dan de mannen.

Initieel hebben de mannen (58,3%; n=180) en vrouwen (51,9%; n=180) een negatieve zelfacceptatie. Doorheen de tijd heeft 92,9% van de mannen (n=278) en 96% van de vrouwen (n=333) een neutrale tot positieve zelfacceptatie. Er blijkt geen significant geslachtsgebonden verband te zijn voor de initiële en huidige zelfacceptatie.

Steun

Kortom toont dit onderzoek aan dat 70% van de homo-en biseksuele mannen steun ervaart van familieleden (n=211). De steekproef van de vrouwen toont aan dat 66,9% van de lesbische en biseksuele vrouwen steun krijgt van familieleden (n=226). In het bijzonder krijgen zij steun van hun heterovrienden (mannen: 81%; n=248)(vrouwen: 85,9%; n=292) en hun holebivrienden (mannen: 83,8%; n=232) (vrouwen: 88,2%; n=283). De geringste steun ontvangen ze van medestudenten en/of collega's (mannen: 61,1%; n=174) (vrouwen: 55%; n=176) en van een holebi-vereniging (mannen:53%; n=125) (vrouwen: 55%; n=176). Er worden geen significante geslachtsgebonden verbanden aangetoond aangaand het ervaren van steun.

Homofobie

Verder maakt haast 30,1% van de mannen (n=93) en 38% van de vrouwen (n=132) nooit geweld mee. De helft van de mannen wordt uitzonderlijk geconfronteerd met geweld (49,8%; n=154) en 4,2% van de mannen komt éénmaal per week tot dagelijks in aanraking met homofobie (n=13). De helft van de vrouwen komt uitzonderlijk in aanraking met geweld (50,4%; n=175) en 2% van de vrouwen komt éénmaal per week tot dagelijks in aanraking met homofobie (n=7). Er wordt een significant geslachtsgebonden verband gevonden omtrent homofobie ($Chi^2=10,915$; $DF=4$; $P=0,028$). Mannen zijn eerder het slachtoffer van geweld met een homofob motief dan vrouwen.

Zelfmoordgedachten

Uit dit onderzoek blijkt dat 42,7% van de Vlaamse homo-en biseksuele mannen meermaals in hun leven aan zelfmoord gedacht heeft (n=132). Daarbij komt nog dat 19,1% van de mannen éénmalig zelfmoord heeft overwogen gedurende zijn leven (n=59). Van de Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen heeft 47% meermaals aan zelfmoord gedacht gedurende haar leven (n=163) en 21,3% van de vrouwen heeft éénmaal zelfmoordgedachten gehad (n=74).

In totaal worstelt 61,8% van de mannen (n=191) en 68% van de vrouwen (n=237) één of meerdere malen met zelfmoordgedachten doorheen zijn of haar leven. Hiervan heeft 51,3% van de mannen (n=98) en 49,4% van de vrouwen (n=117) deze gedachten in het voorbije jaar gewaar geworden (n=117).

Er worden geen significante geslachtsgebonden verbanden waargenomen betreffende zelfmoordgedachten.

Zelfmoordpogingen

Daar komt nog bij dat 8,1% van de Vlaamse homo-en biseksuele mannen (n=25) en 10,7% van de Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen (n=37) meermaals in zijn of haar leven een zelfmoordpoging heeft ondernomen. Hierbij heeft 12,6% van de mannen (n=39) en 12,4% van de vrouwen (n=43) een éénmalige een poging achter de rug.

In totaal heeft 20,7% van de mannen (n=64) en 23,1% van de vrouwen (n=80) één of meerdere zelfmoordpogingen ondernomen. Van de mannen heeft 21,9% in het voorbije jaar een zelfmoordpoging ondernomen (n=14) en heeft 18,8% van de vrouwen een zelfmoordpoging gepleegd in het voorbije jaar (n=15).

Er worden geen significante geslachtsgebonden verbanden vastgesteld bij zelfmoordpogingen.

8.3 VERKENNENDE GEGEVENS: TRANSGENDERGROEP

Zoals eerder aangegeven, zijn er 248 Vlaamse transgender personen opgenomen in deze studie. Om de complexiteit van deze doelgroep weer te geven, wordt verwezen naar Tabel 2. Hieruit kan worden afgeleid dat er een gelijkmatige verdeling is tussen het aantal deelnemende transgender personen met een mannelijke geboortegeslacht (55,2%; n=137) en het aantal participanten met een vrouwelijk geboortegeslacht (44,8%; n=111).

Tabel 2: Complexiteit van doelgroep: geboortegeslacht *genderidentiteit

GEBORTE- GESLACHT		GENDERIDENTITEITSGROEPEN								Totaal
		Man	Vrouw	Mannelijke travestiet	Vrouwelijke travestiet	Trans-man	Trans-vrouw	Gender-queer	Andere	
M A N	Aantal	0	39	8	0	0	54	29	7	137
	% binnen GI	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	35,4%	53,8%	55,2%
	% binnen GG	0,0%	28,5%	5,8%	0,0%	0,0%	39,4%	21,2%	5,1%	100%
V R O U W	Aantal	10	0	0	1	41	0	53	6	111
	% binnen GI	100%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	64,6%	46,2%	44,8%
	% binnen GG	9,0%	0,0%	0,0%	0,9%	36,9%	0,0%	47,7%	5,4%	100%

($Chi^2 = 159,124$; $DF=7$; $P=0,001$; Deze benadering is echter niet goed aangezien de tabel niet voldoet aan de vooropgestelde arbitraire grenzen: van de verwachte aantallen moet meer dan 80% van de cellen groter of gelijk zijn aan 5 en in alle cellen groter dan 1)

Verder wordt bemerkt dat de helft van de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht zichzelf identificeert als 'genderqueer' of 'anders' (n=59), terwijl dit bij de personen met een mannelijk geboortegeslacht slechts voor één vierde van de participanten betreft (n=36).

Om een duidelijker overzicht te geven van hoe deze steekproef eruit ziet, worden de verschillende genderidentiteiten gehergroepeerd in drie groepen (Tabel 3). De eerste groep bestaat uit transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht die zichzelf identificeren als man of transman. Deze groep wordt benoemd met de term 'transmannen' (n=51). De tweede groep zijn de 'transvrouwen' en omvat alle participanten met een mannelijk geboortegeslacht maar met een vrouwelijke genderidentiteit (n=93). De laatste groep omvat 'gendervariante personen'. Deze zijn mannen of vrouwen die aan travestie doen of individuen die zich identificeren als genderqueer of 'andere' (n=104). Deze laatste groep omvat 41,9% van alle deelnemende transgender personen. In de groep gendervariante respondenten zijn er significant meer respondenten met een vrouwelijk geboortegeslacht (57,7%; n=60) dan respondenten met een mannelijk geboortegeslacht (42,3%; n=44) ($Chi^2=145,333$; $DF=2$; $P=0,001$).

Tabel 3: Groepering per genderidentiteit

NIEUWE GROEPERING GI		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			Totaal
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Nieuwe groepering GI	Aantal	51	93	104	248
	% binnen GI	20,6%	37,5%	41,9%	100,0%

Voorbeeld vragenlijst: 'Voor sommigen valt dit geboortegeslacht niet (volledig) samen met de persoonlijke identiteit als man of vrouw. Kan u ons vertellen hoe u zichzelf momenteel identificeert? Ik identificeer mij als ... (kies het voor u meest passende antwoord): Man Vrouw Man die aan travestie doet Vrouw die aan travestie doet Transman: Een persoon met een vrouwelijk geboortegeslacht maar een mannelijke genderidentiteit. Transvrouw: Een persoon met een mannelijk geboortegeslacht maar een vrouwelijke genderidentiteit. Genderqueer, polygender of gender fluïde: Een persoon die zich noch man noch vrouw voelt. Anders: (vul aan)!.

Demografische gegevens

De leeftijd van de participanten varieert tussen 16 en 69 jaar (\bar{x} =33,22; SD=13,95). Bijna de helft van de deelnemende transgender personen (45,2%) is jonger dan 30 jaar, hetgeen een jonge steekproef impliceert (n=112). Van de deelnemende transmannen heeft ongeveer 63% de leeftijd van 30 jaar en jonger. Ook 54,8% van de deelnemers die zichzelf als gendervariant identificeert, bevindt zich in deze jonge leeftijdscategorie. Bij de transvrouwen daarentegen bevindt de grootste groep zich in de leeftijdscategorie van 46 tot 60 jaar (37,6%) Er is een significant verband tussen deze leeftijdsgroepen ($Chi^2= 44,312$; $DF=6$; $P=0,001$). Hieruit kan worden gesteld dat deelnemende transmannen en gendervariante personen significant jonger zijn dan de deelnemende transvrouwen (Tabel 4).

Tabel 4: Leeftijdscategorieën

LEEFTIJD (lftd)		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Generatie Y (Vanaf °1986)	Aantal	32	23	57	112
	% binnen GI	62,7%	24,7%	54,8%	45,2%
	% binnen lftd	28,6%	20,5%	50,9%	100,0%
Pragmatische generatie (°1971-°1985)	Aantal	17	26	24	67
	% binnen GI	33,3%	28,0%	23,1%	27,0%
	% binnen lftd	25,4%	38,8%	35,8%	100,0%
Generatie X (°1956-°1970)	Aantal	2	35	13	50
	% binnen GI	3,9%	37,6%	12,5%	20,2%
	% binnen lftd	4,0%	70,0%	26,0%	100,0%
Babyboom (°1941-°1955)	Aantal	0	9	10	19
	% binnen GI	0,0%	9,7%	9,6%	7,7%
	% binnen lftd	0,0%	47,4%	52,6%	100,0%

($Chi^2=44,312$; $DF=6$; $P=0,001$)

De meerderheid van de transgender personen heeft een hogere opleiding gevolgd (Tabel 5). Zo studeert 56% voor een diploma van hoger onderwijs, universiteit of post-universiteit of heeft dit reeds behaald (n=139). De overige 44% studeert voor een diploma van lagere, secundair of postsecundair niet hoger onderwijs of heeft dit reeds behaald (n=109). Wanneer

wordt gekeken naar de aard van de opleiding, blijkt dat bij de transvrouwen de groep ongeveer evenredig is verdeeld. Zo heeft 51,6% een lage opleiding (n=48) en 48,4% een hoge opleiding gevolgd (n=45). Bij de transmannen en gendervariante personen wordt er een andere maar gelijklopende verdeling opgemerkt omtrent opleiding. Bijna 40 procent van de transmannen (n=20) en gendervariante personen (n=41) heeft een lage opleiding genoten. Hieruit volgt dat 60,8% van de transmannen (n=31) en 60,6% (n=63) van de gendervariante personen een hoge opleiding heeft gevolgd. Er is geen significant verband gevonden tussen de opleiding en de genderidentiteitsgroepen.

Tabel 5: Opleiding

OPLEIDING (opl)		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			Totaal
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Laag	Aantal	20	48	41	109
	% binnen GI	39,2%	51,6%	39,4%	44,0%
	% binnen opl	18,3%	44,0%	37,6%	100,0%
Hoog	Aantal	31	45	63	139
	% binnen GI	60,8%	48,4%	60,6%	56,0%
	% binnen opl	22,3%	32,4%	45,3%	100,0%

($Chi^2=3,546$; $DF=2$; $P=0,170$)

Ook de sociaal-economische status is ongeveer evenredig verdeeld (Tabel 6). Uit de beschrijvende statistiek blijkt dat 25 participanten geen inkomen hebben (vb studenten...) Deze personen werden niet meegenomen in verdere analyses omtrent inkomen. Daarnaast bevinden 87 participanten zich in de middenklasse met een gewogen inkomen van minimum € 1.237,45 en maximum € 2.249. Van de overige 136 deelnemers blijkt dat 50% van de participanten zich bevindt in de lage inkomensklasse -een gewogen inkomen onder €1.237,45- terwijl de overige 50% zich in de hoge inkomensklasse bevindt -gewogen inkomen hoger dan €2.249- (n=68). Opmerkelijk is dat 68% van de transmannen zich in de lage inkomensklasse bevinden (n=17), gevolgd door de gendervariante personen (51,7%; n=30). Uit (Tabel 5) blijkt echter dat zowel de transmannen als de gendervariante personen voornamelijk hogere studies gevolgd hebben. 39,6% van de transvrouwen heeft een laag inkomen (n=21). Verder bevindt 32% van de transmannen (n=8), 48,3% van de gendervariante personen (n=28) en 60,4% van de transvrouwen zich in de klasse met een hoger gewogen inkomen dan € 2.249 (n=32). Er is een trend tot significant verband tussen het inkomen en de verschillende genderidentiteitsgroepen.

Tabel 6: Inkomen

INKOMEN (I)		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			Totaal
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Geen of laag	Aantal	17	21	30	68
	% binnen GI	68,0%	39,6%	51,7%	50,0%
	% binnen opl	25,0%	30,9%	44,1%	100,0%
Hoog	Aantal	8	32	28	68
	% binnen GI	32,0%	60,4%	48,3%	50,0%
	% binnen opl	11,8%	47,1%	41,2%	100,0%

($Chi^2=5,592$; $DF=2$; $P=0,061$)

Ongeveer 23% van de participanten woont alleen (n=57) (Tabel 7). Bijna één vijfde van de gendervariante personen woont ook niet samen met anderen (19,2%; n=20). Bij de transmannen is dit bijna één vierde (23,5%; n=12). Ook bij de transvrouwen zien we een gelijkaardige verdeling (26,9%; n=25). Er wordt geen significant verband gevonden tussen het alleen wonen en de verschillende genderidentiteitsgroepen.

Tabel 7: Alleenwonend

ALLEENWONEND (AW)		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			Totaal
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Neen	Aantal	39	68	84	191
	% binnen GI	76,5%	73,1%	80,8%	77,0%
	% binnen AW	20,4%	35,6%	44,0%	100,0%
Ja	Aantal	12	25	20	57
	% binnen GI	23,5%	26,9%	19,2%	23,0%
	% binnen AW	21,1%	43,9%	35,1%	100,0%

($Chi^2= 1,634$; $DF=2$; $P=0,442$)

Als laatste verkennend onderdeel van de demografische gegevens wordt aandacht gevestigd op het geloof van de transgender personen (Tabel 8). Slechts 30,9% (n=38) van de gelovigen (n=123) hecht belang aan zijn of haar religie. Bijna 80% van de transmannen rapporteert dat ze gelovig zijn maar hier geen tot weinig belang aan hechten (n=19). Bij de transvrouwen en gendervariante personen vindt dit respectievelijk 68% (n=34) en 65,3% (n=32) geen belangrijk aspect in hun leven. Ook hier wordt geen significant verband gevonden tussen het belang dat men hecht aan de religie en de verschillende genderidentiteitsgroepen.

Tabel 8: Belang aan religie

BELANG AAN RELIGIE (R)		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			Totaal
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Onbelangrijk	Aantal	19	34	32	85
	% binnen GI	79,2%	68,0%	65,3%	69,1%
	% binnen R	22,4%	40,0%	37,6%	100,0%
Belangrijk	Aantal	5	16	17	38
	% binnen GI	20,8%	32,0%	34,7%	30,9%
	% binnen R	13,2%	42,1%	44,7%	100,0%

($Chi^2=1,498$; $DF=2$; $P=0,473$)

Seksuele oriëntatie

Transgender personen hebben net als cisgender personen een diverse seksuele oriëntatie. In Tabel 9 wordt de verdeling van de seksuele oriëntatie weergegeven.

Voorbeeld vragenlijst: 'Uw leven overschauwend, tot wie voelde u zich seksueel aangetrokken?'

Tabel 9: Complexiteit seksuele oriëntatie

SEKSUELE ORIËNTATIE (SO)		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Ik weet het niet	Aantal	1	2	4	7
	% binnen GI	2,0%	2,2%	3,8%	2,8%
	% binnen SO	14,3%	28,6%	57,1%	100,0%
Enkel tot vrouwen	Aantal	17	21	26	64
	% binnen GI	33,3%	22,6%	25,0%	25,8%
	% binnen SO	26,6%	32,8%	40,6%	100,0%
Meestal tot vrouwen, zelden tot mannen	Aantal	9	26	17	52
	% binnen GI	17,6%	28,0%	16,3%	21,0%
	% binnen SO	17,3%	50,0%	32,7%	100,0%
Wat meer tot vrouwen dan tot mannen	Aantal	4	7	8	19
	% binnen GI	7,8%	7,5%	7,7%	7,7%
	% binnen SO	21,1%	36,8%	42,1%	100,0%
Evenveel tot mannen dan tot vrouwen	Aantal	4	6	7	17
	% binnen GI	7,8%	6,5%	6,7%	6,9%
	% binnen SO	23,5%	35,3%	41,2%	100,0%
Wat meer tot mannen dan tot vrouwen	Aantal	6	3	5	14
	% binnen GI	11,8%	3,2%	4,8%	5,6%
	% binnen SO	42,9%	21,4%	35,7%	100,0%
Meestal tot mannen, zelden tot vrouwen	Aantal	3	3	8	14
	% binnen GI	5,9%	3,2%	7,7%	5,6%
	% binnen SO	21,4%	21,4%	57,1%	100,0%
Enkel tot mannen	Aantal	2	10	9	21
	% binnen GI	3,9%	10,8%	8,7%	8,5%
	% binnen SO	9,5%	47,6%	42,9%	100,0%
Tot geen van beide	Aantal	1	3	4	8
	% binnen GI	2,0%	3,2%	3,8%	3,2%
	% binnen SO	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%
Het geslacht is niet belangrijk	Aantal	4	12	16	32
	% binnen GI	7,8%	12,9%	15,4%	12,9%
	% binnen SO	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%

(Chi² =15,712; DF=18; P=0,613; Deze benadering is echter niet goed aangezien de tabel niet voldoet aan de vooropgestelde arbitraire grenzen: van de verwachte aantallen moet meer dan 80% van de cellen groter of gelijk zijn aan 5 en in alle cellen groter dan 1)

Ook deze complexe verdeling wordt herleid naar vier verschillende groepen van seksuele oriëntatie (Tabel 10). Om de seksuele oriëntatie te kunnen bepalen, is het belangrijk om steeds uit te gaan van de huidige genderidentiteit van de persoon. Wanneer men zich als transman aangetrokken voelt tot vrouwen of vooral tot vrouwen, behoort men tot de *heteroseksuele transmannen*. In deze studie is 52% van de transmannen heteroseksueel (n=26). Bij de transvrouwen wordt opgemerkt dat slechts 14,3% heteroseksueel is. Deze personen voelen zich voornamelijk aangetrokken tot mannen of enkel tot mannen (n=13). *Biseksuele transgender personen* zijn personen die zich aangetrokken voelen tot zowel mannen als vrouwen, of iets meer tot mannen dan tot vrouwen of omgekeerd. Bij deze steekproef is 28% van de transmannen biseksueel (n=14) en bij de transvrouwen 17,6% (n=16).

Er zijn 10% *homoseksuele transmannen* (n=5) en 51,6% lesbische transvrouwen (n=47). Wanneer personen zich niet aangetrokken voelen tot iemand of het geslacht niet belangrijk vinden, wordt hun seksuele oriëntatie gecategoriseerd als 'anders'. Ongeveer 10% van de transmannen vindt het geslacht niet belangrijk of voelt zich niet aangetrokken tot een specifiek geslacht (n=5). Bij de transvrouwen is dit 16,5% (n=15). Omdat het bij gendervariante personen onmogelijk is om op basis van de genderidentiteit de seksuele oriëntatie te bepalen, behoren alle gendervariante personen tot de groep 'anders' (n=100).

Vanuit deze steekproef kan worden afgeleid dat de meerderheid van de transmannen heteroseksueel is, terwijl bij de transvrouwen de meerderheid lesbisch is. Vanuit de sterk significante P-waarde kan worden besloten dat er een significant verband bestaat tussen de seksuele oriëntatie en de genderidentiteitsgroepen.

Tabel 10: Nieuwe groepering seksuele oriëntatie

SEKSUELE ORIËNTATIE		GENDERIDENTITEIT			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Heteroseksueel	Aantal	26	13	0	39
	% binnen GI	52,0%	14,3%	0,0%	16,2%
	% binnen SO	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
Biseksueel	Aantal	14	16	0	30
	% binnen GI	28,0%	17,6%	0,0%	12,4%
	% binnen SO	46,7%	53,3%	0,0%	100,0%
Homoseksueel	Aantal	5	47	0	52
	% binnen GI	10,0%	51,6%	0	21,6%
	% binnen SO	9,6%	90,4%	0,0%	100,0%
Anders	Aantal	5	15	100	120
	% binnen GI	10,0%	16,5%	100%	49,8%
	% binnen SO	4,2%	12,5%	83,3%	100,0%

($Chi^2= 229,73$; $DF=6$; $P=0,001$)

Wanneer de seksuele geaardheid van naderbij wordt bekeken, valt op dat 55,2% van de transgender personen zich hier voor het eerst bewust van werd in de leeftijdscategorie onder de 14 jaar (n=137). Zo wordt 58,8% van de transmannen zich voor het eerst bewust van zijn of haar seksuele oriëntatie wanneer men jonger is dan 14 jaar. Ook voor 55,9% van de transvrouwen (n=52) en 52,9% van de gendervariante personen (n=55) situeerde deze bewustwording van de seksuele oriëntatie zich voor men 14 jaar oud was. Er wordt een significant verband gevonden tussen de eerste bewustwording van de seksuele geaardheid en de genderidentiteit. Er kan besloten worden dat transvrouwen zich significant later bewust worden van hun seksuele oriëntatie. 26,9% van de transvrouwen wordt zich pas bewust van de seksuele oriëntatie wanneer men ouder is dan 19 jaar (n=25), in vergelijking met 13,7% van de transmannen (n=7) en 14,4% van de gendervariante personen (n=15). ($Chi^2= 9,808$; $DF=4$; $P=0,044$)

Van alle participanten doet 80,2% een coming-out omtrent zijn of haar seksuele oriëntatie (Tabel 11). Daarnaast beslist 1,2% om geen coming-out te doen omtrent de seksuele geaardheid. 18,5% van de transgender personen vindt een coming-out omtrent seksuele oriëntatie niet van toepassing. Ruim 82% van de deelnemende transmannen doet een coming-out omtrent de seksuele oriëntatie (n=42). De overige 17,6% vindt het niet van toepassing om zich te outen als holebi (n=9). Één derde van de transvrouwen vindt een coming-out niet van toepassing. De resterende 67,7% van de transvrouwen doet wel een coming-out omtrent seksuele oriëntatie (n=63). Bij de gendervariante personen doet 90,4% wel een coming-out (n=94). Drie gendervariante participanten doen geen coming-out. Verder vinden zeven gendervariante personen het niet nodig om een coming-out te doen omtrent hun seksuele oriëntatie (6,7%). Er wordt een significant verband gevonden tussen het al dan niet doen van een coming-out omtrent de seksuele oriëntatie en de genderidentiteit.

N.B.: Via deze vragenlijst kon niet nagegaan worden of de coming-out omtrent de seksuele oriëntatie voor of na de coming-out van de genderidentiteit plaatsvond.

Tabel 11: Coming-out omtrent seksuele oriëntatie

COMING-OUT_LGB		GENDERIDENTITEIT			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Neen	Aantal	0	0	3	3
	% binnen GI	0,0%	0,0%	2,9%	1,2%
	% binnen CO	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Ja	Aantal	42	63	94	199
	% binnen GI	82,4%	67,7%	90,4%	80,2%
	% binnen CO	21,1%	31,7%	47,2%	100,0%
Niet van toepassing	Aantal	9	30	7	46
	% binnen GI	17,6%	32,3%	6,7%	18,5%
	% binnen CO	19,6%	65,2%	15,2%	100,0%

(Chi²= 24,603; DF= 4; P=0,001)

Uit de descriptieve statistiek kan worden vastgesteld dat 43,7% van alle transgender personen een coming-out deed omtrent seksuele oriëntatie vanaf de leeftijd van 19 jaar (n=87). Bij de transmannen en de gendervariante personen daarentegen werd voornamelijk een coming-out omtrent seksuele oriëntatie gedaan in de leeftijdscategorie 15 tot 18 jaar. Respectievelijk was dit 45,2% (n=19) en 44,7% (n=42). Er is een significant verband gevonden tussen de leeftijd van coming-out van de seksuele oriëntatie en de verschillende genderidentiteitsgroepen (*Chi²=28,784; DF=4; P=0,001*). Bij de transvrouwen was de coming-out leeftijd significant hoger dan de coming-out leeftijd van de transmannen en gendervariante personen. Bijna 70% van de transvrouwen deed een coming-out omtrent seksuele oriëntatie wanneer men de leeftijd van 19 jaar had en ouder (69,8%; n=44).

Van alle transgender personen ervaart 32,2% een negatieve initiële acceptatie omtrent de seksuele oriëntatie. In absolute cijfers zijn dit 80 van de 248 deelnemende transgender personen. Initieel heeft 31,4% van de transmannen een sterk negatieve tot negatieve zelfacceptatie omtrent seksuele oriëntatie (n=16). 22,6% van de transvrouwen ervaart een moeilijke initiële zelfacceptatie (n=21). Bij gendervariante personen ligt dit percentage significant hoger. Ruim de helft van hen ervaart een zeer negatieve tot negatieve zelfacceptatie (41,3%; n=43) ($Chi^2= 7,935$; $DF=2$; $P=0,019$).

De huidige zelfacceptatie omtrent seksuele oriëntatie wordt door 97,2% neutraal tot zeer positief ervaren (n=241). Iedere transman in deze steekproef ervaart een neutrale tot positieve huidige zelfacceptatie omtrent zijn seksuele oriëntatie (100%; n=51). Bij de transvrouwen heeft 96,8% een neutrale tot positieve zelfacceptatie (n=90) en bij de gendervariante personen is dit 96,2% (n=100). Er is geen significant verband tussen de huidige zelfacceptatie omtrent seksuele oriëntatie en de genderidentiteit.

Genderidentiteit

De meeste transgender personen ervaren deze incongruente genderidentiteit al vanaf de leeftijd jonger dan twaalf jaar (41%; n=59). Ook per genderidentiteitsgroep van de transmannen (56,9%; n=29), transvrouwen en gendervarianten (32,2%; n=30) komt de bewustwording in deze leeftijdscategorie het meest voor. Er is geen significant verband tussen de leeftijd van bewustwording van de genderidentiteit en de verschillende genderidentiteiten.

Van de deelnemende transgender personen doet 84,3% een coming-out als transgender, 4% niet en 11,7% vindt het niet van toepassing om zichzelf te outen als transgender (Tabel 12). Bijna alle transmannen outen zich als transgender (98%; n=50). Dit geldt ook voor de transvrouwen (97,8%; n=91). Twee transvrouwen vinden het niet van toepassing om een coming-out te doen als transgender persoon. Bij de gendervariante personen liggen deze percentages significant lager. Ongeveer 65,4% doet een coming-out. Daarentegen doet 8,7% geen coming-out en vindt 26% het niet van toepassing om een coming-out te doen over de transgenderidentiteit (n=27). Deze cijfers bevestigen dat niet iedereen een coming-out kan of wil doen, gezien zij obstakels kunnen ervaren die hen beletten om te leven zoals zij zich voelen (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). Vanuit de onderstaande tabel met bijhorende chikwadraattoets kan worden afgeleid dat er een significant verband is tussen de coming-out van de genderidentiteit en de verschillende genderidentiteitsgroepen.

Tabel 12: Coming-out omtrent genderidentiteit

COMING-OUT_Trans		GENDERIDENTITEIT			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Neen	Aantal	1	0	9	10
	% binnen GI	2,0%	0,0%	8,7%	4,0%
	% binnen CO	10,0%	0,0%	90,0%	100,0%
Ja	Aantal	50	91	68	209
	% binnen GI	98,0%	97,8%	65,4%	84,3%
	% binnen CO	23,9%	43,5%	32,5%	100,0%
Niet van toepassing	Aantal	0	2	27	29
	% binnen GI	0,0%	2,2%	26,0%	11,7%
	% binnen CO	0,0%	6,9%	93,1%	100,0%

(Chi²=48,697; DF=4; P=0,001)

De voornaamste leeftijdscategorie waarin 63,3% van alle transgender personen een coming-out doet omtrent de genderidentiteit is vanaf 19 jaar en ouder (n=133) (Tabel 13). 40% van de transmannen doet een coming-out in de leeftijdscategorie 15 tot 18 jaar. Daarnaast doet ook 40% van de transmannen een coming-out wanneer men ouder is dan 19 jaar (n=20). Bij de transvrouwen doet 68,1% een coming-out na de leeftijd van 19 jaar (n=62). Bij de gendervariante personen was dit 75% (n=51). Er is een significant verband tussen de coming-out leeftijd omtrent genderidentiteit en de verschillende genderidentiteitsgroepen. Gendervariante personen outen zich het minst in de leeftijdscategorie jonger dan 14 jaar.

Tabel 13: Coming-out: leeftijd genderidentiteit

COMING-OUT LEEFTIJD: GI		GENDERIDENTITEIT			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
<14 jaar	Aantal	10	10	1	21
	% binnen GI	20,0%	11,0%	1,5%	10,0%
	% binnen CO	47,6%	47,6%	4,8%	100,0%
15-18 jaar	Aantal	20	19	16	55
	% binnen GI	40,0%	20,9%	23,5%	26,3%
	% binnen CO	36,4%	34,5%	29,1%	100,0%
19 jaar en ouder	Aantal	20	62	51	133
	% binnen GI	40,0%	68,1%	75,0%	63,6%
	% binnen CO	15,0%	46,6%	38,3%	100,0%

(Chi²=20,827; DF= 4; P=0,001)

Initieel heeft meer dan de helft van de transgender personen een negatieve zelfacceptatie omtrent de genderidentiteit (51,4%, n=75). Bij de transmannen heeft 62,7% initieel een negatieve zelfacceptatie (n=32). Dit is significant hoger dan de negatieve initiële zelfacceptatie bij de gendervariante personen (45,3%; n=43) (*Chi²=4,060; DF=1; P=0,044*). Doorheen de tijd mag gesteld worden dat deze zelfacceptatie verbeterd is. 88,4% van de transgender personen staat nu neutraal tot positief tegenover de genderidentiteit (n=129). Bij de transmannen heeft 86,3% een positieve zelfacceptatie omtrent genderidentiteit (n=44). De huidige zelfacceptatie omtrent de genderidentiteit is positief voor 89,5% van de gendervariante personen (n=85). Er is geen significante verband gevonden tussen de huidige zelfacceptatie omtrent de genderidentiteit en de verschillende genderidentiteiten.

Steun

Van alle transgender personen voelt slechts 51,1% zich gesteund door familieleden (n=120). Respectievelijk is dit bij transmannen, -vrouwen en gendervariante personen 44,9% (n=22), 48,3% (n= 43) en 56,7% (n= 55). Er is geen significant verband tussen zich gesteund voelen door familie en de verschillende genderidentiteitsgroepen. De cijfers omtrent steun zijn terug te vinden in Tabel 14.

Uit de prevalentiegegevens van dit onderzoek blijkt dat transgender personen zich procentueel meer gesteund voelen door vrienden dan door familie. Zo voelt 63,4% zich gesteund door *heterovrienden* (n=147). Bij de transmannen is dit percentage 64% (n=32). Bij de transvrouwen voelt 62,8% zich gesteund door heterovrienden (n=54). Ook 63,5% van de gendervariante personen voelt zich door hen gesteund (n=61). Ook door *holebivrienden* voelen transgender personen zich sterk gesteund (75,9%; n=154). Bij de transmannen voelt 78,6% zich gesteund door holebivrienden (n=33). Dit percentage is gelijklopend bij de gendervariante personen. Van hen voelt 78% zich gesteund door holebivrienden (n=50). Bij de transvrouwen ervaart 71,4% steun van holebivrienden (n=50). Verder werd nagegaan of personen zich gesteund voelen door *transvrienden*. Van alle transpersonen voelt 86,9% zich door transvrienden ondersteund. 92,5% van de transmannen voelt zich gesteund door transvrienden (n=37) en ook 82,9% van de transvrouwen (n=68). Bij de gendervariante personen ondervindt 88,5% steun van transvrienden (n=54). Er is geen significant verband gevonden tussen het ervaren van steun van hetero, holebi en transvrienden en de verschillende genderidentiteitsgroepen.

Wanneer wordt gekeken naar het aantal transgender personen dat zich gesteund voelt door collega's en/of medestudenten, dan is dit percentages opmerkelijk lager dan in de voorgaande alinea's. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze gerapporteerde procenten enkel gelden voor zij die daadwerkelijk collega's en/of medestudenten hebben. Slechts 33,5% van de transgender personen voelt zich door collega's en/of medestudenten gesteund (n=60). Binnen de genderidentiteitsgroepen ervaart 40,5% van de transmannen steun van collega's en/of medestudenten (n=17). Ongeveer één derde van de transvrouwen ervaart steun van hen (34,9%; n=22) Bij de gendervariante personen ervaart 28,4% steun van collega's en/of medestudenten (n=21). Er is geen significant verband tussen het ervaren van steun van collega's en/of medestudenten en de genderidentiteiten.

Voorbeeld vragenlijst: -Deze vraag werd gesteld aan iedere participant ongeacht of zij reeds een coming-out hadden gedaan.-

In welke mate voelt u zich gesteund door onderstaande personen of groepen van mensen? (familieleden, hetero, holebi en transvrienden en collega's en/of medestudenten) niet gesteund weinig gesteund neutraal gesteund sterk gesteund niet van toepassing.

Tabel 14: Steun genderidentiteitsgroepen

STEUN		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
FAMILIE (F) ($Chi^2=2,248$; $DF=2$; $P=0,325$)					
Niet gesteund	Aantal	27	46	42	115
	% binnen GI	55,1%	51,7%	43,3%	48,9%
	% binnen F	23,5%	40,0%	36,5%	100,0%
Gesteund	Aantal	22	43	55	120
	% binnen GI	44,9%	48,3%	56,7%	51,1%
	% binnen F	18,3%	35,8%	45,8%	100,0%
HETEROVRIENDEN (HV) ($Chi^2=0,022$; $DF=2$; $P=0,989$)					
Niet gesteund	Aantal	18	32	35	85
	% binnen GI	36,0%	37,2%	36,5%	36,6%
	% binnen HV	21,2%	37,6%	41,2%	100,0%
Gesteund	Aantal	32	54	61	147
	% binnen GI	64,0%	62,8%	63,5%	63,4%
	% binnen HV	21,8%	36,7%	41,5%	100,0%
HOLEBIVRIENDEN (LGB) ($Chi^2= 1,152$; $DF=2$; $P=0,562$)					
Niet gesteund	Aantal	9	20	20	49
	% binnen GI	21,4%	28,6%	22,0%	24,1%
	% binnen LGB	18,4%	40,8%	40,8%	100,0%
Gesteund	Aantal	33	50	71	154
	% binnen GI	78,6%	71,4%	78,0%	75,9%
	% binnen LGB	21,4%	32,5%	78,0%	75,9%
TRANSVRIENDEN (T) ($Chi^2= 2,378$; $DF=2$; $P=0,305$)					
Niet gesteund	Aantal	3	14	7	24
	% binnen GI	7,5%	17,1%	11,5%	13,1%
	% binnen T	12,5%	58,3%	29,2%	100,0%
Gesteund	Aantal	37	68	54	159
	% binnen GI	92,5%	82,9%	88,5%	86,9%
	% binnen T	23,3%	42,8%	34,0%	100,0%
COLLEGA'S EN/OF MEDESTUDENTEN (C/M) ($Chi^2=1,845$; $DF=2$; $P=0,397$)					
Niet gesteund	Aantal	25	41	53	119
	% binnen GI	59,5%	65,1%	71,6%	66,5%
	% binnen C/M	21,0%	34,5%	44,5%	100,0%
Gesteund	Aantal	17	22	21	60
	% binnen GI	40,5%	34,9%	28,4%	33,5%
	% binnen C/M	28,3%	36,7%	35,0%	100,0%

Homo- en/of transfobie

In dit onderzoek wordt nagegaan hoe vaak homo- en/of transfobie voorkomt (Tabel 15). Slechts 26,2% van alle transgender respondenten heeft nog nooit homo- en/of transfoob geweld ervaren (n=65). Één derde van de transmannen is gedurende zijn leven nooit in aanraking gekomen met geweld omtrent de seksuele oriëntatie en/of genderidentiteit (33,3%; n=17). Ongeveer één vierde van de transvrouwen maakt nooit geweld mee (26,9%; n=25). Bij de gendervariante personen komt slechts 22,1% nooit in aanraking met homo- en/of transfoob geweld (n=23).

Van alle transgender personen komen 47,6% personen uitzonderlijk (*minder dan éénmaal per maand*) in aanraking met homo- en/of transfoob geweld (n=118). Bij de transmannen is dit 31,4% (n=16). Bijna de helft van de transvrouwen komt uitzonderlijk in aanraking met geweld (47,3%; n=44). 55,8% van de gendervariante personen wordt uitzonderlijk geconfronteerd met homo- en/of transfoob geweld (n=58).

Ook wordt 9,6% van de transgender personen wekelijks tot dagelijks geconfronteerd met homo- en/of transfoob geweld (n=24). Bij de transmannen is dit percentage niet significant hoger: 17,7% ervaart wekelijks tot dagelijks geweld omwille van de seksuele geaardheid en/of genderidentiteit (n=9). Bij de transvrouwen ligt dit percentage lager (7,6%; n=7). Ook blijkt vanuit deze steekproef dat acht gendervariante personen wekelijks tot dagelijks geconfronteerd worden met geweld (7,7%). Er wordt geen significant verband waargenomen betreffende de frequenties van het meemaken van het homo- en/of transfoob geweld en de genderidentiteitsgroep.

Tabel 15: Frequentie van geweld * genderidentiteitsgroepen

FREQUENTIE VAN GEWELD (FG)		GENDERIDENTITEITSGROEPEN (GI)			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Nooit	Aantal	17	25	23	65
	% binnen GI	33,3%	26,9%	22,1%	26,2%
	% binnen FG	26,2%	38,5%	35,4%	100,0%
Uitzonderlijk	Aantal	16	44	58	118
	% binnen GI	31,4%	47,3%	55,8%	47,6%
	% binnen FG	13,6%	37,3%	49,2%	100,0%
Éénmaal per maand	Aantal	4	11	11	26
	% binnen GI	7,8%	11,8%	10,6%	10,5%
	% binnen FG	15,4%	42,3%	42,3%	100,0%
Meermaals per maand	Aantal	5	6	4	15
	% binnen GI	7,8%	11,8%	10,6%	10,5%
	% binnen FG	15,4%	42,3%	42,3%	100,0%
Wekelijks tot dagelijks	Aantal	9	7	8	24
	% binnen GI	17,6%	7,5%	7,7%	9,7%
	% binnen FG	37,5%	29,2%	33,3%	100,0%

($Chi^2 = 12,715$; $DF=8$; $P=0,122$)

Zelfmoordgedachten

Slechts 19,8% van de deelnemende participanten heeft nooit eerder zelfmoordgedachten gehad. In deze steekproef krijgt 20,2% gedurende zijn of haar leven éénmalig met suicide gedachten te maken. Zo kan worden gesteld dat 60% van de transgender personen verschillende keren worstelt met de gedachte om zich van het leven te beroven (Tabel 16). Er is geen significant verband tussen de zelfmoordgedachten doorheen het leven en de verschillende genderidentiteitsgroepen.

Tabel 16: Zelfmoordgedachten (Lifetime) * Genderidentiteit

ZELFMOORDGEDACHTEN (LIFETIME) (ZG)		GENDERIDENTITEIT			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Nee, nooit	Aantal	11	16	22	49
	% binnen GI	21,6%	17,2%	21,2%	19,8%
	% binnen ZG	22,4%	32,7%	44,9%	100,0%
Éénmalig	Aantal	7	23	20	50
	% binnen GI	13,7%	24,7%	19,2%	20,2%
	% binnen ZG	14,0%	46,0%	40,0%	100,0%
Meerdere keren	Aantal	33	54	62	149
	% binnen GI	64,7%	58,1%	59,6%	60,1%
	% binnen ZG	22,1%	36,2%	41,6%	100,0%

($Chi^2= 2,798$; $DF=4$; $P=0,592$)

Bijna 60% van de zelfmoordgedachten van alle transgender personen wordt in het voorbije jaar ervaren (57,3%). 60% van de zelfmoordgedachten bij de transmannen werd ervaren gedurende het laatste jaar (n=24). 51,9% van de zelfmoordgedachten van de transvrouwen (n=40) en 61% van de zelfmoordgedachten van de gendervariante personen waren gedurende het laatste jaar. Er is geen significant verband tussen de zelfmoordgedachten doorheen het voorbij jaar en de genderidentiteitsgroepen.

Zelfmoordpogingen

In deze steekproef heeft 61,3% van de participanten nooit eerder een zelfmoordpoging ondernomen (n=152). 17,7% probeerde echter zich éénmalig van het leven te beroven (n=44). Ook ondernam 21% van de transgender personen meerdere malen een suïcidepoging (n=52). Daarvan ondernam één derde deze zelfmoordpoging in het voorbije jaar (32,3%; n=31). Ruim één vierde van de transmannen onderneemt meerdere malen een poging doorheen zijn leven (27,5%; n=14). Bij de transvrouwen is dit 21,5% (n=20). Ook 17,3% van de gendervariante personen probeert verschillende keren een einde te maken aan zijn of haar leven.

ZELFMOORDPOGINGEN (LIFETIME) (ZP)		GENDERIDENTITEIT			TOTAAL
		Transman	Transvrouw	Gendervariant	
Nee, nooit	Aantal	33	55	64	152
	% binnen GI	64,7%	59,1%	61,5%	61,3%
	% binnen ZP	21,7%	36,2%	42,1%	100,0%
Éénmalig	Aantal	4	18	22	44
	% binnen GI	7,8%	19,4%	21,2%	17,7%
	% binnen ZP	9,1%	40,9%	50,0%	100,0%
Meerdere keren	Aantal	14	20	18	52
	% binnen GI	27,5%	21,5%	17,3%	21,0%
	% binnen ZP	26,9%	38,5%	34,6%	100,0%

($Chi^2=0,239$; $DF=4$; $P=0,239$)

In totaal heeft 35,3% van de transmannen één of meerdere zelfmoordpogingen ondernomen doorheen het leven (n=18). Van alle deelnemende transvrouwen ondernam 40,9% één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen haar leven (n=38). Bij de transgender personen was dit 38,5% (n=40). Deze verbanden zijn niet significant.

32,3% van de zelfmoordpogingen van de transgender personen werd ondernomen in het afgelopen jaar (n=31). Van de zelfmoordpogingen bij de transmannen vond 33,3% plaats in het voorbije jaar (n=6). Bij de transvrouwen was dit 34,2% van de zelfmoordpogingen (n=13). Ook 30% van de zelfmoordpogingen van de gendervariante personen vond plaats in het afgelopen jaar (n= 12). Er is geen significant verband tussen zelfmoordpogingen in het voorbije jaar en de verschillende genderidentiteitsgroepen.

In de verdere analyses wordt enkel een onderscheid gemaakt tussen pogers en niet-pogers.

9 RESULTATEN

9.1 ONDERZOEKSVRAAG 1: PREVALENTIE (HOLEBI'S)

'Wat is de prevalentie van suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's vanaf 16 jaar en ouder?'

Onafhankelijke variabelen: Geboortegeslacht en seksuele oriëntatie.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.1.1 ALLE DEELNEMENDE HOLEBI'S

Volgens dit onderzoek onderneemt 22% van de Vlaamse holebi's één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen hun leven (n=144). Daartegenover onderneemt 78% van de Vlaamse holebi's geen zelfmoord (n=512).

Er wordt geen significant verband waargenomen tussen het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen en de seksuele oriëntatie binnen deze steekproef (Tabel 17). Toch kan vastgesteld worden dat 23,3% van de biseksuelen (n=24) en 20,9% van de homoseksuelen (n=112) reeds één of meerdere pogingen achter de rug hebben.

Tabel 17: 01 – Holebi's: Prevalentiegegevens

SUICIDEOPOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi ²	DF	p
SEKSUELE ORIËNTATIE (SO)					0,288	1	0,591
Biseksueel	Aantal	79	24	103			
	% binnen SP	15,7%	17,6%	16,1%			
	% binnen SO	76,7%	23,3%	100%			
Homoseksueel	Aantal	423	112	535			
	% binnen SP	84,3%	82,4%	83,9%			
	% binnen SO	79,1%	20,9%	100%			

'Is er een geslachtsgebonden verschil waarneembaar'

9.1.2 HOLEBI'S MET STEEKPROEF MANNEN

Op basis van de onderzoeksgegevens kan aangetoond worden dat 20,7% van de Vlaamse homo- en biseksuele mannen één of meerdere zelfmoordpogingen ondernemen doorheen hun leven (n=64). Daarbij probeert 79,3% van de mannen nooit een eind aan hun leven te maken (n=245).

Bij mannen is er geen verband waarneembaar tussen het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen en de seksuele oriëntatie (Tabel 18). Wel kan geconcludeerd worden dat 20% van de biseksuele mannen (n=4) en 20,8% van de homoseksuele mannen (n= 59) één of meerdere suïcidepogingen ondernemen gedurende hun leven.

Tabel 18: 01 – Homoseksuele en biseksuele mannen: prevalentiegegevens

SUICIDEPORGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi ²	DF	p
SEKSUELE ORIËNTATIE (SO)					0,007	1	0,934
Biseksueel	Aantal	16	4	20			
	% binnen SP	6,6%	6,3%	6,6%			
	% binnen SO	80,0%	20,0%	100%			
Homoseksueel	Aantal	225	59	284			
	% binnen SP	93,4%	93,7%	93,4%			
	% binnen SO	79,2%	20,8%	100%			

9.1.3 HOLEBI'S MET STEEKPROEF VROUWEN

Dit onderzoek toont aan dat 23,1% van de Vlaamse lesbische of biseksuele vrouwen één of meerdere zelfmoordpogingen onderneemt doorheen hun leven (n=80). Daarbij heeft 76,9% nooit een poging tot zelfmoord ondernomen (n=267).

Bij de steekproef van de Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen wordt geen significant verband gevonden tussen het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen en de seksuele oriëntatie van vrouwen (Tabel 19). Vanuit de gegevens blijkt dat 24,2% van de biseksuele vrouwen (n=20) en 21,1% van de lesbische vrouwen (n=53) één of meerdere zelfmoordpogingen ondernemen.

Tabel 19: 01 – Lesbische en biseksuele vrouwen: prevalentiegegevens

SUICIDEPORGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi ²	DF	P
SEKSUELE ORIËNTATIE (SO)					0,324	1	0,569
Biseksueel	Aantal	63	20	83			
	% binnen SP	24,1%	27,4%	24,9%			
	% binnen SO	75,9%	24,1%	100%			
Homoseksueel	Aantal	198	53	251			
	% binnen SP	75,9%	72,6%	75,1%			
	% binnen SO	78,9%	21,1%	100%			

9.1.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 1: PREVALENTIE (HOLEBI'S)

De prevalentiecijfers tonen aan dat 22% van de Vlaamse holebi's (n=144), 20,7% van de Vlaamse homo- en biseksuele mannen (n=64) en 23,1% van de Vlaamse lesbische of biseksuele vrouwen (n=80) één of meerdere suïcidepogingen ondernomen hebben doorheen het leven. Er is geen significant verband tussen het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen en seksuele oriëntatie ongeacht het geboortegeslacht.

9.2 ONDERZOEKSVRAAG 1: PREVALENTIE (TRANSGENDER PERSONEN)

N.B.: Transgender personen met een *mannelijk geboortegeslacht* zijn personen die zichzelf identificeren als vrouw (n=39), of als transvrouw (n=54), mannelijke travestiet (n=8), genderqueer met een mannelijk geboortegeslacht (n=29) en personen die zich identificeren als 'andere' (n=7).

Transgender personen met een *vrouwelijk geboortegeslacht* zijn personen die zich identificeren als man (n=10), of als transman (n=41), vrouwelijke travestiet (n=1), genderqueer met een vrouwelijk geboortegeslacht (n=53) en personen die zich identificeren als 'andere' (n=6).

'Wat is de prevalentie van suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse transgender personen vanaf 16 jaar en ouder?'

Onafhankelijke variabelen: Genderidentiteit, gendernorm, geboortegeslacht en seksuele oriëntatie.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.2.1 ALLE DEELNEMENDE TRANSGENDER PERSONEN

Ruim één derde van de deelnemende Vlaamse transgender personen heeft reeds één of meerdere suïcidepogingen achter de rug (38,7%). In absolute cijfers betekent dit hoge percentage dat 96 van de 248 personen uit deze steekproef reeds één of meerdere suïcidepogingen heeft ondernomen.

Wanneer dit nader geanalyseerd wordt, valt op dat 18,8% van de zelfmoordpogingen door transmannen wordt gepleegd (n=18). Ook wordt 39,6% van de zelfmoordpogingen door transvrouwen gepleegd (n=38). En 41,7% van de zelfmoordpogingen wordt gepleegd door gendervariante personen (n=40). Er blijkt geen significant verschil te zijn in het ondernemen van een suïcidepoging per genderidentiteit binnen deze steekproef (Tabel 20). Met andere woorden kan worden gesteld dat de zelfmoordpogingen onafhankelijk zijn van de

genderidentiteit. Van de deelnemende transmannen onderneemt 35,3% één of meerdere pogingen doorheen het leven (n=18). Gevolgd door 38,5% van de gendervariante personen (n=40). Deze lifetimeprevalentie van de participerende transvrouwen is 40,9% (n=38).

Tabel 20: O1 -Transgender personen: prevalentiecijfers: genderidentiteit

SUICIDEPAGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi ²	DF	P
GENDERIDENTITEIT (GI)					0,435	2	0,805
Transman	Aantal	33	18	51			
	% binnen SP	21,7%	18,8%	20,6%			
	% binnen GI	64,7%	35,3%	100%			
Transvrouw	Aantal	55	38	93			
	% binnen SP	36,2%	39,6%	37,5%			
	% binnen GI	59,1%	40,9%	100%			
Gendervariant	Aantal	64	40	104			
	% binnen SP	42,1%	41,7%	41,9%			
	% binnen GI	61,5%	38,5%	100%			

Daarnaast wordt ook nagegaan of er een verschil wordt gevonden in de lifetimeprevalentie bij personen die zich identificeren binnen een gendernorm (transmannen en transvrouwen) in vergelijking met gendervariante personen. Opnieuw kan er geen significant verschil worden vastgesteld tussen deze twee groepen (Tabel 21). Van de personen die zich identificeren binnen een gendernorm, onderneemt 38,9% één of meerdere zelfmoordpogingen. Bij gendervariante personen is dit 38,5%.

Tabel 21: O1: Transgender personen: prevalentiecijfers: gendernorm

SUICIDEPAGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi ²	DF	P
GENDERNORM (GN)					0,005	1	0,946
Ja (transmannen en transvrouwen)	Aantal	88	56	144			
	% binnen SP	57,9%	58,3%	58,1%			
	% binnen GN	61,1%	38,9%	100%			
Nee (gendervariante personen)	Aantal	64	40	104			
	% binnen SP	42,1%	41,7%	41,9%			
	% binnen GN	61,5%	38,5%	100%			

Suicidepogingen blijken ook onafhankelijk te zijn van het geboortegeslacht (Tabel 22). Er wordt immers geen significant verschil gevonden in het al dan niet plegen van suïcide bij personen met een mannelijk of vrouwelijk geboortegeslacht. In deze steekproef onderneemt 42,3% van de geboren mannen één of meerdere malen een suïcidepoging (n=58). Één derde van de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht onderneemt één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven (34,2%, n=38).

Tabel 22: O1 - Transgender personen: prevalentiecijfers: geboortegeslacht

SUICIDEPOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi ²	DF	P
GEBOORTEGESLACHT (GG)					1,696	1	0,193
Man	Aantal	79	58	137			
	% binnen SP	52,0%	60,4%	55,2%			
	% binnen GG	57,7%	42,3%	100%			
Vrouw	Aantal	73	38	111			
	% binnen SP	48,0%	39,6%	44,8%			
	% binnen GG	65,8%	34,2%	100%			

De zelfmoordpogingen doorheen het leven blijken ook niet afhankelijk te zijn van de seksuele oriëntatie van de participanten (Tabel 23). Meer dan de helft van de zelfmoordpogingen worden gepleegd door personen met een 'andere' seksuele oriëntatie (51,6%, n=49). *N.B. Personen die tot deze categorie behoren zijn personen die zich aangetrokken voelen tot een bepaalde persoon maar het geslacht van die persoon onbelangrijk vinden. Ook alle individuen met een gendervariante genderidentiteit zijn in deze categorie opgenomen. De overige zelfmoordpogingen zijn gelijksoortig verdeeld over de drie categorieën heteroseksueel, biseksueel en homoseksueel. Respectievelijk 14,7% (n=14), 16,8% (n=16) en 16,8% (n=16).*

Wanneer nader wordt ingegaan op de seksuele oriëntatie valt op dat in de categorie 'biseksueel' de hoogste prevalentie van één of meerdere zelfmoordpogingen wordt gevonden, ongeacht de huidige genderidentiteit (53,3%, n=16). Binnen de categorie 'andere' heeft 40,8% één of meerdere pogingen ondernomen. Bij heteroseksuele transgender personen onderneemt 35,9% één of meerdere pogingen (n=14). Binnen de categorie van de homoseksuele transgender personen is dit prevalentiecijfer het laagst (30,8%, n=16). *N.B. Om de seksuele oriëntatie van een transgender persoon te bespreken, wordt steeds uitgegaan van de huidige genderidentiteit van de transgender persoon. Zo is een transman heteroseksueel wanneer hij zich aangetrokken voelt tot vrouwen.*

Tabel 23: O1 - Transgender personen: prevalentiecijfers: seksuele oriëntatie

SUICIDEPOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi²	DF	P
SEKSUELE ORIËNTATIE (SO)					4,364	3	0,225
Heteroseksueel	Aantal	25	14	39			
	% binnen SP	17,1%	14,7%	16,2%			
	% binnen SO	64,1%	35,9%	100%			
Biseksueel	Aantal	14	16	30			
	% binnen SP	9,6%	16,8%	12,4%			
	% binnen SO	46,7%	53,3%	100%			
Homoseksueel	Aantal	36	16	52			
	% binnen SP	24,7%	16,8%	21,6%			
	% binnen SO	69,2%	30,8%	100%			
Anders	Aantal	71	49	120			
	% binnen SP	48,6%	51,6%	49,8%			
	% binnen SO	59,2%	40,8%	100,0%			

'Is er een verschil waarneembaar tussen transgender personen met een mannelijk of vrouwelijk geboortegeslacht?'

9.2.2 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN MANNELIJK GEBOORTEGESLACHT

Vanuit deze steekproef blijkt dat 42,3% van de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht reeds één of meerdere malen een zelfmoordpoging onderneemt. In absolute cijfers betekent dit dat 58 van de 137 deelnemende transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht reeds één of meerdere pogingen ondernemen (Tabel 24).

Tabel 24: O1 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: prevalentiecijfers

SUICIDEPOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi²	DF	P
TRANSGENDER PERSONEN met een mannelijk geboortegeslacht							
	Aantal	79	58	137			
	%	57,7%	42,3%	100,0%			

In Tabel 25 worden de genderidentiteit en gendernorm samen weergegeven. Vanuit deze tabel kunnen we afleiden dat er geen significant verband bestaat tussen de genderidentiteit of gendernorm en één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. In deze steekproef heeft 40,9% van de transvrouwen een geschiedenis met één of meerdere zelfmoordpogingen (n=38). Bij de personen die zich niet binnen een gendernorm identificeren is dit 45,5% (n=20).

Tabel 25: O1 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: genderidentiteit of gendernorm

SUICIDEPOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi²	DF	P
GENDERIDENTITEIT (GI) OF GENDERNORM (GN)					0,258	1	0,611
Transvrouw	Aantal	55	38	93			
	% binnen SP	69,6%	65,5%	67,9%			
	% binnen GI/N	59,1%	40,9%	100,0%			
Gendervariant	Aantal	24	20	44			
	% binnen SP	30,4%	34,5%	32,1%			
	% binnen GI/N	54,5%	45,5%	100,0%			

Er bestaat opnieuw geen significant verband tussen de seksuele oriëntatie en de lifetimeprevalentie van zelfmoord. Bij transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht onderneemt 61,5% van de heteroseksuele personen één of meerdere pogingen (n=8). Bij de biseksuele transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht is dit 56,3% (n=9). Ook 29,8% van de homoseksuele transgender personen (n=14) en 45,6% van de personen met een 'andere' seksuele oriëntatie onderneemt één of meerdere pogingen doorheen het leven. (Tabel 26).

Tabel 26: O1- Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: seksuele oriëntatie

SUICIDEOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi²	DF	P
SEKSUELE ORIËNTATIE (SO)					6,480	3	0,090
Heteroseksueel	Aantal	5	8	13			
	% binnen SP	6,6%	14,0%	9,8%			
	% binnen SO	38,5%	61,5%	100,0%			
Biseksueel	Aantal	7	9	16			
	% binnen SP	9,2%	15,8%	12,0%			
	% binnen SO	43,8%	56,3%	100,0%			
Homoseksueel	Aantal	33	14	47			
	% binnen SP	43,4%	24,6%	35,3%			
	% binnen SO	70,2%	29,8%	100,0%			
Anders	Aantal	31	26	57			
	% binnen SP	40,8%	45,6%	42,9%			
	% binnen SO	54,4%	45,6%	100,0%			

9.2.3 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN VROUWELIJK GEBOORTEGESLACHT

Van alle deelnemende transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht ondernam 34,2% minstens één zelfmoordpoging doorheen het leven. In Tabel 27 wordt weergegeven dat 38 van de 111 transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht, een voorgeschiedenis heeft van één of meerdere suïcidepogingen.

Tabel 27: O1 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: prevalentiecijfers

SUICIDEOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi²	DF	P
TRANSGENDER PERSONEN met een vrouwelijk geboortegeslacht							
	Aantal	73	38	111			
	%	65,8%	34,2%	100,0%			

Opnieuw is er geen significant verband tussen de gendernorm of -identiteit en één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven. Bij de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht onderneemt 35,5% van de transmannen één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven (n=18). Bij de gendervariante personen met een vrouwelijk geboortegeslacht onderneemt 33,3% minstens één poging (n=20).

Tabel 28: O1 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: genderidentiteit of gendernorm

SUICIDEPOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi ²	DF	P
GENDERIDENTITEIT (GI) OF GENDERNORM (GN)					0,047	1	0,828
Transman	Aantal	33	18	51			
	% binnen SP	45,2%	47,4%	45,9%			
	% binnen GI/N	64,7%	35,3%	100,0%			
Gendervariant	Aantal	40	20	60			
	% binnen SP	54,8%	52,6%	54,1%			
	% binnen GI/N	66,7%	33,3%	100,0%			

Er is geen significant verband tussen de seksuele oriëntatie en de lifetimeprevalentie van suicide. Bij heteroseksuele transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht onderneemt 23,1% minstens één poging doorheen het leven (n=6). Bij biseksuele transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht is dit 50,0% (n=7). Verder onderneemt 40,0% (n=2) van de homoseksuele transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht minstens één poging. Bij de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht en een 'andere' seksuele oriëntatie is dit 36,5% (n=23) (Tabel 29).

Tabel 29: O1 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: seksuele oriëntatie

SUICIDEPOGING (SP) doorheen het leven		NEEN	JA	TOTAAL	Chi ²	DF	P
SEKSUELE ORIËNTATIE (SO)					3,118	3	0,374
Heteroseksueel	Aantal	20	6	26			
	% binnen SP	28,6%	15,8%	24,1%			
	% binnen SO	76,9%	23,1%	100,0%			
Biseksueel	Aantal	7	7	14			
	% binnen SP	10,0%	18,4%	13,0%			
	% binnen SO	50,0%	50,0%	100,0%			
Homoseksueel	Aantal	3	2	5			
	% binnen SP	4,3%	5,3%	4,6%			
	% binnen SO	60,0%	40,0%	100,0%			
Anders	Aantal	40	23	63			
	% binnen SP	57,1%	60,5%	58,3%			
	% binnen SO	63,5%	36,5%	100,0%			

9.2.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 1: PREVALENTIE (TRANSGENDER PERSONEN)

Vanuit de bovenstaande kruistabellen kan worden besloten dat 38,7% van alle Vlaamse transgender personen minstens één zelfmoordpoging onderneemt doorheen het leven (n=96). Bij Vlaamse transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht onderneemt 42,3% één of meerdere pogingen (n=58). Bij transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht is dit 34,2% (n=38). Verder wijzen de variabelen -genderidentiteit, gendernorm, geboortegeslacht en seksuele oriëntatie- op een geen significant verband met zelfmoordpogingen doorheen het leven. Om dezelfde structuur te behouden met het onderdeel holebi's werd ervoor gekozen om bij transgender personen ook toe te spitsen op het geboortegeslacht. Een pluspunt hierbij is dat de LGBT groep op deze manier ook gemakkelijker met elkaar vergeleken kan worden.

9.3 ONDERZOEKSVRAAG 2: ACCEPTATIE (HOLEBI'S)

'Voorspellen de acceptatie door zichzelf en de omgeving, het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's?'

Opgenomen variabelen omtrent acceptatie: Initiële en huidige acceptatie van seksuele oriëntatie (SO), coming-out, stigmabewustzijn, geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk, geïnternaliseerde homonegativiteit, mannelijke genderrol voor mannen en vrouwen en ook de vrouwelijke genderrol voor mannen en vrouwen.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.3.1 ALLE DEELNEMENDE HOLEBI'S

9.3.1.1 UNIVARIATE ANALYSES

De univariate analyses omtrent acceptatie tonen aan dat het stigmabewustzijn en het zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk, voor de Vlaamse holebi's significante risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven (Tabel 30).

Tabel 30: O2 - Holebi's: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk	0,001	0,715	0,624	0,819
Stigmabewustzijn-schaal	0,004	1,049	1,015	1,083

9.3.1.2 MULTIVARIATE ANALYSES

Vanuit het multivariate model kan worden gesteld dat het zich *geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk* de enige onafhankelijke risicofactor is omtrent acceptatie bij de Vlaamse holebi's (Tabel 31). Er wordt een lineair verband verondersteld. Hoe meer iemand zich geaccepteerd voelt, hoe minder risico men heeft op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen (OR= 0,715). Dit kan geïnterpreteerd worden als volgt: Wanneer holebi's zich één eenheid lager van de score bevinden op de schaal omtrent zich al dan niet geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk, dan heeft men 1,399 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven in vergelijking met het risico van holebi's die één eenheid hoger scoren.

Tabel 31: O2 - Holebi's: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk	0,001	0,715	0,624	0,819

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk en de stigmabewustzijn-schaal.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=2,463$; $DF=2$; $P=0,292$. Nagekerke $R^2=0,055$.

'Is er een geslachtsgebonden verschil waarneembaar'

9.3.2 HOLEBI'S MET STEEKPROEF MANNEN

9.3.2.1 UNIVARIANTE ANALYSES

Uit de univariate analyses kan worden afgeleid dat het stigmabewustzijn, zich geaccepteerd voelen in zijn sociale netwerk en de vrouwelijke genderrol voor de homoseksuele en biseksuele mannen significante risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven (Tabel 32).

Tabel 32: O2 - Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk	0,001	0,711	0,583	0,868
Vrouwelijke genderrol voor mannen	0,002	1,1371	1,120	1,679
Stigmabewustzijn-schaal	0,001	1,088	1,037	1,142

9.3.2.2 MULTIVARIANTE ANALYSES

In het multivariate model omtrent acceptatie voor de homoseksuele en biseksuele mannen blijkt de *vrouwelijke genderrol* een onafhankelijke risicofactor te zijn op het ondernemen van één op meer suïcidepogingen (Tabel 33). Er wordt een lineair verband verondersteld. De risk ratio voor het verschil van één eenheid stijging op de vrouwelijke genderexpressieschaal is 1,228. Met andere woorden, hoe vrouwelijker de genderexpressie van de mannen, hoe meer risico men heeft het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

Tabel 33: O2 - Homo- en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Vrouwelijke genderrol voor mannen	0,021	1,288	1,039	1,596

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk, vrouwelijke genderrol voor mannen en de stigmabewustzijn-schaal.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=7,304$; $DF=3$; $P=0,001$. Nagelkerke $R^2=0,112$.

9.3.3 HOLEBI'S MET STEEKPROEF VROUWEN

Bij de lesbische en biseksuele vrouwen komt *zich geaccepteerd voelen in haar sociale netwerk* naar voor als onafhankelijke risicofactor omtrent acceptatie (Tabel 34). Er wordt een lineair verband veronderstelt. Wanneer de vrouwen zich één eenheid lager bevinden op de schaal omtrent zich al dan niet geaccepteerd voelen in haar sociale netwerk, hebben de vrouwen 1,406 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven in vergelijking met vrouwen die één eenheid hoger scoren.

Tabel 34: O2 - Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Geaccepteerd voelen in haar sociale netwerk	0,001	0,711	0,583	0,868

Nagelkerke R²= 0,053

9.3.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 2: ACCEPTATIE (HOLEBI'S)

Vanuit de onderzoeksvraag die 'acceptatie' onderzocht bij de Vlaamse holebi's kan het volgende besloten worden. Wanneer lesbische en biseksuele vrouwen zich minder geaccepteerd voelen in hun sociale netwerk hebben zij een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen. Deze factor is eveneens significant voor de volledige holebigroep. Daarnaast is het hebben van een vrouwelijke genderrol bij homo- en biseksuele mannen een risicofactor voor suïcidepogingen.

9.4 ONDERZOEKSVRAAG 2: ACCEPTATIE (TRANSGENDER PERSONEN)

'Voorspellen de acceptatie door zichzelf en de omgeving, het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse transgender personen?'

Onafhankelijke variabelen omtrent acceptatie: Initiële en huidige acceptatie van seksuele oriëntatie (SO), initiële en huidige acceptatie van genderidentiteit (GI), coming-out (omtrent SO en GI), stigmabewustzijn, zich geaccepteerd voelen binnen zijn of haar sociale netwerk, geïnternaliseerde homonegativiteit, mannelijke genderrol voor mannen en vrouwen* en ook de vrouwelijke genderrol voor mannen en vrouwen**.

* Het aan zichzelf toeschrijven van mannelijke interesses, rollen, houding en handelingen voor transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht en voor transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht.

** Het aan zichzelf toeschrijven van vrouwelijke interesses, rollen, houdingen en handelingen voor transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht en voor transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven

9.4.1 ALLE DEELNEMENDE TRANSGENDER PERSONEN

9.4.1.1 UNIVARIATE ANALYSES

Uit de univariate analyses kan met 95% zekerheid gesteld worden dat de initiële acceptatie omtrent seksuele oriëntatie en zich geaccepteerd voelen binnen zijn of haar sociale netwerk, significante risicofactoren zijn van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse transgender personen. Daarnaast is de huidige acceptatie van de genderidentiteit een trend tot significante risicofactor (Tabel 35).

Tabel 35: O2 - Transgender personen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Initiële acceptatie SO	0,012	0,500	0,290	0,861
Huidige acceptatie GI	0,062 (trend)	0,375	0,134	1,052
Zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk	0,021	0,838	0,721	0,974

9.4.1.2 MULTIVARIATE ANALYSE

Uit de multivariate analyse omtrent acceptatie kan worden vastgesteld dat zich *niet geaccepteerd voelen binnen zijn of haar sociale netwerk* een onafhankelijke risicofactor is bij Vlaamse transgender personen. Deze (continue) risicofactor veronderstelt een lineair verband. Hoe beter men zich geaccepteerd voelt binnen het sociale netwerk, hoe minder risico men heeft op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen (OR=0,783) (Tabel 36). Dit kan geïnterpreteerd worden als volgt: Wanneer een persoon zich één eenheid van de score lager bevindt op de schaal van het al dan niet geaccepteerd voelen binnen zijn of haar sociale netwerk dan die van een ander, dan is het risico van deze persoon op het hebben van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven 1,277 keer zo hoog.

Tabel 36: O2 - Transgender personen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk	0,017	0,783	0,641	0,957

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: initiële acceptatie omtrent de seksuele oriëntatie, huidige acceptatie van de genderidentiteit en zich geaccepteerd voelen binnen zijn of haar sociale netwerk.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 3,839$; $DF=4$; $P= 0,428$. **Nagelkerke $R^2=0,057$.**

'Is er een verschil waarneembaar tussen transgender personen met een mannelijk of vrouwelijk geboortegeslacht?'

9.4.2 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN MANNELIJK GEBOORTEGESLACHT

De *initiële acceptatie omtrent seksuele oriëntatie* blijkt de enige significante risicofactor te zijn van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Wanneer deze initiële acceptatie omtrent seksuele oriëntatie neutraal tot zeer positief was, kan worden gesteld dat Vlaamse transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht minder risico hebben op het ondernemen van één of meerdere pogingen (OR=0,384) (Tabel 37). Wanneer dit wordt geïnterpreteerd, kunnen we besluiten dat Vlaamse transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht, met een zeer negatieve tot negatieve initiële zelfacceptatie, 2,604 keer meer risico hebben op het ondernemen van één of meerdere pogingen in vergelijking met personen waarvan de initiële acceptatie omtrent seksuele oriëntatie neutraal tot zeer positief was.

Tabel 37: O2 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Initiële acceptatie SO	0,015	0,384	0,177	0,831

Opgenomen in het bovenstaand model: initiële acceptatie omtrent de seksuele oriëntatie

Nagelkerke R²=0,058.

9.4.3 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN VROUWELIJK GEBOORTEGESLACHT

9.4.3.1 UNIVARIATE ANALYSES

Net als zich geaccepteerd voelen binnen zijn of haar sociale netwerk, zijn de initiële zelfacceptatie en huidige zelfacceptatie significante risicofactoren in de univariate modellen bij Vlaamse transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht (Tabel 38).

Tabel 38: O2 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Initiële acceptatie GI	0,015	0,365	0,157	0,844
Huidige acceptatie GI	0,037	0,280	0,085	0,927
Zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk	0,001	0,655	0,507	0,846

9.4.3.2 MULTIVARIATE ANALYSE

In de onderstaande multivariate analyse komt naar voren dat *zich geaccepteerd voelen binnen zijn of haar sociale netwerk* een onafhankelijke risicofactor is omtrent acceptatie bij Vlaamse transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht (Tabel 39). Net als bij de transgender personen kan dit geïnterpreteerd worden als: Wanneer een persoon zich één eenheid van de score lager bevindt op de schaal van het zich al dan niet geaccepteerd voelen

binnen zijn of haar sociale netwerk, dan is het risico van deze persoon op het hebben van één of meerdere zelfmoordpogingen 1,520 keer zo hoog in vergelijking met het risico van een persoon die één eenheid hoger scoort.

Tabel 39: O2 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk	0,001	0,658	0,509	0,850

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de initiële zelfacceptatie omtrent GI, de huidige acceptatie omtrent GI en zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk.

Hosmer and Lemeshow test: Chi²= 3,297; DF=4; P= 0,509. Nagelkerke R²=0,143.

9.4.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 2: ACCEPTATIE (TRANSGENDER PERSONEN)

Binnen de onderzoeksvraag omtrent 'acceptatie' blijkt dat *zich niet geaccepteerd voelen binnen zijn of haar sociale netwerk* een onafhankelijke risicofactor is voor het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven van Vlaamse transgender personen en Vlaamse transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht. Voor de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht blijkt een sterk negatieve tot negatieve *initiële acceptatie omtrent de seksuele oriëntatie* een onafhankelijke risicofactor te zijn van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven.

9.5 ONDERZOEKSVRAAG 3: STEUN (HOLEBI'S)

'Voorspelt het al dan niet ervaren van steun het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's?'

Onafhankelijke variabelen omtrent steun: Initiële en huidige reactie van moeder en vader op seksuele oriëntatie (SO), reactie van familieleden, vrienden, school, werk en tijdens de vrijetijdsbesteding op SO, zich verbonden voelen met of steun ervaren van personen waarmee men samenleeft, heterovrienden, holebivrienden, collega's en medestudenten, familieleden, holebi-vereniging en andere belangrijke personen.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven

9.5.1 ALLE DEELNEMENDE HOLEBI'S

9.5.1.1 UNIVARIATE ANALYSES

Vanuit alle univariate analyses omtrent steun worden nog vijftien significante risicofactoren gevonden op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven bij Vlaamse holebi's. De sterkste factoren die hieruit worden afgeleid zijn (P=0,001): reacties

van familieleden en reacties van school op de seksuele oriëntatie, zich verbonden voelen met familieleden, steun ervaren van familieleden en heterovrienden (Tabel 40).

Tabel 40: O3 - Holebi's: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Huidige reactie van moeder op SO	0,005	0,347	0,166	0,728
Huidige reactie van vader op SO	0,041	0,432	0,194	0,965
Reactie familieleden op SO	0,001	0,290	0,154	0,545
Reactie van vrienden op SO	0,004	0,236	0,089	0,623
Reactie school op SO	0,001	0,348	0,192	0,633
Reactie werk op SO	0,025	0,359	0,146	0,882
Verbonden met personen waar men samen mee leeft	0,002	0,442	0,266	0,733
Verbonden met familieleden	0,001	0,355	0,241	0,523
Verbonden met heterovrienden	0,037	0,579	0,346	0,967
Verbonden met holebivrienden	0,048	0,595	0,355	0,996
Verbondenheid met collega's en/of medestudenten	0,011	0,606	0,411	0,893
Verbonden met holebi-vereniging	0,023	1,577	1,064	2,336
Steun ervaren van heterovrienden	0,001	0,445	0,283	0,700
Steun ervaren van familieleden	0,001	0,413	0,281	0,608
Steun ervaren van een holebi-vereniging	0,040	1,552	1,020	2,361

Tussenstappen multivariate analyse

Om het totale model te kunnen opstellen aangaande deze onderzoeksvraag, is het noodzakelijk om stapsgewijs te werk te gaan. De significante risicofactoren uit het univariate model worden opgesplitst per thema en in verschillende tussenstappen onderzocht. Op deze manier kon SPSS de data beter verwerken. Met behulp van deze stappen worden de onafhankelijke risicofactoren meegenomen in het totale model. Onderstaande tussenstappen tonen de significante risicofactoren per thema.

Tabel 41: O3 – Holebi's: tussenstap 1, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Reactie school op SO	0,004	0,253	0,099	0,646

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: huidige reactie van moeder en vader op SO, reactie van familieleden, vrienden, school en werk op SO.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 2,246$; $DF=1$; $P=0,134$. Nagelkerke $R^2= 0,125$.

Tabel 42: O3 - Holebi's: tussenstap 2, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Verbonden met familieleden	0,001	0,321	0,193	0,533
Verbonden met holebivrienden	0,052	0,478	0,227	1,006
Verbonden met een holebi-vereniging	0,006	2,095	1,235	3,553
Verbonden met collega's en medestudenten	0,066	0,621	0,374	1,031

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: verbonden met personen waar men samen mee leeft, familieleden, collega's en medestudenten heterovrienden, holebivrienden en holebi-vereniging.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 4,085$; $DF=7$; $P=0,770$. Nagelkerke $R^2= 0,137$.

Tabel 43: O3 - Holebi's: tussenstap 3, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Steun ervaren van familieleden	0,001	0,356	0,209	0,608
Steun ervaren van heterovrienden	0,002	0,369	0,199	0,683
Steun ervaren van een holebi-vereniging	0,001	2,690	1,578	4,585

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: steun ervaren van heterovrienden, familieleden en een holebi-vereniging.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 1,272$; $DF=3$; $P=0,736$. Nagelkerke $R^2= 0,142$.

9.5.1.2 MULTIVARIATE ANALYSE

Het totaal multivariaat model omtrent steun van de volledige holebigroep staft vier onafhankelijke risicofactoren op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven (Tabel 44). Allereerst blijkt *de verbondenheid met familieleden* een significante risicofactor te zijn. Wanneer men zich verbonden tot sterk verbonden voelt met familieleden, kan gesteld worden dat Vlaamse holebi's minder risico hebben op het ondernemen suïcide ($OR=0,474$). Dit betekent dat wanneer holebi's zich niet tot neutraal verbonden voelen met familieleden 2,110 keer meer risico hebben op het ondernemen van één of meerdere pogingen in vergelijking met holebi's die zich verbonden tot sterk verbonden voelen met familieleden.

Vervolgens zijn *zich verbonden voelen met holebivrienden* en *zich verbonden voelen met collega's of medestudenten* ook significante risicofactoren. Holebi's die zich niet tot neutraal verbonden voelen met holebivrienden hebben 2,618 keer meer risico, en holebi's die zich niet tot neutraal verbonden voelen met collega's en/of medestudenten hebben 1,706 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere pogingen in vergelijking mijn holebi's die zich verbonden tot sterk verbonden voelen met holebivrienden en collega's en/of medestudenten.

Als laatste toont het model aan dat steun *ervaren van een holebi-vereniging* eveneens een significante risicofactor is. Wanneer holebi's zich verbonden tot sterk verbonden voelen met een holebi-vereniging hebben zij meer 2,811 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere pogingen doorheen het leven, in vergelijking met holebi's die geen tot neutrale steun ervaren van een holebi-vereniging.

Tabel 44: Holebi's: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Verbonden met familieleden	0,010	0,474	0,267	0,839
Verbonden met holebivrienden	0,030	0,382	0,160	0,913
Verbonden met collega's en medestudenten	0,064	0,586	0,333	1,032
Steun ervaren van een holebi-vereniging	0,001	2,811	1,512	5,225

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: reactie school op SO, verbonden met familieleden, collega's en medestudenten, holebivrienden en een holebi-vereniging, steun ervaren van familieleden, heterovrienden en een holebi-vereniging.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 3,794$; $DF= 6$; $P= 0,705$. Nagelkerke $R^2= 0,133$.

Omdat de vaststelling over het ervaren van steun in een holebi-vereniging opmerkelijk is wordt deze analyse herhaald. Dit maal wordt een selectie gemaakt van holebi's die geen steun ervaren van familieleden (31,6%; n= 202). Deze keuze vloeit voort vanuit de gedachtegang dat voornamelijk kwetsbare personen steun zoeken en dat ook vinden bij een holebi-vereniging. Dit duidt de nood aan een keuzefamilie waar holebi's het gemis aan steun vinden bij vrienden of een vereniging (Baert & Cockx, 2002).

Uit deze multivariate logistische regressie blijkt dat een holebi-vereniging geen significante risicofactor meer is. Enkel verbondenheid met collega's wordt teruggevonden in de laatste stap van de Wald-toets, doch is dit eveneens geen significante risicofactor. Deze vreemde constatering zal aangehaald worden in de discussie (Tabel 45).

Tabel 45: Holebi's: multivariate logistische regressie (2)

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Verbonden met collega's en medestudenten	0,081	0,453	0,186	1,103

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: reactie school op SO, verbonden met familieleden, collega's en medestudenten, holebivrienden en een holebi-vereniging, steun ervaren van familieleden, heterovrienden en een holebi-vereniging.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 2,337$; $DF=5$; $P= 0,966$. Nagelkerke $R^2= 0,068$.

'Is er een geslachtsgebonden verschil waarneembaar?'

9.5.2 HOLEBI'S MET STEEKPROEF MANNEN

9.5.2.1 UNIVARIANTE ANALYSES

Vanuit de univariate analyses omtrent steun bij de Vlaamse homo- en biseksuele mannen worden nog tien significante risicofactoren gevonden op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven. De sterkste factoren die hieruit afgeleid kunnen worden zijn ($P < 0,005$): de initiële en huidige reactie van de moeder op de seksuele oriëntatie en de reactie van familieleden op de seksuele oriëntatie en zich verbonden voelen met familieleden (Tabel 46).

Tabel 46: O3- Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Initiële reactie van moeder op SO	0,001	0,319	0,165	0,615
Huidige reactie van moeder op SO	0,003	0,172	0,055	0,540
Initiële reactie van vader op SO	0,035	0,471	0,234	0,948
Reactie familieleden op SO	0,001	0,166	0,066	0,417
Reactie school op SO	0,049	0,380	0,145	0,997
Reactie werk op SO	0,017	0,221	0,064	0,764
Verbonden met familieleden	0,004	0,428	0,240	0,763
Verbonden met collega's en medestudenten	0,021	0,503	0,280	0,902
Verbonden met een holebi-vereniging	0,030	1,919	1,064	3,461
Steun ervaren van heterovrienden	0,025	0,479	0,252	0,913

Tussenstappen multivariate analyse

Tabel 47: O3 – Homoseksuele en biseksuele mannen: tussenstap 1, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Initiële reactie van moeder op seksuele oriëntatie	0,032	0,315	0,110	0,903
Initiële reactie van vader op seksuele oriëntatie	0,057	0,359	0,125	1,033

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: initiële reactie van vader en moeder, huidige reactie van moeder, reactie van familieleden, school en werk op de SO.

Hosmer and Lemeshow test: $\chi^2 = 0,910$; $DF = 2$; $P = 0,634$. Nagelkerke $R^2 = 0,169$.

Tabel 48: O3 – Homoseksuele en biseksuele mannen: tussenstap 2, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Verbonden met familieleden	0,044	0,510	0,268	0,982
Verbonden met collega's en medestudenten	0,025	0,476	0,248	0,913

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: verbonden met familieleden, collega's en medestudenten en een holebi-vereniging.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 1,740$; $DF=6$; $P=0,942$. Nagelkerke $R^2=0,088$.

9.5.2.2 MULTIVARIATE ANALYSE

Uit onderstaand multivariaat model van steun blijken de initiële reactie van de moeder op de seksuele oriëntatie en zich verbonden voelen met familieleden onafhankelijke risicofactoren te zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven van de Vlaamse homo- en biseksuele mannen (Tabel 49).

Wanneer de *initiële reactie van de moeder* neutraal tot zeer positief is op de seksuele oriëntatie van de homo- en biseksuele mannen in deze steekproef, dan hebben deze mannen minder risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen ($OR=0,413$). Dit kan als volgt geïnterpreteerd worden: Wanneer de initiële reactie van de moeder op de seksuele oriëntatie van de mannen zeer negatief tot negatief is, hebben de mannen 2,421 keer meer risico op het plegen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met degenen waar de moeder initieel neutraal tot zeer positief reageerde op hun seksuele oriëntatie.

Wanneer de mannen zich verbonden tot sterk *verbonden voelen met familieleden* hebben zij minder risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen ($OR=0,435$). Dit wil zeggen dat wanneer de mannen zich niet tot neutraal verbonden voelen met hun familieleden zij 2,999 keer meer risico hebben op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met mannen die zich verbonden tot sterk verbonden voelen met hun familieleden.

Tabel 49: O3 – Homoseksuele en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Initiële reactie van moeder op SO	0,033	0,413	0,184	0,929
Verbonden met familieleden	0,044	0,435	0,193	0,980

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: Initiële reactie van en moeder op de SO, verbonden met familieleden, collega's en medestudenten en steun ervaren van heterovrienden.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 0,403$; $DF=5$; $P=0,995$. Nagelkerke $R^2= 0,136$.

9.5.3.1 UNIVARIANTE ANALYSES

Onderstaande univariate analyses omtrent steun bij de Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen duiden acht significante risicofactoren op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven. De sterkste factoren die hieruit afgeleid kunnen worden zijn ($P=0,001$): zich verbonden voelen met familieleden en steun ervaren van familieleden (Tabel 50).

Tabel 50: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: univariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Reactie vrienden op SO	0,048	0,216	0,047	0,987
Reactie school op SO	0,005	0,336	0,156	0,723
Verbonden met familieleden	0,001	0,303	0,179	0,511
Verbonden met personen waarmee men samenleeft	0,005	0,389	0,202	0,751
Verbonden met andere belangrijke personen	0,010	0,421	0,217	0,815
Steun ervaren van personen waarmee men samenleeft	0,015	0,458	0,243	0,861
Steun ervaren van heterovrienden	0,005	0,395	0,207	0,752
Steun ervaren van familieleden	0,001	0,316	0,187	0,533

Tussenstappen multivariate analyse

Tabel 51: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: tussenstap 1, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Reactie school op SO	0,004	0,328	0,152	0,707

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: reactie van vrienden en school op de SO.

Nagelkerke R^2 : 0,052.

Tabel 52: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: tussenstap 2, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Verbonden met familieleden	0,010	0,362	0,167	0,784
Verbonden met andere belangrijke personen	0,016	0,390	0,182	0,837

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: verbonden met familieleden, personen waarmee men samenleeft en andere belangrijke personen.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=0,888$; $DF:2$; $P=0,641$. Nagelkerke $R^2=0,115$.

Tabel 53: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: tussenstap 3, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Steun ervaren van familieleden	0,003	0,402	0,222	0,726
Steun ervaren van heterovrienden	0,010	0,374	0,177	0,792

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: steun ervaren van personen waarmee men samenleeft, heterovrienden en familieleden.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=0,030$; $DF:1$; $P=0,862$. Nagelkerke $R^2=0,104$.

9.5.3.2 MULTIVARIATE ANALYSE

Uit het multivariaat model omtrent steun van de lesbische en biseksuele vrouwen blijken verbondenheid met familieleden en reacties van school op de seksuele oriëntatie onafhankelijke risicofactoren te zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven (Tabel 54).

Wanneer de Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen zich verbonden tot sterk *verbonden voelen met familieleden* hebben zij minder kans op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen ($OR=0,140$). Dit betekent dat wanneer vrouwen zich niet tot neutraal verbonden voelen met hun familieleden 7,143 keer meer risico hebben op het ondernemen van één of meerdere pogingen in vergelijking met vrouwen die zich verbonden tot sterk verbonden voelen met hun familieleden.

Als de *school* neutraal tot zeer positief reageert op de seksuele oriëntatie van de vrouwen, brengt dit minder risico met zich mee op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen ($OR=0,226$). Dit wil zeggen dat zeer negatieve tot negatieve reacties van de school op de seksuele oriëntatie bij de vrouwen leidt tot het hebben van 4,424 keer meer risico op het plegen van een zelfmoordpoging in vergelijking met wanneer de school neutraal tot positief reageert op de geaardheid van lesbische en biseksuele vrouwen.

Tabel 54: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Verbonden met familieleden	0,018	0,341	0,140	0,831
Reactie school op SO	0,019	0,226	0,65	0,782

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: reactie van school op de SO, verbonden met familieleden en andere belangrijke personen, steun ervaren van heterovrienden en familieleden.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 0,431$; $DF=3$; $P=0,934$. Nagelkerke $R^2=0,184$.

9.5.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 3: STEUN (HOLEBI'S)

Vanuit de onderzoeksvraag die ‘steun’ onderzocht bij de Vlaamse holebi’s kan het volgende worden besloten. Bij de volledige holebigroep, de homo- en biseksuele mannen en lesbische

en biseksuele vrouwen is zich niet tot neutraal *verbonden voelen met familieleden* een risicofactor op het één of meerdere keren ondernemen van een suïcidepoging doorheen het leven. Daarnaast zijn voor de volledige holebigroep zich niet tot neutraal *verbonden voelen met holebivrienden* en zich niet tot neutraal *verbonden voelen met collega's en/of medestudenten* risicofactoren op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen. Vervolgens hebben homo- en biseksuele mannen waarbij de *initiële reactie van de moeder* op hun seksuele oriëntatie zeer negatief tot negatief was, een verhoogd risico op het plegen van één of meerdere suïcidepogingen. Tot slot blijkt dat als de *reactie van school* op de seksuele oriëntatie zeer negatief tot negatief is, de vrouwen een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen hebben doorheen het leven.

9.6 ONDERZOEKSVRAAG 3: STEUN (TRANSGENDER PERSONEN)

'Voorspelt het al dan niet ervaren van steun het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse transgender personen?'

Onafhankelijke variabelen omtrent steun: Initiële en huidige reactie van moeder, vader, kinderen en partner op seksuele oriëntatie (SO) en genderidentiteit (GI), reactie van familieleden, vrienden, school, werk en tijdens de vrijetijdsbesteding op SO en GI, zich verbonden voelen met of steun ervaren van personen waarmee men samenleeft, hetero-, holebi- en transvrienden, familieleden, collega's en/of medestudenten, holebi- en/of transvereniging en andere belangrijke personen.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven

9.6.1 ALLE DEELNEMENDE TRANSGENDER PERSONEN

9.6.1.1 UNIVARIATE ANALYSES

In de onderstaande tabel worden twaalf significante univariate risicofactoren op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven omtrent steun weergegeven. De sterkste univariate risicofactoren zijn het ervaren van steun van collega's en/of medestudenten ($P=0,002$) en het ervaren van steun van heteroseksuele vrienden ($P=0,004$) (

Tabel 55).

Tabel 55: O3 - Transgender personen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Huidige reactie van moeder GI	0,042	0,395	0,161	0,966
Reactie familieleden op SO	0,020	0,322	0,124	0,839
Reacties tijdens de vrijetijdsbesteding op SO	0,057 (trend)	0,123	0,014	1,066
Reactie van familieleden op GI	0,029	0,418	0,192	0,912
Verbonden met heterovrienden	0,037	0,539	0,301	0,963
Verbonden met familieleden	0,052 (trend)	0,597	0,355	1,004
Verbonden met collega's en/of medestudenten	0,021	0,445	0,223	0,886
Steun ervaren van heterovrienden	0,004	0,445	0,257	0,771
Steun ervaren van holebivrienden	0,017	0,453	0,236	0,869
Steun ervaren van trans vrienden	0,029	0,373	0,154	0,906
Steun ervaren van familieleden	0,024	0,542	0,319	0,922
Steun ervaren van collega's en/of medestudenten	0,002	0,311	0,150	0,645

Tussenstappen multivariate analyse

Om het totale model te kunnen opstellen aangaande deze onderzoeksvraag, is het noodzakelijk om stapsgewijs te werk te gaan. De significante risicofactoren uit het univariate model worden opgesplitst per thema en in verschillende tussenstappen onderzocht. Op deze manier kon SPSS de data beter verwerken. Met behulp van deze stappen worden de onafhankelijke risicofactoren meegenomen in het totale model. Onderstaande tussenstappen tonen de significante multivariate risicofactoren per thema.

Tabel 56: O3 - Transgender personen: tussenstap 1, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Reacties omtrent SO in de vrijetijdsbesteding	0,063 (trend)	0,129	0,015	1,120

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: reacties van familieleden en reacties tijdens vrijetijdsbesteding op de SO. *Nagelkerke R² = 0,069.*

Tabel 57: O3 - Transgender personen: tussenstap 2, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Huidige reactie van moeder omtrent GI	0,024	0,315	0,116	0,858

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: huidige reactie van moeder en van familieleden op de GI. **Nagelkerke $R^2=0,058$**

Tabel 58: O3 - Transgender personen: tussenstap 3, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Verbonden met collega's en/of medestudenten	0,049	0,494	0,244	0,997

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: verbonden met collega's en/of medestudenten, heterovrienden en familieleden.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=0,805$; $DF=2$; $P=0,669$. Nagelkerke $R^2=0,058$.

Tabel 59: O3 - Transgender personen: tussenstap 4, multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Steun van collega's en/of medestudenten	0,001	0,174	0,061	0,497

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: steun ervaren van heterovrienden, holebi en trans vrienden, steun ervaren van collega's en/of medestudenten en familieleden.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=0,001$; $DF=2$; $P=0,999$. Nagelkerke $R^2=0,157$.

9.6.1.2 MULTIVARIATE ANALYSE

Verbondenheid met collega's en/of medestudenten is een significante risicofactor op één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven omtrent steun. Wanneer men zich verbonden tot sterk verbonden voelt met collega's en/of medestudenten heeft men minder risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven ($OR=0,067$)(Tabel 60). Dit betekent dat wanneer personen zich niet verbonden tot neutraal verbonden voelen met collega's en/of medestudenten dat zij 14,925 keer meer risico hebben op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen dan personen die zich verbonden tot sterk verbonden voelen met collega's en/of medestudenten. Daarnaast blijkt ook dat de *huidige reactie van de moeder omtrent de genderidentiteit* een trend tot significante risicofactor is. Wanneer de huidige reactie van de moeder zeer negatief tot negatief is, hebben de transgender personen 5,682 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen dan transgender personen waarbij de reactie van de moeder neutraal tot positief is.

Tabel 60: O3 - Transgender personen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Huidige reactie van moeder	0,058 (trend)	0,176	0,029	1,063

omtrent GI				
Verbondenheid met collega's en/of medestudenten	0,022	0,067	0,007	0,682

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: reacties omtrent SO in de vrijetijdsbesteding, huidige reactie van moeder omtrent GI, verbondenheid met collega's en/of medestudenten en steun van collega's en/of medestudenten.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 1,051$; $DF=2$; $P= 0,591$. Nagelkerke $R^2=0,354$.

'Is er een verschil waarneembaar tussen transgender personen met een mannelijk of vrouwelijk geboortegeslacht?'

9.6.2 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN MANNELIJK GEBOORTEGESLACHT

9.6.2.1 UNIVARIATE ANALYSES

Uit de verschillende univariate analyses blijkt dat er vier onafhankelijke risicofactoren belangrijk zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. Deze zijn: actief zijn in een holebi-vereniging, verbondenheid met heteroseksuele vrienden en ten slotte steun ervaren van transvrienden en de transgemeenschap. Daarnaast worden ook drie trends tot significante risicofactoren gevonden; actief zijn in een trans-vereniging, verbondenheid met personen waarmee men samenleeft en verbondenheid met collega's en/of medestudenten (Tabel 61).

Tabel 61: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Actief in LGB vereniging	0,040	0,374	0,146	0,957
Actief in Trans vereniging	0,053(trend)	0,500	0,248	1,009
Verbonden met mensen waarmee je samenleeft	0,061 (trend)	0,406	0,158	1,044
Verbonden met heterovrienden	0,049	0,453	0,205	0,997
Verbonden met collega's en/of medestudenten	0,058 (trend)	0,406	0,160	1,032
Steun van trans vrienden	0,017	0,275	0,096	0,792
Steun van trans gemeenschap	0,039	0,421	0,185	0,956

Tussenstappen multivariate analyse

Tabel 62: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: tussenstap 1, multivariate log. regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Actief in LGB vereniging	0,028	0,295	0,100	0,875

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: actief zijn in een holebi en trans vereniging.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 0,434$; $DF=2$; $P= 0,805$. Nagelkerke $R^2=0,089$.

Tabel 63: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: tussenstap 2, multivariate log. regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)
-----------------	----------	--------	--------------------

			Lower	Upper
Verbonden met personen waarmee je samenleeft	0,035	0,269	0,079	0,913
Verbonden met collega's en/of medestudenten	0,057 (trend)	0,345	0,116	1,031

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: verbonden met personen waarmee men samenleeft, heterovrienden en collega's en/of medestudenten.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=0,006$; $DF=2$; $P=0,997$. Nagelkerke $R^2=0,136$.

Tabel 64: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: tussenstap 3, multivariate log. regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Gesteund door trans vrienden	0,011	0,252	0,087	0,730

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: steun van trans vrienden en de transgender vereniging.

Nagelkerke $R^2=0,087$.

9.6.2.2 MULTIVARIATE MODEL

Wanneer alle significante risicofactoren van de vorige tussenstappen worden samengevoegd in een multivariaat model, blijkt slechts één trend tot significante risicofactor naar voren te komen bij de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. Wanneer men zich verbonden tot sterk *verbonden voelt met collega's en/of medestudenten* heeft men minder risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven ($OR=0,107$) (Tabel 65). Zo kan men stellen dat personen die zich niet verbonden tot neutraal verbonden voelen met collega's en/of medestudenten 9,346 keer meer risico hebben op het ondernemen van één of meerdere pogingen in vergelijking met personen die zich verbonden tot sterk verbonden voelen met collega's en/of medestudenten.

Tabel 65: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Verbonden met collega's en/of medestudenten	0,054 (trend)	0,107	0,211	1,036

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: actief zijn in een holebi-vereniging, zich verbonden voelen met personen waarmee je samenleeft, collega's en/of medestudenten en gesteund worden door trans vrienden.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=1,078$; $DF=2$; $P=0,583$. Nagelkerke $R^2=0,119$.

9.6.3 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN VROUWELIJK GEBOORTEGESLACHT

9.6.3.1 UNIVARIATE ANALYSES

Uit onderstaande univariate analyses van Vlaamse transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht kan worden afgeleid dat er acht variabelen significante risicofactoren zijn op het hebben van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven. De sterkste risicofactoren die hieruit kunnen worden afgeleid zijn de reactie van familie op de genderidentiteit ($P=0,002$) en de steun van de familie ($P=0,003$) (Tabel 66).

Tabel 66: O3 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Huidige reactie moeder GI	0,046	0,214	0,047	0,972
Reactie familie SO	0,007	0,106	0,021	0,539
Reactie familie GI	0,002	0,093	0,021	0,414
Reactie school GI	0,024	0,070	0,007	0,707
Steun heterovrienden	0,012	0,344	0,150	0,792
Steun van LGB vrienden	0,029	0,300	0,102	0,881
Steun van familie	0,003	0,275	0,117	0,649
Steun van collega's en/of medestudenten	0,006	0,162	0,044	0,595

Tussenstappen multivariate analyse

Tabel 67: O3 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: tussenstap 1, multivariate log. regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Reactie van familie GI	0,050	0,125	0,016	0,997

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de huidige reactie van de moeder op GI, de reactie van school en familieleden op GI.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=0,270$; $DF=2$; $P=0,874$. Nagelkerke $R^2=0,347$.

Tabel 68: O3 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: tussenstap 2, multivariate log. regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Steun van familieleden	0,044	0,347	0,124	0,972
Steun van collega's en/of medestudenten	0,016	0,076	0,009	0,616

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: steun ervaren van heterovrienden, holebivrienden, van familie en van collega's en/of medestudenten.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 1,351$; $DF=2$; $P= 0,509$. Nagelkerke $R^2=0,272$.

9.6.3.2 MULTIVARIATE MODEL

In het multivariate model omtrent steun van de Vlaamse transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht is duidelijk geworden dat de *reacties van familie omtrent de genderidentiteit* een significante risicofactor is op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Wanneer de reacties van de familie zeer negatief tot negatief zijn omtrent de genderidentiteit hebben transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht 18,519 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met personen waarbij de reacties van de familie neutraal tot zeer positief waren (Tabel 69).

Tabel 69: O3 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Reacties van familie GI	0,003	0,054	0,008	0,376

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: reactie van de familieleden op GI, steun van familieleden en steun van collega's en/of medestudenten.

Hosmer and Lemeshow test: Chi²= 2,386 ; DF=2; P= 0,303. Nagelkerke R²=0,490.

9.6.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 3: STEUN (TRANSGENDER PERSONEN)

Om een antwoord te vormen op de onderzoeksvraag omtrent 'steun' kan besloten worden dat zich niet tot neutraal verbonden voelen met collega's en/of medestudenten een significante risicofactor is voor het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij Vlaamse transgender personen en Vlaamse transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. De Vlaamse transgender personen waarbij de huidige reactie van de moeder op hun genderidentiteit zeer negatief tot negatief is, hebben een trend tot verhoogd risico op het plegen van suïcidepogingen. Bij Vlaamse transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht komt enkel de zeer negatieve tot negatieve reactie van de familie naar voren als significante risicofactor op één of meerdere zelfmoordpogingen.

9.7 ONDERZOEKSVRAAG 4: NEGATIEVE ERVARINGEN (HOLEBI'S)

'Voorspellen de negatieve ervaringen in de maatschappij het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse holebi's?'

Onafhankelijke variabelen omtrent steun: Negatieve reacties op te vrouwelijk of te mannelijk zijn, frequentie van ervaringen met homofob geweld, in aanraking komen met: materiele beschadiging, verbaal geweld, fysiek geweld, seksueel geweld, roddelen, pestgedrag, uitgesloten worden, genegeerd worden, bedreig of lastiggevallen worden en eventueel andere types van geweld met een homofob motief.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.7.1 ALLE DEELNEMENDE HOLEBI'S

9.7.1.1 UNIVARIAAT

De univariate analyses van negatieve ervaringen tonen negen significante risicofactoren op één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven van de Vlaamse holebi's. De sterkste factoren hierbij zijn (P=0,001): frequentie van geweld, fysiek geweld meemaken, gepest, uitgesloten en genegeerd worden (Tabel 70).

Tabel 70: O4 – Holebi's: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Frequentie van geweld:				
-(1)Uitzonderlijk t.o.v. nooit	0,008	1,902	1,182	3,060
-(2) Éénmaal per maand t.o.v. nooit.	0,001	3,216	1,579	6,553
-(3) Meermaals per maand t.o.v. nooit	0,001	7,505	3,345	16,837
-(4)Een of meermaals per week t.o.v. nooit	0,001	10,554	5,831	46,217
Materiele beschadiging	0,007	3,189	1,366	7,445
Fysiek geweld	0,001	3,213	1,892	5,456
Seksueel geweld	0,004	3,189	1,451	7,009
Pesten	0,001	2,754	1,779	4,263
Uitgesloten worden	0,001	2,837	1,812	4,441
Genegeerd worden	0,001	2,793	1,752	4,452
Bedreigd of lastiggevallen worden	0,016	1,773	1,110	2,830
Roddelen	0,025	1,647	1,066	2,545

9.7.1.2 MULTIVARIAAT

De significante univariate risicofactoren worden samen in een multivariaat model geanalyseerd. Hieruit blijkt dat frequentie van geweld, fysiek en seksueel geweld alsook uitgesloten worden onafhankelijke factoren omtrent negatieve ervaringen zijn van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven bij Vlaamse holebi's (Tabel 71).

Wanneer de holebi's *éénmaal per maand* in aanraking komen met homofob geweld hebben zij 2,731 keer meer risico op het plegen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met holebi's die nooit in aanraking komen met homofob geweld.

Maar wanneer holebi's *meermaals per maand* in aanraking komen met homofob geweld hebben zij 5,148 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen dan holebi's die nooit in aanraking komen met homofob geweld.

Vanuit de verschillende types van homofobie geeft *seksueel geweld* het meeste risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen bij de holebi's (OR=2,2950), gevolgd door *fysiek geweld* (OR=2,414) en *uitgesloten worden* (OR=2,023) in vergelijking met personen die deze vormen van geweld niet meegemaakt hebben.

Tabel 71: O4 – Holebi's: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Frequentie van geweld				
-(2) Éénmaal per maand t.o.v. nooit.	0,015	2,731	1,220	6,111
-(3) Meermaals per maand t.o.v. nooit.	0,002	5,148	1,816	14,594
Fysiek geweld	0,003	2,414	1,361	4,280
Seksueel geweld	0,065	2,295	0,951	5,545
Uitgesloten worden	0,005	2,023	1,236	3,310

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: frequentie van geweld, materiele beschadiging, fysiek geweld, seksueel geweld, pesten, uitgesloten, genegeerd, bedreigd of lastiggevallen worden en roddelen.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 9,608$; $DF=4$; $P=0,048$. Nagelkerke $R^2= 0,171$

'Is er een geslachtsgebonden verschil waarneembaar'

9.7.2 HOLEBI'S MET STEEKPROEF MANNEN

9.7.2.1 UNIVARIAAT

Uit de univariate analyses over negatieve ervaringen komen negen significante risicofactoren naar voren op het ondernemen één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven bij de homo- en biseksuele mannen. De sterkste factoren die hieruit kunnen worden afgeleid zijn ($P=0,001$): frequentie van geweld, fysiek geweld meemaken, uitgesloten worden en bedreigd of lastiggevallen worden (Tabel 72).

Tabel 72: O4 – Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Negatieve reacties op te vrouwelijke zijn	0,022	1,917	1,099	3,344
Frequentie van geweld:				
-(1)Uitzonderlijk t.o.v. nooit	0,017	3,083	1,222	7,780
-(2) Éénmaal per maand t.o.v. nooit.	0,001	9,158	3,053	27,471
-(3) Meermaals per maand t.o.v. nooit	0,001	22,786	6,477	80,164
-(4)Een of meermaals per week t.o.v. nooit	0,001	23,200	5,777	93,170
Materiele beschadiging	0,009	3,962	1,402	11,198
Fysiek geweld	0,001	3,669	1,855	7,250

Pesten	0,010	2,235	1,209	4,132
Uitgesloten worden	0,001	3,051	1,627	5,724
Genegeerd worden	0,003	2,718	1,397	5291
Bedreigd of lastiggevallen worden	0,001	3,404	1,795	6,453
Roddelen	0,042	1,901	1,023	3,533

9.7.2.2 MULTIVARIAAT

Het multivariaat model aangaande negatieve ervaringen bij de homo- en biseksuele mannen stelt vast dat frequentie van homofoob geweld, fysiek geweld, uitgesloten worden en bedreigd en/of lastiggevallen worden onafhankelijke risicofactoren zijn van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven (Tabel 73).

De *frequentie* kan opgedeeld worden in drie delen, mannen die uitzonderlijk homofoob geweld meemaken hebben 2,741 meer risico, mannen die éénmaal per maand homofoob geweld meemaken hebben 4,556 meer risico en mannen die meermaals per maand homofoob geweld mee maken hebben 4,195 meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen dan homo- en biseksuele mannen die nooit geconfronteerd geweest zijn met homofoob geweld.

Als de mannen het slachtoffer zijn van *fysiek* homofoob geweld hebben zij het meeste risico (OR=2,497); gevolgd door *bedreigd en/of lastiggevallen* worden (OR=2,257) en *uitgesloten worden* (OR=2,016) op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen dan homo- en biseksuele mannen die deze types van homofoob geweld niet hebben meegemaakt.

Tabel 73: O4- Homoseksuele en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Frequentie van geweld				
-(1) Uitzonderlijk t.o.v. nooit.	0,027	2,741	1,125	6,679
-(2) Éénmaal per maand t.o.v. nooit	0,008	4,556	1,485	13,976
-(3) Meermaals per maand t.o.v. nooit.	0,025	4,195	1,193	14,745
Fysiek geweld	0,020	2,497	1,156	5,395
Uitgesloten worden	0,056	2,016	0,993	4,090
Bedreigd, lastiggevallen worden	0,026	2,257	1,101	4,627

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: negatieve reacties op te vrouwelijk zijn, frequentie van geweld, materiele beschadiging, fysiek geweld, pesten uitgesloten, genegeerd en bedreigd of lastiggevallen worden.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=6,486$; $DF=5$; $P=0,262$. Nagelkerke $R^2= 0,265$.

9.7.3 HOLEBI'S MET STEEKPROEF VROUWEN

9.7.3.1 UNIVARIAAT

Vanuit de univariate analyses omtrent de negatieve ervaringen bij de lesbische en biseksuele vrouwen, zijn negatieve reacties op het te mannelijk zijn, frequentie van homofob geweld, fysiek en seksueel geweld meemaken, gepest, uitgesloten en genegeerd worden significante risicofactoren op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven. Hierbij is pestgedrag de sterkte factor (Tabel 74).

Tabel 74: O4 – Lesbische en biseksuele vrouwen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Negatieve reacties op te mannelijke zijn	0,012	1,939	1,158	3,245
Frequentie van geweld: -(4)Een of meermaals per week tot dagelijks t.o.v. nooit.	0,002	30,000	3,439	261,680
Pesten	0,001	3,500	1,869	6,551
Uitgesloten worden	0,003	2,641	1,391	5,015
Genegeerd worden	0,002	2,869	1,492	5,517
Fysiek geweld	0,021	2,828	1,171	6,830
Seksueel geweld	0,017	3,421	1,251	9,351

9.7.3.2 MULTIVARIAAT

Het multivariate model over de negatieve ervaringen bij lesbische en biseksuele vrouwen toont aan dat pesten en seksueel geweld onafhankelijke risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven (Tabel 75).

Als de vrouwen *gepest* worden hebben zij 3,659 meer risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met lesbische en biseksuele vrouwen die niet gepest worden.

Daarnaast geeft het model aan dat wanneer de vrouwen *seksueel geweld* meegemaakt hebben zij 3,851 keer meer risico hebben op één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met lesbische en biseksuele vrouwen nooit met een vorm van seksueel geweld in aanraking gekomen zijn.

Tabel 75: O4 – Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Pesten	0,001	3,659	1,927	6,950
Seksueel geweld	0,013	3,855	1,337	11,096

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: negatieve reacties op te mannelijk zijn, frequentie van geweld, pesten, uitgesloten, genegeerd worden, pesten en seksueel geweld.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2=0,016$; $DF=1$; $P=0,901$. Nagelkerke $R^2= 0,140$.

9.7.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 4: NEGATIEVE ERVARINGEN (HOLEBI'S)

Vanuit de onderzoeksvraag die de ‘negatieve ervaringen’ onderzocht bij de Vlaamse holebi’s kan het volgende worden besloten. Bij de volledige holebigroep en de mannelijke steekproef zijn in aanraking komen met *fysiek geweld* en *uitgesloten worden* met een homofob motief risicofactoren op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Ook blijkt bij hen de *frequentie* van homofobie een verhoogd risico te geven op het plegen van één of meerdere suïcidepogingen. Daarnaast heeft de volledige holebigroep alsook de vrouwelijke steekproef die slachtoffer zijn geweest van *seksueel geweld* een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen. *Bedreigd en/of lastiggevallen worden* omwille van de seksuele oriëntatie is een risicofactor op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen bij de homo- en biseksuele mannen. Deze vaststelling kan ook gemaakt worden omtrent *gepest worden* bij de lesbische en biseksuele vrouwen.

9.8 ONDERZOEKSVRAAG 4: NEGATIEVE ERVARINGEN (TRANSGENDER PERSONEN)

‘Voorspellen de negatieve ervaringen in de maatschappij het risico op suïcidepogingen doorheen het leven van Vlaamse transgender personen?’

Onafhankelijke variabelen omtrent negatieve ervaringen: Negatieve reacties op te vrouwelijk of te mannelijk zijn, frequentie van ervaringen met homo- en/of transfoob geweld, in aanraking komen met: materiële beschadiging, verbaal geweld, fysiek geweld, seksueel geweld, roddelen, pestgedrag, uitgesloten worden, genegeerd worden, bedreigd of lastiggevallen worden en eventueel andere types van geweld met een homo- en/of transfoob motief

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.8.1 ALLE DEELNEMENDE TRANSGENDER PERSONEN

9.8.1.1 UNIVARIATE ANALYSES

Vanuit de onderstaande analyses omtrent negatieve ervaringen in de maatschappij blijkt dat er zes risicofactoren zijn op ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen van Vlaamse transgender personen doorheen het leven. De sterkste risicofactor is de categoriale variabele *frequentie van geweld* ($P=0,001$). Ook *bedreigd worden* lijkt een van de sterkere risicofactoren te zijn ($P=0,007$) (Tabel 76).

Tabel 76: O4 - Transgender personen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Frequentie van geweld	0,001			
Frequentie van geweld	0,011	0,051	0,005	0,500

(1) uitzonderlijk t.o.v. nooit Frequentie van geweld (6) dagelijks t.o.v. nooit	0,070 (trend)	0,094	0,007	1,215
Materiële schade	0,017	3,668	1,262	10,658
Fysiek geweld	0,014	2,500	1,201	5,205
Seksueel geweld	0,038	3,493	1,069	11,416
Genegeerd worden	0,033	1,922	1,055	3,500
Bedreigd worden	0,007	2,377	1,267	4,459

9.8.1.2 MULTIVARIATE ANALYSES

Wanneer alle univariaat significante risicofactoren worden samengevoegd in één model blijkt dat *materiële schade* de enige significante risicofactor blijft van het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen bij Vlaamse transgender personen. Er kan worden gesteld dat wanneer een Vlaamse transgender persoon in aanraking komt met materiële schade, men 3,148 keer meer risico heeft op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen dan personen die niet met materieel geweld geconfronteerd worden. Ook komt een trend tot significante risicofactor naar voren in het multivariate model. Wanneer men *genegeerd* wordt heeft men 1,797 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen dan Vlaamse transgender personen die niet genegeerd worden (Tabel 77).

Tabel 77: O4 - Transgender personen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Genegeerd worden	0,062 (trend)	1,797	0,971	3,323
Materiële schade	0,040	3,148	1,054	9,403

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: frequentie van geweld, materiële schade, fysiek geweld, seksueel geweld, bedreigd worden en genegeerd worden.

Hosmer and Lemeshow test: $\chi^2= 3,558$; $DF=2$; $P= 0,169$. Nagelkerke $R^2=0,095$.

'Is er een verschil waarneembaar tussen transgender personen met een mannelijk of vrouwelijk geboortegeslacht?'

9.8.2 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN MANNELIJK GEBOORTEGESLACHT

9.8.2.1 UNIVARIATE ANALYSES

Bij de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht blijkt uit univariate analyses dat bedreigd worden en een te vrouwelijke genderexpressie hebben, significante risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

Tabel 78: O4 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
NE: Te vrouwelijk	0,041			

NE: Te vrouwelijk (1) uitzonderlijk t.o.v. nooit	0,051(trend)	0,191	0,036	1,009
Bedreigd worden	0,023	2,828	1,155	6,925

9.8.2.2 MULTIVARIATE ANALYSES

Wanneer deze univariate risicofactoren samen geplaatst worden in een multivariaat model blijkt slechts één risicofactor over te blijven. Wanneer een Vlaamse transgender persoon met een mannelijk geboortegeslacht *bedreigd en/of lastiggevallen* wordt heeft hij of zij 2,828 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere pogingen dan transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht die niet bedreigd en/of lastiggevallen worden (Tabel 79).

Tabel 79: O4 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Bedreigd worden	0,023	2,828	1,155	6,925

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: negatieve reacties omtrent het te vrouwelijk zijn en bedreigd worden. *Nagelkerke $R^2=0,070$.*

9.8.3 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN VROUWELIJK GEBOORTEGESLACHT

9.8.3.1 UNIVARIAAT ANALYSES

Uit het univariate model omtrent negatieve ervaringen van transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht blijken er enkele significante risicofactoren naar boven te komen. Deze zijn een te mannelijke genderexpressie, de frequentie van homo- en/of transfobie en ten slotte geconfronteerd worden met beschadigingen van persoonlijke bezittingen. Ook fysiek geweld is een trend tot significante risicofactor op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht (Tabel 80).

Tabel 80: O4 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
NE: Te mannelijk	0,092			
NE: Te mannelijk (2) soms t.o.v. nooit	0,028	0,147	0,027	0,811
Frequentie geweld	0,024			
Frequentie geweld (1) uitzonderlijk t.o.v. nooit	0,007	8,387	1,791	39,286
Frequentie geweld (2) Éénmaal per maand t.o.v. nooit	0,001	26,000	3,528	191,597
Frequentie geweld (3) Meermaals per maand t.o.v. nooit	0,003	21,667	2,848	164,824
Frequentie geweld (6) Dagelijks t.o.v. nooit	0,022	26,000	1,584	426,849
Materiële schade	0,046	4,190	1,024	17,146

Fysiek geweld	0,052 (trend)	2,857	0,989	8,252
---------------	---------------	-------	-------	-------

9.8.3.2 MULTIVARIATE ANALYSE

Vanuit het multivariate model blijkt dat materiële beschadigingen de enige onafhankelijke risicofactor is op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen bij transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht. Wanneer personen in aanraking komen met *materiële beschadigingen* van persoonlijke bezittingen met een homo en/of transfoob motief, hebben hij of zij 4,248 keer meer risico op het ondernemen van een zelfmoordpoging doorheen het leven dan transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht die hier niet mee in aanraking komen (Tabel 81).

Tabel 81: O4 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Materiële schade	0,046	4,248	1,029	17,535

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: negatieve reacties omtrent het te mannelijk zijn, de frequentie van geweld, materiële beschadigingen en fysiek geweld.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 1,682$; $DF=3$; $P= 0,641$. Nagelkerke $R^2=0,109$.

9.8.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 4: NEGATIEVE ERVARINGEN (TRANSGENDER PERSONEN)

Vanuit de multivariate analyses omtrent 'negatieve ervaringen' kan worden besloten dat het in aanraking komen *materiële beschadigingen* van persoonlijke eigendommen het risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen bij transgender personen en bij transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht verhoogt. Een trend tot significantie wordt gevonden voor de risicofactor *genegeerd worden*. Wanneer men genegeerd wordt omwille van de seksuele oriëntatie en/of de genderidentiteit, heeft men een hoger risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven in vergelijking met transgender personen die niet genegeerd worden. Bij de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht stijgt het risico op één of meerdere zelfmoordpogingen wanneer ze *bedreigd en/of lastiggevallen worden* in vergelijking met personen die niet bedreigd en/of lastiggevallen worden.

9.9 ONDERZOEKSVRAAG 5: COPING (HOLEBI'S)

'Voorspellen de verschillende coping mechanismen van Vlaamse holebi's het risico op suïcidepogingen doorheen het leven?'

Onafhankelijke variabelen omtrent coping: De zeven copingstijlen aan de hand van de Utrechtse Coping Lijst: Actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.9.1 ALLE DEELNEMENDE HOLEBI'S

9.9.1.1 UNIVARIAAT

De univariate analyses stellen vast dat bij de Vlaamse holebi's actief aanpakken, sociale steun zoeken passief reactiepatroon hanteren en geruststellende gedachten hebben de significante risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven (Tabel 82).

Tabel 82: 05 – Holebi's: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: actief aanpakken	0,001	0,888	0,843	0,935
Coping: sociale steun zoeken	0,001	0,906	0,867	0,947
Coping: passief reactiepatroon	0,001	1,208	1,155	1,263
Coping: geruststellende gedachten	0,001	0,902	0,848	0,959

9.9.1.2 MULTIVARIAAT

Vanuit het multivariate model omtrent de copingstijlen blijken het passief reactiepatroon en sociale steun zoeken onafhankelijke risicofactoren te zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven van holebi's (Tabel 83).

Hierbij kan besloten worden dat een *passief reactiepatroon* hanteren een significante risicofactor is op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen bij holebi's. Er wordt een lineair verband verondersteld. Dit betekent dat wanneer holebi's zich één eenheid hoger bevinden op de UCL-schaal omtrent het passief reactiepatroon, men 1,193 keer meer risico heeft op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met het risico van holebi's die één eenheid lager scoren. Een passief reactiepatroon wordt gekenmerkt door zich afhankelijk op te stellen en minder rekening te houden met de gevolgen van zijn of haar handelen (Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010).

Wanneer de holebi's één eenheid lager scoren op de UCL-schaal omtrent *sociale steun* zoeken hebben zij 1,070 keer meer risico heeft op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met het risico van holebi's die één eenheid hoger scoren.

Tabel 83: 05 – Holebi's: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: sociale steun zoeken	0,038	0,935	0,910	0,997
Coping: passief reactiepatroon	0,001	1,193	1,140	1,249

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen omtrent het actief aanpakken, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon en geruststellende gedachten.

Hosmer and Lemsehow test: $\chi^2= 6,965$; $DF=8$; $P=540$. Nagelkerke $R^2= 0,186$.

'Is er een geslachtsgebonden verschil waarneembaar'

9.9.2 HOLEBI'S MET STEEKPROEF MANNEN

9.9.2.1 UNIVARIAAT

Vanuit de univariate modellen worden de zeven copingstijlen geanalyseerd. Hierbij zijn actief aanpakken, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon hanteren en geruststellende gedachten hebben de significante risicofactoren van één of meerdere suïcidepogingen ondernemen doorheen het leven bij de Vlaamse homo- en biseksuele mannen (Tabel 84).

Tabel 84: 05 – Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: actief aanpakken	0,001	0,848	0,781	0,997
Coping: sociale steun zoeken	0,040	0,934	0,875	0,997
Coping: passief reactiepatroon	0,001	1,199	1,127	1,277
Coping: geruststellende gedachten	0,016	0,892	0,813	0,979

9.9.2.2 MULTIVARIAAT

Het multivariaat model omtrent de copingstijlen stelt dat enkel het *passief reactiepatroon* een onafhankelijke risicofactor is op het plegen van één of meerdere suïcidepogingen gedurende het leven van de homo- en biseksuele mannen (Tabel 85).

Hierbij wordt een lineair verband verondersteld. Wanneer homo- en biseksuele mannen zich één eenheid hoger bevinden op de UCL-schaal omtrent het *passief reactiepatroon* hebben zij 1,199 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met het risico van personen die één eenheid lager scoren.

Tabel 85: 05 – Homoseksuele en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: passief reactiepatroon	0,001	1,199	1,127	1,277

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen omtrent het actief aanpakken, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon en geruststellende gedachten.

Hosmer and Lemeshow test: $\chi^2= 7,074$; $DF=8$; $P=0,529$. Nagelkerke $R^2= 0,177$.

9.9.3 HOLEBI'S MET STEEKPROEF VROUWEN

9.9.3.1 UNIVARIAAT

De univariate analyses omtrent copingstijlen staven dat actief aanpakken, sociale steun zoeken, een passief reactiepatroon hanteren en geruststellende gedachten hebben significante risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven bij de Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen (Tabel 86).

Tabel 86: 05 – Lesbische en biseksuele vrouwen: univariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: actief aanpakken	0,015	0,919	0,859	0,984
Coping: sociale steun zoeken	0,001	0,881	0,830	0,936
Coping: passief reactiepatroon	0,001	1,216	1,142	1,296
Coping: geruststellende gedachten	0,023	0,909	0,837	0,987

9.9.3.2 MULTIVARIAAT

Het multivariaat model over de copingstijlen toont aan dat een passief reactiepatroon hanteren en sociale steun zoeken de twee onafhankelijke risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven bij de lesbische en biseksuele vrouwen (Tabel 87).

Hierbij wordt een lineair verband verondersteld. Wanneer lesbische en biseksuele vrouwen zich één eenheid hoger bevinden op de UCL-schaal omtrent het *passief reactiepatroon*

hebben zij 1,190 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met het risico van personen die één eenheid lager scoren.

Als vrouwen daarentegen *sociale steun zoeken* hebben zij minder risico op het ondernemen van een suïcidepoging in vergelijking met vrouwen die geen sociale steun zoeken (OR=0,932). Wanneer lesbische en biseksuele vrouwen één eenheid lager scoren op de UCL-schaal omtrent *sociale steun zoeken* hebben zij 1,073 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere geen zelfmoordpogingen doorheen hun leven in vergelijking met het risico van personen die één eenheid hoger scoren.

Tabel 87: O5 – Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: sociale steun zoeken	0,001	1,190	1,114	1,270
Coping: passief reactiepatroon	0,030	0,932	0,875	0,993

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen omtrent het actief aanpakken, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon en geruststellende gedachten.

Hosmer and Lemsehow test: Chi= 10,773; DF=8; P=0,215. Nagelkerke R²=0,194.

9.9.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 5: COPING (HOLEBI'S)

Vanuit de onderzoeksvraag die 'coping' onderzocht bij de Vlaamse holebi's kan het volgende worden besloten. Bij de volledige holebigroep, de homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen is het hanteren van een *passief reactiepatroon* een risicofactor op het één of meerdere keren ondernemen van een suïcidepoging doorheen het leven. Daarnaast blijkt dat wanneer de volledige groep holebi's alsook de lesbische en biseksuele vrouwen geen *sociale steun zoeken* bij moeilijkheden zij een verhoogd risico hebben op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen.

9.10 ONDERZOEKSVRAAG 5: COPING (TRANSGENDER PERSONEN)

'Voorspellen de verschillende coping mechanismen van Vlaamse transgender personen het risico op suïcidepogingen doorheen het leven?'

Onafhankelijke factoren omtrent coping: De zeven copingstijlen aan de hand van de Utrechtse Coping Lijst: Actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten.

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.10.1 ALLE DEELNEMENDE TRANSGENDER PERSONEN

9.10.1.1 UNIVARIATE ANALYSES

Bij de univariate analyses omtrent coping bij transgender personen blijken er twee copingstijlen significante risicofactoren te zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven van Vlaamse transgender personen (Tabel 88). Een *actief reactiepatroon* houdt in dat de persoon actief omgaat met zijn of haar problemen. Bij een *passief reactiepatroon* daarentegen laat men zich volledig innemen door de problemen en ziet men zichzelf niet in staat om iets aan de huidige situatie te veranderen.

Tabel 88: O5 - Transgender personen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: Actief reactiepatroon	0,016	0,919	0,859	0,984
Coping: Passief reactiepatroon	0,001	1,167	1,098	1,240

9.10.1.2 MULTIVARIATE ANALYSE

Bij de transgender personen blijkt dat het *passieve reactiepatroon* een significante risicofactor is op het ondernemen van één of meerdere pogingen doorheen het leven. Hierbij wordt een lineair verband verondersteld. Dit betekent dat wanneer transgender personen zich één eenheid hoger bevinden op de UCL-schaal omtrent het passief reactiepatroon men 1,167 keer meer risico heeft op het ondernemen van één of meer suïcidepogingen in vergelijking met het risico van transgender personen die één eenheid lager scoren op deze schaal (Tabel 89).

Tabel 89: O5 - Transgender personen: multivariate logistische regressie

Variables in the Equation	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: Passief reactiepatroon	0,001	1,167	1,098	1,240

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen omtrent het actieve en passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 17,175$; $DF=8$; $P= 0,028$. Nagelkerke $R^2=0,145$.

'Is er een verschil waarneembaar tussen transgender personen met een mannelijk of vrouwelijk geboortegeslacht?'

9.10.2 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN MANNELIJK GEBOORTEGESLACHT

9.10.2.1 UNIVARIATE ANALYSE

Bij de transgender personen zien we dat het *passieve reactiepatroon* opnieuw een zeer significante risicofactor is op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Daarnaast is het palliatieve pallet ook een trend tot significante risicofactor (Tabel 90). Het palliatieve pallet houdt in dat men de problemen tracht te vergeten door de aandacht af te leiden naar andere dingen. Dit kunnen positieve afleidingen zijn,

-constructief palliatief pallet-, zoals op een gezonde manier sporten. Maar dit kan ook aan de hand van destructieve activiteiten. Zo kan men de focus van het probleem weghouden door middel van alcoholische dranken of drugs. Wat uiteindelijk ook kan leiden tot middelenmisbruik.

Tabel 90: O5 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: Palliatief reactiepatroon	0,063 (trend)	1,079	0,996	1,169
Coping: Passief reactiepatroon	0,001	1,138	1,059	1,223

9.10.2.2 MULTIVARIATE ANALYSE

In het multivariate logistische model wordt enkel het *passieve reactiepatroon* teruggevonden als significante risicofactor op één of meerdere zelfmoordpogingen bij Vlaamse transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. Opnieuw wordt een lineair verband verondersteld. Wanneer transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht zich één eenheid hoger bevinden op de UCL-schaal omtrent het passieve reactiepatroon, hebben zij 1,138 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen dan transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht die één eenheid lager scoren op deze schaal (Tabel 91).

Tabel 91: O5 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: Passief reactiepatroon	0,001	1,138	1,059	1,223

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen omtrent het palliatieve en passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 16,327$; $DF=6$; $P= 0,012$. Nagelkerke $R^2=0,128$.

9.10.3 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN VROUWELIJK GEBORTEGESLACHT

9.10.3.1 UNIVARIATE ANALYSE

Bij de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht worden dezelfde copingstijlen opnieuw opgemerkt zoals bij de transgender personen. Deze zijn het actieve en het passieve reactiepatroon (Tabel 92).

Tabel 92: O5 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: Actief reactiepatroon	0,005	0,844	0,748	0,951
Coping: Passief reactiepatroon	0,001	1,261	1,121	1,417

9.10.3.2 MULTIVARIATE ANALYSE

Ook blijkt in het multivariate model enkel het *passieve reactiepatroon* sterk significant naar voren te komen. Deze continue risicofactor veronderstelt een lineair verband. Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht die zich één eenheid hoger bevinden op de UCL-schaal omtrent het passieve reactiepatroon hebben 1,261 keer meer risico op het ondernemen van één of meer zelfmoordpogingen doorheen het leven in vergelijking met het risico van personen die één eenheid lager scoren op de schaal (Tabel 93).

Tabel 93: O5 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Variables in the Equation	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: Passief reactiepatroon	0,001	1,261	1,121	1,417

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen omtrent het actieve en passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: Chi²= 14,407; DF=8; P= 0,072. Nagelkerke R²=0,213.

9.10.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 5: COPING (TRANSGENDER PERSONEN)

Uit de analyses voor de transgender personen in het algemeen, de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht en transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht is duidelijk dat het *passieve reactiepatroon* de belangrijkste risicofactor is op het plegen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Het risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen is hoger bij de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht dan bij transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht.

9.11 ONDERZOEKSVRAAG 6: PSYCHISCH WELBEVINDEN (HOLEBI'S)

‘Voorspelt het psychisch welbevinden van de Vlaamse holebi’s het risico op suïcidepogingen doorheen het leven?’

Onafhankelijke variabelen omtrent het psychisch welbevinden: General Health Questionnaire(GHQ) en Beck Scale for Suicidal ideation (BSS).

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.11.1 ALLE DEELNEMENDE HOLEBI'S

9.11.1.1 UNIVARIAAT

Uit de univariate analyses blijkt dat de General Health Questionnaire en de Beck Scale Suicidal Ideation allebei sterke significante risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij Vlaamse holebi's (Tabel 94).

Tabel 94: 06 – Holebi's: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
GHQ	0,001	0,874	0,836	0,913
BSS	0,001	1,164	1,130	1,198

9.11.1.2 MULTIVARIAAT

Het multivariaat model stelt enkel de *Beck Scale Suicidal ideation* vast als significante risicofactor op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij de holebi's (Tabel 95). Er wordt een lineair verband verondersteld. Hoe hoger iemand scoort op de BSS-schaal, hoe meer risico men heeft op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven. Dit betekent dat wanneer holebi's zich één eenheid hoger bevinden op de BSS-schaal men 1,164 keer meer risico heeft op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met het risico van holebi's die één eenheid lager scoren.

Tabel 95: 06 – Holebi's: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
BSS	0,001	1,164	1,130	1,198

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen van GHQ en BSS.

Hosmer and Lemeshow test: $\chi^2= 5,237$; $DE=8$; $P=0,488$. Nagelkerke $R^2= 0,277$.

'Is er een geslachtsgebonden verschil waarneembaar'

9.11.2 HOLEBI'S MET STEEKPROEF MANNEN

9.11.2.1 UNIVARIAAT

De univariate analyses tonen aan dat de GHQ en de BSS-schaal allebei sterke significante risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij Vlaamse homo- en biseksuele mannen (Tabel 96).

Tabel 96: 06 – Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
GHQ	0,001	0,882	0,826	0,941
BSS	0,001	1,177	1,129	1,226

9.11.2.2 MULTIVARIAAT

Het multivariaat model toont aan dat enkel de BSS-schaal als een significante risicofactor op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen bij homo- en biseksuele mannen (Tabel 97). Er wordt een lineair verband verondersteld. Dit betekent dat wanneer de mannen zich één eenheid hoger bevinden op de BSS-schaal, men 1,150 keer meer risico heeft op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met het risico mannen die één eenheid lager scoren.

Tabel 97: O6 – Homoseksuele en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
BSS	0,001	1,150	1,103	1,199

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen van GHQ en BSS.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 4,010$; $DF=5$; $P=0,548$. Nagelkerke $R^2=0,235$.

9.11.3 HOLEBI'S MET STEEKPROEF VROUWEN

9.11.3.1 UNIVARIAAT

Vanuit het multivariaat model blijkt dat de GHQ en de BSS-schaal allebei sterke significante risicofactoren zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij Vlaamse lesbische en biseksuele vrouwen (Tabel 98).

Tabel 98: O6 – Lesbische en biseksuele vrouwen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
GHQ	0,001	0,867	0,816	0,912
BSS	0,001	1,177	1,129	1,226

9.11.3.2 MULTIVARIAAT

De multivariate analyse duidt dat enkel de BSS-schaal een significante risicofactor is op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij lesbische en biseksuele vrouwen (Tabel 99). Er wordt een lineair verband verondersteld. Dit betekent dat wanneer de vrouwen zich één eenheid hoger bevinden op de BSS-schaal, men 1,150 keer meer risico heeft op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met het risico van vrouwen die één eenheid lager scoren.

Tabel 99: O6 – Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: actief aanpakken	0,001	1,177	1,129	1,266

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen van GHQ en BSS.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 5,883$; $DF=5$; $P=0,318$. Nagelkerke $R^2=0,314$.

9.11.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 6: PSYCHISCH WELZIJN (HOLEBI'S)

Vanuit de onderzoeksvraag die het 'psychisch welbevinden' onderzocht bij de Vlaamse holebi's kan het volgende worden besloten. Voor de volledige holebigroep, de homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen geeft een hoge score op de *Beck Scale Suicidal Ideation* een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven.

9.12 ONDERZOEKSVRAAG 6: PSYCHISCH WELBEVINDEN (TRANSGENDER PERSONEN)

'Voorspelt het psychisch welbevinden van de Vlaamse transgender personen het risico op suïcidepogingen doorheen het leven?'

Onafhankelijke variabelen omtrent het psychisch welbevinden: General Health Questionnaire(GHQ) en Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS).

Afhankelijke variabele: Één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven.

9.12.1 ALLE DEELNEMENDE TRANSGENDER PERSONEN

9.12.1.1 UNIVARIATE ANALYSES

Beide schalen omtrent het psychisch welbevinden blijken significante risicofactoren te zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij Vlaamse transgender personen (Tabel 100).

Tabel 100: O6 - Transgender personen: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
GHQ	0,007	0,919	0,865	0,977
BSS	0,001	1,120	1,077	1,164

9.12.1.2 MULTIVARIATE ANALYSES

Enkel de BSS-schaal blijft een significante risicofactor in het multivariate model. Dit veronderstelt een lineair verband. Wanneer de score op de BSS met één eenheid stijgt, stijgt het risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen met 1,120 keer in vergelijking met een score lager op de BSS-schaal. (Tabel 101).

Tabel 101: O6 - Transgender personen: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
BSS	0,001	1,120	1,077	1,164

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen van GHQ en BSS.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 13,232$; $DF=7$; $P= 0,067$. **Nagelkerke $R^2=0,198$.**

'Is er een verschil waarneembaar tussen transgender personen met een mannelijk of vrouwelijk geboortegeslacht?'

9.12.2 TRASGENDER PERSONEN MET EEN MANNELIJK GEBOORTEGESLACHT

9.12.2.1 UNIVARIATE ANALYSES

Ook bij de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht zijn de beide schalen univariaat significante risicofactoren van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven (Tabel 102).

Tabel 102: O6 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
GHQ	0,037	0,915	0,842	0,995
BSS	0,001	1,145	1,082	1,211

9.12.2.2 MULTIVARIATE ANALYSES

Opnieuw blijft de BSS-schaal de enige significante risicofactor wanneer deze worden samen geplaatst in het multivariate model. Bij deze continue risicofactor wordt een lineair verband verondersteld. Wanneer de score op de BSS-schaal met één eenheid stijgt, stijgt de relatieve kans op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen met een 1,145 keer in vergelijking met de score van één eenheid lager (Tabel 103).

Tabel 103: O6 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
BSS	0,001	1,145	1,082	1,211

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen van GHQ en BSS.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 11,048$; $DF=6$; $P= 0,087$. Nagelkerke $R^2=0,258$.

9.12.3 TRASGENDER PERSONEN MET EEN VROUWELIJK GEBOORTEGESLACHT

9.12.3.1 UNIVARIATE ANALYSES

Bij de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht is enkel de BSS een significante risicofactor op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen

doorheen het leven. Wel zien we dat de GHQ een trend tot significante risicofactor is bij de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht (Tabel 104).

Tabel 104: O6 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
GHQ	0,052 (trend)	0,913	0,832	1,001
BSS	0,002	1,092	1,033	1,153

9.12.3.2 MULTIVARIATE ANALYSES

Bij de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht blijft enkel de BSS-schaal significant. Opnieuw wordt een lineair verband verondersteld. Dit betekent dat wanneer transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht één eenheid hoger scoren op de BSS-schaal 1,092 keer meer risico hebben op het ondernemen van één of meerdere pogingen in vergelijking met personen die één eenheid lager scoren op de BSS-schaal (Tabel 105).

Tabel 105: O6 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
BSS	0,002	1,092	1,033	1,153

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de schalen van GHQ en BSS.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 8,821$; $DF=6$; $P= 0,184$. Nagelkerke $R^2=0,129$.

9.12.4 BESLUIT ONDERZOEKSVRAAG 6: PSYCHISCH WELZIJN (TRANSGENDER PERSONEN)

Vanuit de onderzoeksvraag die het 'psychisch welbevinden' onderzocht bij de Vlaamse transgender personen kan worden besloten dat ongeacht het geboortegeslacht, een hoge score op de *Beck Scale for Suicidal ideation* resulteert dit in een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven.

10 SAMENVATTENDE MODELLEN

N.B. De 'Beck Scale for Suicidal ideation' wordt niet meegenomen in de multivariate modellen omwille van de multicollineariteit.

10.1 HOLEBI'S

In dit samenvattende model worden alle onafhankelijke significante risicofactoren van dit onderzoek aangehaald specifiek voor de volledige holebigroep. Deze factoren worden op basis van de grootte van het risico weergegeven (Tabel 106).

Allereerst hebben holebi's een verhoogd risico op het plegen van één of meerdere zelfmoordpogingen wanneer zij slachtoffer zijn van *fysiek geweld* met een homofob motief

in vergelijking met holebi's die geen fysiek geweld meegemaakt hebben. Dit leidt tot 3,031 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen.

Ten tweede geeft *uitgesloten worden* omwille van de seksuele geaardheid 2,284 keer meer risico op het plegen van zelfmoordpogingen in vergelijking met holebi's die nooit uitgesloten zijn geweest.

Ten derde verhoogt het risico op één of meerdere zelfmoordpogingen wanneer holebi's steun ervaren van een *holebi-vereniging*. Wanneer holebi's steun ervaren hebben zij 1,914 keer meer risico op suïcidepogingen in vergelijking met holebi's die geen steun ervaren van een holebi-vereniging.

Tot slot blijkt het hanteren van een *passief reactiepatroon* een verhoogd risico met zich mee te brengen op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen. Wanneer holebi's zich één eenheid hoger bevinden op de UCL-schaal omtrent het passief reactiepatroon hebben zij 1,184 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met het risico van holebi's die één eenheid lager scoren.

De Nagelkerke R^2 toont aan dat 25,8% van de variantie in één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven verklaard wordt door deze risicofactoren. Dit is een goed percentage aangezien dit een observationeel onderzoek betreft.

Tabel 106: Samenvattende multivariate logistische regressie – Holebi's

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: passief reactiepatroon	0,001	1,184	1,108	1,265
Fysiek geweld	0,001	3,031	1,557	5,901
Uitgesloten worden	0,005	2,284	1,287	4,053
Steun ervaren van een holebi-vereniging	0,028	1,914	1,073	3,412

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk, verbonden met familieleden, holebivrienden, collega's en medestudenten, steun ervaren van een holebi-vereniging, frequentie van geweld, fysiek geweld, seksueel geweld, en uitgesloten worden, schalen omtrent het actieve en passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 4,475$; $DF=8$; $P=0,812$. Nagelkerke $R^2= 0,258$.

'Is er een geslachtsgebonden verschil waarneembaar'

In volgend samenvattende model worden alle onafhankelijke significante risicofactoren van dit onderzoek aangehaald specifiek voor homo- en biseksuele mannen. Deze factoren worden op basis van de grootte van het risico weergegeven (Tabel 107).

Ten eerste hebben homo- en biseksuele mannen die frequenter slachtoffer zijn van homofobie een groter risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen. Éénmaal per maand slachtoffer zijn geeft 5,426 keer meer risico en meermaals per maand slachtoffer zijn geeft 5,916 keer meer risico op suïcidepogingen in vergelijking met mannen die nooit in aanraking kwamen met homofob geweld.

Ten tweede is bedreigd en/of lastiggevallen worden een risicofactor voor suïcidepogingen. Homo- en biseksuele mannen hebben 2,268 keer meer risico op het ondernemen van één of meerder zelfmoordpogingen als ze bedreigd en/of lastiggevallen worden omwille van hun seksuele oriëntatie, in vergelijking met mannen die nooit bedreigd of lastiggevallen worden.

Ten derde toont een zeer negatief tot negatieve initiële reactie van de moeder op de geaardheid bij de homo- en biseksuele mannen een verhoogd risico voor suïcidepogingen. Als de moeders zeer negatief tot negatief reageren hebben de mannen 2,421 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven in vergelijking met mannen waarbij de moeder neutraal tot positief reageerde.

Tot slot geeft het hanteren van een *passief reactiepatroon* een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Dus wanneer homo- en biseksuele mannen zich één eenheid hoger bevinden op de UCL-schaal omtrent het passief reactiepatroon hebben zij 1,163 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met het risico van mannen die één eenheid lager scoren.

De Nagelkerke R^2 toont aan dat 34,4% van de variantie in één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven verklaard wordt door deze risicofactoren. Dit is een goed percentage aangezien dit een observationeel onderzoek betreft.

Tabel 107: Samenvattende multivariate logistische regressie - homoseksuele en biseksuele mannen

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping passief reactiepatroon	0,002	1,163	1,059	1,277
Frequentie geweld:				
-(2) Éénmaal per maand t.o.v. nooit	0,008	5,426	1,551	18,988
-(3) Meermaals per maand	0,021	5,916	1,311	26,691

t.o.v. nooit				
Bedreigd of lastiggevallen worden	0,058	2,268	0,927	5,292
Initiële reactie van moeder op SO	0,003	0,282	0,122	0,650

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: initiële reactie van de moeder op SO, verbonden met familieleden, vrouwelijke genderrol voor mannen, frequentie van geweld, fysiek geweld, uitgesloten en bedreigd of lastiggevallen worden, schaal omtrent het passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: $\chi^2=4,494$; $DF=8$; $P=0,810$. Nagelkerke $R^2= 0,344$.

10.1.2 HOLEBI'S STEEKPROEF MET VROUWEN

In dit samenvattende model worden alle onafhankelijke significante risicofactoren van dit onderzoek aangehaald specifiek voor lesbische en biseksuele vrouwen. Deze factoren worden op basis van de grootte van het risico weergegeven (Tabel 108).

Allereerst geeft *pestgedrag* met een homofob motief een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen bij lesbische en biseksuele vrouwen. Vrouwen die gepest worden hebben 2,188 meer risico voor suïcidepogingen in vergelijking met vrouwen die nooit gepest worden.

Ten tweede is het *passief reactiepatroon* als copingstijl een risicofactor op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen. Wanneer lesbische en biseksuele vrouwen één eenheid hoger scoren op de UCL-schaal omtrent *het passief reactiepatroon* hebben zij 1,146 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere geen zelfmoordpogingen in vergelijking met het risico van vrouwen die één eenheid lager scoren.

Tot slot hebben lesbische en biseksuele vrouwen meer risico op het ondernemen van een suïcidepoging wanneer ze geen *sociale steun zoeken*. Hierbij hebben vrouwen 1,073 keer meer risico op het ondernemen van een zelfmoordpogingen doorheen hun leven in vergelijking met vrouwen die wel sociale steun zoeken.

De Nagelkerke R^2 toont aan dat 29,9% van de variantie in één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven verklaard wordt door deze risicofactoren. Dit is een goed percentage aangezien dit een observationeel onderzoek betreft.

Tabel 108: Samenvattende multivariate logistische regressie – Lesbische en biseksuele vrouwen

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: passief	0,003	1,146	1,048	1,254

reactiepatroon				
Coping: sociale steun zoeken	0,004	0,868	0,788	0,957
Pesten	0,055	2,188	0,984	4,836

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk, reacties van school op de SO, verbonden met familieleden, seksueel geweld, pesten, schalen omtrent het actieve en passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 7,804$; $DF=8$; $P=0,453$. Nagelkerke $R^2= 0,299$.

10.2 TRANSGENDER PERSONEN

In het eerste samenvattend model worden alle onafhankelijke significante risicofactoren op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij Vlaamse transgender personen weergegeven (Tabel 109).

Allereerst blijkt de *huidige reactie van de moeder omtrent de genderidentiteit* een significante risicofactor te zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen. Wanneer de huidige reactie van de moeder op de genderidentiteit zeer negatief tot negatief is, heeft de transgender persoon 5,050 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met transgender personen waarbij de huidige reactie van de moeder op de genderidentiteit neutraal tot positief is.

Een tweede en meteen ook laatste significante risicofactor in het multivariate model is het *passieve reactiepatroon*. Wanneer een transgender persoon één eenheid hoger scoort op de UCL-schaal omtrent het passieve reactiepatroon, heeft hij of zij 1,484 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met transgender personen die één eenheid lager scoren op deze schaal.

De Nagelkerke R^2 toont aan dat 53,5% van de variantie in één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven verklaard wordt door de huidige reactie van de moeder omtrent de genderidentiteit en het passieve reactiepatroon. Dit percentage is voldoende hoog aangezien dit een observationeel onderzoek betreft.

Tabel 109: Samenvattende multivariate logistische regressie - Transgender personen

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Huidige reactie van moeder omtrent GI	0,033	0,198	0,045	0,877
Coping: Passief reactiepatroon	0,001	1,484	1,253	1,757

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk, de huidige reactie van de moeder omtrent de genderidentiteit, de verbondenheid met collega's en/of medestudenten, genegeerd worden, geconfronteerd worden met materiële beschadigingen en de schaal omtrent het passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 8,422$; $DF=8$; $P= 0,393$. Nagelkerke $R^2=0,535$.

'Is er een verschil waarneembaar tussen transgender personen met een mannelijk of vrouwelijk geboortegeslacht?'

10.2.1 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN MANNELIJK GEBOORTEGESLACHT

Het tweede samenvattend model omvat alle significante onafhankelijke risicofactoren van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij Vlaamse transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. Hieruit blijkt dat wanneer transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht die *bedreigd en/of lastiggevallen* worden 3,149 keer meer risico hebben op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht die niet in aanraking komen met bedreigingen en/of lastiggevallen worden omwille van hun seksuele geaardheid en/of genderidentiteit.

De risicofactor *passief copingpatroon* komt opnieuw naar voren in het samenvattende model van de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht die één eenheid hoger scoren op de UCL-schaal, hebben 1,210 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven dan personen die één eenheid lager scoren op de UCL-schaal.

De Nagelkerke R^2 toont aan dat 27,6% van de variantie in één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven, verklaard wordt door bedreigd en/of lastiggevallen met een homo- en/of transfoob motief en het passieve reactiepatroon. Dit is een goed percentage aangezien dit een observationeel onderzoek betreft.

Tabel 110: Samenvattende multivariate logistische regressie - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Bedreigd of lastiggevallen worden	0,044	3,149	1,033	9,596
Coping: Passief reactiepatroon	0,001	1,210	1,085	1,349

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: de initiële zelfacceptatie omtrent SO, verbondenheid met collega's en/of medestudenten, bedreigd of lastiggevallen worden en de schaal omtrent het passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 15,135$; $DF=8$; $P= 0,057$. Nagelkerke $R^2=0,276$.

10.2.2 TRANSGENDER PERSONEN MET EEN VROUWELIJK GEBOORTEGESLACHT

In het samenvattend multivariate model van de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht komt enkel de risicofactor passief reactiepatroon naar voren. Wanneer transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht één eenheid hoger scoren op de UCL-schaal omtrent het passieve reactiepatroon hebben zij 1,648 keer meer risico op het

ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met personen die één eenheid lager scoren op deze UCL-schaal.

De Nagelkerke R^2 toont aan dat 46,2 % van de variantie in één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven, verklaard wordt door het passieve reactiepatroon. Dit is een goed percentage aangezien dit een observationeel onderzoek betreft.

Tabel 111: Samenvattende multivariate logistische regressie - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht

Naam variabelen	P-waarde	Exp(B)	95% BI voor Exp(B)	
			Lower	Upper
Coping: Passief reactiepatroon	0,006	1,648	1,157	2,346

Opgenomen in het bovenstaand multivariate model: zich geaccepteerd voelen in zijn of haar sociale netwerk, reactie van de familie omtrent GI, geconfronteerd worden met materiële beschadigingen en de schaal omtrent het passieve reactiepatroon.

Hosmer and Lemeshow test: $Chi^2= 5,075$; $DF=6$; $P= 0,534$. Nagelkerke $R^2=0,462$.

10.3 BESLUIT SAMENVATTENDE MODELLEN

Tabel 112: Samenvattende modellen

	Risicofactoren	Exp (B)
Holebigroep	Coping: Passief reactiepatroon	1,184
	Fysiek geweld	3,031
	Uitgesloten worden	2,284
	Steun ervaren van een holebi-vereniging	1,914
Homo- en biseksuele mannen	Coping: Passief reactiepatroon	1,163
	Frequentie van geweld:	
	Éénmaal per maand t.o.v. nooit	5,426
	Meermaals per maand t.o.v. nooit	5,916
	Bedreigd of lastiggevallen worden	2,268
	Initiële reactie van moeder op de SO	0,282
Lesbische en biseksuele vrouwen	Coping: Passief reactiepatroon	1,146
	Coping: sociale steun zoeken	0,868
	Pesten	2,188
Transgendergroep	Coping: Passief reactiepatroon	1,484
	Huidige reacties van moeder omtrent GI	0,198
Transgenderpersonen met een mannelijk geboortegeslacht	Coping: Passief reactiepatroon	1,210
	Bedreigd of lastiggevallen worden	3,149
Transgenderpersonen met een vrouwelijk geboortegeslacht	Coping: Passief reactiepatroon	1,648

11 DISCUSSIE

Het onderzoeksopzet

Met het oog op het vaststellen van de lifetimeprevalentie, de risico- en beschermende factoren van suïcidepogingen bij Vlaamse holebi's en/of transgender personen, werd een cross-sectioneel design gehanteerd. Het onderzoek stelde een éénmalige anonieme enquête beschikbaar, waaraan 1.541 Vlaamse holebi's en/of transgender personen deelnamen. De uiteindelijke steekproef omvatte 656 holebi's en 248 transgender personen.

Samenvatting resultaten

De bevindingen van deze kwantitatieve studie toonden aan dat de Vlaamse LGBT-gemeenschap een erg kwetsbare groep vormt voor suicideproblematiek.

Op grond van de steekproefgegevens werden verschillende significante risicoverhogende items per onderzoeksvraag samengebracht in samenvattende multivariate modellen. Deze onderzoeksvragen behandelden thema's zoals acceptatie, steun, homo- en/of transfobie, coping en het psychisch welbevinden. Om de lijn in dit onderzoek te behouden, werd ervoor gekozen om allereerst de resultaten omtrent het samenvattend model van de holebi's te bespreken. Vervolgens komen de resultaten van het samenvattend model van de transgender personen aan bod. Ten slotte worden deze beide groepen samen besproken.

De prevalentie van suïcidepogingen van Vlaamse holebi's en/ of transgender personen ouder dan zestien jaar.

Volgens dit onderzoek ondernam 26,5% van de deelnemende Vlaamse LGBT-gemeenschap één of meerdere pogingen (n=240).

22% van de Vlaamse holebi's ondernam één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven (n=144). De prevalentiegegevens omtrent suïcidepogingen waren hoger in dit onderzoek vergeleken met voorgaande Vlaamse studies. Van de homoseksuele mannen in deze steekproef had 20,8% één of meerdere zelfmoordpogingen ondernomen. Ander onderzoek toonde aan dat 12,4% van de homomannen minstens één zelfmoordpoging had ondernomen (Heeringen & Vincke, 2000). Ook bij lesbische en biseksuele vrouwen in deze steekproef had 23,1% één of meerdere zelfmoordpogingen ondernomen doorheen hun leven. In vergelijking met een andere studie ondernam 14,4% minstens één zelfmoordpoging van de lesbische en biseksuele vrouwen (Schoonaker, Dumon, & Louckx, 2009).

Een voorgaand Vlaams onderzoek van transgender personen in Vlaanderen toonde aan dat 22% van de deelnemende transgender participanten minstens één zelfmoordpoging ondernam.

In absolute cijfers betekende dit dat 54 van de 244 deelnemende transgender personen minstens éénmalig een einde probeerde te maken aan zijn of haar leven (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). In deze steekproef was dit percentage bijna dubbel zo hoog (38,7%). In absolute cijfers ondernamen 96 van de 248 transgender personen minstens één suïcidepoging doorheen het leven.

*De risico- en beschermende factoren van suïcidepogingen
bij Vlaamse holebi's.*

Rol van copingstrategieën

Vanuit het samenvattende model bleek dat het passief reactiepatroon als copingstijl een significant verhoogd risico geeft op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Dit geldt zowel voor de volledige holebigroep, homo- en biseksuele mannen, als lesbische en biseksuele vrouwen. Dit fenomeen werd ook in de literatuur geconstateerd. Suïcidale personen gaan meestal passief negatieve confrontaties aan. Ze stellen zich afhankelijk op van anderen en houden minder rekening met de gevolgen van hun handelen (Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010).

Enkel bij de lesbische en biseksuele vrouwen kwam de copingvaardigheid sociale steun zoeken significant naar voren in dit onderzoek. Wanneer vrouwen zich in een moeilijke situatie bevonden en hierbij geen sociale steun zochten, hadden zij een significant verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen gedurende hun leven in vergelijking met vrouwen die wel steun zochten. Schomerus et al. (2009) toonde aan dat hulp zoeken een effectieve copingstijl is en een noodzakelijke beschermfactor vormt bij psychische problemen (Schomerus et al., 2009). Dit bewees volgend onderzoek ook, een probleemgerichte copingstijl brengt weinig psychische klachten met zich mee. Hierdoor biedt deze stijl een voordeel voor het psychisch welbevinden (Calvete, Corral, & Estévez, 2008). Een mogelijke hypothese die dit geslachtsverschil kan verklaren is dat vrouwen sneller aanvaarden dat ze psychische hulp nodig hebben. Mannen daarentegen vragen niet zo snel hulp omwille van hun trots en mogelijks gezichtsverlies. Om dit te bevestigen is verder onderzoek aan te raden.

Ten slotte werd er in de literatuur beschreven dat holebi's vaak een destructief palliatief coping mechanisme hanteerden met een grote kans op middelenmisbruik en eetproblemen

(Marshal, et al., 2011). Maar in deze steekproef werd de palliatieve copingstijl noch uni- noch multivariaat teruggevonden als significante risicofactor op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven bij de Vlaamse holebi's.

Rol van homofobie

Daarnaast stelden de analyses uit het samenvattend model vast dat homofobie de voornaamste risicofactor is bij holebi's, homo- en biseksuele mannen en lesbische en biseksuele vrouwen. De soorten incidenten die werden bevraagd, zijn: materiële beschadiging, verbaal, fysiek en seksueel geweld, roddelen, pestgedrag, uitgesloten worden, negeren en bedreigd en/of lastiggevallen worden.

Zo vertoonden holebi's die fysiek geweld met een homofob motief hadden ervaren, een significant verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in hun leven, in vergelijking met holebi's die geen homofob fysiek geweld hadden ervaren. Dezelfde bevinding werd tevens vastgesteld voor het uitgesloten worden omwille van het holebi zijn.

Bij homo- en biseksuele mannen werd het frequenter in aanraking komen met geweld aanschouwd als een significante risicofactor op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Mannen die éénmaal per maand het slachtoffer waren van homofobie hadden een verhoogd risico, in vergelijking met mannen die nooit in aanraking kwamen met homofob geweld. Deze ondervinding werd ook vastgesteld voor mannen die meermaals per maand het slachtoffer waren van homofobie. Daarnaast hebben mannen die bedreigd en/of lastiggevallen werden een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen in vergelijking met mannen die nooit bedreigd en/of lastiggevallen werden.

Bij de lesbische en biseksuele vrouwen bleek gepest worden omwille van de seksuele geaardheid een significant verhoogd risico te zijn op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen dan vrouwen die nooit gepest werden.

De literatuur beaamt al deze vaststellingen want homonegatieve incidenten hebben een impact op het psychisch welzijn. Personen ontwikkelen door deze ervaringen een lagere zelfwaardering en worstelen vaker met zelfmoordgedachten (D'haese & Dr. Dewaele, 2014; Marshal, et al., 2011). Een hypothese omtrent het geslachtsgebonden verschil luidt dat mannen eerder slachtoffer zijn van fysiek geweld. Vrouwen daarentegen zijn eerder

slachtoffer van psychisch geweld waarbij voornamelijk gevoelsmatig gekwetst wordt. Er is verder onderzoek nodig om deze bevindingen te staven.

Impact van de reacties

Verder toonden de onderzoeksresultaten dat de initiële reactie van de moeder omtrent de seksuele oriëntatie van de homo- en biseksuele mannen een onafhankelijke risicofactor was in het samenvattende model. Wanneer de moeder zeer negatief tot negatief reageerde op de geaardheid, gaf dit een verhoogd risico op het éénmalig of meermaals plegen van een zelfmoordpoging dan mannen waarbij hun moeder neutraal tot zeer positief gereageerd had. Deze bevinding kwam niet terug in het samenvattende model van de lesbische en biseksuele vrouwen. Verscheidende studies bevestigden dat ouder-kind relaties vaak uitgedaagd worden rond de periode van de coming-out. Jongeren die aanvaard worden door familieleden ontvangen meer sociale steun, hebben meer zelfvertrouwen en een betere algemene gezondheid. Wanneer de jongeren in deze periode niet geaccepteerd worden, brengt dit negatieve gevolgen te weeg voor hun welzijn. Ze hebben meer kans op depressies, middelenmisbruik en zelfmoordgedachten (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010).

Rol van sociale steun

Ten slotte wees het samenvattende model van de holebi's uit dat wanneer holebi's steun ervaren van een holebi-vereniging, zij meer risico zouden hebben op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven, in vergelijking met holebi's die geen tot een neutrale steun ervaren van een holebi-vereniging. Dit mag men op basis van de onderzoeksgegevens echter niet zo interpreteren. Een aannemelijke verklaring hiervoor is dat holebi's pas na één of meerdere zelfmoordpogingen steun zoeken en vinden in een holebi-vereniging. Dit onderzoek mist cruciale info omtrent de chronologie van de tijd waarin de poging zich situeert en het toetreden tot een holebi-vereniging. Omdat de meeste pogingen zich voordoen op jonge leeftijd - aangezien een vroege bewustwording van de seksuele oriëntatie een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van zelfmoordgedachten (Remafedi, French, Stroy, Resnick, & Blum, 1998) - is de kans groter dat ze op dat moment nog niet aangesloten waren bij een holebi-vereniging. In de verkennende data van dit onderzoek komt reeds naar voren dat de bewustwording zich voornamelijk tussen twaalf tot achttien jaar situeert. Om hierover meer duidelijkheid te verkrijgen is verder onderzoek aangewezen.

Volledigheidshalve werd een tweede mogelijke verklaring gezocht. Deze is dat voornamelijk kwetsbare holebi's steun zoeken in een vereniging, doordat ze geen steun konden vinden bij familieleden. Bijgevolg aanschouwden zij een holebi-vereniging als hun nieuwe familie, hun keuzefamilie. Dit fenomeen komt vaak voor wanneer familiebanden verstoord en verbroken geraken omwille van de seksuele oriëntatie. Holebi's proberen op deze manier het gemis aan steun van familieleden te compenseren bij vrienden of een holebi-vereniging. Hierbij ontstaat een eenheidsgevoel en krijgen ze de erkenning die vaak afwezig is bij hun familie (Baert & Cockx, 2002). Deze verklaring werd echter weerlegd. Bij holebi's die geen steun ervaarden van familieleden was het ervaren van steun door een holebi-vereniging geen significante risicofactor.

*De risico- en beschermende factoren van suïcidepogingen
bij Vlaamse transgender personen.*

Rol van copingstrategieën

Een passief copingpatroon bleek voor alle transgender respondenten, ongeacht het geboortegeslacht, een significante risicofactor te zijn voor het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen doorheen het leven. Bij de transgender personen in deze steekproef met een passief copingpatroon steeg het risico op het ondernemen van één of meerdere pogingen, in vergelijking met alle transgender personen, ongeacht hun geboortegeslacht, die hun problemen niet passief aanpakten.

In de literatuur werd dit fenomeen ook teruggevonden. Personen die negatieve confrontaties passief aanpakten, hebben een hogere relatieve kans op suïcidaliteit. Zij zijn vaak afhankelijk van anderen en houden weinig rekening met de gevolgen van hun handelingen (Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010). De literatuur toonde verder ook aan dat alcohol- en/of drugsmisbruik naar voren komt als voorspeller van zelfmoordpogingen doorheen het leven (Clements- Nolle, Marx, & Katz, 2006). Deze gedragingen konden verbonden worden met de destructieve vorm van de palliatieve copingstijl. Dit betekent dat men stress probeert te verminderen door afleiding te zoeken in stressreducerende activiteiten (Portzky, 2015). Uit een univariaat model bleek dat het palliatieve pallet bij transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht, een trend tot significante risicofactor was op één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven, in vergelijking met transgenderpersonen met een mannelijk geboortegeslacht die niet palliatief reageerden op problemen.

Rol van homo- en/of transfobie

Bedreigd en/of lastiggevallen worden, vonden we enkel terug als verklarende variabele in het samenvattende model van de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. Wanneer transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht geconfronteerd worden met bedreigingen en/of lastiggevallen worden omwille van hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit, verhoogde het risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen, in vergelijking met transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht die niet met deze vorm van geweld in aanraking kwamen. Onrechtstreeks werd 'bedreigd en/of lastiggevallen worden' teruggevonden in verschillende onderzoeken. Deze onderzoeken toonden aan dat ervaringen van pestgedrag of mishandeling en gevoelens van afwijzing significante voorspellers zijn van suïcidaliteit (Haas, Rodgers, & Herman, 2014; Heylens, et al., 2013).

Het is opmerkelijk dat enkel bedreigd en/of lastiggevallen worden als enige onafhankelijke risicofactor omtrent homo- en/of transfobie naar boven kwam in het samenvattende model bij de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. Bovendien is het ook merkwaardig dat de risicofactoren omtrent homo- en/of transfobie niet bij de transgender personen in het algemeen en de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht naar voren kwamen in het samenvattend model. Om hiervoor een verklaring te vinden, is verder onderzoek aan te raden.

Impact van de reacties

Daarnaast bleek de huidige reactie van de moeder omtrent de genderidentiteit bij de transgender personen een significante risicofactor te zijn in het samenvattend model. Zo ervaren transgender personen waarbij de huidige reactie van de moeder zeer negatief tot negatief was, een verhoogd risico op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven, in vergelijking met personen waarvan de huidige reactie van de moeder omtrent de genderidentiteit neutraal tot zeer positief was. Moody & Smith (2013) beaamden dat sociale steun van familie een beschermende factor is op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven (Moody & Smith, 2013). Een mogelijke hypothese kan zijn dat hoofdzakelijk de reactie van de moeder een impact heeft op het psychisch welzijn van de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. De reactie en de rol van de vader en andere familieleden omtrent de genderidentiteit heeft minder

invloed op de suïcidaliteit bij transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht. Verder onderzoek zou hier meer inzichten over kunnen verschaffen.

Een vermeldenswaardige risicofactor die niet voorkomt in het samenvattend model maar wel in het multivariate model omtrent steun, waren de reacties van familieleden op de genderidentiteit. Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht die sterk negatieve tot negatieve reacties van familie ervaarden omtrent hun genderidentiteit, hadden tot bijna 19 keer meer risico op lifetime suïcidepogingen, in vergelijking met transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht die neutrale tot positieve reacties kregen van de familie omtrent hun genderidentiteit. Een mogelijke interpretatie die hieraan gegeven kan worden is dat reacties van familieleden op de genderidentiteit samenhangen met de steun en acceptatie die de transgender persoon ervaart. Bijvoorbeeld wanneer een familielid negatief reageert op de huidige genderidentiteit, kan het mogelijk zijn dat de transgender persoon zich minder gesteund en geaccepteerd voelt. Bovendien is er een grote kans dat transgender personen negatieve reacties ervaren van familieleden aangezien families meestal uit een groot aantal leden bestaat. Omwille van de grootte van deze risicofactor is een diepgaander onderzoek raadzaam.

Andere opmerkelijke bevindingen vanuit de resultaten van transgender personen

Genderqueer

Vanuit de literatuurstudie stelde men vast dat de prevalentie van personen met een ambivalente genderidentiteit (*genderqueer*) veel vaker voorkomt dan eerder werd aangenomen. Recente studies uit Vlaanderen en Nederland meldden dat een ambivalente genderidentiteit respectievelijk voor 2,2% tot 4,6% voorkomt bij mannen in de algemene bevolking. Het prevalentiecijfer in de algemene bevolking van de ambivalente genderidentiteit was bij vrouwen iets lager, namelijk 1,9% in Vlaanderen (Van Caenegem, et al., 2015) en 3,2% in Nederland (Kuyper & Wijzen, 2014). Deze cijfers tonen aan dat de prevalentie van gender ambivalente personen in de algemene bevolking veel vaker voorkomt dan eerder werd aangenomen. Binnen de steekproef van transgenderpersonen waren deze prevalentiecijfers logischerwijs veel hoger. Binnen deze steekproef identificeerde 21,2% van de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht zichzelf als genderqueer. Bij de transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht identificeerde 47,7% zichzelf als genderqueer.

Samengeteld identificeerde 33,1% van de volledig transgendergroep zich als genderqueer (N=82). Uit onderzoek van Canada werd de genderidentiteit op een gelijkaardige manier bevraagd. Van de 433 transgender participanten identificeerde 20% zichzelf als genderqueer (Bauer & Scheim, 2014). Waarom het aantal participanten die zichzelf identificeerden als genderqueer in dit onderzoek hoger was, vraagt verder onderzoek. Omdat de complexiteit van de doelgroep te duiden wordt verwezen naar Tabel 2.

Rol van verbondenheid

Een Vlaams onderzoek toonde aan dat transgender personen ongelijkheid en discriminatie het meest ervaren in de werkomgeving of in mogelijkheden tot tewerkstelling (Motmans, de Biolley, & Debunne, 2009). Vanuit de resultaten van dit onderzoek kon echter niet worden gesteld dat Vlaamse transgender personen discriminatie het meest ervaren op het werk. Wel kon vanuit de multivariate analyses bepaald worden dat Vlaamse transgenderpersonen die zich niet tot neutraal verbonden voelden met collega's en/of medestudenten tot 15 keer meer risico hadden op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen, in vergelijking met personen die zich wel tot sterk verbonden voelden met collega's en/of medestudenten.

Bij de transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht was de verbondenheid met collega's en/of medestudenten in het multivariate model een trend tot significante risicofactor op het ondernemen van één of meerdere zelfmoordpogingen. Zo hadden transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht, die zich niet tot neutraal verbonden voelden met collega's en/of medestudenten tot 9 keer meer risico op het ondernemen van één of meerdere suïcidepogingen in vergelijking met transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht die zich wel tot sterk verbonden voelden met collega's en/of medestudenten. Het is opmerkelijk dat zich verbonden voelen met collega's en/of medestudenten voor transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht geen invloed heeft op de suïcidaliteit. Verder onderzoek moet dit uitwijzen.

*De risico- en beschermende factoren van suïcidepogingen
bij de Vlaamse LGBT-gemeenschap.*

Rol van copingstrategieën

Wanneer de samenvattende modellen van de holebi's en/of transgender personen werden vergeleken, viel op dat vaak dezelfde elementen naar voren kwamen (Tabel 112). Het onderzoek toonde aan dat coping de belangrijkste risicofactor was op het ondernemen van één

of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Het passieve reactiepatroon werd bij elke groep en de verschillende subgroepen teruggevonden als een onafhankelijke risicofactor van suïcide. Een hieruit voortvloeiende hypothese is dat het passief reactiepatroon frequenter voorkomt bij de LGBT-gemeenschap dan in andere groepen in de samenleving. Om dit na te gaan is verder onderzoek nodig. Dit werd reeds teruggevonden in de literatuur van de algemene bevolking dat suïcidale personen een passief reactiepatroon hanteren (Portzky & van Heeringen, 2009; Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010). Ook zou genderidentiteit en seksuele oriëntatie kunnen los staan van een passief coping reactiepatroon. Om deze hypothese te staven is nood aan verder onderzoek.

Rol van homo- en/of transfobie

Er werd opgemerkt dat bij personen met een mannelijk geboortegeslacht de risicofactor bedreigd en/of lastiggevallen worden, terugkomt in beide samenvattende modellen (Tabel 112). Om na te gaan waarom enkel de factor bedreigd en/of lastiggevallen worden terugkomt en waarom deze enkel bij het mannelijke geboortegeslacht een onafhankelijke risicofactor blijkt te zijn, is verder onderzoek nodig.

Wel kon vanuit de literatuur vastgesteld worden dat homo- en biseksuele mannen meer homonegatieve reacties krijgen dan vrouwen (Keuzenkamp, 2010).

Impact van de reacties

Ook werd gezien dat de moeder een belangrijke rol inneemt bij Vlaamse holebi's en/of transgender personen. Bij de homo- en biseksuele mannen was de initiële reactie op de geaardheid een significante risicofactor op één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven. Bij de transgender personen bleek dat de huidige reactie van de moeder op de genderidentiteit een significante risicofactor is op de lifetimeprevalentie van suïcide. Het is opmerkelijk dat de reactie van de moeder enkel bij het mannelijk geboortegeslacht voorkomt voor de gehele LGBT-gemeenschap. Verder is het ook opvallend dat de vaderrol geen invloed heeft op de suïcidaliteit. Een interpretatie kan hier zijn dat de band met zijn of haar moeder onmisbaar is voor de emotionele groei en het zelfvertrouwen van het kind. Wanneer deze band verbroken wordt, kan dit een grote invloed hebben op het psychisch welzijn van het kind. Dit omdat de moeder traditioneel de zorg van het kind op zich neemt. Personen met een mannelijk geboortegeslacht hechten zich voornamelijk aan de moeder. Deze verklaringen kunnen echter niet zomaar gesteld worden waardoor verder onderzoek aangewezen is.

Rol van acceptatie en steun

Als laatste werd opgemerkt dat factoren rond acceptatie en steun amper terugkwamen in de samenvattende modellen. Er werd nochtans verwacht dat acceptatie en steun doorslaggevende onafhankelijke beschermende factoren zouden zijn bij de LGBT-gemeenschap. Deze kwamen terug in de uni- en multivariate modellen maar niet in de samenvattende modellen. Aangezien suïcide een complex en multifactorieel probleem is (Portzky, van Autreve, & van Heeringen, 2010), correleren steun en acceptatie hoogstwaarschijnlijk met andere factoren, waardoor deze niet in de samenvattende modellen naar voren komen in dit onderzoek.

Doelgroepgerichte aanbevelingen omtrent suïcidepreventie

Op basis van bovenstaande resultaten bleek het vooral van belang om voor de preventie van suïcide bij holebi's en/of transgender personen in het toekomstig beleid specifiek in te zetten op het optimaliseren van coping vaardigheden bij holebi's en/of transgenderpersonen, en het verder bestrijden van homo- en/of transfobie.

Vanuit de resultaten van dit onderzoek bleek het van groot belang om copingvaardigheden te optimaliseren binnen de Vlaamse LGBT-gemeenschap. Hieruit vloeide de eerste aanbeveling voort. Het bevorderen van constructieve copingvaardigheden is noodzakelijk om het psychisch welzijn te kunnen verbeteren.

Voor de tweede aanbeveling is het onontbeerlijk om vanaf jonge leeftijd de maatschappij te sensibiliseren. De medewerking van scholen is hierbij cruciaal.

Ten derde moet aandacht besteed worden aan een veilige omgeving. Aangezien er reeds voor homofobie een strafverzwaring is voorzien, dient deze voor transfobie ook ingevoerd te worden. Daarnaast kan er bijvoorbeeld een protocol opgesteld worden over hoe holebi's en/of transgender personen beschermd kunnen worden binnen een school- en/of werkomgeving.

Ten slotte kan de overheid een ondersteunende rol op zich nemen om de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen te bevorderen. Holebi- en trans-verenigingen zijn hierbij een essentiële hulp in het detecteren, opvangen en ondersteunen van holebi's en/of transgender personen die kwetsbaar zijn voor suïcidaliteit.

Sterktes en beperkingen van dit onderzoek

Het onderzoek

Door het cross-sectioneel onderzoeksdesign was het niet mogelijk om verbanden doorheen de tijd te onderzoeken. De steekproeftrekking van dit onderzoek gebeurde genoodzaakt aan de hand van convenience sampling. Dit betekent dat het gaat om een toevalssteekproef waar niet gegarandeerd wordt dat de verkregen resultaten representatief zijn voor de volledige Vlaamse LGBT-gemeenschap. Bovendien is de exacte prevalentie van de holebi- en transgenderpopulatie tot op vandaag nog steeds niet gekend. Het gevolg hiervan is dat men de gevonden resultaten sowieso niet kan generaliseren naar de algemene Vlaamse holebi- en transgenderpopulatie. Toch kunnen de gevonden factoren een indicator vormen voor wat speelt binnen de Vlaamse LGBT-gemeenschap. Dit benadrukt dat het onderzoek een bijdrage levert. Ook de grootte van de steekproef is een sterkte van dit onderzoek.

De sterktes van dit onderzoek waren gelinkt aan het verkennend onderzoek dat een breed scala aan onderzoeksthema's - acceptatie, steun, homo- en/of transfobie, coping, psychisch welbevinden - behandelde en zo een verscheidenheid aan recente gegevens samenvatte over de Vlaamse holebi's en/of transgender personen. Dit vormde een solide basis voor verder onderzoek.

De verscheidenheid aan onderzoeksthema's was een vernieuwend concept aangezien de meeste onderzoeken zich toespitsen op één thema. Vanuit dit onderzoek kon een diversiteit aan onderzoeksthema's samen geanalyseerd worden met eenzelfde steekproef. Daarnaast zijn de gevonden risico- en beschermende factoren zeer doelgroepgericht en geslachtsspecifiek. Ook maakt de relatief grote respons het mogelijk om het onderzoek te vergelijken met andere internationale studies.

Daar komt nog bij dat de resultaten steeds zo specifiek mogelijk werden uitgelegd aan de hand van duidelijk omschreven terminologie. In andere literatuur zijn resultaten soms moeilijk te interpreteren omwille van onduidelijke definities.

Selectiebias

De kans bestond echter dat selectiebias optrad. Hierdoor zouden participanten met een psychisch kwetsbaar profiel meer aangetrokken kunnen worden tot deelname dan personen vanuit de LGBT-gemeenschap met een normaal psychisch kwetsbaar profiel. Om deze bias zoveel mogelijk te vermijden, werd ervoor gekozen om de nadruk te leggen op het psychisch welbevinden en niet op suïcidepreventie. Ook werd geprobeerd om iedere mogelijke

participant aan te spreken, ook degene met enkel positieve ervaringen. Zo werd de slagzin dat ieder verhaal telt benadrukt.

Om na te gaan of deze selectiebias optrad, werden de resultaten van de GHQ-12 bij de participanten vergeleken met de gegevens vanuit de algemene Belgische bevolking. Vanuit de gezondheidsenquête bleek dat 32% van de algemene bevolking minstens twee abnormale psychische klachten had, wat een indicatie kan zijn op een mogelijke psychopathologie. Dit werd gesteld aan de hand van de GHQ-vragenlijst op basis van de drempelwaarde [2+] (Gisle, 2014). In vergelijking met de gezondheidsenquête heeft 86,9% van de holebigroep en 85,9% van de transgendergroep minstens twee abnormale psychische klachten. Hieruit kan besloten worden dat de GHQ-resultaten in dit onderzoek afwijkend waren van de waarden vanuit de algemene bevolking. Uit deze resultaten wordt nog maar eens bevestigd dat deze doelpopulatie een kwetsbare groep is. Eigenlijk is er verder onderzoek nodig om te kunnen nagaan of hier sprake is van selectiebias. Het kan ook gewoon zijn dat de holebi- en transpopulatie over het algemeen zo'n hoge GHQ-score hebben.

Vragenlijst

Verder werd er ook rekening gehouden met de constructvaliditeit. Bij elk thema van de vragenlijst werd een verhelderende inleiding weergegeven, zodat het voor de participant duidelijk was wat van hem of haar verwacht werd. Ook in de vragen werden begrippen verklaard aan de hand van definities.

Een volgend punt is dat de vragenlijst werd opgebouwd uit vijf valide schalen: IHNI, SCQ, de GHQ-12, BSS en de UCL. De betrouwbaarheid van deze schalen werd aangegeven met de goede Cronbach's Alpha, die terug te vinden zijn in het onderdeel 'Onderzoeksmethodologie'.

Inhoudelijk werd een tekort opgemerkt. Er werd geen vraag gesteld omtrent het stadium van transitie bij de transgender personen. Deze informatie zou gelinkt kunnen worden met suïcide aangezien het stadium van transitie een transgender persoon kwetsbaar kan maken (Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016).

Voorstellen voor vervolgonderzoek

Om na te gaan wat de significante risicofactoren zijn van één of meerdere zelfmoordpogingen doorheen het leven van de Vlaamse LGBT-gemeenschap, kan een controlegroep uitsluiten dat bepaalde factoren niet specifiek zijn voor holebi's en/of transgender personen.

Eventueel kan een kwalitatief onderzoek inzichten bieden omtrent de chronologische gebeurtenissen bij het suïcidale proces. Wat zette hen aan en wat bood hulp? Zocht men pas na het ondernemen van een poging hulp bij een holebi-vereniging of vond men reeds steun in deze vereniging maar was deze niet voldoende? Wat bepaalt dat de transgender personen en transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht zich niet verbonden voelen met collega's en/of medestudenten?

12 CONCLUSIE

Vlaamse holebi's en/of transgender personen vormen nog steeds een kwetsbare groep voor suïcidaliteit. De verontrustende cijfers tonen aan dat een preventieve aanpak van essentieel belang is om risicofactoren te doen afnemen en beschermende factoren uit te bouwen. De significante risicofactoren op het ondernemen van een suïcidepoging bij de Vlaamse LGBT-gemeenschap zijn: het *passief reactiepatroon*, de *reactie van de moeder* op de seksuele geaardheid of op de genderidentiteit, het slachtofferschap van *homo- en/of transfobie* en het *ervaren van steun* van een holebi-vereniging. Het onderzoek vat een verscheidenheid aan nieuwe data samen omtrent de Vlaamse LGBT-gemeenschap. Verder onderzoek is aangewezen om de gevonden risicofactoren te kunnen verklaren.

13 BIBLIOGRAFIE

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.j. a). *Evolutie van sterfte door zelfdoding*. Opgeroepen op maart 31, 2016, van Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.j. b). *Sterfte door uitwendige doodsoorzaken (zoals suicide en ongevallen)*. Opgeroepen op maart 30, 2016, van Agentschap zorg en gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterfte-door-uitwendige-doodsoorzaken-zoals-su%C3%AFcide-en-ongevallen>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.j. c). *Vlaanderen in Europa: Zelfdoding*. Opgeroepen op 29 maart, 2016, van Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.vitalink.be/Cijfers/Sterftcijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Vlaanderen-in-Europa--Zelfdoding/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.j. d). *Vlaams Actieplan Suicidepreventie bis (2012-2020)*. Opgeroepen op maart 29, 2016, van Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-actieplan-su%C3%AFcidepreventie-2012-2020>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.j. e). *Gezondheidsdoelstellingen*. Opgeroepen op april 1, 2016 f, van Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidsdoelstellingen>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.j. f). *Gezondheidsdoelstelling zelfdoding*. Opgeroepen op april 1, 2016, van Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidsdoelstelling-zelfdoding>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.j. g). *Evaluatie gezondheidsdoelstellingen zelfdoding en depressie via sterftcijfers*. Opgeroepen op maart 29, 2016, van Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.vitalink.be/Cijfers/Ziekten/Depressies-en-zelfdoding/Evaluatie-gezondheidsdoelstelling-zelfdoding-en-depressie-via-sterftcijfers/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen. (2016). *Kenmerken suicidepogingen in Gent en Vlaanderen in 2014*. Opgeroepen op maart 2016, van Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/>
- American Psychiatric Association. (2015, april 29). *DSM-5 Whitepaper: Genderdysforie*. Opgehaald van DSM-5 Boom Psychologie en Psychiatrie: http://www.dsm-5-nl.org/documenten/dsm_whitepaper_11_genderdysforie.pdf
- Amnesty international. (2014). *Lack of legal gender recognition for transgender people in Europe*. United Kingdom: Amnesty International Ltd.
- Auer, M. K., Höhne, N., Angeles Bazarra- Castro, M., Pfister, H., Fuss, J., Stalla, G. K., . . . Ising, M. (2013). Psychopathological profiles in transsexuals and the challenge of their special status among the sexes. *PLoS ONE*, 8(10), 1-8.
- Baams, L., & Bos, H. (2014). Gendernonconformiteit, stigmatisering, en psychologisch welzijn van Nederlandse lesbische, homoseksuele, en biseksuele jongeren. *Tijdschrift voor seksuologie*, 86-94.
- Baert, H., & Cockx, F. (2002). *Expertenrapport: holebi's en een gelijkemansbeleid: Verslag van een zoektocht naar toekomstige onderzoekspistes*. Antwerpen/Leuven : Steunpunt Gelijkekansenbeleid UA-LUC/ K.U. Leuven - Centrum voor Sociale Pedagogiek.

- Bambust, F., & Mills, K. (2013). *Alles wat je altijd al wilde weten over holebi's maar nooit durfde te vragen*. Brussel: Gelijke Kansen in Vlaanderen.
- Bauer, G. R., & Scheim, A. I. (2014). *Transgender People in Ontario, Canada: Statistics from the Trans PULSE Project to Inform Human Rights Policy*. Ontario, Canada: Trans PULSE Project Team.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Beck Scale for Suicide Ideation (BSS).
- Borghs, J. (2015). *Opvallen en opstaan: een gids voor slachtoffers van holebifoob en transfoob geweld*. Vlaanderen: Cavaria.
- Borghs, P. (2015). *Holebipionier. Een geschiedenis van de holebi- en transgenderbeweging in Vlaanderen*. . België: 't Vershil.
- Bosmans, V. (2002). UCL: Utrechtse Copinglijst. Ugent, Oost- Vlaanderen, België. Opgehaald van <http://www.bsw.ugent.be/VVGP/UCL.pdf>
- Brown, R. P., & Pinel, E. C. (2003). Stigma on my mind: Individual differences in the experience of stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 626-633.
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence against women*, 14(8), 886-904.
- Cavaria. (2011, september 11). *Vlaamse holebi's en zelfmoord - Çavaria (holebifederatie) bezorgd om hoge cijfers*. Opgeroepen op juli 10, 2015, van Holebi.Info: <http://www.holebi.info/phpnews/kortnews.php?action=fullnews&id=9234#>
- Çavaria. (z.j.). *Geschiedenis Çavaria*. Opgeroepen op November 2015, van <https://cavaria.be/geschiedenis-cavaria>
- Çavaria. (z.j.). *Wat doet çavaria?* Opgehaald van Çavaria, opkomen voor holebi's en transgenders: <http://cavaria.be/wat-doet-cavaria>
- Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding. (2009). *Federaal migratie centrum*. Opgeroepen op Juli 18, 2015, van Discriminatie van holebi's: <http://www.diversiteit.be/discriminatie-van-holebi%E2%80%99s>
- Clements- Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, 51(3), 53-69.
- Cox, N., Dewaele, A., Van Den Berghe, W., & Vincke, J. (2010). Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology*, 153-166.
- Cox, N., Dewaele, A., Van Houte, M., & Vicke, J. (2011). Stress-related growth, coming out, and internalized homonegativity in lesbian, gay, and bisexual youth. An examination of stress-related growth within the minority stress model. *Journal of Homosexuality*, 117-137.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), 1462-1482.
- D'haese, L., Dewaele, A., & Van Houte, M. (2013). *Geweld tegenover holebi's*. Vlaanderen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.

- De Cuypere, G., & Olyslager, F. (2009). Genderidentiteitsstoornissen: nieuwe visies en trends in de behandeling aan het UZGent. In *Verlagen van het Centrum voor Genderstudies* (UGent 18 ed., pp. 23-37). Gent: Academia Press.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Robert, R. (2005). Sexual and Physical Health after Sex Reassignment Surgery. *Archives of sexual behavior*, 34(6), 679-690.
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2006). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry* 22 (3), 137-141.
- De Graaf, R., Sandfort, G. T., & Ten Have, M. (2006). *Suicidality and sexual oriëntation: differences between men and women in a general population- based sample from the Netherlands*. *Archives of sexual behavior*.
- De Graaf, R., Sandfort, T., & Ten Have, M. (2006, Juni 24). Suicidality and sexual oriëntation: differences between men and women in a general population- based sample from the Netherlands. *Springer*, 35, 253-262.
- de Groot, M., de Keijser, J., & Steendam, M. (2009). *Voorkom suicide*. Provincie Friesland: Leeuwarden.
- Dewaele, A. (2006, Maart 11). *Sociologische cijfers*. Opgeroepen op Noveber 2015, van <http://www.ipbsite.be/archief/homoseksualiteit/61-sociologischcijfers.html>
- Dewaele, A., & Van Houtte, M. (2010). *Zichtbaarheid- en discriminatiemanagement bij holebi-jongeren*. Steunpunt Gelijkekansenbeleid (UA-UHasselt).
- D'haese, L., & Dr. Dewaele, A. (2014). *Geweld tegenover holebi's - II*. Vlaanderen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Langström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), 1-7.
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the Literature. *International review of psychiatry*, 28(1), 44-57.
- Dierckx, M., Mortelmans, D., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2015). *Gezinnen in Transitie*. Antwerpen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.
- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'Sjoen, G. (2016). Families in transition: A literatur review. *International review of psychiatry*, 28(1), 36-43.
- Dumon, E., & Portzky, G. (2014). *General Guidelines on Suicide Prevention*. Gent: Euregenas- European Regions Enforcing Actions Against Suicide.
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*(39), 662-668. Opgeroepen op Februari 2016
- Forceville, G. (2011). Preventie van zelfdoding. *Pastorale Perspectieven*, 150(1), 7-15.
- FRA. (2014). *Being trans in the European Union: comparative analysis of EU LGBT survey data*. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights.

- Gallagher, R. V., Rostosky, S. S., & Hughes, H. K. (2004). School belonging, self-esteem, and depressive symptoms in adolescents: an examination of sex, sexual attraction status, and urbanicity. *Journal of youth and adolescence, 33*(3), 235-245.
- Gibney, S., & McGovern, M. (2011). Social Support Networks And Mental Health: Evidence From Share. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65*(1), doi:10.1136/jech.2011.142976g.21.
- Gisle, L. (2014). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: gezondheid en welzijn - 6. Geestelijke gezondheid*. Brussel: WIV-ISP.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Herman, J. L., Harrison, J., & Keisling, M. (2010). *National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care*. U.S.: National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., . . . Clayton, P. J. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality, 58*, 10-51.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., . . . Reed, J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality, 58*(1), 10-51.
- Haas, A. P., Rodgers, P. L., & Herman, J. L. (2014). *Suicide attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults: findings of the National Transgender Discrimination Survey*. New York.
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay and bisexual youth. *American Academy of Pediatrics, 10*.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2002). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet, 373*, 1372-1381.
- Heeringen, C. v., & Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 494-499.
- Hellman, R. E., & Klein, E. (2004). A program for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals with major mental illness. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 8*(3), 67-82.
- Herek, G. M. (2004).). Beyond "homophobia": Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy, 6*-24.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., . . . De Cuypere, G. (2013). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicenter study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry, doi:10.1192/bjp.bp.112.121954*.
- Hirschfeld, M. (1923). Die Intersexuelle Konstitution. In M. Hirschfeld, *Jahrbuch für sexuelle Zwischentufen* (23 ed., pp. 3-27).
- IGVM. (2013). *Interfederaal Actieplan tegen homofoob en transfoob geweld*. Opgeroepen op November 2015, van http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/Interfederaal%20Actieplan%20Homofoob%20Transfoob%20Geweld_nl.pdf

- IGVM. (2014a). *Wetgeving- wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen*. Opgehaald van Instituut voor gelijkheid van mannen en vrouwen: http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/Wet%2010mei07_Gender.pdf
- IGVM. (2014b). *Wetgeving- Wet van 10 mei 2007 betreffende de transseksualiteit*. Opgehaald van Instituut Voor de gelijkheid van vrouwen en mannen: http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/Wet%2010mei07_Trans.pdf
- IGVM. (2015). *Transgender personen in België die een wijziging van de officiële geslachtsvermelding aanvragen*. Opgehaald van Instituut voor de gelijkheid van Vrouwen en Mannen: http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/trans_cijfers_rijksregister_2015_nl_ev.pdf
- ILGA Europe. (2015). *Annual review of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in Europe*. Brussel: ILGA Europe .
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual and transgender people: building a foundation for better understanding*. Washington DC: The National Academies Press.
- Keuzenkamp, S. (2010). *Steeds gewoner, nooit gewoon: Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- King, C., & Merchant, C. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12, 181-196.
- King, M., Semlyen, J., See Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008, Augustus 18). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. Opgehaald van <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kreukels, B. P., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijs, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *European Psychiatry*, doi:10.1016/j.eurpsy.2010.04.009.
- Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 377-385.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors: Systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367, 1747-1757.
- Maes, L., & Van Royen, P. (2012). Begrippenkader. In Y. Nuyens, & J. Mertens, *Preventie en gezondheid in Vlaanderen doorgelicht* (pp. 7-14). Mechelen: Hans Suijkerbuijk.
- Mark L. Hatzenbuehler, P. (2011). *The social environment and suicide attempts in lesbian, gay and bisexual youth*. . New York : American Academy of Pediatrics .
- Marshal, P. M., Diettz, J. L., Friedman, S. M., Stall, R., Smith, H., & McGinley, J. (2011, Augustus). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *Journal of adolescent health*, 49, 115-123.
- Marshall, E., Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of literature. *International Review of Psychiatry*, doi: 10.3109/09540261.2015.1073143.
- Mayfield, W. (2001). The development of an internalized homonegativity inventory for gay men. *Journal of homosexuality*, 41(2), 53-76.

- Mays, V., & Cochran, S. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Public Health, 91*(11).
- McCann, E., & Sharek, D. (2016). Mental Health Needs of People Who Identify as Transgender: A Review of the Literature. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*, 280–285.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and Bisexual Populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bulletin.*, 674–697.
- Moody, C., & Smith, N. (2013). Suicide Protective Factors Among Trans Adults. *Arch Sex Behav, 42*, 739-752.
- Motmans, J., de Biolley, I., & Debunne, S. (2009). *Leven als transgender in België: De sociale en juridische situatie van transgender personen in kaart gebracht*. Brussel: Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen.
- Motmans, J., Ponnet, K., & De Cuypere, G. (2015). Sociodemographic Characteristics of Trans Persons in Belgium: A Secondary Data Analysis of Medical, State and Social Data. *Archives of Sexual Behavior, 44*, 1289-1299.
- Motmans, J., T'Sjoen, G., & Meier, P. (2011). *De levenskwaliteit van transgender personen in Vlaanderen*. Antwerpen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.
- Motmans, J., T'Sjoen, G., & Meier, P. (2015). *Geweldervaringen van transgender personen in België*. Antwerpen: Steunpunt Gelijke Kansenbeleid.
- Mustanski, B., & Liu, R. T. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine, 42*(3), 221-228.
- Mutanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior, 42*, 437-448.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev., 30*(1), 133-154.
- Noppe, J. (2014). *Vlaming toont twee gezichten tegenover holebiseksualiteit*. Opgeroepen op November 2015, van <http://www4dar.vlaanderen.be/sites/svr/Publicaties/Publicaties/webpublicaties/2014-10-17-svr-stats-2014-1-holebi.pdf>
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 35*, 848-853.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet, Vol.1*, 73-85.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry, 18*, 189-193.
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual- and Structural-Level Risk Factors for Suicide Attempts Among Transgender Adults. *Behavioral Medicine, 41*(3), 164-171.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(1), 114-128.

- Portzky, G., & van Heeringen, K. (2009). Suïcidaal gedrag bij jongeren: Epidemiologie, risicofactoren en preventie. *Tijdschrift voor jeugd- en kinderrechten.*, 293-303.
- Portzky, G., van Autreve, S., & van Heeringen, K. (2010). Suïcidaal gedrag: Epidemiologie en risicofactoren. *Huisarts Nu*, 39, 12-34.
- Portzky, M. (2015). *Portzky's Palliatieve Palletschaal*. Hogrefe Uitgevers Amsterdam.
- Reisner, S. L., Biello, K., Rosenberger, J. G., Austin, B. S., Haneuse, S., Perez-Brumer, A., . . . Mimiaga, M. J. (2014). Using a two-step method to measure transgender identity in Latin America/the Caribbean, Portugal and Spain. *Arch Sex Behav*, 43, 1503-1514.
- Reisner, S., Vettters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. (2015). Mental health of transgender youth in Care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 56, 274-279.
- Remafedi, G., French, S., Stroy, M., Resnick, M., & Blum, R. (1998). The relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based study. *American Journal of Public Health Vol. 88 No.1*, 57-60.
- Reynders, A., Scheerder, G., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2011). *Rapport: Suïcide in Vlaanderen en Nederland Een verklaring vanuit sociaal cognitieve factoren en hulpzoekend gedrag*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven: Lucas.
- Rieger, G., & Savin-Williams, R. C. (2012). Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of Sexual Behavior.*, 41, 611-621.
- Rosser, S. B., Bockting, W. O., Ross, M. W., Miner, M. H., & Coleman, E. (2008). The relationship between homosexuality, internalized homonegativity, and mental health in men who have sex with men. *Journal of homosexuality*, 185-203.
- Rutgers Nisso Groep. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland*. In F. Bakker, & I. Vanwesenbeeck. Delft: Eburon.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in White and Latino LGB young adults. *Pediatrics*(123), 346-352.
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213.
- Sandfort, T. G., Melendez, R. M., & Diaz, R. M. (2007). Gender nonconformity, homophobia, and mental distress in Latino gay and bisexual men. *Journal of Sex Research.*, 44(2), 181-189.
- Schols, B. (2011). *Zelfmoord in Vlaanderen*. Borgerhoff en Lamberigts.
- Schoonaker, M., Dumon, E., & Louckx, F. (2009). *'Welebi. Onderzoek naar het mentaal en sociaal welbevinden van lesbische en biseksuele meisjes.'*. Vlaanderen: VUB in opdracht van Gelijke Kansen Vlaanderen.
- Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Components of sexual identity. *Journal of Homoseksualiteit*, 3(1), 41-48.
- Skidmore, C. W., Linsenmeier, J. A., & Bailey, M. J. (2006). Gender nonconformity and psychological distress in lesbians and gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 685-697.
- Storsbergen, H. (2004). *Psychische gezondheid en welbevinden van volwassen geadopteerden*. Delft: Eburon.

- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lonngvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 562-563.
- Transgender Infopunt. (2013). *Interseksualiteit*. Opgeroepen op november 15, 2015, van Transgender Infopunt: <http://transgenderinfo.be/m/identiteit/varianties/interseksualiteit/>
- Transgender Infopunt. (2015, januari 07). *Record aantal nieuwe aanmeldingen*. Opgehaald van Transgender Infopunt: <http://transgenderinfo.be/record-aantal-nieuwe-aanmeldingen/>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., . . . T'Sjoen, G. (2015, July). Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behaviour*. doi:10.1007/s10508-014-0452-6
- van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R., . . . Kreukels, B. P. (2015). Body Satisfaction and Physical Appearance in Gender Dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 1-11.
- van Heeringen, C. (2001). *The suicidal process and related concepts. Understanding suicidal behaviour : the process approach to research and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- van Heeringen, C. (2007). Biologische en genetische oorzaken van suïcidaal gedrag. In C. van Heeringen (Red.), *Handboek Suïcidaal Gedrag* (pp. 65-76). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Royen, P., Maes, L., & Nuyens, Y. (2012). 2. Morfologie en beleid. In Y. Nuyens, & J. Mertens, *Preventie en gezondheid in Vlaanderen doorgelicht* (pp. 15-25). Mechelen: Hans Suijkerbuijk.
- Vancayseele, N., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2014). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen*. Opgehaald van Eenheid voor ZelfmoordOnderzoek: <http://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be/pdf/08122015-135440-Jaarverslag%20Su%C3%AFcidepogingen%20Vlaanderen%202014.pdf>
- Vennix, P. (1999). Het NISSO onderzoek over travestie. *Tijdschrift voor seksuologie*, *23*, pp. 17-27.
- Vermissen, D., Dewaele, A., Meier, P., & Van Houte, M. (2011). *Zzip² studie: Onderzoek naar de levenskwaliteit van Vlaamse holebi's*. Consortium Universiteit, Antwerpen en Universiteit Hasselt in samenwerking met Universiteit Gent. België: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.
- Viane, I. (2002). General Health Questionnaire. UGent, Oost-Vlaanderen, België. Opgehaald van http://www.bsw.ugent.be/VVGP/structuurfiche_GHQ.pdf
- Vincke, J., Drs. Cox, N., Dr. Dewaele, A., & Drs. Vanden Berghe, W. (2008). *Discriminatie van holebi's op de werkvloer: Over inkomensverschillen, sectorsegregatie en het 'roze' plafond*. Universiteit Gent: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding.
- Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II bis. (2012). *Voorstel voor de gezondheidsdoelstelling 'Preventie van zelfdoding' & Een Vlaams actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020*. Opgeroepen op 2016, van <https://www.zelfmoord1813.be/sites/default/files/Vlaams%20Actieplan%20Su%C3%AFcidepreventie.pdf>
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, *147*, 222-231.

Whittle, S., Turner, L., Combs, R., & Rhodes, S. (2008, April). Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care. 49. Brussel, Belgium.

WHO Genomics Resource Center. (2015). *Gender and Genetics: Genetic Components of Sex and Gender*. Opgeroepen op december 2, 2015, van World Health Organisation: Genomics resource center: <http://www.who.int/genomics/gender/en/index1.html>

Witvrouwen, B., & Van Rossem, S. (2014, September 6). Suïcidepreventie bij holebi's en transgenders. Cavaria en Centrum Geestelijke Gezondheidszorg.

World Health Organization . (2011, Mei 17). Stop discrimination against homosexual men and women. Europe.

WPATH. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconfirming People*.

Genderidentiteit:

N.B. De ***genderidentiteit*** verwijst naar hoe een persoon over zichzelf denkt in termen van geslachtelijke identiteit. Voelt men zich man en/of juist vrouw (Motmans, de Biolley, & Debunne, Leven als transgender in België: De sociale en juridische situatie van transgender personen in kaart gebracht, 2009)?

Een ***cisgender man*** is een persoon met een mannelijk geboortegeslacht en een mannelijke genderidentiteit. Een ***cisgender vrouw*** is een persoon met een vrouwelijke geboortegeslacht en een vrouwelijke genderidentiteit. Een ***trans man*** is een persoon met een vrouwelijk geboortegeslacht en een mannelijke genderidentiteit. Een ***trans vrouw*** is een persoon met een mannelijk geboortegeslacht en een vrouwelijke genderidentiteit. Een ***gendervariante persoon*** is een persoon die zichzelf omschrijft als man of vrouw die aan travestie doet, genderqueer of zich nog anders definieert.

Seksuele oriëntatie:

Een ***heteroseksuele cisgender man*** is een persoon met een mannelijk geboortegeslacht die zich enkel of meestal aangetrokken voelt tot vrouwen, zelden tot mannen. Een ***biseksuele cisgender man*** is een persoon met een mannelijk geboortegeslacht die zich wat meer tot mannen of vrouwen aangetrokken voelt maar zich ook evenveel aangetrokken kan voelen tot beide geslachten. Een ***homoseksuele cisgender man*** is een persoon met een mannelijk geboortegeslacht die zich enkel of meestal tot mannen aangetrokken voelt, zelden tot vrouwen. Bij personen met een ***vrouwelijk geboortegeslacht*** is dit exact hetzelfde principe maar omgekeerd.

N.B. Mannen en vrouwen die geslacht onbelangrijk vinden en dus niet weten tot wie ze zich aangetrokken voelen of zich tot geen enkel geslacht aangetrokken voelen, zijn als system missing gehercodeerd.

Bij transgender personen zijn er vier seksuele oriëntaties mogelijk: heteroseksueel, biseksueel, homoseksueel en anders. Om de seksuele oriëntatie te kunnen bepalen, is het steeds belangrijk om uit te gaan van de huidige genderidentiteit. Een ***heteroseksuele trans man*** is een persoon met een vrouwelijk geboortegeslacht en een mannelijke genderidentiteit, die zich aangetrokken voelt tot vrouwen of voornamelijk aangetrokken voelt tot vrouwen. Een ***biseksuele trans man*** is een persoon met een vrouwelijk geboortegeslacht en een mannelijke genderidentiteit, die zich wat meer tot mannen of vrouwen aangetrokken voelt maar zich ook evenveel aangetrokken kan voelen tot beide geslachten. Een ***homoseksuele trans man*** is een persoon met een vrouwelijk geboortegeslacht en een mannelijke genderidentiteit die zich enkel of meestal tot mannen aangetrokken voelt, en maar zelden tot vrouwen. Voor personen met een ***vrouwelijke genderidentiteit*** is dit exact hetzelfde principe maar dan omgekeerd. ***Anders*** zijn personen die geslacht onbelangrijk vinden en zich ook niet aangetrokken voelen tot een geslacht. Ook alle personen met een gendervariante genderidentiteit hebben een 'andere' seksuele oriëntatie, omdat de huidige genderidentiteit niet gekend is.

N.B. Personen die niet weten tot wie ze zich aangetrokken voelen, werden niet meegenomen in de analyses.

14.2 VRAGENLIJST

“Een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren van zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen bij holebi’s en/of transgender personen in vlaanderen”

DEEL 1. ALGEMENE GEGEVENS

Deze eerste vragen peilen naar enkele algemene gegevens.

1. Wat is uw leeftijd (uitgedrukt in jaren)?

(indien jonger dan zestien: verwijzen naar het einde en bedanken voor poging tot deelname)

2. Woont u momenteel in België?

- Ja
- Nee

Answer If Woont u momenteel in België? Nee Is Selected

2a. In welk land woont u momenteel? [Pop-up met Lijst met landen]

Answer If Woont u momenteel in België? Ja Is Selected

2b. In welke Belgische regio woont u?

- Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- Vlaams Gewest
- Waals Gewest

Answer If In welke Belgische regio woont u? Vlaams Gewest Is Selected

2c. Woon u in één van volgende steden?

- Aalst
- Antwerpen
- Brugge
- Genk
- Gent
- Hasselt
- Kortrijk
- Mechelen
- Leuven
- Oostende
- Roeselare
- Sint-Niklaas
- Turnhout
- Nee, ik woon niet in één van deze steden

3. Welke personen maken nog deel uit van uw huishouden*? Duid alles aan wat van toepassing is.
 (*Met huishouden bedoelen we alle andere personen die het grootste deel van de tijd op hetzelfde adres verblijven.)

- Echtgeno(o)t(e) of partner
- Kinderen jonger dan 15 jaar. Zo ja, geef aantal... _____ (Vrije tekst)
- Kinderen van 15 jaar of ouder. Zo ja, geef aantal... _____ (Vrije tekst)
- Ouder(s) of schoonouder(s). Zo ja, geef aantal... _____ (Vrije tekst)
- Grootouder(s) of schoongrootouder(s). Zo ja, geef aantal... _____ (Vrije tekst)
- Anderen, jonger 15 jaar. Zo ja, geef aantal... _____ (Vrije tekst)
- Anderen, 15 jaar of ouder. Zo ja, geef aantal... _____ (Vrije tekst)
- Niemand, ik woon alleen

4. Kunt u bij benadering het totaal netto beschikbare inkomen van uw huishouden per maand (inclusief sociale uitkeringen, kindergeld en/of alimentatie) situeren in volgende schaal?

*Met huishouden bedoelen we alle anderen personen die het grootste deel van de tijd op hetzelfde adres verblijven.

Huishoudelijk netto beschikbaar inkomen:

- ≤ 999 euro
- 1.499 euro
- 1.500 - 1.999 euro
- 2.000 - 2.499 euro
- 2.500 - 2.999 euro
- 3.000 - 5.999 euro
- 6.000 - 11.999 euro
- ≥ 12.000 euro
- Niet van toepassing, ik heb geen inkomen (vb. studenten)

5. Wat is het hoogste diploma dat u behaalde (of momenteel mee bezig bent)?

- Lagere school, secundair onderwijs of postsecundair niet hoger onderwijs
- Hoger onderwijs, universiteit of post-universiteit

6. Hoe belangrijk is uw geloof of levensbeschouwelijke strekking voor u?

(Indien u niet gelovig bent of geen levensbeschouwelijke strekking aanhoudt, kies dan 'niet van toepassing' (NVT))

Helemaal niet belangrijk		Neutraal		Heel erg belangrijk	NVT
1	2	3	4	5	NVT

DEEL 2. SEKSUELE IDENTITEIT

De volgende vragen peilen naar uw geboortegeslacht, genderidentiteit en seksuele oriëntatie. Er wordt ook nagegaan wanneer u zich hiervan bewust werd en hoe u dit voor zichzelf heeft aanvaard.

7. Bij uw geboorte werd u geregistreerd als:...

- Man
- Vrouw

8. Voor sommigen valt dit geboortegeslacht niet (volledig) samen met de persoonlijke identiteit als man of vrouw. Kan u ons vertellen hoe u zichzelf momenteel identificeert?

Ik identificeer mij als ... (kies het voor u meest passende antwoord):

- Man
- Vrouw
- Man die aan travestie doet
- Vrouw die aan travestie doet
- Transman: Een persoon met een vrouwelijk geboortegeslacht maar een mannelijke genderidentiteit.
- Transvrouw: Een persoon met een mannelijk geboortegeslacht maar een vrouwelijke genderidentiteit.
- Genderqueer, polygender of gender fluïde: Een persoon die zich noch man noch vrouw voelt.
- Anders: (vul aan)

9. Is er bij u ooit, bij de geboorte of op een later tijdstip, een vorm van interseksualiteit vastgesteld? [NB. Met interseksualiteit, ook wel DSD genoemd, vertoont het lichaam kenmerken van beide geslachten.]

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Answer If Is er bij u ooit, bij de geboorte of op een later tijdsti... Ja Is Selected

10. Kunt u omschrijven welke vorm van interseksualiteit bij u is vastgesteld?

_____ (Vrije tekst)

VOOR GEBOORTEGESLACHT = MAN (Select if v7=M)

11. In onze maatschappij worden bepaalde rollen, houdingen en manieren aan mannen en vrouwen toegeschreven.

11a. Kunt u aangeven in hoeverre u van zichzelf vindt dat u interesses, rollen, houding en manieren hebt die traditioneel als mannelijk worden benoemd?

Helemaal niet						Helemaal wel
1	2	3	4	5	6	7

11b. Kunt u aangeven in hoeverre u van zichzelf vindt dat u interesses, rollen, houding en manieren hebt die traditioneel als vrouwelijk worden benoemd?

Helemaal niet						Helemaal wel
1	2	3	4	5	6	7

VOOR GEBOORTEGESLACHT = VROUW (Select if v7=V)

12. In onze maatschappij worden bepaalde rollen, houdingen en manieren aan mannen en vrouwen toegeschreven.

12a. Kunt u aangeven in hoeverre u van zichzelf vindt dat u interesses, rollen, houding en manieren hebt die traditioneel als vrouwelijk worden benoemd?

Helemaal niet						Helemaal wel
1	2	3	4	5	6	7

12b. Kunt u aangeven in hoeverre u van zichzelf vindt dat u interesses, rollen, houding en manieren hebt die traditioneel als mannelijk worden benoemd?

Helemaal niet						Helemaal wel
1	2	3	4	5	6	7

ENKEL VOOR TRANSGENDERS (Select if v7=M +v8= Vrouw of transvrouw of man die aan travestie doet of polygender OF If v7=V +v8= Man of transman of vrouw die aan travestie doet of polygender)

13. Zou u uw lichaam medisch willen aanpassen, of heeft u ooit uw lichaam medisch laten aanpassen, om het beter te doen aansluiten bij uw huidige identiteit?

Beslist wel			Beslist niet	Ik weet het niet
1	2	3	4	5

14. Hoe oud was u toen u er zich voor het eerst van bewust werd dat uw genderidentiteit (de mate waarin u zich mannelijk/vrouwelijk voelt en/of gedraagt) niet (volledig) overeenkwam met het aan u toegewezen geboortegeslacht?

- < 12 jaar
- 12-14 jaar
- 15-18 jaar
- 19-24 jaar
- 25 tot 29 jaar
- 30 tot 39 jaar
- 40 jaar of ouder
- Niet van toepassing

15. Hoe stond u tijdens deze bewustwordingsperiode tegenover uw eigen genderidentiteit?

- Zeer negatief
- Negatief
- Neutraal
- Positief
- Zeer positief

16. Hoe staat u nu tegenover uw eigen genderidentiteit?

- Zeer negatief
- Negatief
- Neutraal
- Positief
- Zeer positief

VOOR IEDEREEN

17. Uw leven overschauwend, tot wie voelde u zich seksueel aangetrokken?

- Enkel tot vrouwen
- Meestal tot vrouwen, zelden tot mannen
- Wat meer tot vrouwen dan tot mannen
- Evenveel tot mannen als tot vrouwen
- Wat meer tot mannen dan tot vrouwen
- Meestal tot mannen, zelden tot vrouwen
- Enkel tot mannen
- Tot geen van beide
- Ik vind geslacht niet belangrijk
- Ik weet het niet

18. Hoe oud was u, toen u zich voor het eerst duidelijk bewust werd van uw seksuele oriëntatie?

- < 12 jaar
- 12-14 jaar
- 15-18 jaar
- 19-24 jaar
- 25 tot 29 jaar
- 30 tot 39 jaar
- 40 jaar of ouder
- Niet van toepassing

19. Hoe stond u tijdens deze bewustwordingsperiode tegenover uw eigen seksuele oriëntatie?

- Zeer negatief
- Negatief
- Neutraal
- Positief
- Zeer positief

20. Hoe staat u momenteel tegenvoer uw eigen seksuele oriëntatie?

- Zeer negatief
- Negatief
- Neutraal
- Positief
- Zeer positief

DEEL 3. OPENHEID OVER DE SEKSUELE ORIËNTATIE EN GENDERIDENTITEIT

Dit deel van de vragenlijst bevaart hoe open u bent over uw seksuele oriëntatie en genderidentiteit en hoe uw omgeving hier mee omgaat. Het eerste deel gaat over seksuele oriëntatie, het tweede deel over genderidentiteit. Indien u enkel transgender bent (en niet holebi) → ga dan direct door naar vraag 33.

ENKEL VOOR HOLEBI'S

21. Heeft u al aan minstens één persoon verteld dat u niet hetero bent? Met andere woorden, deed u een 'coming-out'?

- Ja
- Neen → Ga verder naar vraag 31
 - Indien niet, kan u kort toelichten waarom niet?

.....

22. Hoe oud was u toen u voor het eerst aan iemand hierover vertelde?

- < 12 jaar
- 12-14 jaar
- 15-18 jaar
- 19-24 jaar
- 25 tot 29 jaar
- 30 tot 39 jaar
- 40 jaar of ouder

23. Deed u een coming-out ten aanzien van uw moeder?

- Ja
- Neen (Ga verder naar vraag 5)
- Niet van toepassing (Ga verder naar vraag 5)

24. Reactie / houding van uw moeder. Kruis telkens het meest toepasselijke antwoord aan.

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief
Hoe was de eerste reactie van uw moeder op uw seksuele oriëntatie?					
Hoe is de huidige reactie van uw moeder op uw seksuele oriëntatie?					

25. Deed u een coming-out ten aanzien van uw vader?

- Ja
- Neen (Ga verder naar vraag 7)
- Niet van toepassing (Ga verder naar vraag 7)

26. Reactie / houding van uw vader.

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief
Hoe was de eerste reactie van uw vader op uw seksuele oriëntatie?					
Hoe is de huidige reactie van uw vader op uw seksuele oriëntatie?					

27. Deed u een coming-out ten aanzien van uw kinderen?

- Ja
- Neen (Ga verder naar vraag 9)
- Niet van toepassing (Ga verder naar vraag 9)

28. Reactie / houding van uw kind(eren)

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief
Hoe was de eerste reactie van uw kind(eren) op uw seksuele oriëntatie?					
Hoe is de huidige reactie van uw kind(eren) op uw seksuele oriëntatie?					

Indien u meerdere kinderen hebt en hun reacties waren verschillend, dan kan u dat hier noteren:

.....

.....

.....

.....

29. Hoe reageerde uw brede omgeving initieel op uw niet heteroseksuele oriëntatie? Indien u het aan niemand vertelde dan kiest u 'niet van toepassing' (NVT).

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief	NVT
Familie (broers zussen, tantes, nonkels,...)						
Vrienden en kennissen						

School							
Werkvloer							
Vrije tijd (sportclub, hobbyclub,...)							

30. Gelieve aan te geven in welke mate u open bent over uw seksuele oriëntatie.

Bijvoorbeeld: iemand die nog aan niemand verteld heeft dat hij of zij holebi is, zou op de volgende schaal "1: volledig gesloten" aanduiden. Iemand die aan iedereen vertelt dat hij of zij holebi is, zou dan "10: volledig open" op deze schaal aanduiden. U kan ook een cijfer tussen "1" en "10" aanduiden.

Volledig gesloten									Volledig open
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

31. Geef aan in welke mate u akkoord gaat met volgende stellingen:

	Helema al oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helema al eens
Ik vind dat mijn seksuele geaardheid een belangrijk deel van mezelf is.					
Als ik eraan denk dat ik me aangetrokken voel tot personen van hetzelfde geslacht, voel ik me ongelukkig.					
Ik zie mijn seksuele geaardheid als een geschenk.					
Het stoort me als mensen kunnen zien dat ik holebi ben.					
Als mensen in mijn omgeving het over holebi's hebben, word ik zenuwachtig.					
Mijn seksuele geaardheid brengt me soms in verlegenheid.					
Soms denk ik dat ik beter dood zou zijn dan holebi.					
Ik ben er trots op dat ik holebi ben.					

Ik vind dat men in scholen de boodschap moet geven dat seksuele aantrekking tot personen van hetzelfde geslacht, normaal is.					

32. Geef aan in welke mate je akkoord gaat met volgende stellingen:

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
Vooroordelen over holebi's (bijvoorbeeld: 'alle homo's gedrag zich als vrouwen' en 'lesbiennes zijn net mannen') hebben mij persoonlijk niet beïnvloed.					
Ik maak me geen zorgen dat mijn gedrag gezien zal worden als typisch homoseksueel of typisch lesbisch					
Hetero's die weten dat ik holebi ben, interpreteren mijn gedrag in termen van mijn seksuele geaardheid.					
De meeste hetero's veroordelen holebi's niet op basis van hun seksuele geaardheid.					
Het feit dat ik holebi ben, beïnvloedt niet hoe hetero's met me omgaan.					
Ik denk bijna nooit na over het feit dat ik holebi ben als ik omga met hetero's.					
Het feit dat ik holebi ben, beïnvloedt niet hoe mensen met me omgaan.					
De meeste hetero's hebben veel meer gevoelens van angst en afkeer ten aanzien van holebi's dan ze eigenlijk tonen.					
Ik denk vaak dat hetero's er ten onrecht van beschuldigd worden angst en afkeer te hebben van holebi's.					
De meeste hetero's hebben er problemen mee om holebi's te zien als hun gelijken.					

Het volgende deel van de vragenlijst is enkel bedoeld voor transgenders, indien u niet transgender bent, ga dan direct door naar vraag 45.

ENKEL VOOR TRANSGENDERS

33. Heeft u al aan minstens één persoon verteld dat uw genderidentiteit anders is dan verwacht bij uw geboortegeslacht?

- Ja
- Neen → Ga verder naar vraag 44.

33b. Indien niet, kan u kort toelichten waarom niet?

.....

34. Hoe oud was u toen u voor het eerst aan iemand hierover vertelde?

- < 12 jaar
- 12-14 jaar
- 15-18 jaar
- 19-24 jaar
- 25 tot 29 jaar
- 30 tot 39 jaar
- 40 jaar of ouder

35. Sprak u over uw genderidentiteit met uw moeder?

- Ja
- Neen → Ga verder naar vraag 37
- Niet van toepassing → Ga verder naar vraag 37

36. Reactie / houding van uw moeder. Kruis telkens het meest toepasselijke antwoord aan.

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief
Hoe was de eerste reactie van uw moeder op uw genderidentiteit?					
Hoe is de huidige reactie van uw moeder op uw genderidentiteit?					

37. Sprak u over uw genderidentiteit met uw vader?

- Ja
- Neen → Ga verder naar vraag 39
- Niet van toepassing → Ga verder naar vraag 39

38. Reactie / houding van uw vader.

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief
Hoe was de eerste reactie van uw vader op uw genderidentiteit					
Hoe is de huidige reactie van uw vader op uw genderidentiteit?					

39. Sprak u over uw genderidentiteit met uw partner?

- Ja
- Neen → Ga verder naar vraag 41
- Niet van toepassing → Ga verder naar vraag 41

40. Reactie/houding van uw partner?

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief
Hoe was de eerste reactie van uw partner op uw genderidentiteit					
Hoe is de huidige reactie van uw (toenmalige) partner op uw genderidentiteit?					

41. Sprak u over uw genderidentiteit met uw kinderen?

- Ja
- Neen → Ga verder naar vraag 43
- Niet van toepassing → Ga verder naar vraag 43

42. Reactie / houding van uw kind(eren)

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief
Hoe was de eerste reactie van uw kind(eren) op uw seksuele oriëntatie?					
Hoe is de huidige reactie van uw kind(eren) op uw seksuele oriëntatie?					

Indien u meerdere kinderen hebt en hun reacties waren verschillend, noteer dit dan hier:

.....

43. Hoe reageerde uw brede omgeving initieel op uw genderidentiteit? Indien u het aan niemand vertelde dan kiest u 'niet van toepassing' (NVT).

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief	NVT
Familie (broers zussen, tantes, nonkels,...)						
Vrienden en kennissen						
School						
Werkvloer						
Vrije tijd (sportclub, hobbyclub,...)						

44. De volgende vragen bevatten een aantal stellingen. Geef aan in hoeverre u wel of niet akkoord gaat door het juiste cijfer per stelling te omcirkelen. (omcirkel één cijfer op elke regel)

	HELEMAAL NIET AKKOORD	2	3	4	HELEMAAL AKKOORD
Vooroordelen over transgenders hebben mij persoonlijk niet beïnvloed	1	2	3	4	5
Ik maak me nooit zorgen dat mijn gedragingen gezien zullen worden als stereotiep voor transgenders	1	2	3	4	5
Als ik omga met niet-transgenders die weten dat ik transgender ben, voel ik me alsof ze al mijn gedragingen interpreteren in termen van het feit dat ik transgender ben	1	2	3	4	5
De meeste niet-transgenders veroordelen transgenders niet op basis van hun genderidentiteit	1	2	3	4	5
Het feit dat ik transgender ben, beïnvloedt niet hoe transgenders met me omgaan.	1	2	3	4	5
Ik denk bijna nooit na over het feit dat ik transgender ben als ik omga met niet-transgenders	1	2	3	4	5
Het feit dat ik transgender ben, beïnvloedt niet hoe mensen met me omgaan	1	2	3	4	5

De meeste niet-transgenders hebben veel meer gevoelens van angst en afkeer ten aanzien van transgenders dan dat ze eigenlijk tonen	1	2	3	4	5
Ik denk vaak dat niet-transgenders oneerlijk beschuldigd worden angst en afkeer te hebben van transgenders	1	2	3	4	5
De meeste niet-transgenders hebben er een probleem mee om transgenders te zien als hun gelijken	1	2	3	4	5

DEEL 4: SOCIAAL NETWERK

De volgende vragen peilen naar uw verbondenheid met uw nabije omgeving en de mate waarin u op steun kan rekenen.

45. Hoeveel personen staan u zo dichtbij dat u op hen kunt rekenen indien u met zware problemen geconfronteerd wordt?

- Geen enkele
- 1 of 2
- 3 tot 5
- 6 of meer

46. Heeft u iemand die u in vertrouwen zou kunnen nemen over aspecten die te maken hebben met uw seksuele oriëntatie of genderidentiteit?

- Ja
- Neen

47. Voelt u zich geaccepteerd als holebi en/of transgender in uw sociale omgeving (familie, vriendenkring, school of werk,...)?

Helemaal niet						Helemaal wel	NVT (niemand is op de hoogte)
1	2	3	4	5	6	7	8

48. Bent u aangesloten bij een holebi vereniging?

- Ja
- Neen
- Niet van toepassing, ik ben geen holebi

49. Bent u aangesloten bij een transgendervereniging?

- Ja
- Neen
- Niet van toepassing, ik ben geen transgender

Select if If v48 = Ja of v49 = Ja

50. Kunt u daar terecht met eventuele problemen, put u er steun uit?

- Ja, altijd
- Soms
- Neen, nooit

51. In welke mate voelt u zich verbonden met onderstaande personen of groepen van mensen?

	Niet verbonden	Weinig verbonden	Neutraal	Verbonden	Sterk verbonden	NVT
De mensen waarmee je samenwoont						
Je hetero vrienden						
Je holebi- of transgendervrienden						
Familieleden						
Collega's of medestudenten						
Holebi- of transgendergemeenschap						
Andere belangrijke personen of groepen:.....						

52. In welke mate voelt u zich gesteund door onderstaande personen of groepen van mensen?

	Niet gesteund	Weinig gesteund	Neutraal	Gesteund	Sterk gesteund	NVT
De mensen waarmee je samenwoont						
Je hetero vrienden						
Je holebi- of transgendervrienden						
Familieleden						
Collega's of medestudenten						
Holebi- of transgendergemeenschap						
Andere belangrijke personen of groepen:.....						

DEEL 5: ERVARINGEN MET NEGATIEVE REACTIES EN GEWELD

De volgende vragen peilen naar de mogelijke ervaringen die u heeft gehad met negatieve reacties en geweld, omwille van uw seksuele oriëntatie of genderidentiteit.

VOOR GEBOORTEGESLACHT = VROUW

53. Kreeg u ooit (of krijgt u nog steeds) negatieve reacties omdat u te “jongensachtig/mannelijk” was (of bent)?

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak
1	2	3	4	5

VOOR GEBOORTEGESLACHT = MAN

54. Kreeg u ooit (of krijgt u nog steeds) negatieve reacties omdat u te “meisjesachtig/vrouwelijk” was (of bent)?

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak
1	2	3	4	5

55. Bent u ooit slachtoffer geweest van homofoob en/of transfoob geweld? Met ‘geweld’ bedoelen we verschillende aspecten: materiële beschadiging; verbaal, fysiek of seksueel geweld; pesten of uitsluiting; bedreiging,...

Nooit	Een uitzonderlijke keer	Ongeveer een keer per maand	Meerdere keren per maand	Ongeveer één keer per week	Meerdere keren per week	Dagelijks
0	1	2	3	4	5	6

Select if v55=1-6

56. Om welke soort incidenten/gedrag ging het? (meerdere antwoordopties mogelijk)

- Materiële beschadiging
- Verbaal geweld (schelden, beledigen)
- Fysiek geweld
- Seksueel geweld
- Roddelen
- Pestgedrag
- Uitgesloten worden
- Negeren
- Bedreiging of lastiggevallen worden
- Andere:

DEEL 6: GEZONDHEID

De volgende vragen peilen naar uw kwaliteit van leven en gezondheid. Sommige vragen kunnen gevoelig liggen en peilen naar de mate waarin u (ooit) geconfronteerd werd met gedachten aan zelfmoord. Ook al zijn deze vragen voor u misschien minder van toepassing, willen we u toch vragen deze te proberen te beantwoorden.

57. Hoe voelde je je de afgelopen weken? Duid je huidige klachten aan, niet die klachten die je in het verleden hebt gehad.

De laatste tijd... :

Heb je je kunnen concentreren op je bezigheden?

- Beter dan gewoonlijk
- Net zo goed als gewoonlijk
- Slechter dan gewoonlijk
- Veel slechter dan gewoonlijk

Ben je door zorgen veel slaap tekort gekomen?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

Heb je het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?

- Zinvoller dan gewoonlijk
- Net zo zinvol als gewoonlijk
- Minder zinvol dan gewoonlijk
- Veel minder zinvol dan gewoonlijk

Voelde je je in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?

- Beter dan gewoonlijk
- Net zo goed als gewoonlijk
- Wat minder goed dan gewoonlijk
- Veel minder goed dan gewoonlijk

Heb je het gevoel gehad dat je voortdurend onder druk stond?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

Heb je het gevoel gehad dat je je moeilijkheden niet de baas kon?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

Heb je plezier kunnen beleven aan je gewone, dagelijkse bezigheden?

- Meer dan gewoonlijk
- Evenveel als gewoonlijk
- Wat minder dan gewoonlijk
- Veel minder dan gewoonlijk

Ben je in staat geweest je problemen onder ogen te zien?

- Beter dan gewoonlijk
- Net zo goed als gewoonlijk
- Minder goed dan gewoonlijk
- Veel minder goed dan gewoonlijk

Heb je je ongelukkig en neerslachtig gevoeld?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

Ben je het vertrouwen in jezelf kwijtgeraakt?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

Heb je je als een waardeloos iemand beschouwd?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

Heb je je alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?

- Gelukkiger dan gewoonlijk
- Even gelukkig als gewoonlijk
- Minder gelukkig dan gewoonlijk
- Veel minder gelukkig dan gewoonlijk

58. Hebt u er ooit ernstig aan gedacht om een einde aan uw leven te maken?

- Ja, meerdere malen
- Ja, éénmaal
- Neen, nooit →ga naar vraag 60

59. Hebt u de afgelopen 12 maanden dergelijke gedachten gehad?

- Ja
- Neen

60. Hebt u ooit een zelfmoordpoging ondernomen?

- Ja, meerdere malen
- Ja, éénmaal
- Neen, nooit →ga naar vraag 62

61. Hebt u de afgelopen 12 maanden een zelfmoordpoging ondernomen?

- Ja
- Neen

62. De volgende vragenlijst bestaat uit een aantal uitspraken die steeds in groepen bij elkaar staan. Lees deze uitspraken aandachtig door. Kies vervolgens uit iedere groep de uitspraak die het beste beschrijft hoe je je de afgelopen week, inclusief vandaag, hebt gevoeld. Lees voordat je een keuze maakt alle uitspraken uit een groep. Duid uw keuze aan.

1. 0. Ik heb een matig tot sterke wens om te leven.
 1. Ik heb een zwakke wens om te leven.
 2. Ik heb geen wens om te leven.

2. 0. Ik heb geen wens om te sterven.
 1. Ik heb een zwakke wens om te sterven.
 2. Ik heb een matig tot sterke wens om te sterven.

3. 0. Mijn redenen om te leven wegen zwaarder dan die om te sterven.
 1. Mijn redenen om te leven en te sterven wegen ongeveer even zwaar.
 2. Mijn redenen om te sterven wegen zwaarder dan die om te leven.

4. 0. Ik heb geen verlangen om mijzelf te doden.
 1. Ik heb een zwak verlangen om mijzelf te doden.
 2. Ik heb een matig tot sterk verlangen om mijzelf te doden.

5. 0. Als ik in een levensbedreigende situatie zou zijn, zou ik proberen mijn leven te redden.
 1. Als ik in een levensbedreigende situatie zou zijn, zou ik aan het toeval overlaten of ik zou leven of sterven.
 2. Als ik in een levensbedreigende situatie zou zijn, zou ik niets ondernemen om de dood te vermijden.

6. 0. Ik heb korte perioden dat ik aan zelfdoding denk.
 1. Ik heb regelmatig perioden dat ik aan zelfdoding denk.
 2. Ik heb lange perioden dat ik aan zelfdoding denk.
 3. Niet van toepassing

7. 0. Ik denk zelden of af en toe aan zelfdoding.
 1. Ik denk regelmatig aan zelfdoding.
 2. Ik denk continu aan zelfdoding.
 3. Niet van toepassing

8. 0. Ik accepteer het idee om mijzelf te doden niet.
 1. Ik accepteer het idee om mijzelf te doden niet, maar verwerp het ook niet.
 2. Ik accepteer het idee om mijzelf te doden.
 3. Niet van toepassing

9. 0. Ik kan mijzelf ervan weerhouden om mijzelf te doden.
 1. Ik weet niet zeker of ik mijzelf ervan kan weerhouden om mijzelf te doden.
 2. Ik kan mijzelf er niet van weerhouden om mijzelf te doden.
 3. Niet van toepassing

10. 0. Ik zou geen zelfdoding plegen vanwege mijn familie, vrienden, godsdienst, mogelijk lichamelijke letsel door een poging tot zelfdoding, etc.
 1. Ik heb enige bedenkingen over het plegen van zelfdoding vanwege mijn familie, vrienden, godsdienst, mogelijk lichamelijke letsel door een poging tot zelfdoding, etc.
 2. Mijn familie, vrienden, godsdienst, mogelijk lichamelijke letsel door een poging tot zelfdoding etc. weerhouden mij er niet of bijna niet van om zelfdoding te plegen.
 3. Niet van toepassing

11. 0. Mijn redenen om mijzelf te doden zijn voornamelijk gericht op het beïnvloeden van andere mensen, zoals wraak nemen, anderen gelukkiger maken, aandacht krijgen van anderen, etc.
 1. Mijn redenen om mijzelf te doden zijn niet alleen gericht op het beïnvloeden van andere mensen, maar zijn ook een manier om mijn problemen op te lossen.
 2. Mijn redenen om mijzelf te doden zijn voornamelijk gebaseerd op het ontsnappen aan mijn problemen.
 3. Niet van toepassing

12.
 0. Ik heb geen specifiek plan voor mijn zelfdoding.
 1. Ik heb verschillende manieren voor zelfdoding overwogen, maar heb geen details uitgewerkt.
 2. Ik heb een gedetailleerd plan voor mijn zelfdoding.
 3. Niet van toepassing

13.
 0. Ik heb geen toegang tot een methode of een gelegenheid om mijzelf te doden.
 1. De methode die ik wil gebruiken voor mijn zelfdoding kost tijd en ik heb eigenlijk geen goede gelegenheid om deze methode te gebruiken.
 2. Ik heb toegang tot de methode die ik wil gebruiken voor mijn zelfdoding, of krijg in de toekomst toegang tot deze methode en heb ook de gelegenheid om deze methode te gebruiken.
 3. Niet van toepassing

14.
 0. Ik heb niet de moed of ik ben niet in staat om mijzelf te doden.
 1. Ik weet niet zeker of ik de moed heb of in staat ben om mijzelf te doden.
 2. Ik heb de moed en ben in staat om mijzelf te doden.
 3. Niet van toepassing

15.
 0. Ik verwacht niet dat ik een poging tot zelfdoding zal doen.
 1. Ik weet niet zeker of ik een poging tot zelfdoding zal doen.
 2. Ik weet zeker dat ik een poging tot zelfdoding zal doen.
 3. Niet van toepassing

16.
 0. Ik heb geen voorbereidingen getroffen om mijzelf te doden.
 1. Ik heb enige voorbereidingen getroffen om mijzelf te doden.
 2. Ik heb bijna alle of alle voorbereidingen getroffen om mijzelf te doden.
 3. Niet van toepassing

17.
 0. Ik heb geen afscheidsbrief geschreven.
 1. Ik heb nagedacht over het schrijven van een afscheidsbrief, of ben aan een afscheidsbrief begonnen, maar deze is nog niet klaar.
 2. Ik heb een afscheidsbrief geschreven.
 3. Niet van toepassing

18.
 0. Ik heb niks geregeld voor na mijn dood.
 1. Ik heb nagedacht over het regelen van bepaalde zaken voor na mijn dood.
 2. Ik heb alles geregeld voor na mijn dood.
 3. Niet van toepassing

19.
 0. Ik heb mijn verlangen om mijzelf te doden niet verborgen voor andere mensen.
 1. Ik ben terughoudend geweest tegenover andere mensen over mijn verlangen om mijzelf te doden.
 2. Ik heb geprobeerd mijn verlangen om mijzelf te doden verborgen te houden, geheim te houden of heb hierover gelogen.
 3. Niet van toepassing

20.
 0. Ik heb nooit een poging tot zelfdoding gedaan.
 1. Ik heb één keer een poging tot zelfdoding gedaan.
 2. Ik heb twee keer of vaker een poging tot zelfdoding gedaan.
 3. Niet van toepassing

21.
 0. Mijn wens om dood te gaan was tijdens de laatste poging laag.
 1. Mijn wens om dood te gaan was tijdens de laatste poging matig.
 2. Mijn wens om dood te gaan was tijdens de laatste poging hoog.
 3. Niet van toepassing

63a. Indien u reeds zelfmoordgedachten had, in hoeverre waren deze gedachten volgens u gerelateerd aan uw seksuele oriëntatie of genderidentiteit? Indien u nog nooit zelfmoordgedachten had, duid dan aan 'niet van toepassing' (NVT).

Helemaal niet gelinkt	In beperkte mate gelinkt	Neutraal/weet ik niet	In belangrijke mate gelinkt	Heel duidelijk gelinkt	NVT
1	2	3	4	5	NVT

63b. Kan u kort toelichten in welke zin de zelfmoordgedachten gelinkt waren aan uw seksuele oriëntatie of genderidentiteit?

DEEL 7: OMGAAN MET PROBLEMEN

Mensen reageren heel verschillend als ze met problemen of onaangename gebeurtenissen te maken krijgen. Wat men in een bepaald geval doet hangt sterk af van de aard van het probleem of de gebeurtenis en de ernst ervan. Toch reageert men OVER HET ALGEMEEN wat vaker op de ene dan op de andere manier.

64. Op de volgende pagina's staan een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan denken of doen als er problemen zijn. Gelieve na iedere zin aan te geven hoe vaak u in het algemeen op de beschreven manier reageert. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

	<i>zelden of nooit</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>zeer vaak</i>
1. Je bedenken dat er wel ergere dingen kunnen gebeuren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Proberen je te ontspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je volledig afzonderen van anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je ergernis laten blijken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De zaken somber inzien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Laten zien dat je kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Toegeven om moeilijke situaties te vermijden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je neerleggen bij de gang van zaken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je zorgen met iemand delen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tegen jezelf zeggen dat het allemaal wel mee zal vallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Problemen als een uitdaging zien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je zorgen tijdelijk verdrijven door er even uit te gaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. De kat uit de boom kijken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Spanningen proberen te verminderen door b.v. meer te roken, drinken, eten of beweging nemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Afleiding zoeken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Optimistisch blijven over de toekomst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kalm blijven in moeilijke situaties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Piekeren over het verleden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Opgewekt gezelschap zoeken als je je zorgen maakt of van streek bent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Proberen je te onttrekken aan een situatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je spanningen afreageren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wachten op betere tijden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Iemand om hulp vragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Rustgevende middelen gebruiken als je je gespannen voelt of nerveus bent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wegvluchten in fantasieën.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. De zaken eerst op een rij zetten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je geheel en al in beslag laten nemen door problemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Op de een of andere manier proberen je wat prettiger te voelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Je bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Je bedenken dat na regen zonneshijn komt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Je gevoelens tonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Troost en begrip zoeken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Moeilijkheden over je heen laten komen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. De humoristische kant van problemen zien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Laten merken dat je ergens mee zit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Met vrienden of familieleden het probleem bespreken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. De zaak op z'n beloop laten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Je niet druk maken: meestal komt alles op z'n pootjes terecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Je niet in staat voelen om iets te doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Jezelf moed inspreken bij moeilijkheden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOT SLOT

We zijn bijna klaar met de vragenlijst! Hartelijk dank dat u al zover bent geraakt. Afsluiten willen we graag met een positieve noot.

65. Alles bij elkaar genomen, hoe tevreden bent u op dit moment met uw leven? Geef een antwoord van 1 tot 10, waarbij 1 betekent dat u helemaal niet tevreden bent en 10 betekent dat u zeer tevreden bent. (omcirkel één cijfer)

Helemaal niet tevreden									Heel tevreden
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

66. Welke factoren hebben er doorheen uw leven voor gezorgd dat u zich wél goed in uw vel voelde? Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Vul gerust aan met zaken die voor u van belang waren.

- Politieke klimaat
- Steun van ouder(s)
- Steun van vriend(en)
- Verbondenheid met holebi- of transgenderbeweging
- Eigen veerkracht
- Zelfaanvaarding
- Positief school of werkklimaat
- Andere zaken:

.....

.....

.....

.....

67. Naar uw mening, op welke manier zou de Vlaamse Overheid en betrokken organisaties het welzijn van holebi's en transgenderpersonen nog meer kunnen versterken en beschermen?

SLOTTEKST

U bent klaar – Hartelijk dank voor uw deelname!

Hebt u naar aanleiding van deze vragenlijst behoefte of nood aan een gesprek of hulp, dan kan u terecht bij uw huisarts of onderstaande diensten:

Tele-Onthaal, voor algemene vragen en problemen

www.tele-onthaal.be

Tel.: 106 (gratis nummer) → 24u op 24, 7 dagen op 7 bereikbaar

Chatten via website (elke avond van 18u tot 23u en woensdagnamiddag vanaf 15u)

Zelfmoord 1813, voor vragen over zelfmoord.

www.zelfmoord1813.be

Tel.: 1813 (gratis nummer) → 24u op 24, 7 dagen op 7 bereikbaar

Chatten via website (elke avond van 19u tot 21u30)

Transgender Infopunt, voor vragen over het transgenderthema

www.transgenderinfo.be

contact@transgenderinfo.be

Tel. 0800/96319 (gratis nummer) → op donderdag en vrijdag van 9u tot 17u

Holebifoon, voor vragen over het holebithema

www.holebifoon.be

vragen@holebifoon.be

Tel. 0800/99533 (gratis nummer) en chat via website → op maandag, woensdag en donderdag van 18u30 tot 21u30

Hebt u specifieke vragen of opmerkingen over deze vragenlijst of het onderzoek, dan kan u terecht bij de onderzoekers: Eva.dumon@ugent.be

Doe mee aan het nieuwe onderzoek naar het psychisch welzijn van holebi's en transgender personen en...



"Reach OUT!"



Wat?

VLESP (het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, verbonden aan de Universiteit Gent) nodigt, in samenwerking met het Transgender Infopunt, alle holebi's en transgender personen uit om deel te nemen aan een nieuwe studie naar psychisch welzijn.

Met deze studie beogen de onderzoekers meer inzicht te krijgen in:

- de prevalentie van psychische problemen en zelfmoordgedachten bij holebi's en transgender personen in Vlaanderen.
- factoren die bijdragen aan de specifieke kwetsbaarheid van sommige holebi's en transgenderpersonen voor het ontwikkelen van psychische problemen en zelfmoordgedachten.
- Factoren die het welzijn van holebi's en transgenderpersonen bevorderen.

Door deel te nemen kan je de toekomstige preventie van psychische problemen bij holebi's en transgender personen in Vlaanderen versterken!

Doe mee!

Deelnemen kan door het invullen van een anonieme online vragenlijst die peilt naar enkele persoonskenmerken, ervaringen en je psychisch welzijn.

De vragenlijst invullen duurt ca. 20 minuten.

Je vindt de vragenlijst online van 1 september tot 30 november via:

<http://surveys.zelfmoord1813.be/s3/LGBT>

Een papieren versie is op vraag verkrijgbaar. Alvast heel erg dank voor je deelname!



#Ireachedout

Neem een selfie van je hand op je hart en deel dit op sociale media met de hashtag #Ireachedout en de link naar de survey.

Blijf op de hoogte! : [Lgbt_reach_out](#)

VLESP | Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie



0800 99 533
HOLEBIFOON.BE
vraag@holebifoon.be

Wie kan deelnemen?

- Personen die zich identificeren als homo, lesbisch of biseksueel.
EN/OF
transgender personen: travesties, transmannen, transvrouwen, genderqueers,...
- + 16 jaar
- Wonend in Vlaanderen
- Deze studie richt zich tot alle holebi's en transgender personen, ongeacht of ze geconfronteerd werden met psychische problemen.
Elk verhaal telt!

Deze studie vindt plaats op vrijwillige basis en brengt geen extra kosten met zich mee. Gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Vragen?

Contacteer de onderzoekers:

T 09 332 07 75 (VLESP)
✉ eva.dumon@ugent.be

Verboden op de openbare weg te gooien.

VLESP | Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie



0800 99 533
HOLEBIFOON.BE
vraag@holebifoon.be

zelfmoord1813.be
voor info en hulp

1813
zelfmoord

**Doe mee aan het nieuwe onderzoek
naar het psychisch welzijn
van holebi's en transgenders en...**

Reach out!

surveys.zelfmoord1813.be/s3/LGBT

Blijf op de hoogte!



Lgbt_reach_out

Deelname mogelijk

van 1 september tot 30 november 2015

#Ireachedout

Neem een selfie van je hand op je hart en deel dit op de sociale media met de hashtag #Ireachedout en de link naar de survey.



VLESP | Vlaams
Expertisecentrum
Suicidepreventie



0800 99 533
HOLEBIFOON.BE
vragen@holebifoon.be



transgenderinfo.be
☎ 0800 96 316

zelfmoord1813.be
voor info en hulp

1813
zelfmoord

SNACKIE FOR YOUR SELFIE

Zin in een lekkere snack?

Neem een *selfie* met uw hand op uw hart en steun zo een onderzoek naar het psychisch welzijn van holebi's en of transgenderpersonen!

Deel deze selfie via uw sociale media met [#lreachedout](#) en surveys.zelfmoord1813.be/s3/LGBT



En kies uw lievelingssnack!



VLESP

Viaams
Expertisecentrum
Suïcidepreventie



zelfmoord1813.be
voor info en hulp
1813
zelfmoord



0800 99 533
HOLEBIFOON.BE
vragen@holebifoon.be



metro **GAZET VAN ANTWERPEN** **HLNB** **N** Het Nieuwsblad

Onderzoek naar verhoogd zelfdodingsrisico onder holebi's en transgen
 04/11/2015
 Bron © BELGA

Onderzoek naar verhoogd zelfdodingsrisico onder holebi's en transgen
 Vandaag om 16:22
 Bron © BELGA

Onderzoek naar verhoogd zelfdodingsrisico onder transgen
 Tweet
 Vandaag om 16:22
 Bron © BELGA

Onderzoek naar verhoogd zelfdodingsrisico onder holebi's en transgen
 04/11/2015
 Bron © BELGA

HET BELANG VAN **DeMorgen.** **ds De Standaard**

Onderzoek naar verhoogd zelfdodingsrisico onder holebi's en transgen
 Vandaag om 16:22
 Bron © BELGA

Onderzoek naar verhoogd zelfdodingsrisico onder holebi's en transgen
 WETENSCHAP
 04-11-15, 16.26u - Bron: Belga

Onderzoek naar verhoogd zelfdodingsrisico onder holebi's en transgen
 Vandaag om 16:22
 Bron © BELGA

Onderzoek naar verhoogd zelfdodingsrisico onder holebi's en transgen
 Vandaag om 16:22
 Bron © BELGA

BEDANKT!

14.4 LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1: Overzicht van geografische event-based rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners)	5
Figuur 2: Statistieken van het Centrum voor Seksuologie en Gender aan het UZ Gent	21

14.5 LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1: Suïcidepogingen LGBT steekproef	35
Tabel 2: Complexiteit van doelgroep: geboortegeslacht *genderidentiteit	41
Tabel 3: Groepering per genderidentiteit	42
Tabel 4: Leeftijdscategorieën	42
Tabel 5: Opleiding	43
Tabel 6: Inkomen.....	44
Tabel 7: Alleenwonend	44
Tabel 8: Belang aan religie	44
Tabel 9: Complexiteit seksuele oriëntatie	45
Tabel 10: Nieuwe groepering seksuele oriëntatie	46
Tabel 11: Coming-out omtrent seksuele oriëntatie	47
Tabel 12: Coming-out omtrent genderidentiteit.....	49
Tabel 13: Coming-out: leeftijd genderidentiteit	49
Tabel 14: Steun genderidentiteitsgroepen	51
Tabel 15: Frequentie van geweld * genderidentiteitsgroepen	52
Tabel 16: Zelfmoordgedachten (Lifetime) * Genderidentiteit	53
Tabel 17: O1 – Holebi's: Prevalentiegegevens.....	54
Tabel 18: O1 – Homoseksuele en biseksuele mannen: prevalentiegegevens	55
Tabel 19: O1 – Lesbische en biseksuele vrouwen: prevalentiegegevens	55
Tabel 20: O1 -Transgender personen: prevalentiecijfers: genderidentiteit.....	57
Tabel 21: O1: Transgender personen: prevalentiecijfers: gendernorm.....	57
Tabel 22: O1 - Transgender personen: prevalentiecijfers: geboortegeslacht.....	58
Tabel 23: O1 - Transgender personen: prevalentiecijfers: seksuele oriëntatie	59
Tabel 24: O1 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: prevalentiecijfers	59
Tabel 25: O1 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: genderidentiteit of gendernorm .	59
Tabel 26: O1- Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: seksuele oriëntatie	60
Tabel 27: O1 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: prevalentiecijfers.....	60
Tabel 28: O1 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: genderidentiteit of gendernorm	61
Tabel 29: O1 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: seksuele oriëntatie	61
Tabel 30: O2 - Holebi's: univariate logistische regressies	62
Tabel 31: O2 - Holebi's: multivariate logistische regressie	63
Tabel 32: O2 - Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies.....	63

Tabel 33: O2 - Homo- en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie	63
Tabel 34: O2 - Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie	64
Tabel 35: O2 - Transgender personen: univariate logistische regressies.....	65
Tabel 36: O2 - Transgender personen: multivariate logistische regressie	65
Tabel 37: O2 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	66
Tabel 38: O2 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies .	66
Tabel 39: O2 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	67
Tabel 40: O3 - Holebi's: univariate logistische regressies	68
Tabel 41: O3 – Holebi's: tussenstap 1, multivariate logistische regressie	68
Tabel 42: O3 - Holebi's: tussenstap 2, multivariate logistische regressie	69
Tabel 43: O3 - Holebi's: tussenstap 3, multivariate logistische regressie.....	69
Tabel 44: Holebi's: multivariate logistische regressie	70
Tabel 45: Holebi's: multivariate logistische regressie (2).....	70
Tabel 46: O3- Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies	71
Tabel 47: O3 – Homoseksuele en biseksuele mannen: tussenstap 1, multivariate logistische regressie	71
Tabel 48: O3 – Homoseksuele en biseksuele mannen: tussenstap 2, multivariate logistische regressie	72
Tabel 49: O3 – Homoseksuele en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie	72
Tabel 50: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: univariate logistische regressie.....	73
Tabel 51: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: tussenstap 1, multivariate logistische regressie	73
Tabel 52: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: tussenstap 2, multivariate logistische regressie	73
Tabel 53: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: tussenstap 3, multivariate logistische regressie	74
Tabel 54: O3 – Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie	74
Tabel 55: O3 - Transgender personen: univariate logistische regressies.....	76
Tabel 56: O3 - Transgender personen: tussenstap 1, multivariate logistische regressie	76
Tabel 57: O3 - Transgender personen: tussenstap 2, multivariate logistische regressie	76
Tabel 58: O3 - Transgender personen: tussenstap 3, multivariate logistische regressie	77
Tabel 59: O3 - Transgender personen: tussenstap 4, multivariate logistische regressie	77
Tabel 60: O3 - Transgender personen: multivariate logistische regressie	77
Tabel 61: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies..	78
Tabel 62: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: tussenstap 1, multivariate log. regressie	78
Tabel 63: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: tussenstap 2, multivariate log. regressie.....	78
Tabel 64: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: tussenstap 3, multivariate log. regressie	79
Tabel 65: O3 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	79
Tabel 66: O3 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressie ..	80

Tabel 67: O3 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: tussenstap 1, multivariate log. regressie	80
Tabel 68: O3 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: tussenstap 2, multivariate log. regressie	80
Tabel 69: O3 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	80
Tabel 70: O4 – Holebi’s: univariate logistische regressies	82
Tabel 71: O4 – Holebi’s: multivariate logistische regressie.....	83
Tabel 72: O4 – Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies	83
Tabel 73: O4- Homoseksuele en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie.....	84
Tabel 74: O4 – Lesbische en biseksuele vrouwen: univariate logistische regressies	85
Tabel 75: O4 – Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie	85
Tabel 76: O4 - Transgender personen: univariate logistische regressies.....	86
Tabel 77: O4 - Transgender personen: multivariate logistische regressie	87
Tabel 78: O4 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies..	87
Tabel 79: O4 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	88
Tabel 80: O4 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies .	88
Tabel 81: O4 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	89
Tabel 82: O5 – Holebi’s: univariate logistische regressies	90
Tabel 83: O5 – Holebi’s: multivariate logistische regressie	91
Tabel 84: O5 – Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies	91
Tabel 85: O5 – Homoseksuele en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie.....	92
Tabel 86: O5 – Lesbische en biseksuele vrouwen: univariate logistische regressie.....	92
Tabel 87: O5 – Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie	93
Tabel 88: O5 - Transgender personen: univariate logistische regressies.....	94
Tabel 89: O5 - Transgender personen: multivariate logistische regressie	94
Tabel 90: O5 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies..	95
Tabel 91: O5 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	95
Tabel 92: O5 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies .	95
Tabel 93: O5 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	96
Tabel 94: O6 – Holebi’s: univariate logistische regressies	96
Tabel 95: O6 – Holebi’s: multivariate logistische regressie.....	97
Tabel 96: O6 – Homoseksuele en biseksuele mannen: univariate logistische regressies	97
Tabel 97: O6 – Homoseksuele en biseksuele mannen: multivariate logistische regressie	98
Tabel 98: O6 – Lesbische en biseksuele vrouwen: univariate logistische regressies	98
Tabel 99: O6 – Lesbische en biseksuele vrouwen: multivariate logistische regressie	98
Tabel 100: O6 - Transgender personen: univariate logistische regressies.....	99
Tabel 101: O6 - Transgender personen: multivariate logistische regressie	99

Tabel 102: O6 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies	100
Tabel 103: O6 - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressies	100
Tabel 104: O6 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: univariate logistische regressies	100
Tabel 105: O6 - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht: multivariate logistische regressie	101
Tabel 106: Samenvattende multivariate logistische regressie – Holebi’s	102
Tabel 107: Samenvattende multivariate logistische regressie - homoseksuele en biseksuele mannen	103
Tabel 108: Samenvattende multivariate logistische regressie – Lesbische en biseksuele vrouwen	104
Tabel 109: Samenvattende multivariate logistische regressie - Transgender personen	105
Tabel 110: Samenvattende multivariate logistische regressie - Transgender personen met een mannelijk geboortegeslacht	106
Tabel 111: Samenvattende multivariate logistische regressie - Transgender personen met een vrouwelijk geboortegeslacht	107
Tabel 112: Samenvattende modellen	107