

## Hoofdstuk 3

# Reproductief welzijn

---

Joke Vandamme, Ann Buysse en Guy T'Sjoen

Een zwangerschap betekent voor vele mannen en vrouwen een belangrijke fase in hun leven. Deze gebeurtenis verloopt echter niet voor iedereen zoals men op voorhand had gedacht of gehoopt. In dit hoofdstuk willen we daarom inzoomen op een aantal klinisch en maatschappelijk relevante fenomenen inzake reproductiviteit en fertiliteit in Vlaanderen. Voordat we dit doen, bespreken we eerst een aantal algemene cijfers inzake zwangerschap en geboorte bij respondenten die aan de Sexpertstudie deelnamen. In dit inleidende hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de volgende vragen: hoeveel respondenten in onze steekproef hebben ooit een zwangerschap meegemaakt, hoeveel respondenten hebben ooit de geboorte van een eigen kind meegemaakt, op welke leeftijd zijn zij voor de eerste keer ouder geworden van een kind? Analoog aan de publicatie over zwangerschappen uit de recentste Nederlandse populatiestudie (Picavet, 2012) gaan we bijvoorbeeld na hoeveel tienerzwangerschappen er nog worden gerapporteerd. Andere (demografische en sociologische) studies hebben deze cijfers ook reeds in kaart gebracht, waardoor onze cijfers hierover niet nieuw zijn (zie bijvoorbeeld De Wilde, 2009; Van Bavel & Bastiaenssen, 2007). De bedoeling is echter om na te gaan hoe representatief onze steekproef is wat zwangerschap en geboorte in Vlaanderen betreft.

Na dit inleidende hoofdstuk bekijken we hoeveel van de door de respondenten gerapporteerde zwangerschappen op dit moment als ongepland en ongewenst worden benoemd. Betekent ongepland iets anders dan ongewenst? Hoeveel van die onbedoelde zwangerschappen eindigden in een abortus? We stellen ons de vraag of onze cijfers over recent onbedoelde zwangerschappen vergelijkbaar zijn met de cijfers uit buitenlandse populatiestudies, voornamelijk die uit onze buurlanden Frankrijk<sup>58</sup> (Bajos, Leridon, Goulard, Oustry & Job-Spira, 2003) en Nederland<sup>59</sup> (Bakker et al., 2009).<sup>60</sup> Daar-

---

58. We gebruiken hier de cijfers van de Franse COCON-groep. Deze groep bevroeg een representatieve groep van huishoudens over hun ervaring met ongewenste zwangerschappen en abortus. Het rapport van de recente Franse populatiestudie (de CFS-studie), zoals vermeld in de inleiding van het boek (Bajos & Bozon, 2008) is voor dit hoofdstuk onbruikbaar omdat een rapport over ongewenste zwangerschappen en/of abortus daar ontbreekt.

59. De cijfers over onbedoelde zwangerschappen uit de recentste Nederlandse populatiestudie 'Seksuele Gezondheid in Nederland 2011' (Picavet, 2012) zijn te beperkt en te verschillend van onze cijfers (zie percentages op de totale groep vrouwen) om hier goede vergelijkingen te kunnen maken. Vandaar dat we ons voor een betere vergelijking met internationale cijfers baseren op de eerder uitgevoerde Nederlandse populatiestudie van 2009 ('Seksuele Gezondheid in Nederland 2009'), waar soortgelijke cijfers als deze hier werden gerapporteerd (cijfers op zwangerschapsniveau).

60. De cijfers uit de Britse populatiestudie ('NATSAL 2000'), die vermeld wordt in de inleiding van het boek (Johnson et al., 2001), zijn eveneens moeilijk te vergelijken met de cijfers hier, aangezien ook daar de rapporten over abortus gebaseerd zijn op cijfers op respondentenniveau, terwijl wij hier werken met cijfers op zwangerschapsniveau.

naast vragen we ons af welke situationele factoren er samengaan met de beleving van een onbedoelde zwangerschap en de uitkomst daarvan. In tegenstelling tot de reeds aangehaalde populatiestudies focussen we hierbij niet op het identificeren van ‘risicogroepen’ zoals de etnische en sociaaleconomische verschillen die we vinden bij vrouwen die ooit een abortus ondergingen in het Britse rapport van Erens, Field, McManus & Prescott (2002) of bij vrouwen die ooit een ongeplande zwangerschap meemaakten in het recentste Nederlandse rapport van Picavet (2012). We kijken daarentegen naar de context van groepen van zwangerschappen, over respondenten heen. Ten slotte stellen we ons de vraag of er een verband bestaat tussen de beleving en de uitkomst van vroeger meegemaakte zwangerschappen en het individuele welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst. In tegenstelling tot het rapport van Erens et al. (2002), bijvoorbeeld, focussen we in dit hoofdstuk vooral op subjectieve inschattingen van het fysieke, mentale en seksuele welzijn en niet op (seksuele) gedragingen (bijvoorbeeld het aantal seksuele partners van de laatste zes maanden) *an sich*.

In het laatste hoofdstuk gaan we na hoe vaak respondenten reeds problemen hebben ervaren bij het komen tot een zwangerschap of het uitdragen van een zwangerschap. Hoeveel van de gerapporteerde zwangerschappen eindigden in een spontaan miskraam? Hoeveel werden er om medische redenen afgebroken? Deze cijfers worden vergeleken met de iets oudere prospectieve studie van zwangerschappen in Groot-Brittannië (Everett, 1997).<sup>61</sup> Hoeveel respondenten werden ooit met vruchtbaarheidsproblemen geconfronteerd? Zetten ze daarbij de stap richting hulpverlening? Hoeveel van deze respondenten kiest voor een vruchtbaarheidsbehandeling? We vergelijken deze cijfers met een bekende review over de prevalentie van vruchtbaarheidsproblemen wereldwijd (Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007).<sup>62</sup> Als laatste stellen we ons de vraag of vruchtbaarheidsproblemen uit het verleden gerelateerd zijn aan het mentale, fysieke en seksuele gevoel van welzijn op dit moment, analoog aan de vragen hierover bij het stuk over onbedoelde zwangerschappen.

Om op al deze vragen een antwoord te kunnen bieden, werd de totale groep mannen en vrouwen die aan de Sexpert-studie deelnam, in drie nieuwe, betekenisvolle leeftijdscategorieën opgedeeld. De eerste groep ( $N=135$ ) bevat de 14- tot 17-jarigen, een representatie van de Vlaamse tieners in onze steekproef. De tweede en grootste groep ( $N=979$ ) bevat de volwassenen die momenteel in de vruchtbare leeftijdsfase zitten, d.w.z. de 18- tot 50-jarigen.<sup>63</sup> De derde en laatste groep ( $N=711$ ) bevat de 51- tot 80-jarige respondenten (diegenen die hun vruchtbare periode reeds hebben

61. Enkel het rapport van de Britse populatiestudie (Erens et al., 2001) bevat cijfergegevens over de ervaring met spontane afbrekingen van zwangerschappen. Deze cijfers zijn echter opnieuw moeilijk te vergelijken met de cijfers uit dit boek, aangezien ze uitgerekend zijn op respondentenniveau, terwijl wij hier opnieuw werken met miskraamcijfers op zwangerschapsniveau. Vandaar de vergelijking met een andere Britse studie, die soortgelijke cijfers rapporteerde.

62. Opnieuw zijn we hier genoodzaakt om te vergelijken met een andere studie dan de Nederlandse, Franse of Britse populatiestudies zoals vermeld in de inleiding. Deze laatste rapporteren namelijk geen bruikbare cijfergegevens over vruchtbaarheidsproblemen, subfertiliteit of infertiliteit.

63. De 50-jarige leeftijd is voor een vrouw gemiddeld de leeftijd waarop de vruchtbaarheid stopt en ze in menopauze gaat (McKinlay, Brambilla & Posner, 1992). Voor mannen is deze leeftijdsgrens er niet, maar voor de uniformiteit over de geslachten heen, namen we dezelfde leeftijdscategorieën.

afgesloten), met de bedoeling om het in deze groep te hebben over zwangerschappen vanuit een ‘lifetime’ perspectief. Deze leeftijdsgrens van 50 jaar is conform andere rapporten over vruchtbaarheid en zwangerschap (Van Bavel & Bastiaenssen, 2007). Respondenten uit deze leeftijdscategorie zijn ook geboren vóór 1960, het jaar waarin het ontstaan van de anticonceptiepil voor een efficiëntere geboortepanning heeft gezorgd. Het volledige hoofdstuk door worden deze drie leeftijdscategorieën aangehouden, tenzij er belangrijke (statistisch significante) verschillen waren binnen de groep 18- tot 50-jarigen. Wanneer dit het geval was, werden de resultaten nogmaals opgesplitst voor de twintigers ( $N=358$ ), dertigers ( $N=286$ ) en veertigers ( $N=335$ ) apart, consistent met de andere hoofdstukken van het boek.

## 1. Het reproductieve leven van de mensen in Sexpert

Tabel 1 geeft het aantal vrouwen weer dat ooit zelf een zwangerschap heeft meegeemaakt en het aantal vrouwen waarbij dit geresulteerd heeft in de geboorte van een kind.<sup>64</sup> Daar is te zien dat, van alle vrouwelijke 50-plussers – die dus tot de postreproductieve leeftijdsgroep behoren – 88.4% ooit zelf zwanger was. In diezelfde groep vrouwen heeft 87.7% ooit zelf een kind ter wereld gebracht. Gemiddeld gezien heeft een vrouwelijke respondent uit deze leeftijdsgroep gedurende haar hele leven 2.1 kinderen gebaard. Binnen de groep vrouwen van vruchtbare leeftijd (18 tot 50 jaar) zijn er nog eens verschillen naargelang de leeftijd op het moment van de vragenlijst. Zo stellen we vast dat 27.1% van de twintigers, 79.3% van de dertigers en 85.6% van de veertigers ooit zelf zwanger was en respectievelijk 24.9%, 76.4% en 82.5% van hen ooit zelf een kind heeft gebaard. Zwangerschappen in de categorie 14- tot 17-jarigen zijn zeer zeldzaam: twee meisjes maakten ooit een zwangerschap mee, geen daarvan werd uitgedragen. Huidige tienerzwangerschappen blijken in onze steekproef dus nagenoeg afwezig te zijn. Als gevolg van het lage aantal zwangerschappen in deze leeftijdsgroep, wordt voor alle volgende cijfers over zwangerschap en vruchtbaarheid enkel nog rekening gehouden met de twee overige leeftijdsgroepen.

Tabel 1. Percentage vrouwen dat ervaring heeft met zwangerschap en geboorte, naar leeftijd.

	Zwangerschap (%)*	Geboorte (%)**
<i>N</i>	916	916
Totaal	68.6%	66.7%
Tieners (14-17j.)	3.2%	0.0%
Vruchtbare volwassenen (18-50j.)	61.7%	59.2%
Postreproductieve volwassenen (+50j.)	88.4%	87.8%

\* $\chi^2(2)=203.52$ ;  $p<.01$

\*\* $\chi^2(2)=212.29$ ;  $p<.01$

64. Een artefact van onze vragenlijst heeft ons ertoe gebracht om hier enkel de resultaten voor vrouwen weer te geven. Door een filterfout kregen mannen zonder huidige partner de zwangerschapsvragen niet voorgelegd. Hiermee moet enigszins rekening gehouden worden wanneer de verder gepresenteerde resultaten voor mannelijke respondenten worden geïnterpreteerd.

De voorgaande cijfers geven aan dat meer dan één op tien vrouwelijke 50-plussers (geboren vóór 1960), geen eigen kinderen heeft; volgens sommige gegevens een mogelijke indicatie van ongewenste kinderloosheid in deze leeftijdsgroep (HGR, 2010). Ook zijn tienerzwangerschappen hier niet zo frequent, consistent met de lage cijfers uit een recent Vlaams jaarrapport inzake tienerzwangerschappen (zie De Wilde, 2009) en analoog aan de lage cijfers in Nederland (zie Picavet, 2012). Ook ons cijfer over het gemiddeld aantal kinderen per vrouw (zijnde 1.5, berekend op de volledige steekproef) ligt volledig in lijn met het sinds 1985 constante ‘vruchtbaarheidscijfer’ zoals men dit in bevolkingsrapporten benoemt (Van Bavel & Bastiaensen, 2007). Onze steekproef is dus representatief voor de Vlaamse populatie wat zwangerschap en geboorte betreft.

We bekijken verder wat de gemiddelde leeftijd was waarop onze respondenten voor de eerste keer ouder werden, d.w.z. de leeftijd waarop een zelf meegemaakte zwangerschap voor de eerste keer resulteerde in de geboorte van een kind. Tabel 2 toont zowel de cijfers voor de mannen als voor de vrouwen, in tegenstelling tot de vorige tabel (voor uitleg, zie voetnoot op de vorige pagina). Deze cijfers betreffen 599 eerste geboortes gerapporteerd door de vrouwen en 454 eerste geboortes gerapporteerd door de mannen. Mannen blijken gemiddeld later het ouderschap aan te vangen (op ongeveer 27 jaar) dan vrouwen (op ongeveer 25 jaar). Ook werden de jongere respondenten – zowel de vrouwelijke als de mannelijke – gemiddeld later voor de eerste keer moeder of vader dan de oudere respondenten. Binnen de groep 18- tot 50-jarigen waren er nog leeftijdsverschillen (niet in tabel): de groep twintigers rapporteerde een gemiddeld lagere leeftijd van ongeveer 25 jaar (mannen) en 23 jaar (vrouwen), terwijl de groep dertigers een gemiddelde leeftijd rapporteerde van ongeveer 28 jaar (mannen) en 26 jaar (vrouwen). Dit verschil is hoogstwaarschijnlijk te wijten aan de variabiliteit in het tijdstip waarop deze groepen de vragenlijst hebben ingevuld: slechts een kleine groep van 64 twintigers (18%) maakte ooit al de geboorte van een kind mee, terwijl reeds 197 dertigers (69%) dit ooit al meemaakten. Dit betekent dat een grote groep twintigers nog voor de eerste keer ouder moet worden en diegenen die het al zijn, dit waarschijnlijk op een jongere leeftijd zijn geworden.

Tabel 2. Gemiddelde leeftijd (in jaren) bij geboorte van eerste kind, naar geslacht en leeftijd.

Leeftijd geboorte eerste kind		N	Gemiddelde (SD)
Vrouwen*	Vruchtbare volwassenen (18-50j.)**	272	25.6 (4.2)
	Postreproductieve volwassenen (+50j.)**	327	24.2 (3.9)
	<b>Totaal</b>	<b>599</b>	<b>24.8 (4.1)</b>
Mannen*	Vruchtbare volwassenen (18-50j.)***	224	28.5 (4.3)
	Postreproductieve volwassenen (+50j.)***	230	26.0 (4.9)
	<b>Totaal</b>	<b>454</b>	<b>27.2 (4.8)</b>

\* $t(891.8)=8.61; p < .01$

\*\* $t(597)=4.47; p < .01$

\*\*\* $t(452)=5.58; p < .01$

Onze cijfers over de leeftijd van ouders bij de geboorte van hun eerste kind zijn in overeenstemming met de Europese trend inzake het uitstel van de start van het eerste ouderschap (Van Bavel & Bastiaenssen, 2007), al lag de gemiddelde leeftijd van een vrouw bij de geboorte van haar eerste kind volgens de populatiecijfers van 2008 op een hogere 27.7 jaar (Kind en Gezin, 2009) en volgens een nog recenter rapport op een nog hogere 28.3 jaar (VZG, 2011).<sup>65</sup> Zowel de demografische oorzaken van deze evolutie als de gevolgen ervan voor de prevalentie van vruchtbaarheidsproblemen en risicozwangerschappen, worden elders uitgebreid besproken (Van Bavel & De Wachter, 2007).

## 2. Help, zwanger! Wat met de planning van onze reproductie?

### 2.1. Onbedoelde zwangerschappen: theoretische en empirische achtergrond

Soms ervaren mensen een zwangerschap als ‘onbedoeld’. Een fout gelopen anti-conceptiegebruik is dan een vaak vermelde oorzaak voor deze ervaring (Bajos et al., 2003). Een onbedoelde zwangerschap meemaken, kan twee dingen betekenen die los van elkaar of samen kunnen voorkomen. Het kan ten eerste betekenen dat iemand de zwangerschap niet had voorbereid, wat inhoudt dat men bijvoorbeeld niet bewust was gestopt met het gebruiken van anticonceptie of men nog niet met de partner over toekomstige kinderen had gesproken. Tegelijkertijd kan het betekenen dat iemand de zwangerschap als negatief beleeft omdat men bijvoorbeeld het gevoel heeft er nog niet klaar voor te zijn, omdat men nog onzeker is over de relatie met de huidige partner of om nog andere redenen. In de literatuur worden deze twee betekenissen als een ongeplande en een ongewenste zwangerschap benoemd, respectievelijk refererend aan de afwezigheid van een bewust gedrag voorafgaand aan een zwangerschap enerzijds en een negatief gevoel die men ervaart bij de zwangerschap anderzijds (Stanford, Hobbs, Jameson, DeWitt & Fischer, 2000). Iemand kan een zwangerschap dan helemaal niet bewust hebben gepland (bv. een vrouw wordt zwanger meteen na de geboorte van haar eerste kind omdat ze dacht dat ze nog niet opnieuw vruchtbaar was), maar deze zwangerschap toch als gewenst ervaren (bv. de vrouw wou ooit toch twee kinderen). Heel wat onderzoek heeft zich dan ook de vraag gesteld naar mogelijke determinanten voor het benoemen van een zwangerschap als ‘ongewenst’; vaak met de conclusie dat het om een palet van idiosyncratisch ingebedde redenen gaat (Bouchard, 2005; Maxson & Miranda, 2011; Schreiber, Whittington, Cen & Maslankowski, 2011).

Uit onderzoek blijkt ook dat de beslissing die men neemt over het verdere verloop van een onbedoelde zwangerschap – ‘kiest’ men voor een abortus, draagt men de

65. Al zijn deze cijfers moeilijk te vergelijken, aangezien wij met het aantal zwangerschappen per leeftijdsgroep werken, terwijl de bevolkingsrapporten over zwangerschappen over een volledig jaar rapporteren, gecontroleerd voor de leeftijd op het moment van de bevraging.

zwangerschap verder uit of gaat men voor adoptie – vooral bepaald wordt door de mate van gewenstheid van de zwangerschap (Fisher, Stanford, Jameson & DeWitt, 1999). Een hele reeks onderzoeken heeft aangetoond dat een zwangerschap die ongewenst is, risico's kan inhouden voor het gemoed en de gezondheid van zowel de toekomstige ouder als de baby zelf (Blake et al., 2007; Gipson, Koenig & Hindin, 2008). Zeker wanneer een ongewenste zwangerschap wordt uitgedragen en er weinig steun komt van de partner, of indien er veel relationele conflicten zijn, kan dit zeer funest zijn voor de latere interactie tussen ouder en kind (Barber, Anxinn & Thornton, 1999; Leathers & Kelley, 2000). Bepaalde onderzoeken hebben echter ook de mogelijke gezondheidsrisico's aangehaald voor de vrouw die beslist om een ongewenste zwangerschap te aborteren (Thorp, Hartmann & Shadigian, 2002). Hoewel recente onderzoeken het tegendeel aantonen, dat er namelijk met uitzondering van vrouwen met bepaalde kwetsbaarheden, geen gevolgen zijn voor het mentale welzijn (Charles, Polis, Sridhara & Blum, 2008; Major et al., 2009), blijven er toch nog heel wat morele en politieke discussies over het abortusthema (Guthrie, 2007; Løkeland, 2004).

In deze mogelijke betekenisverleningen van een onbedoelde zwangerschap is het belangrijk om rekening te houden met het tijdstip waarop en de context waarin mensen deze ervaring beoordelen. Terugblikken op een vroegere zwangerschap kan namelijk beïnvloed worden door wat men heeft meegemaakt in de periode tussen de zwangerschap en het moment van beoordeling (een moeilijk verloop van de zwangerschap, een scheiding van de toenmalige partner, een kind waarmee men een slechte band heeft opgebouwd, ...). Daarbovenop kan het benoemen van een zwangerschap als 'gepland' voor iedereen iets anders betekenen. Iedere maatschappij heeft immers bepaalde waarden en normen rond reproductie, die (soms impliciet) hun invloed uitoefenen op hoe men een zelf meegemaakte zwangerschap beoordeelt (Fisher et al., 1999). Voor een uitgebreide kritiek op de twee vaak beschreven dimensies van een onbedoelde zwangerschap (ongepland en ongewenst), zie Santelli et al. (2003).

De recente cijfers over onbedoelde zwangerschappen in ons buurland Nederland tonen dat dit soort zwangerschappen niet zeldzaam zijn, met 20% ongeplande en 6 tot 11% ongewenste zwangerschappen gedurende het laatste jaar (Bakker et al., 2009). Tussen het jaar 1982 en het jaar 2003 zouden deze percentages echter gedaald zijn (de Graaf & Loozen, 2005). Het recentste Nederlandse rapport geeft zelfs aan dat het aantal vrouwen dat met een ongewenste zwangerschap werd geconfronteerd, nu zo laag ligt dat een analyse naar risicoprofielen van deze groep vrouwen onmogelijk wordt (Picavet, 2012). Een toegenomen, toegankelijker anticonceptiegebruik is een plausibele verklaring voor deze evolutie. De Graaf & Loozen wijzen ook op het stijgend aantal vrouwen dat bij zo'n onbedoelde zwangerschap tot abortus beslist. Diezelfde stijging blijkt ook uit de rapporten van de Nationale Evaluatiecommissie, want die tonen aan dat het aantal geregistreerde abortussen in België ieder jaar gestaag blijft stijgen (SENSOA, 2011). Een deel van deze stijging kan worden verklaard door een betere registratie, maar waarschijnlijk ligt ook een echte

stijging aan de basis van deze cijfers. In lijn met de Graaf & Loozen is een mogelijke verklaring het doorbreken van een aantal taboes rond het thema, bovenop een verhoogde bewuste kinderloosheid. De laatst gerapporteerde abortusratio (13.4 abortussen op 100 zwangerschappen in het jaar 2007) is echter in vergelijking met een aantal andere Europese landen zoals Hongarije of Zweden relatief laag (Wijsen, van Lee & Koolstra, 2007).

Om ook in Vlaanderen over populatiecijfers over de ervaring met onbedoelde zwangerschappen en abortus te kunnen beschikken, werd in de Sexpert-studie aan zowel mannen als aan vrouwen per zwangerschap die ze ooit hadden gemaakt, gevraagd of die volgens hen was ‘gepland’ en ‘gewenst’ en hoe deze zwangerschap is afgelopen. Om rekening te houden met mogelijke dynamieken in de eerder emotionele beleving van een zwangerschap (zie Joyce, Kaestner & Korenman, 2000), werd een onderscheid gemaakt tussen ‘aanvankelijk ongewenst, daarna gewenst’ versus ‘ongewenst’. Van alle respondenten uit onze steekproef ( $N=1825$ ) hebben 1103 onder hen (61.4%) minstens één zwangerschap gerapporteerd, met een gemiddeld aantal zwangerschappen van 2.5. Een totaal van 2231 zwangerschappen, die voorkwamen tussen het jaar 1950 en het jaar 2011, vormen de basis voor de onderstaande cijfers.

In wat volgt, wordt allereerst een overzicht geboden van de recent meegemaakte zwangerschappen (tussen het jaar 2000 en 2011). Daarna wordt de context van de volledige groep zwangerschappen in rekening gebracht voor de retrospectieve beleving ervan. Als laatste wordt ingegaan op hoe de eigen inschatting van het welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst gerelateerd kan zijn aan het ooit ervaren hebben van een ongewenste zwangerschap.

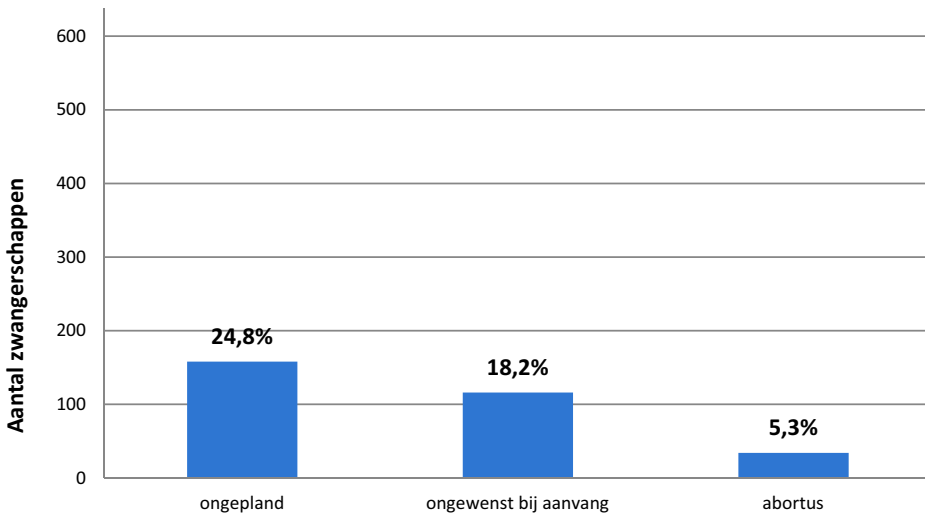
## 2.2. De voorbereiding, beleving en afbreking van recente zwangerschappen

### 2.2.1. Recente zwangerschappen naar planning, wens en abortus

In de onderstaande grafiek (Figuur 1) wordt een overzicht gegeven van de bewuste bedoeling (de planning), de eerder emotionele beleving (de wens) en de bewuste afbreking (abortus) van zwangerschappen die de laatste tien jaar plaatsvonden ( $N=637$ ), zoals gerapporteerd op het moment van het invullen van de vragenlijst. Eén op vier van de recente zwangerschappen wordt als niet gepland beschouwd, terwijl bijna één op vijf wordt beleefd als ongewenst bij het begin van de zwangerschap. Eén op 20 zwangerschappen werd bewust afgebroken (een ratio van 5.3 op 100 zwangerschappen).

De bovenstaande cijfers kunnen worden afgezet tegen de cijfers uit de Franse en Nederlandse studies (Bajos et al., 2003; Bakker et al., 2009). Beide studies bevroegen de beleving van zwangerschappen die men recent had meegemaakt (laatste vijf jaar en laatste jaar respectievelijk).<sup>66</sup> Aangezien beide studies de cijfers rapporteerden voor mannen en vrouwen apart, geven we de bovenstaande cijfers ook hier per





Figuur 1. Planning, wens en abortus bij zwangerschappen tussen 2000 en 2011 (N=637).

geslacht weer om op die manier de vergelijking te optimaliseren (cf. *infra* voor geslachtsverschillen inzake onbedoelde zwangerschappen). Het door vrouwen gerapporteerde aantal ongeplande zwangerschappen van de laatste tien jaar (niet in figuur), ligt hier op 29.9%. In vergelijking met het Nederlandse cijfer van 18.1% van de zwangerschappen uit 2009 ligt ons cijfer voor de vrouwelijke rapportage dus nogal hoog. Het ligt echter wel meer in de lijn van de 27% zoals gerapporteerd in de Franse studie. Het door de mannen gerapporteerde aantal ongeplande zwangerschappen ligt op een lagere 19%. Dit cijfer is perfect vergelijkbaar met de 19.3% in de Nederlandse studie. Wat het aantal recent ongewenste zwangerschappen betreft, zien we een 21.2% bij de vrouwen en een 14.8% bij de mannen. Deze cijfers liggen eveneens een stuk hoger dan die uit de Nederlandse studie (5.8% en 10.6% respectievelijk), maar het verschil is opnieuw vooral bij de vrouwelijke respondenten merkbaar. De hogere cijfers voor onbedoelde zwangerschappen in onze studie zijn mogelijk te wijten aan maatschappelijke verschillen, aangezien Nederland op het vlak van geboorteregeling zeer goed blijkt te scoren (Picavet, 2012). De Franse cijfers, daarentegen, wijzen opnieuw eerder in dezelfde richting als onze cijfers, met een vergelijkbaar percentage ongewenste zwangerschappen bij de vrouwen (20%).

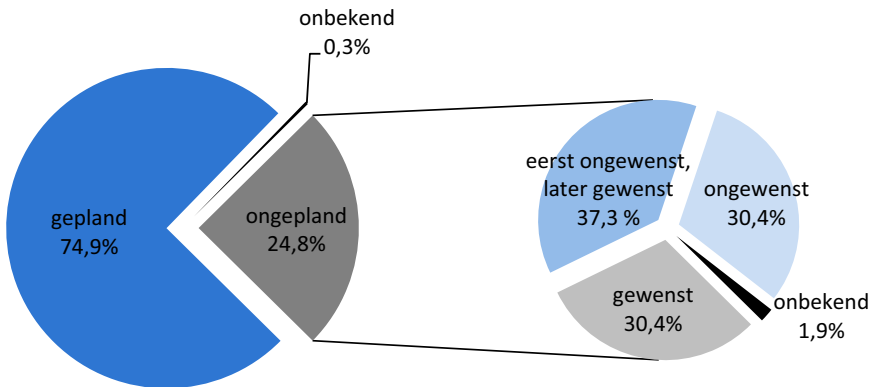
### 2.2.2. Zijn ongeplande ook ongewenste zwangerschappen?

Figuur 2 toont de overlap – of beter het gebrek daaraan – in de twee dimensies van een onbedoelde zwangerschap (cf. *supra*). Bijna één derde van de op voorhand ongeplande zwangerschappen (30.4%) wordt retrospectief toch als gewenst beleefd.

66. De Franse studie bevroeg daarbij enkel de 18- tot 44-jarige vrouwen. De Nederlandse studie bevroeg zowel de mannen als de vrouwen tussen 15 en 70 jaar.



Tevens wordt een groot aandeel ongeplande zwangerschappen in het begin als ongewenst beschouwd, maar worden die later (tijdens het verloop van de zwangerschap of daarna) toch als positief beleefd (37.3%); een bevestiging van de mogelijke evolutie in hoe men een zwangerschap beoordeelt (zie Joyce et al., 2000). Deze cijfers wijzen erop dat in meer dan de helft van de situaties de onverwachte zwangerschap bij een terugblik toch als positief beleefd wordt (samen 67.7%). Anderzijds wordt bijna één derde van de ongeplande zwangerschappen retrospectief nog steeds als ongewenst beschouwd (30.4%). Dit is wat we de – voor respondenten althans – ‘potentieel problematische’ groep van zwangerschappen zouden kunnen noemen. Samen met het aandeel aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen betekent dit dat twee op drie (67.7%) van de recent ongeplande zwangerschappen in het begin ook ongewenst is. Verder is ook een zeer klein aantal van de geplande zwangerschappen retrospectief ongewenst (1.7%; niet in figuur), wat erop wijst dat een aantal andere factoren kunnen bijgedragen tot de negatieve beleving van een wél voorbereide, geplande zwangerschap.



Figuur 2. Planning en wens van zwangerschappen tussen 2000 en 2011 (N=637).

De voorgaande cijfers kunnen we opnieuw vergelijken met die uit andere studies. Daaruit stellen we vast dat het totale aandeel ongewenste zwangerschappen ten opzichte de groep ongeplande zwangerschappen, zoals gerapporteerd door de vrouwen (70,9%; niet in figuur) vergelijkbaar is met datzelfde cijfer uit de Franse studie (74,1%<sup>67</sup>). Het is echter opnieuw een stuk hoger dan het cijfer uit de Nederlandse populatiestudie (32%, zie Bakker et al., 2009). Voor de mannelijke rapportage zien we hetzelfde fenomeen, namelijk dat ook daar het aandeel ongewenste ten opzichte van ongeplande zwangerschappen hoger ligt dan bij de Nederlandse studie (77,9% ten opzichte van 54,9%<sup>68</sup>). Concluderend kunnen we stellen dat een ongeplande zwangerschap voor respondenten uit onze steekproef vaker ook een ongewenste

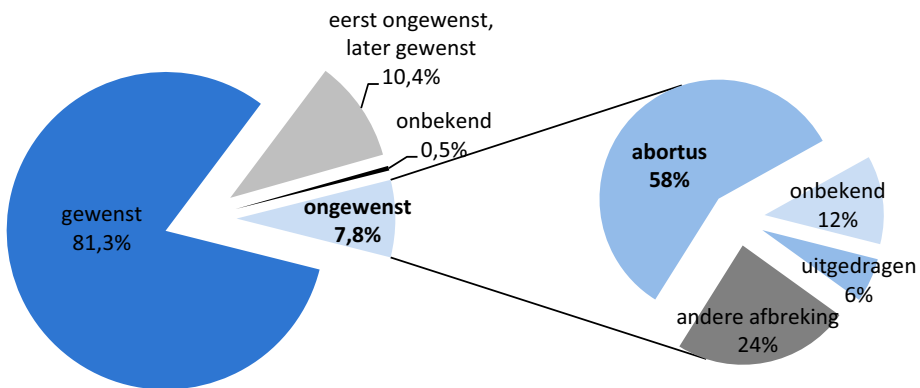
67. Eigen berekening op basis van Bajos et al. (2003).

68. Eigen berekening op basis van Bakker et al. (2009).

zwangerschap betekent dan voor respondenten uit de Nederlandse studie. Methodologische verschillen zoals de binaire bevraging van ‘gewenstheid’ in ‘Seks in Nederland’ moeten hierbij in acht genomen worden.

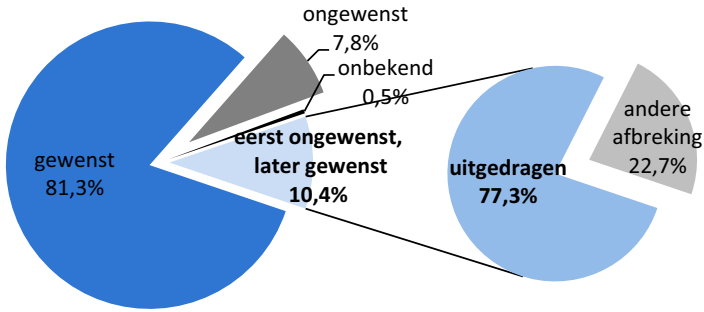
### 2.2.3. Worden onbedoelde zwangerschappen altijd afgebroken?

In de onderstaande cirkeldiagrammen wordt weergegeven wat de overlap is in de beleving en de afloop van een recente zwangerschap. In Figuur 3 wordt het percentage geaborteerde zwangerschappen weergegeven op de groep retrospectief ongewenste zwangerschappen ( $N=50$ ), terwijl dit in Figuur 4 wordt weergegeven op de groep aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen ( $N=66$ ). Figuur 3 toont dat ongeveer zes op tien retrospectief ongewenste zwangerschappen (58%) werd geaborteerd en een veel kleinere 6% werd uitgedragen. Een aanzienlijk deel (24%) werd op een andere manier afgebroken, zijnde een miskraam of een medisch geïndiceerde afbreking. Bij Figuur 4 doen we een omgekeerde vaststelling: de overgrote meerderheid van de aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen (77.3%) werd uitgedragen en geen enkele werd bewust afgebroken. Hetzelfde beeld zien we bij de ongeplande, maar gewenste zwangerschappen (niet in figuur): ook daar werd de overgrote meerderheid (72.9%) uitgedragen en geen enkele geaborteerd. Wanneer we de onderstaande twee figuren samentellen, komen we tot het volgende percentage recente abortussen in de totale groep van in het begin ongewenste zwangerschappen: 29.1%. Het percentage abortussen op de totale groep van ongeplande zwangerschappen, daarentegen, ligt op 21.7%.



Figuur 3. Afloop van ongewenste zwangerschappen tussen 2000 en 2011 ( $N=637$ ).

De bovenstaande bevindingen zijn consistent met de literatuur die aangeeft dat de beleving van een zwangerschap (de wens) een beslissing tot abortus beter kan voorstellen dan de bewuste overweging (de planning) van deze zwangerschap (Fisher et al., 1999). Men zou deze resultaten echter ook omgekeerd kunnen zien, namelijk dat de uitkomst van een zwangerschap wel eens bepalend zou kunnen zijn voor de



Figuur 4. Afloop van aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen tussen 2000 en 2011 (N=637).

retrospectieve beleving ervan. Wie een ongeplande zwangerschap uitdraagt, zal na geboorte van zijn of haar kind de voordien meegemaakte zwangerschap waarschijnlijk veel moeilijker als ongewenst kunnen benoemen (anders wordt het een 'ongewenst kind') en wie beslist om een ongeplande zwangerschap te laten aborteren, zal deze zwangerschap nadien misschien nog moeilijk als gewenst kunnen aanduiden (dit zou een teken van 'spijt' zijn ten aanzien van de abortus).

Onze hier gerapporteerde cijfers over het afbreken van onbedoelde zwangerschappen (iets meer dan één op vijf van de ongeplande en iets minder dan één op drie van de ongewenste) ligt iets lager dan het cijfer uit de Franse studie (Bajos et al., 2003), waaruit bleek dat 32,4% van de onbedoelde zwangerschappen werd afgebroken. Een andere, Nederlandse studie naar gezinsvorming in 2003 (de Graaf & Loozen, 2005) rapporteerde een min of meer soortgelijk percentage van 39% abortussen op het totale aantal onbedoelde zwangerschappen<sup>69</sup>, wat opnieuw iets hoger is dan het percentage hier. Het concept 'onbedoeld' in deze twee studies was echter wel een combinatie van ongepland en ongewenst, waardoor het percentage abortussen op het aantal ongewenste zwangerschappen in onze data in principe een beter vergelijkingspunt vormt voor de cijfers uit deze studies. In dat opzicht liggen onze abortuscijfers wel degelijk in de lijn van de Franse en Nederlandse cijfers.

Uit al het voorgaande blijkt dat, wanneer iemand een zwangerschap na afloop ervan als ongewenst benoemt, dit vaak een zwangerschap betreft die met een abortus is geëindigd. Bij een minieme minderheid resulteerde zo'n zwangerschap toch in de geboorte van een kind. Ongeplande, maar gewenste zwangerschappen eindigen daarentegen meestal in de geboorte van een kind, de rest resulteert in een spontane of medisch geïndiceerde afbreking. Ook een niet gering aantal ongewenste zwangerschappen eindigt op een andere manier dan via een abortus. Dit betekent dat mensen die met een onbedoelde zwangerschap geconfronteerd worden, niet altijd de

69. Dit cijfer werd niet teruggevonden in het rapport van de Nederlandse populatiestudie (Bakker et al., 2009).

keuze hebben om die al dan niet verder uit te dragen, maar medische complicaties daar anders over kunnen beslissen (cf. *infra* voor een analyse op het aantal spontane en medisch geïndiceerde afbrekingen).

### 2.3. Onbedoelde zwangerschappen over 60 jaar heen: belang van de context

Het aantal zwangerschappen, meegemaakt over een lange periode van 1950 tot 2011 ( $N=2231$ ), dat als ongepland wordt benoemd, is gelijk aan 25.9%. Het aantal initieel ongewenste zwangerschappen ligt op 14.7% en het aantal zwangerschappen dat bewust werd afgebroken, is gelijk aan 3.7%.

Variabiliteit in deze zwangerschapscijfers zou een indicatie kunnen zijn voor de rol van de context in hoe men een zwangerschap vandaag omschrijft en beleeft. In wat volgt, wordt daarom via een gedetailleerde analyse beschreven hoe de situatie en de maatschappelijke context van een respondent, nu en op het moment van de zwangerschap, van belang zou kunnen zijn bij hoe men een zwangerschap percipieert. Of men een man of een vrouw is, hoe oud men nu is, hoe oud men was op het moment van de zwangerschap, het aantal zwangerschappen dat men voordien al had meegemaakt en het jaartal waarin de zwangerschap viel (en dus hoe lang geleden de zwangerschap)<sup>70</sup>, zijn de kenmerken die werden gerelateerd aan het al dan niet ongepland zijn van een zwangerschap, het al dan niet initieel ongewenst zijn van een ongeplande zwangerschap en het al dan niet geaborteerd hebben van een initieel ongewenste zwangerschap.<sup>71</sup> In iedere analyse werd gecontroleerd voor het opleidingsniveau van de respondent die over de zwangerschap rapporteert, aangezien vorig onderzoek heeft aangetoond dat onbedoelde zwangerschappen en abortus vaker voorkomen bij vrouwen met een lager opleidingsniveau (zie Bakker et al., 2009; Erens et al., 2002; Maxson et al., 2011).

#### 2.3.1. De context van ongeplande zwangerschappen

Tabel 3 (p. 168) leert ons dat zwangerschappen die na de jaren 1970 voorkwamen, minder vaak als ongepland worden beschreven dan zwangerschappen uit de periode daarvoor (42.9% van de zwangerschappen vóór 1970, terwijl 22 tot 24% van de

70. De zwangerschappen werden in drie groepen ingedeeld: zwangerschappen tussen de jaren 1950 en 1969, tussen de jaren 1970 en 1989 (wanneer effectieve anticonceptie (voornamelijk de pil) reeds een tijdje op de markt was) en tussen het jaar 1990 en nu (de tijd sinds de legalisatie van abortus). Op deze manier kon worden nagegaan of de maatschappelijke context van een zwangerschap ertoe doet bij de manier waarop men nu een zwangerschap als ongepland of ongewenst benoemt. Daarbij werd gecontroleerd voor de leeftijd op het moment van de vragenlijst om op die manier mogelijke bias van de context waarin een respondent is opgegroeid, in rekening te brengen.

71. Single level logistische regressies werden hier gebruikt. Omdat zowel stabiele kenmerken van respondenten (bv. geslacht) als kenmerken van zwangerschappen (bv. leeftijd op het moment van de zwangerschap) worden gerelateerd aan het al dan niet bedoeld zijn van een zwangerschap (een zwangerschapskenmerk), kan deze analyse sneller significante verbanden opleveren dan nodig. De gevonden verbanden werden echter ook via een multilevelanalyse (een meer gesofisticeerde techniek om dit soort verbanden te toetsen) bevestigd.

zwangerschappen 20 tot 40 jaar geleden). Zo wordt duidelijk dat zwangerschappen van langer geleden vaker als ongepland worden beschouwd dan meer recente zwangerschappen, ongeacht de leeftijd van de respondent nu. De meest logische verklaring hiervoor is de grotere controle over de reproductie waarover men sinds een aantal decennia in Europa beschikt (zie ook de verklaring voor de veranderende cijfers in Nederland (de Graaf & Loozen, 2005)). Een grotere toegankelijkheid tot, aanvaardbaarheid van en efficiëntie in het gebruik van contraceptie hebben dus iets opgeleverd. Ook meer communicatie tussen partners over toekomstige gezinsuitbreidingen – aangezien langetermijnplanning mogelijk werd – zou bij deze verschillen een rol kunnen spelen. We zien ook dat, hoe meer zwangerschappen een respondent voordien al had meegemaakt, hoe groter de kans dat een zwangerschap als ongepland wordt benoemd. Zo blijkt de tweede zwangerschap het vaakst gepland (80.8%) te zijn, gevolgd door de eerste zwangerschap (75.3%). Vanaf de derde zwangerschap daalt het percentage gepland zijn van zwangerschappen (68.1% voor de derde zwangerschap, 65.2% voor de vierde zwangerschap, ...). Ook zien we dat het al dan niet gepland hebben van een zwangerschap gerelateerd is aan de leeftijd op het moment van de zwangerschap: respondenten die bij het begin van een zwangerschap jonger waren, benoemen die zwangerschap bij het invullen van de vragenlijst over het algemeen vaker als ongepland. Zo is de gemiddelde leeftijd waarop een respondent een ongeplande zwangerschap heeft meegemaakt 26,9 jaar, terwijl de gemiddelde leeftijd van een respondent op het moment van een geplande zwangerschap 28,4 jaar bedraagt. Dit leeftijds-effect is conform vorig onderzoek betreffende de ‘jongere profielen’ van vrouwen die een onbedoelde zwangerschap meemaken<sup>72</sup> (zie bijvoorbeeld Sedgh et al., 2006). Geslachtsverschillen zijn echter afwezig: mannen rapporteren een zwangerschap ongeveer even vaak als ongepland als vrouwen (22.4% en 28.4% van de zwangerschappen respectievelijk).

### 2.3.2. *De context van ongewenste zwangerschappen*

Tabel 4 (p. 169) toont de resultaten van de analyses op het al dan niet ongewenst zijn van ongeplande zwangerschappen.<sup>73</sup> We zien dat noch de leeftijd op het moment van de zwangerschap, noch het aantal voordien meegemaakte zwangerschappen gerelateerd is aan de gewenstheid van een ongeplande zwangerschap.

72. Naast deze algemene lineaire trend zien we echter ook een kwadratisch (parabolisch) verband: het aandeel ongeplande zwangerschappen bij respondenten die op het moment van hun zwangerschap boven de 40 jaar waren, is nóg groter (43.6%) dan bij de zwangerschappen van toenmalige twintigers (26.9%). Dit geeft aan dat, ondanks de grotere kans op een ongeplande zwangerschap bij een jonger iemand, een zwangerschap die men op latere leeftijd meemaakte, in bijna de helft van de gevallen ook een ongeplande zwangerschap was. Zoals ook vermeld wordt in het rapport van Picavet (2012), is enkel aandacht besteden aan tienerzwangerschappen in het terugdringen van het aantal onbedoelde zwangerschappen dus onvoldoende.

73. Voor deze analyse werd enkel gekeken naar de wens van ongeplande zwangerschappen. Een eerste reden is dat de groep ongewenste, maar geplande zwangerschappen zeer klein is ( $N=24$ ) en ongewenste zwangerschappen dus bijna altijd ongeplande zwangerschappen zijn. Tezelfdertijd kunnen we hiermee nagaan wat de ‘zuivere’ rol van de context is in de retrospectieve wens van zwangerschappen, na uitzuivering van de rol van de context bij de planning van die zwangerschappen.

Tabel 3. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op ongeplandheid van zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten=B) (N=2174).

Ongeplandheid van een zwangerschap <sup>a</sup>	
<b>Individu</b>	
Vrouw	0.04
Man (ref. categorie)	
Leeftijd	-0.00
<b>Zwangerschap</b>	
Leeftijd op moment zwangerschap	-0.08***
Aantal voorgaande zwangerschappen	0.35***
Laatste 20 jaar (1990-2011)	-0.70*
20 tot 40 jaar geleden (1970-1989)	-0.74***
40 tot 60 jaar geleden (1950-1969) (ref. categorie)	

\* $p < .05$ ; \*\*\* $p < .001$

a. Vergelijkingscategorie in de logistische regressieanalyse=geplande zwangerschappen.

Blijkbaar is de 'objectieve' levenssituatie van de respondent op het moment van de zwangerschap – inzake zijn of haar leeftijd en zijn of haar aantal voordien meege maakte zwangerschappen – niet gerelateerd aan de retrospectieve beleving van een 'onvoorbereide' zwangerschap. Dit zou erop kunnen wijzen dat het retrospectieve gevoel dat men bij een zwangerschap heeft, individueel zeer afhankelijk is, los van hoe oud men was toen men zwanger was en los van hoe vaak men daarvoor al zwanger was geweest.

Verder zien we nog dat, ondanks het relatief stabiele aantal ongewenste zwangerschappen over de drie groepen van 'zwangerschapsgeneraties' heen (steeds ongeveer één op zes), jongere respondenten een ongeplande zwangerschap wel iets vaker als initieel ongewenst categoriseren, ongeacht hoe lang geleden men deze zwangerschap heeft meegemaakt. Met andere woorden: hoe jonger men nu is, hoe sneller men een ooit meegemaakte ongeplande zwangerschap ook als ongewenst gaat benoemen. Zo zien we dat 62.9% van de ongeplande zwangerschappen door de jongere groep (de 18- tot 50-jarigen) als initieel ongewenst wordt beleefd, terwijl dit het geval is bij 44.7% van de ongeplande zwangerschappen gerapporteerd door de oudere groep (de 50-plussers). Een mogelijk maatschappelijk effect van moeilijker kunnen omgaan met onverwachte gebeurtenissen zoals een ongeplande zwangerschap, is een plausibele verklaring voor dit resultaat. In het licht van de grotere mogelijkheid tot controle over het reproductieve leven dan vroeger (lees: de anticonceptiemogelijkheden), zou de keerzijde wel eens kunnen zijn dat een zwangerschap die uiteindelijk toch niet is 'voorbereid', bij jongere mensen in het begin vaker als negatief wordt beleefd (Ketting, 2000). Een andere mogelijke verklaring is dat er in de huidige generatie, door de grotere keuze- en planningsmogelijkheden, ook meer toegelaten ruimte is om iets te benoemen als zijnde niet gewild en negatief. Men heeft (of had) namelijk meer mogelijkheden om met het ongewenste gebeuren iets te doen (zie de mogelijkheid tot abortus die in 1990 legaal werd). Naast maatschappelijke verkla-

ringen is ook het verschil in perspectief van waaruit men een zwangerschap bekijkt, een plausibele verklaring: de jongere respondenten bevinden zich gemiddeld gezien nog midden in hun fase van mogelijke gezinsplanning. Oudere respondenten, daarentegen, kunnen eerder terugblikken op een soort afgesloten hoofdstuk, met een grotere mogelijkheid tot vergelijking ten aanzien van andere (negatieve) levensgebeurtenissen, andere zwangerschappen en ten aanzien van het ‘beëindigde vruchtbare leven’. Misschien worden ongeplande zwangerschappen in deze groep daarom net minder vaak als ongewenst aangezien. Een laatste verklaring betreft de verschillende fases van gezinsontwikkeling waarin respondenten van verschillende leeftijden zich bevinden (of bevonden) op het moment van de ongeplande zwangerschap. Mensen zijn langer beginnen studeren, zodat het ouderschap dan ook bewust langer werd uitgesteld (zie Van Bavel & De Wachter, 2007). Een ongeplande zwangerschap op 20 jaar zou dan voor een huidige 40-jarige betekend kunnen hebben dat men midden in een fase zat waar zwangerschap nog helemaal niet aan de orde was. Dit maatschappelijke fenomeen zou met zich mee kunnen brengen dat een onvoorbereide zwangerschap voor die groep jongere respondenten een negatievere betekenis heeft of had dan voor bijvoorbeeld een huidige 70-jarige die op diezelfde 20-jarige leeftijd ongepland zwanger was.

**Tabel 4. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op ongewenstheid van ongeplande zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten=B) (N=554).**

	Initiële ongewenstheid van een ongeplande zwangerschap <sup>a</sup>
<b>Individu</b>	
Vrouw	0.11
Man (ref. categorie)	
Leeftijd	-0.03*
<b>Zwangerschap</b>	
Leeftijd op moment zwangerschap	-0.01
Aantal voorgaande zwangerschappen	0.10
Laatste 20 jaar (1990-2011)	-0.31
20 tot 40 jaar geleden (1970-1989)	-0.25
40 tot 60 jaar geleden (1950-1969) (ref. categorie)	

\* $p < .05$

a. Vergelijkingscategorie in de logistische regressieanalyse=gewenste zwangerschappen.

### 2.3.3. De context van het aborteren van ongewenste zwangerschappen

De laatste analyses focusten op het al dan niet geaborteerd hebben van een zwangerschap die als initieel ongewenst wordt beschouwd. De onderstaande tabel (Tabel 5) geeft de resultaten weer. Het jaar waarin een zwangerschap voorkomt, is gerelateerd aan het al dan niet bewust afgebroken hebben van een initieel ongewenste zwangerschap: 6.7% ( $N=4$ ) van de initieel ongewenste zwangerschappen tussen het jaar 1950 en 1969 werd bewust afgebroken, terwijl 26.7% ( $N=28$ ) van de ongewenste



zwangerschappen tussen het jaar 1970 en 1989 en 30.3% ( $N=51$ ) van de ongewenste zwangerschappen de laatste 20 jaar werden geaborteerd. Dit resultaat ligt in lijn met het stijgend aantal abortussen dat men in de Vlaamse abortuscentra vaststelt (SENSOA, 2011). De meest logische verklaring hiervoor is de grotere toegankelijkheid enerzijds en de grotere aanvaardbaarheid van abortus anderzijds. Opmerkelijk in deze resultaten is het percentage ongewenste zwangerschappen dat werd geaborteerd in de jaren 1970-1989, aangezien abortus in België toen nog niet gelegaliseerd was. Recent onderzoek toont echter aan dat het creëren van een wettelijke context voor abortus op zich geen stijging in het aantal geaborteerde zwangerschappen hoeft te betekenen; eerder is het zo dat de abortusratio lager is in landen met een meer 'liberale' attitude ten aanzien van abortus (Levels et al., 2010; Sedgh, Singh, Henshaw & Bankole, 2012). Abortus blijkt dus al veel vroeger dan sinds de legalisatie een uitweg te zijn geweest voor een ongewenste zwangerschap.

Naast dit generationele verschil zien we ook opnieuw dat noch leeftijd op het moment van de zwangerschap, noch het aantal voorgaande zwangerschappen op een duidelijke manier verband houdt met het al dan niet geaborteerd hebben van een ongewenste zwangerschap. Ondanks de academische zoektocht naar de 'profielen' van vrouwen op het moment dat ze een abortus ondergaan (zie bijvoorbeeld Carroll, 2011), zien we hier dus geen rechtlijnig verband tussen het afbreken van een zwangerschap en de 'objectieve' levenssituatie van een respondent op het moment van zijn of haar zwangerschap. Dit echter nadat we rekening hebben gehouden met hoe die situationele factoren ook meespelen in de ongeplandheid of ongewenstheid van die zwangerschappen die worden geaborteerd. Dit zou kunnen betekenen dat het onderzoek naar risico's op een onbedoelde zwangerschap van groter belang is dan het onderzoek naar risico's op een abortus (zie ook Picavet, 2012).

Tabel 5. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op bewuste afbreking van initieel ongewenste zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten= $B$ ) ( $N=304$ ).

	Afbreken van een initieel ongewenste zwangerschap <sup>a</sup>
<b>Individu</b>	
Vrouw	-0.51
Man (ref. categorie)	
Leeftijd	-0.02
<b>Zwangerschap</b>	
Leeftijd op moment zwangerschap	-0.04
Aantal voorgaande zwangerschappen	0.03
Laatste 20 jaar (1990-2011)	1.37
20 tot 40 jaar geleden (1970-1989)	1.59*
40 tot 60 jaar geleden (1950-1969) (ref. categorie)	

\* $p < .05$

- a. Vergelijkingscategorie in de logistische regressieanalyse=niet geaborteerde ongewenste zwangerschappen.

## 2.4. Onbedoelde zwangerschappen en gezondheidscorrelaten

Na de voorgaande beschrijving van het aantal onbedoelde zwangerschappen en hun context, wordt ook gekeken naar hoe de afloop of uitkomst van ongewenste zwangerschappen kan samengaan met het individuele en seksuele welzijn van de respondenten op het moment van het invullen van de vragenlijst. Individueel welzijn werd in de Sexpert-studie gemeten aan de hand van de SF-12 (12 items, waarbij men kan aangeven hoe men zich fysiek en mentaal voelt, voornamelijk over de periode van de laatste vier weken (Gandek et al., 1998)). Een inschatting van het seksuele welzijn omvatte de scores op twee items die werden voorgelegd aan respondenten die ooit seks hadden. Het eerste item bevatte de vraag naar de tevredenheid met het seksuele leven, het tweede item betrof het belang dat men hecht aan seks. Aan de respondenten die de laatste zes maanden geen seks hadden, werd het eerste item voorgelegd in de vorm ‘hoe tevreden bent u met het feit dat u de laatste zes maanden geen seks hebt gehad?’

Vier groepen van volwassen respondenten die ooit minimaal één zwangerschap meemaakten, werden met elkaar vergeleken: de grote groep die nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt ( $N=835$ ), de groep die ooit al een uitgedragen, initieel ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt ( $N=156$ ), de groep die ooit al een ongewenste zwangerschap heeft geaborteerd ( $N=48$ ) en de groep die ooit zowel een ongewenste zwangerschap heeft geaborteerd als er één heeft uitgedragen ( $N=25$ ).<sup>74</sup>

### 2.4.1. *Onbedoelde zwangerschappen en inschatting van het fysieke en mentale welzijn*

In de onderstaande tabel (Tabel 6) kunnen we lezen hoe de ervaring van een ongewenste zwangerschap gerelateerd is aan een lagere inschatting van het individuele welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst. Enkel diegenen die ooit een ongewenste zwangerschap hebben uitgedragen, rapporteren echter een lager gevoel van mentaal welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst. De groep respondenten die ooit een ongewenste zwangerschap liet aborteren, voelt zich niet slechter dan de groep respondenten die nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt. Opvallend is de groep respondenten die meer dan één keer een ongewenste zwangerschap meemaakte en één daarvan ooit liet aborteren en een andere ooit heeft uitgedragen: zij voelen zich op het moment van het interview zowel fysiek als mentaal veel minder goed dan de groep respondenten die nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt.

---

74. Er worden geen aparte analyses voor mannen en vrouwen weergegeven, aangezien de gevonden verbanden onafhankelijk bleken te zijn van het geslacht van de respondent. Dit is mogelijk in tegenstelling tot het Nederlandse rapport (Bakker et al., 2009), waar bleek dat vrouwen vaker last hadden van de negatieve gevolgen van een abortus dan mannen. Wij spreken hier echter niet in termen van gevolgen, maar enkel in termen van verbanden, waardoor deze vergelijking genuanceerd moet worden.

Tabel 6. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen fysiek (PCS) en mentaal welzijn (MCS) en de ervaring met ongewenste zwangerschappen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau en geslacht ( $N=1009$ ).

	Gemiddelde	SD	B	F
<b>Fysiek welzijn (PCS)</b>				F(3,999)=5.27 ***
Ooit ongewenst geaborteerd	17.00	2.80	-0.18	
Ooit ongewenst uitgedragen	16.11	3.01	-0.25	
Ooit ongewenst uitgedragen én ongewenst geaborteerd	14.58	3.61	-2.21 ***	
<i>Nooit ongewenst (ref. categorie)</i>	16.76	2.85		
<b>Mentaal welzijn (MCS)</b>				F(3,999)=5.09 **
Ooit ongewenst geaborteerd	22.21	3.45	-0.09	
Ooit ongewenst uitgedragen	21.32	3.69	-0.72 *	
Ooit ongewenst uitgedragen én ongewenst geaborteerd	20.08	3.87	-2.25 ***	
<i>Nooit ongewenst (ref. categorie)</i>	22.22	3.34		

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

Concluderend kunnen we stellen dat ooit de ervaring gehad hebben dat een initieel ongewenste zwangerschap heeft geresulteerd in de geboorte van een (vaak gewenst) kind, gerelateerd is aan het zich mentaal slechter voelen op dit moment. Dit is conform de beschreven verbanden in de literatuur (Leathers & Kelley, 2000). Poneren dat er een verband bestaat tussen abortus en mentale problemen is volgens onze resultaten en consistent met de resultaten van andere studies (Charles et al., 2008; Major et al., 2009) geen correcte stelling. Integendeel, mensen die zich mentaal iets slechter voelen, hebben vaker ooit al eens een ongewenste zwangerschap uitgedragen. Bij mensen die meer dan één keer een ongewenste zwangerschap meemaakten en in deze twee situaties een andere beslissing namen, is er mogelijk sprake van een soort mentale tegenstrijdigheid, aangezien zij het laagste fysieke en mentale welzijn rapporteren.

#### 2.4.2. Onbedoelde zwangerschappen en inschatting van het seksuele welzijn

In Tabel 7 wordt weergegeven welke verbanden er zijn met het seksuele welzijn van de respondenten op het moment van het invullen van de vragenlijst. We zien dat het seksuele welzijn van zowel diegenen die ooit een uitgedragen ongewenste zwangerschap hebben ervaren als diegenen die ooit een ongewenste zwangerschap hebben geaborteerd, niet verschilt van diegenen die nog nooit een ongewenste zwangerschap meemaakten. Er is echter wel opnieuw een verschil voor die kleine groep mensen die minstens één keer geconfronteerd werd met een uitgedragen ongewenste zwangerschap en minstens één keer met een ongewenste zwangerschap die men heeft geaborteerd: zij zijn minder tevreden over hun seksuele leven. Voor het belang dat men hecht aan seks, is er geen verschil tussen de vier groepen van respondenten.

In tegenstelling tot studies die verbanden vonden tussen abortus en seksualiteit na de abortus (zie de bevinding dat vrouwen die een abortus meemaakten, positievere

Tabel 7. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen seksueel welzijn (tevredenheid met seks en belang van seks) en de ervaring met ongewenste zwangerschappen bij volwassenen, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau en geslacht (coëfficiënten= $B$ ) ( $N=803$ ).

	Gemiddelde	SD	B	F
<b>Tevredenheid met seks</b>				F(3,987)=6.35 ***
Ooit ongewenst geaborteerd	3.96	0.92	0.32	
Ooit ongewenst uitgedragen	3.43	1.21	.01	
Ooit ongewenst uitgedragen én ongewenst geaborteerd	2.67	1.40	-0.88 ***	
<i>Nooit ongewenst (ref. categorie)</i>	3.53	1.13		
<b>Belang van seks</b>				F(3,987)=1.48
Ooit ongewenst geaborteerd	3.90	0.97	0.20	
Ooit ongewenst uitgedragen	3.64	1.11	0.15	
Ooit ongewenst uitgedragen én ongewenst geaborteerd	3.79	1.14	0.16	
<i>Nooit ongewenst (ref. categorie)</i>	3.60	1.05		

\*\*\* $p < .001$

attitudes hadden ten aanzien van seks in het onderzoek van Coleman, Rue, Spence & Coyle (2008)), vinden we hier met betrekking tot seksueel welzijn dus geen verschillen tussen de drie grote groepen.<sup>75</sup> Waarschijnlijk kampt de kleine groep van respondenten die reeds meer dan één keer een ongewenste zwangerschap meemaakte en hierbij een andere beslissing nam, echter wel met multiple negatieve ervaringen inzake seksualiteit, reproductie en algemeen welzijn.

### 3. Miskraam en subfertiliteit... Hoe vaak blijkt een zwangerschap niet zo evident te zijn?

Een tweede mogelijke negatieve ervaring met zwangerschap is de volgende: soms zijn mensen niet in de mogelijkheid om zwanger te worden (sub- of infertiliteit) of zwanger te blijven (spontane of medische afbrekingen). In de literatuur bestaat dan discussie over hoe infertiliteit of subfertiliteit gedefinieerd zou moeten worden, afhankelijk vanuit welke hoek het fenomeen bekeken wordt. Demografisch betekent het 'kinderloos' zijn op vruchtbare leeftijd, terwijl het epidemiologisch en klinisch betekent 'gedurende een bepaalde tijd proberen om zonder succes, zwanger te worden' (Gurunath, Pandian, Anderson & Bhattacharya, 2011), met het vaak gebruikte criterium van ongeveer één jaar regelmatige geslachtsgemeenschap (HGR, 2010). De demografische definitie is vanwege heel wat maatschappelijke factoren (anticonceptiegebruik, bewuste kinderloosheid, geassisteerde reproductie) problematisch voor een goede inschatting van de infertiliteitsproblematiek (HGR, 2010). In de Sexpert-studie bevroegen we daarom mensen rechtstreeks over hun ervaring met

75. Voor verbanden tussen vroege seksuele ervaringen (in termen van seksueel gedrag) en de ervaring met onbedoelde zwangerschappen, zie hoofdstuk 2.

vruchtbaarheidsproblemen (zonder hiervoor een definitie te geven), in lijn met de klinische definitie.

De recente review van Boivin et al. (2007) geeft aan dat de lifetime infertiliteitscijfers in de westerse landen tussen de 6.6 en de 26.4% liggen, met een gemiddelde van ongeveer 9% over alle landen heen. Uit dezelfde review blijkt dat slechts de helft van de mensen hulp gaat zoeken voor hun problemen en dat slechts één op vier een vruchtbaarheidsbehandeling opstart. Volgens cijfers van de Belgische infertiliteitscentra echter, zou een stijgend aantal mensen de laatste jaren de stap naar een medisch begeleide voortplanting zoals In Vitro Fertilisatie (IVF) of donoringseminatie (KID) zetten, aangezien het aantal behandelde cyclussen gestegen is van 10.000 in 2002 naar 19.000 in 2009 (BELRAP, 2011). Een lagere drempel (ook financieel) en een uitbreiding van indicatiestellingen zouden mogelijke verklaringen kunnen zijn (HGR, 2010). Ook de demografische evolutie inzake het uitstel van het eerste ouderschap zou voor een stijging in het aantal vruchtbaarheidsproblemen op zich kunnen hebben gezorgd (VZG, 2011). We stellen ons in dit stuk dan ook de vraag of de jongere respondenten in onze steekproef vaker een behandeling hebben opgestart bij aanwezigheid van een subfertiliteitsprobleem dan de oudere respondenten in onze steekproef en of vruchtbaarheidsproblemen op zich meer voorkomen dan in de vorige generatie?

Naast cijfers over moeilijkheden om zwanger te worden, beschikken we in de Sexpert-studie ook over cijfers over zwangerschappen die in een miskraam eindigden of die om medische redenen (bv. een ernstige handicap) werden afgebroken. Over spontane zwangerschapsafbrekingen – waarvan geweten is dat het gerelateerd is aan infertiliteit en gezondheidsrisico's (Maconochie, Doyle, Prior & Simmons, 2007) – zijn weinig tot geen Vlaamse cijfers bekend. Vaak wordt in deze prevalentiecijfers een onderscheid gemaakt tussen spontane miskramen, die optreden vóór de eerste 16 weken van de zwangerschap, en vroeggeboortes, die na deze termijn optreden (Flikweert, Wieringa-de Waard, Meijer, De Jonge & Van Balen, 2004). De cijfers uit de Britse studie van Everett (1997) geven aan dat het aantal miskramen geschat zou kunnen worden op 12 op 100 zwangerschappen.

We weten uit onderzoek dat het ervaren van problemen om zwanger te worden of een zwangerschap uit te dragen, vaak een stressvol gegeven is op zowel het individuele niveau van de patiënt als op het niveau van de partnerrelatie, ook seksueel (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004; Oddens, den Tonkelaar & Nieuwenhuyse, 1999). Mannen blijken te verschillen van vrouwen in hoe ze dit stresserende gegeven een plaats kunnen geven (Glover, McLellan & Weaver, 2009; Hart, 2002). Verschillende factoren, zoals de aanwezigheid van steun, het mentaal en fysiek sterk staan vóór het optreden van de vruchtbaarheidsproblemen, financiële mogelijkheden, het verlopen van de tijd, ... spelen een rol bij de mate waarin een miskraam of een vruchtbaarheidsprobleem negatieve langetermijneffecten resorteert (Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011; Rowlands & Lee, 2010). Mogelijk zijn er echter ook positieve effecten, zoals een hogere tevredenheid over de part-

nerrelatie (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). We vragen ons daarom in dit stuk af hoe het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen gerelateerd zou kunnen zijn aan het individuele en seksuele welzijn van de respondenten op het moment van het invullen van de vragenlijst.

De cijfers over miskramen en medische afbrekingen zijn gebaseerd op de vraag over de afloop van iedere zwangerschap die een respondent ooit heeft meegemaakt. De cijfers over vruchtbaarheidsproblemen worden uitgesplitst naar de twee leeftijdsgroepen die voordien werden gebruikt: de 18- tot 50-jarigen ( $N=979$ ) versus de +50-jarigen ( $N=711$ ) (cf. *supra*).

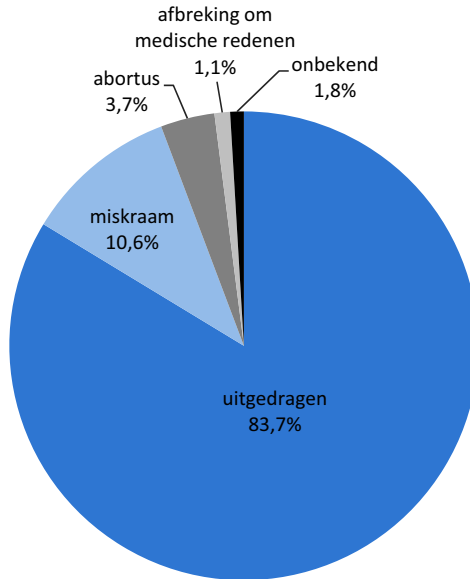
### 3.1. Spontaan en om medische redenen afgebroken zwangerschappen

In de onderstaande cirkeldiagram (Figuur 5) staat het aantal zwangerschappen afgebeeld dat spontaan of om medische redenen werd afgebroken, berekend op de volledige groep zwangerschappen ( $N=2231$ ). Een aanzienlijk deel van de zwangerschappen eindigde in een miskraam (10.6%)<sup>76</sup> en een kleinere 1.1% van de zwangerschappen werd afgebroken vanwege een medische indicatie. Het gerapporteerde percentage miskramen hier ligt in de lijn van het cijfer van 12% uit de oudere studie van Everett (1997). Van de 236 spontaan afgebroken zwangerschappen vond de meerderheid (67.4%) plaats in de eerste 16 weken van de zwangerschap. De kans om na die 16 weken een spontane afbreking van een zwangerschap mee te maken, blijkt dus een stuk kleiner te zijn.

### 3.2. Ervaring met vruchtbaarheidsproblemen

In de onderstaande tabel (Tabel 8, p. 177) is het percentage respondenten terug te vinden dat ooit een vruchtbaarheidsprobleem ervaren heeft. Zo blijkt 3.1% van de mannelijke 50-plussers ooit een diagnose van subfertiliteit (bij zichzelf of bij zijn partner) gekregen te hebben, terwijl hetzelfde geldt voor 5.4% van de vrouwelijke 50-plussers. Daarbovenop heeft een kleinere 1.7% van de mannelijke 50-plussers reeds ooit wel een probleem ervaren, maar in de afwezigheid van een objectieve diagnose. Dit laatste was het geval bij 7.2% van de vrouwelijke 50-plussers. Wanneer we de twee voorgaande cijfers optellen, heeft ongeveer één op twintig mannelijke 50-plussers (4.8%) ooit een probleem met vruchtbaarheid gehad, terwijl veel meer vrouwelijke 50-plussers dit ooit meegemaakt hebben (13.1% of één op acht vrouwen). Bij de interpretatie van deze resultaten moet echter rekening gehouden worden met de subjectiviteit van die ervaring (voor verdere uitleg, cf. *infra*).

76. Uiteraard waren er verschillen in dit percentage naargelang de leeftijd van de respondent op het moment van de zwangerschap: hoe ouder, hoe groter de kans dat een zwangerschap in een miskraam eindigde. Dit fenomeen is uiteraard niet nieuw (zie de La Rochebrochard & Thonneau, 2002).



**Figuur 5. Afloop van zwangerschappen: miskraam en afbreking om medische redenen (N=2231).**

De jongere groep vrouwen van vruchtbare leeftijd verschilt niet van de groep 50-plussers inzake de ervaring met subfertiliteit: ongeveer evenveel onder hen rapporteren ooit problemen (met of zonder diagnose) te hebben ervaren.<sup>77</sup> Bij de mannen valt echter iets op: in de jongere groep geeft een hoger percentage aan ooit een diagnose van subfertiliteit te hebben gekregen, terwijl er in de groep 50-plussers meer mannen zitten die ooit een probleem hebben ervaren, maar hiervoor (nog) geen diagnose kregen. Later in dit stuk geven we een mogelijke verklaring voor dit verschil.

De eerste conclusie uit deze cijfers is dat vrouwelijke respondenten vaker dan mannelijke ooit al een vruchtbaarheidsprobleem hebben ervaren. Aangezien echter uit de Belgische cijfers van de infertiliteitscentra bekend is dat de oorzaak van vruchtbaarheidsproblemen minstens even vaak of zelfs nog vaker bij de man dan bij de vrouw ligt (BELRAP, 2011), beschouwen we dit verschil als een verschil in kennis van mogelijke problemen. Een vrouw is namelijk inherent lichamelijk bij mogelijke zwangerschappen betrokken, waardoor zij sneller en op andere manieren dan een man te weten kan komen of ze problemen heeft met haar vruchtbaarheid. Een vrouw heeft namelijk haar maandelijkse menstruele cyclus en brengt meestal jaarlijks een bezoek aan de gynaecoloog. Een man, daarentegen, kan strikt genomen

77. Hier moet uiteraard rekening gehouden worden met het feit dat mensen uit deze groep nog niet aan het einde van hun vruchtbare periode zijn en ze deze vruchtbaarheidsproblemen dus alsnog in de toekomst zouden kunnen ervaren. Er waren echter binnen de groep 18- tot 50-jarigen geen belangrijke verschillen meer tussen de twintigers, dertigers en veertigers.



Tabel 8. Percentage respondentent dat ooit ervaring had met vruchtbaarheidsproblemen naar geslacht en leeftijd (N=1691).

		Vruchtbaarheidsproblemen		
		Nee/Weet ik niet %	Ja, maar (nog) geen diagnose %	Ja, en een diagnose %
	N		854	
Vrouwen*	Vruchtbare volwassenen (18-50j.)**	87.9%	7.5%	4.6%
	Postreproductieve volwassenen (+50j.)**	86.9%	6.7%	6.4%
	<b>Totaal</b>	<b>87.4%</b>	<b>7.2%</b>	<b>5.4%</b>
	N		837	
Mannen*	Vruchtbare volwassenen (18-50j.)***	95.2%	0.8%	4.0%
	Postreproductieve volwassenen (+50j.)***	95.2%	3.0%	1.8%
	<b>Totaal</b>	<b>95.2%</b>	<b>1.7%</b>	<b>3.1%</b>

\* $\chi^2(2)=36.60$ ;  $p < .01$

\*\* $\chi^2(2)=1.55$ ;  $p = .46$

\*\*\* $\chi^2(2)=8.84$ ;  $p < .01$

enkel te weten komen dat hij een probleem heeft met vruchtbaarheid, wanneer hij in een relatie zit en met zijn partner een kinderwens heeft. Een andere verklaring betreft het moment waarop iemand een aanwezig probleem ook als een 'echt' probleem beschouwt. We zien bijvoorbeeld dat de groep die voor de aanwezige problemen ooit een diagnose heeft gehad, bij de mannen gemiddeld gezien groter is dan de groep die ooit wel een probleem heeft ervaren, maar hiervoor nog nooit een diagnose heeft gekregen. Misschien rapporteren mannen dan ook enkel een vruchtbaarheidsprobleem wanneer ze hiervoor ooit bij een hulpverlener zijn geweest die een diagnose voor het probleem heeft gesteld (cf. *infra* voor de cijfers over het zoeken naar hulp).

Wanneer het hier gerapporteerde cijfer van ongeveer één op acht vrouwen dat ooit een probleem heeft ervaren (om en bij de 12-13%) vergeleken wordt met de brede range van internationale cijfers uit de recente review (Boivin et al., 2007), stellen we vast dat de Vlaamse vrouwen gemiddeld scoren wat het aantal ervaringen met sub- of infertiliteit betreft.

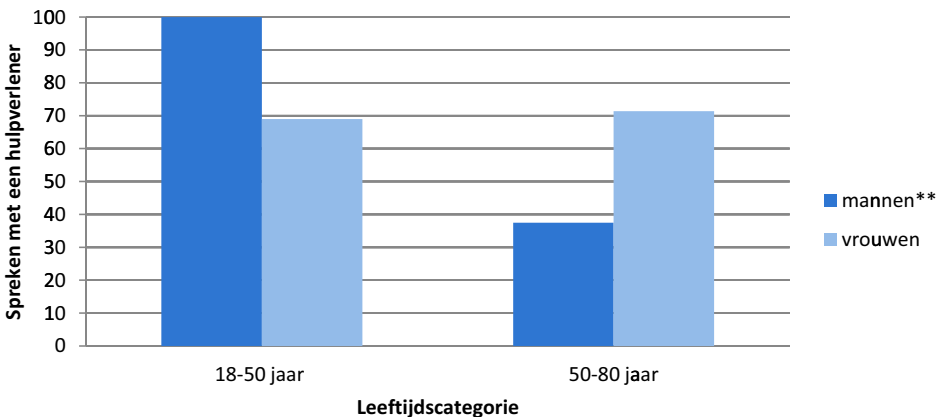
Ten tweede stellen we vast dat mannen en vrouwen die momenteel nog in de vruchtbare leeftijd zijn, tot nog toe ongeveer evenveel vruchtbaarheidsproblemen ervaren hebben als de oudere respondenten. We veronderstellen dat het aantal mensen dat met vruchtbaarheidsproblemen geconfronteerd wordt, niet meteen veel groter is in de huidige dan in de vorige generatie vruchtbare volwassenen, ondanks de latere startleeftijd van het reproductieve leven (cf. *supra*). Respondenten uit de jongere leeftijdsgroep zouden echter uiteraard later nog problemen kunnen rapporte-

ren. Bij de mannelijke respondenten zien we wel een generatieverschil wat het ooit gekregen hebben van een diagnose voor de aanwezige vruchtbaarheidsproblemen betreft. Mogelijk wijst dit op een maatschappelijk effect inzake het zoeken naar hulp bij de jongere generatie mannen (cf. *supra*).

### 3.3. De hulpverleningscascade bij vruchtbaarheidsproblemen

#### 3.3.1. Zoeken naar hulp bij vruchtbaarheidsproblemen

Om te weten te komen in hoeverre mannen en vrouwen de stap zetten richting hulpverlening bij de confrontatie met een vruchtbaarheidsprobleem – 41 mannen en 109 vrouwen hebben dit ooit meegemaakt – wordt gekeken naar het percentage onder hen dat ooit met een arts (huisarts, gynaecoloog, ...) of een andere hulpverlener (psycholoog, seksuoloog, ...) contact had om het over hun zorgen te hebben. In Figuur 6 is te zien dat bijna drie op vier vrouwen die ooit een probleem heeft ervaren, hiermee (eventueel samen met haar partner) richting hulpverlening is gestapt. Daarbij blijkt een generatieverschil afwezig (69% in de jongere groep; 71.4% in de 50-plussersgroep). Dit betekent dat de oudere vrouwen in onze steekproef in het verleden even vaak iemand hebben geraadpleegd om over hun zorgen rond hun vruchtbaarheidsproblemen te spreken als de jongere vrouwen die momenteel nog in hun vruchtbare leeftijd zijn. Voor mannen is er echter wel een duidelijk generatietooneel zichtbaar: 37.5% van de 50-plussers stapte met hun zorgen rond een vruchtbaarheidsprobleem ooit naar een hulpverlener, terwijl dit voor de huidige generatie 100% van de mannen betreft. De jongere mannen in onze steekproef stappen dus sneller richting hulpverlening bij confrontatie met deze problemen dan de oudere mannen.



\* Geslacht:  $\chi^2(1)=.05$ ;  $p=.82$ ; \*\* Leeftijd bij vrouwen:  $\chi^2(1)=0.08$ ;  $p=.78$ ; \*\* Leeftijd bij mannen:  $\chi^2(1)=20.00$ ;  $p<.001$

Figuur 6. Percentage respondenten dat met een hulpverlener over de ervaren vruchtbaarheidsproblemen sprak, naar geslacht en leeftijd (N=150).

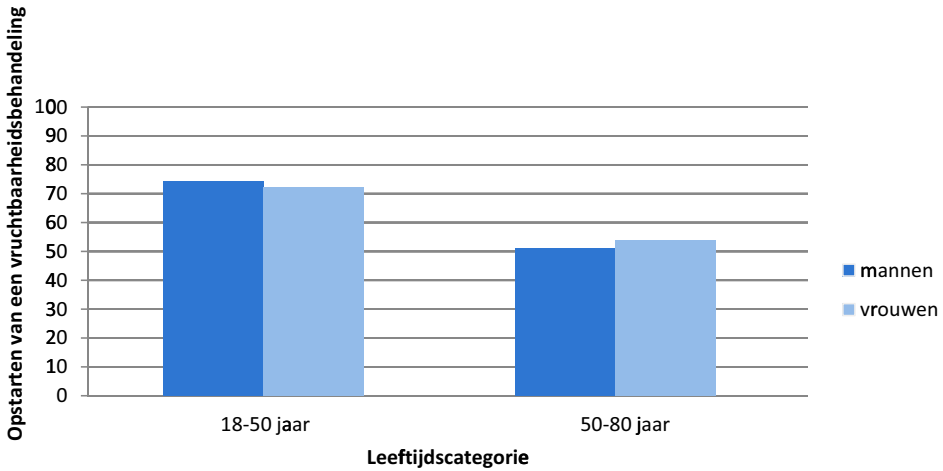
De voorgaande cijfers geven de verklaring voor het hierboven beschreven generatieverschil met betrekking tot diagnostiek bij jongere mannen. Aangezien zij (samen hun partner) vaker een beroep deden op een hulpverlener wanneer ze moeite hadden om iemand zwanger te maken, krijgt een hoger percentage onder hen ook effectief een diagnose. Deze resultaten zouden kunnen wijzen op een verlaagde drempel in het zoeken naar hulp voor deze problemen, mogelijk gerelateerd aan een soort taboe om hierover te spreken bij de oudere respondenten in onze steekproef. Ook hier zou de verklaring echter gezocht kunnen worden bij de huidige maatschappij, waarin zoveel gepland kan worden. Wanneer een zwangerschap niet meteen tot stand komt, wordt misschien sneller dan vroeger tot ‘actie’ overgegaan. Consistent met de vaststelling van andere auteurs, is het mogelijk dat koppels uit de huidige generatie veel sneller hulp zoeken vanuit de norm ‘je moet iets doen met je problemen’ (zie bijvoorbeeld het onderzoek van de Kok & Widdicombe (2008) naar de maatschappelijke druk op koppels om hulp te zoeken voor onvruchtbaarheid). Opmerkelijk is echter dat ongeveer één op vier vrouwen, ook uit de jongere leeftijdsgroep, (nog) geen hulp zocht voor de vruchtbaarheidsproblemen die ze ooit heeft meegemaakt. Dit is dus waarschijnlijk ook de groep vrouwen die tot op vandaag niet te weten is gekomen waarom ze ooit problemen hadden om zwanger te worden.

### 3.3.2. *Van diagnose naar behandeling*

Of mensen dan een behandeling zijn opgestart wanneer ze door hun arts of hulpverlener een diagnose van subfertiliteit kregen, wordt weergegeven in Figuur 7. De percentages zijn berekend op de 26 mannen en 48 vrouwen die ooit voor zichzelf of voor hun partner een diagnose kregen. In de figuur is te zien dat tussen de zes en zeven op de tien respondenten de stap richting een behandeling heeft gezet na de objectieve vaststelling van een vruchtbaarheidsprobleem. Ondanks het feit dat de percentages hoger liggen voor de jongere groep van vruchtbare volwassenen dan voor de oudere groep respondenten (73.7% en 72.7% ten opzichte van ongeveer 50% en 54.2% mannen en vrouwen respectievelijk), consistent met de recente stijgingen die we in de Belgische infertiliteitscentra waarnemen (BELRAP, 2011), is het verschil statistisch toch niet voldoende groot.<sup>78</sup>

---

78. Deze percentages zijn echter op kleine aantallen berekend ( $N < 50$ ), wat de afwezigheid van een statistisch significant verband kan verklaren. Zie ook ‘Achtergrond van de studie’, paragraaf 5.3, p. 35. We kozen er hier voor om het percentage respondenten dat voor een behandeling koos, toch te rapporteren, ondanks de kleine aantallen waarop deze percentages berekend zijn. Dit omdat deze percentages belangrijke informatie verschaffen over de cascade richting hulpverlening bij vruchtbaarheidsproblemen.



\*Geslacht:  $\chi^2(1)=0.41$ ;  $p=.52$ ; \*\*Leeftijd bij vrouwen:  $\chi^2(1)=1.70$ ;  $p=.19$ ; \*\*\*Leeftijd bij mannen  $\chi^2(1)=1.18$ ;  $p=.28$

Figuur 7. Percentage respondenten dat een vruchtbaarheidsbehandeling opstartte na een diagnose van subfertiliteit, naar geslacht en leeftijd (N=74).

De voorgaande cijfers geven aan dat bij de helft van de 50-plussers die ooit een diagnose van subfertiliteit kreeg, nooit een vruchtbaarheidsbehandeling is opgestart. Aangezien deze respondenten nu hun vruchtbare leeftijd voorbij zijn, resulteerde dit voor een deel onder hen waarschijnlijk in ongewenste kinderloosheid. De meest plausibele verklaring voor dit cijfer is uiteraard de veel lagere toegankelijkheid (misschien zelfs onbestaande) en aanvaardbaarheid van een behandeling een tijd terug (HGR, 2010).

Ter conclusie: de meerderheid van de jongere respondenten in onze steekproef vindt zijn weg richting verdere hulpverlening wel wanneer ze geconfronteerd worden met een probleem om zwanger te raken. Anderzijds blijft er een kleinere groep vrouwelijke respondenten over die (nog) niet met een hulpverlener over dit probleem sprak en een kleinere groep mannen en vrouwen die (nog) geen behandeling opstartten na gehoord te hebben wat hun specifieke probleem inhield. Deze resultaten zijn positiever dan de cijfers gerapporteerd in de recente review van 2007, waaruit bleek dat bijna één op twee mensen die ooit een infertiliteitsprobleem had, hiervoor nooit hulp zocht en dat drie op vier van deze mensen nooit een behandeling heeft opgestart (Boivin et al., 2007).

### 3.4. Vruchtbaarheidsproblemen en gezondheidscorrelaten

#### 3.4.1. *Vruchtbaarheidsproblemen en inschatting van het fysieke en mentale welzijn*

Om te weten te komen of het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen mogelijk gerelateerd is aan een lager gevoel van welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst, werden twee analyses uitgevoerd, analoog aan die voor het ooit meegemaakt hebben van onbedoelde zwangerschappen en abortus.<sup>79</sup> Daartoe werden drie groepen van volwassen respondenten met elkaar vergeleken: de groep die nooit vruchtbaarheidsproblemen heeft ervaren ( $N=1543$ ), de groep die ooit problemen heeft ervaren, maar daar voor zichzelf of zijn/haar partner (nog) geen diagnose voor kreeg ( $N=75$ ) en de groep die ooit een diagnose van subfertiliteit kreeg ( $N=72$ ). In Tabel 9 worden de resultaten weergegeven. Ooit een miskraam meegemaakt hebben, blijkt daarbij niet samen te hangen met het mentale of fysieke welzijn van volwassen respondenten op het moment van het invullen van de vragenlijst (niet in tabel). Het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen is echter wel gerelateerd aan de inschatting van het individuele welzijn van de laatste vier weken. Zo voelen diegenen die ooit vruchtbaarheidsproblemen ervaren hebben, zich op het moment van het invullen van de vragenlijst, mentaal en fysiek minder goed in vergelijking met diegenen die deze problemen nooit hebben ervaren. Opvallend is dat de groep respondenten die ooit wel problemen heeft ervaren, maar daar nog geen diagnose voor kreeg, zich het slechtst blijkt te voelen.

De voorgaande resultaten wijzen erop dat zich op dit moment mentaal en fysiek minder goed voelen, kan samenhangen met het reproductieve leven dat iemand tot dan toe heeft gehad. Vorig onderzoek heeft mentale stressgerelateerde klachten van infertiliteit reeds meermaals aangetoond. Zie bijvoorbeeld de subjectieve lagere kwaliteit van leven bij vrouwen die hulp aan het zoeken zijn voor hun infertiliteit in het onderzoek van Monga et al. (2004) of het hogere aantal negatieve emoties bij die vrouwen in het onderzoek van Oddens et al. (1999). Ook de verbanden met fysieke gezondheid werden in vorig onderzoek reeds beschreven (zie bijvoorbeeld Anderson, Nisenblat & Norman, 2010), met vaak een onduidelijkheid naar de oorzaak-gevolgrelatie van deze verbanden. Dat wie voor de aanwezige problemen (nog) nooit een diagnose kreeg, zich nu het slechtst voelt, is verrassend en is mogelijk een gevolg van de afwezigheid van controle over de problemen.

---

79. Daarbij werden het ooit ervaren van een miskraam en het ooit ervaren van vruchtbaarheidsproblemen in één analyse samengebracht, om hiervoor te kunnen controleren, aangezien er een significante correlatie was tussen de ervaring met een miskraam en de ervaring met vruchtbaarheidsproblemen ( $\chi^2(2)=8.22; p<.05$ ). Er werd ook hier nagegaan of er belangrijke verschillen waren tussen mannen en vrouwen op het vlak van de verbanden met fysiek, mentaal en seksueel welzijn. Dit bleek, in tegenstelling tot vorig onderzoek (zie bijvoorbeeld Monga et al., 2004) niet zo te zijn. Vandaar dat de analyses niet werden uitgesplitst naar geslacht. Ook werd opnieuw gecontroleerd voor leeftijd, opleiding en het reeds uitgedragen hebben van een zwangerschap.

Tabel 9. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen fysiek (PCS) en mentaal welzijn (MCS) en vruchtbaarheidsproblemen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau, geslacht en ervaring met geboorte van eigen kinderen en miskraam ( $N=1512$ ).

	Gemiddelde	SD	B	F
<b>Fysiek welzijn (PCS)</b>				F(2,1501)=7.93***
Ooit diagnose subfertiliteit	15.94	3.55	-0.80*	
Ooit problemen zonder diagnose	15.49	3.88	-1.12***	
Geen ervaring met subfertiliteit (ref. categorie)	16.81	2.76		
<b>Mentaal welzijn (MCS)</b>				F(2,1501)=5.00**
Ooit diagnose subfertiliteit	20.99	3.56	-0.88*	
Ooit problemen zonder diagnose	20.74	4.20	-0.99**	
Geen ervaring met subfertiliteit (ref. categorie)	22.04	3.23		

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

### 3.4.2. Vruchtbaarheidsproblemen en inschatting van het seksuele welzijn

Wat verbanden met seksuele welzijnsmaten betreft, zien we in Tabel 10 dat de respondenten die ooit vruchtbaarheidsproblemen hadden, maar hier geen diagnose voor kregen, minder belang aan seks hechten dan de respondenten die nog nooit met deze problemen geconfronteerd zijn geweest. Dit is niet het geval voor de respondenten die voor hun vruchtbaarheidsproblemen ooit een diagnose kregen.

Tabel 10. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen seksueel welzijn (tevredenheid met seks en belang van seks) en vruchtbaarheidsproblemen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau, geslacht en ervaring met geboorte van eigen kinderen en miskraam ( $N=1155$ ).

	Gemiddelde	SD	B	F
<b>Tevredenheid met seks</b>				F(2,1456)=0.58
Ooit diagnose subfertiliteit	3.60	1.13	0.12	
Ooit problemen zonder diagnose	3.59	1.18	0.09	
Geen ervaring met subfertiliteit (ref. categorie)	3.52	1.15		
<b>Belang van seks</b>				F(2,1456)=3.53*
Ooit diagnose subfertiliteit	3.74	1.00	0.14	
Ooit problemen zonder diagnose	3.27	1.32	-0.30 *	
Geen ervaring met subfertiliteit (ref. categorie)	3.84	0.98		

\* $p < .05$

In tegenstelling tot vorig onderzoek (zie bijvoorbeeld Monga et al., 2004) zien we hier geen lagere tevredenheid met het seksuele leven bij respondenten die ooit vruchtbaarheidsproblemen ervaren hebben. Hoe belangrijk men seks vindt, blijkt echter wel verband te houden met deze ervaring. Een mogelijke, zeer tentatieve hypothese ter verklaring van dit resultaat is dat de groep respondenten die ooit pro-

blemen had om zwanger te worden of iemand zwanger te maken, maar nooit de oorzaak hiervan heeft gekend, seks vanwege de (blijvende) aanwezige problemen ‘devalueert’. Verder onderzoek is nodig om dit verband verder uit te diepen, maar consistent met vorig onderzoek zien we dus dat de beleving van seksualiteit en de ervaring met reproductiviteit op de één of andere manier gerelateerd kan zijn. Een reviewartikel over deze verbanden poneert dat de richting van de verbanden vaak éénduidig moet worden geïnterpreteerd: een seksueel probleem als oorzaak van infertiliteit is weinig plausibel; de verbanden liggen eerder omgekeerd (Wischmann, 2010). Dit zou betekenen dat aandacht nodig is voor de groep mannen en vrouwen die moeilijkheden ervaart bij het tot stand brengen van een zwangerschap, maar hiervoor geen hulp zoekt en dus ook niet te weten komt wat de oorzaak van de aanwezige problemen is. Zij zouden hun seksuele activiteiten namelijk op lange termijn minder belangrijk kunnen gaan vinden.

#### 4. Besluit reproductief welzijn

Wat vertellen de voorgaande cijfers ons nu over het reproductieve welzijn van de respondenten die aan de Sexpert-studie deelnamen? Wat het onbedoeld zijn van zwangerschappen betreft, zijn er vier grote conclusies.

Ten eerste wordt één op vier van de recente zwangerschappen (2000-2011) als ongepland benoemd en worden er dus drie op vier als wel gepland beschouwd. Eén op zes van die zwangerschappen wordt beschouwd als ongewenst bij het begin van de zwangerschap. Deze cijfers waren te verwachten op basis van de cijfers uit een Franse studie (Bajos et al., 2003). De vergelijking met de Nederlandse populatiestudie (Bakker et al., 2009) leerde ons dat ongeplande zwangerschappen en het aandeel daarvan dat ook ongewenst is, vooral door de vrouwen in onze studie vaker gerapporteerd worden dan in de Nederlandse studie. Het is onduidelijk of maatschappelijke verschillen (worden zwangerschappen bij Nederlandse vrouwen meer bewust voorbereid?) dan wel methodologische verschillen (bijvoorbeeld het specifieke jaartal van de zwangerschappen in de Nederlandse studie, de aanwezigheid van een binaire bevraging van ‘wens tot zwangerschap’, ...) deze discrepanties zouden kunnen verklaren. De twee vormen van een ‘onbedoelde zwangerschap’ blijken in de Sexpert-studie, zoals verwacht, geen volledige overlap te vertonen (Stanford et al., 2000). Enerzijds hoeft een ongeplande zwangerschap helemaal niet te betekenen dat die ook als ongewenst wordt beleefd. Anderzijds blijkt een duidelijke groep van de ongeplande zwangerschappen ook een aantal jaren later nog steeds als ongewenst te worden benoemd. De ongeplande zwangerschappen uit de eerste groep – deze die toch meteen gewenst waren (30.4%) – worden door respondenten blijkbaar niet als ‘problematisch’ beschouwd, ook al waren ze niet voorbereid. De tweede groep ongeplande zwangerschappen zouden we wel problematisch kunnen noemen en is de groep waar preventie zich op zou moeten focussen. Daarnaast is er nog een grote groep ongeplande zwangerschappen waarbij respondenten een proces hebben doorlopen van ‘ik wil deze onvoorbereide zwangerschap niet’ richting ‘deze onvoorbereide



zwangerschap was uiteindelijk toch gewenst'. Dit is een bevestiging van de mogelijke evoluties in de beleving van een onvoorbereide zwangerschap (zie Joyce et al., 2000). Toekomstig (kwalitatief) onderzoek zou zich op deze laatste groep kunnen richten om te achterhalen welke mechanismen voor deze veranderingen in beleving verantwoordelijk zijn. Resultaten van dit soort onderzoek zouden ons iets kunnen leren over de preventie van ongewenste – en dus niet enkel ongeplande – zwangerschappen. Verder blijkt zoals verwacht (zie Fisher et al., 1999) de beslissing om een zwangerschap bewust af te breken, minder verband te houden met het al dan niet goed voorbereid hebben van de zwangerschap *an sich*, maar veel meer met het al dan niet gewenste gevoel bij de zwangerschap.

Ten tweede geven de resultaten aan dat zwanger worden en de kijk daarop nogal verschilt naar gelang van de maatschappelijke context waarin een zwangerschap plaatsvindt én van waaruit men die beoordeelt. Zo worden zwangerschappen van de laatste 40 jaar zoals verwacht (zie de Graaf & Loozen, 2005) veel vaker als gepland beschouwd dan zwangerschappen van daarvoor. Hoogstwaarschijnlijk heeft de verspreiding en aanvaarding van efficiënte anticonceptie, waardoor men de mogelijkheid kreeg om zwangerschappen beter te plannen, hier een groot aandeel in. Ook meer communicatie over deze stap binnen gezinnen en binnen koppels zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. Verder blijkt dat het nadien ongewenst beschouwen van een ongeplande zwangerschap, weinig te maken heeft met hoe oud men was op het moment van de zwangerschap of hoe vaak men daarvoor al zwanger was geweest en waarschijnlijk dus een zeer individuele beleving is, afhankelijk van veel andere factoren. Het al dan niet gepland zijn van een zwangerschap hangt daar echter wel mee samen: gemiddeld gezien betekent op jongere leeftijd een zwangerschap meemaken vaker dat de zwangerschap niet was gepland. Ook blijkt een tweede zwangerschap het vaakst te zijn gepland.

Een derde opvallende conclusie is dat, ondanks de bevinding dat ongewenste zwangerschappen van alle tijden blijken te zijn (met een relatieve constante van één op zes), jongere mensen een ongeplande zwangerschap iets vaker als ongewenst beschouwen dan oudere mensen. Verscheidene verklaringen zijn hiervoor te vinden. Eén daarvan is het effect van de vele mogelijkheden tot planning en de keuze die men nu heeft, waardoor men soms minder goed kan omgaan met iets wat niet loopt zoals gepland of men minder barrières ervaart om een zwangerschap te benoemen als iets wat men niet wil. Ook een verschil in perspectief van waaruit men een zwangerschap beoordeelt (op het einde van het vruchtbare leven versus er middenin) of een verschil in de levensfasen van verschillende generaties (een uitstel van het ouderschap door studies) kunnen mogelijke verklaringen zijn. Verder werd vastgesteld dat ongewenste zwangerschappen de laatste 40 jaar, zoals verwacht (zie de Graaf & Loozen, 2005), vaker werden geaborteerd dan in de jaren daarvoor. Een maatschappelijke evolutie richting een grotere aanvaardbaarheid én toegankelijkheid van abortushulpverlening is hier een mogelijke verklaring.

Een vierde conclusie is dat wie ooit een ongewenste zwangerschap heeft geaborteerd, zich niet meteen slechter voelt dan wie nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt. Deze bevinding is soortgelijk aan de resultaten uit de reviewstudies van Charles et al. (2008) en Major et al. (2009). Dit verschil op het vlak van mentaal welzijn is er echter wel voor wie aangeeft dat minimaal één zwangerschap die resulteerde in de geboorte van een kind, in het begin ongewenst was. Het verschil was er ook (en was zelfs nog groter) voor respondenten die aangeven dat ze in een identieke situatie (een ongewenste zwangerschap) twee keer een andere beslissing hebben genomen: één keer een abortus en één keer uitgedragen. Hypotheses over verbanden tussen de ervaring met abortus en het belang van seks (zie bijvoorbeeld Coleman et al., 2008), werden hier niet bevestigd.

Met betrekking tot problemen om zwanger te worden of zwanger te blijven, was de eerste conclusie in dit hoofdstuk dat, conform de Britse follow-upstudie van zwangerschappen (Everett, 1997), een aanzienlijk aantal zwangerschappen vooral tijdens de eerste maanden in een miskraam eindigt. Dit wijst op het belang van onderzoek naar en een goede begeleiding van het verloop van zwangerschappen. Opvallend was dat ook een niet aanzienlijk deel van de recente zwangerschappen die als onbedoeld (ongepland of ongewenst) worden benoemd, in een miskraam of een medisch geïndiceerde afbreking eindigden. Aandacht voor deze uitkomst van onbedoelde zwangerschappen lijkt nodig.

Ten tweede merkten we op dat vrouwen veel vaker dan mannen rapporteren ooit een probleem te hebben gehad met vruchtbaarheid. Aangezien bestaande literatuur eigenlijk geen geslachtsverschillen aantoonde, zouden we dit kunnen beschouwen als een verschil in kennis: vrouwen weten vaker dat er een probleem is door de grotere lichamelijke betrokkenheid bij een zwangerschap (bijvoorbeeld het jaarlijkse gynaecologisch onderzoek). Een andere verklaring zou kunnen zijn dat mannen dezelfde moeilijkheid om tot een zwangerschap te komen, minder snel als een probleem rapporteren dan dit bij vrouwen het geval is. Opvallend was namelijk dat een probleem er voor mannen vaak alleen maar is wanneer er een diagnose gesteld werd (weinig mannen rapporteren ooit een probleem te hebben gehad zonder diagnose). Opvallend is de verschuiving in de stap richting hulpverlening: jongere mannelijke respondenten gingen vaker met een hulpverlener over de vruchtbaarheidsproblemen spreken dan de oudere mannelijke respondenten. Dit zou een indicatie kunnen zijn van een verdwijning van het onderwerp uit de taboesfeer. Het zou echter ook kunnen wijzen op een eerder beschreven effect van de huidige maatschappelijke context (zie van Bavel & De Wachter, 2007): men wacht nu langer om aan kinderen te beginnen. Wanneer dit dan niet meteen lukt, zou het wel eens kunnen dat men sneller hulp gaat zoeken. Opmerkelijk is echter de bevinding dat helemaal niet iedereen die zich had laten testen en een diagnose van subfertiliteit kreeg, hiervoor een behandeling heeft opgestart, ook niet in de jongere leeftijdsgroep. Ook de bevinding dat een kleinere groep vrouwen met hun vruchtbaarheidsprobleem nooit naar een hulpverlener is gestapt – waarschijnlijk resulterend in onwetendheid over de oorzaak van dit probleem – is opmerkelijk. De meerderheid van de mannen en vrouwen

vindt tegenwoordig echter wel zijn of haar weg naar de hulpverlening. Het hier verkregen beeld van de hulpverleningscascade is positiever dan dit uit de internationale reviewstudie van Boivin et al. (2007).

Tot slot blijkt dat er – conform de onderzoeken naar de aanwezigheid van mentale stressklachten en een ongezondere levensstijl bij personen met zwangerschapsproblemen (zie Monga et al. (2004), Oddens et al. (1999) en Anderson et al., 2010) – een samenhang bestaat tussen het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen en de subjectieve inschatting van het mentale en fysieke welzijn. Volwassenen die ooit moeite hadden met zwanger worden of iemand zwanger te maken, voelen zich op het moment van de vragenlijst minder goed dan diegenen die deze problemen nooit hadden. Opvallend was dat de groep die voor deze problemen nooit een diagnose gekregen heeft, zich het slechtst voelt. Dit zou kunnen betekenen dat iemand zich beter voelt wanneer een hulpverlener op een oorzakelijke factor voor de zwangerschapsproblemen kan wijzen. Een mogelijke hypothese is dat dit te maken heeft met een vorm van controle over de problemen: het probleem wordt ‘gemedicaliseerd’ (biologische problemen worden aangeduid), een vruchtbaarheidsbehandeling wordt mogelijk... We moeten echter rekening houden met de onmogelijkheid om hier oorzaak-gevolgrelaties te onderscheiden. Alvast zijn deze resultaten een indicatie dat de reproductieve geschiedenis van mensen gerelateerd is aan hoe men op dit moment zijn of haar mentale en fysieke welzijn inschat.

Ook opvallend was dat het nooit gekregen hebben van een diagnose gerelateerd is aan het hechten van minder belang aan seks. Een hypothese is dat deze groep van respondenten seks ‘devalueert’ door de (vroegere of huidige) problemen om tot een zwangerschap te komen. Dat dit verband afwezig is voor de groep die ooit wel een diagnose van subfertiliteit kreeg, kan opnieuw te maken hebben met de mogelijkheden die een diagnose met zich meebrengt. Aandacht voor deze ‘onwetende’ groep van personen met vruchtbaarheidsproblemen, is nodig.

#### Onze resultaten samengevat

- Een ongeplande zwangerschap is in de meerderheid van de gevallen in het begin ook een ongewenste zwangerschap. Diezelfde beleving verandert echter vaak nog op een later moment in het leven, afhankelijk van de uitkomst van die zwangerschap (uitdragen of niet).
- Een zwangerschap die ongepland is, komt gemiddeld vaker voor op jongere leeftijd en bij wie voordien reeds meerdere zwangerschappen heeft meegemaakt.
- Ongeplande zwangerschappen zijn over de jaren heen minder frequent geworden. Het aantal ongewenste zwangerschappen is echter gelijk gebleven.
- Wie jonger is, stelt een ongeplande zwangerschap iets vaker gelijk met een ongewenste zwangerschap. Een ongewenste zwangerschap wordt vaker afgebroken door middel van een abortus.

- Wie ooit een initieel ongewenste zwangerschap uitgedragen heeft, voelt zich op dit moment mentaal iets slechter. Dit is niet het geval voor wie ooit een ongewenste zwangerschap geaborteerd heeft.
- De kans dat een zwangerschap in een spontaan miskraam eindigt, is zeer hoog (één op de tien zwangerschappen). Dit gebeurt meestal vroeg in de zwangerschap. De kans dat een zwangerschap om medische redenen moet worden afgebroken, is heel wat minder hoog.
- Vrouwen rapporteren het vaakst ooit problemen te hebben gehad om tot een zwangerschap te komen. Een probleem is voor mannen vaak maar aanwezig wanneer er ook een diagnose werd gesteld.
- Mannen stapten over de jaren heen vaker (mee) naar een hulpverlener bij een mogelijk vruchtbaarheidsprobleem. De meeste mannen en vrouwen vinden tegenwoordig hun weg naar de hulpverlening.
- Wie ooit een vruchtbaarheidsprobleem ervaren heeft, voelt zich op dit moment zowel fysiek als mentaal iets slechter. Wie hiervoor (nog) nooit een diagnose kreeg, voelt zich het slechtst. Deze onwetende groep hecht ook minder belang aan seks dan gemiddeld.

## Referenties

- Anderson, K., Nisenblat, V. & Norman, R. (2010). Lifestyle factors in people seeking infertility treatment – a review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50, 8-20.
- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: Éditions La Découverte.
- Bajos, N., Leridon, H., Goulard, H., Oustry, P. & Job-Spira, N. (2003). Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*, 18(5), 994-999.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijjer, H. & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Barber, J.S., Anxinn, W.G. & Thornton, A. (1999). Unwanted Childbearing, Health and Mother-Child relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3), 231-257.
- BELRAP (2011). *Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy – Belgium 2009* (pp. 133) [Online Publicatie], [geraadpleegd op 28/03/2012], beschikbaar op: [http://www.belrap.be/Documents/Reports/Global/Report\\_IVF09\\_16NOV11.pdf](http://www.belrap.be/Documents/Reports/Global/Report_IVF09_16NOV11.pdf).
- Blake, S.M., Kiely, M., Gard, C.C., El-Mohandes, A.A., El-Khorazaty, M.N. & Initiative, N.-D. (2007). Pregnancy intentions and happiness among pregnant black women at high risk for adverse infant health outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(4), 194-205.

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A. & Nygren, K.G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Bouchard, G. (2005). Adult Couples Facing a Planned or an Unplanned Pregnancy: Two Realities. *Journal of Family Issues*, 26(5), 619-637.
- Carroll, P. (2011). Legally Induced Abortion: The Demographic Profile and Hazards to the Health of Women. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 5(1), 1-10.
- Coleman, P.K., Rue, V.M., Spence, M. & Coyle, C.T. (2008). Abortion and the sexual lives of men and women: Is casual sexual behavior more appealing and more common after abortion? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 77-91.
- Charles, V.E., Polis, C.B., Sridhara, S.K. & Blum, R.W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436-450.
- de Graaf, A. & Loozen, S. (2005). Ongeplande zwangerschappen [Online Publicatie]. *Bevolkingstrends*, 4e kwartaal 2005. Centraal Bureau voor de Statistiek, [geraadpleegd op 15/12/2011], beschikbaar op <http://www.voetafdruk.eu/onzevoetafdruk/discussienota/literatuur/degraafenloozen-2005.pdf>.
- de Kok, B.C. & Widdicombe, S. (2008). 'I really tried': management of normative issues in accounts of responses to infertility. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1083-1093.
- de La Rochebrochard, E. & Thonneau, P. (2002). Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Human Reproduction*, 17(6), 1649-1656.
- De Wilde, M. (2009). *Onderzoeksrapport: Socio-demografische kenmerken Tienerouders in Vlaanderen* [Online Publicatie]. Antwerpen: Centrum voor Sociaal Beleid, [geraadpleegd op 27/06/2012], beschikbaar op <http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/sites/default/files/2009-09-21-tienermoeders.pdf>.
- Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3335-3346.
- Erens, B., Field, J., McManus, S. & Prescott, A. (2002). *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II. Topic Report Four: Abortion, miscarriage and stillbirth*. National Centre for Social Research.
- Everett, C. (1997). Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *British Medical Journal*, 315, 32-34.
- Fisher, R.C., Stanford, J.B., Jameson, P. & DeWitt, M.J. (1999). Exploring the Concepts of Intended, Planned, and Wanted Pregnancy. *The Journal of Family Practice*, 48(2), 117-122.
- Flikweert, S., Wieringa-de Waard, M., Meijer, L.J., De Jonge, A. & Van Balen, J.A.M. (2004). NHG-Standaard Miskraam. *Huisarts en Wetenschap*, 47(3), 147-155.
- Font-Ribera, L., Pérez, G., Salvador, J. & Borrell, C. (2007). Socioeconomic Inequalities in Unintended Pregnancy and Abortion Decision. *Journal of Urban Health*, 85(1), 125-135.

- Gandek, B., Ware, J., Aaronson, N., Apolone, G., Bjorner, J., Brazier, J. & Sullivan, M. (1998). Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- Gipson, J.D., Koenig, M.A. & Hindin, M.J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child and parental health: a review of the literature. *Studies in Family Planning*, 39(1), 18-38.
- Glover, L., McLellan, A. & Weaver, S.M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401-418.
- Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R.A. & Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility – a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 17(5), 575-588.
- Guthrie, C. (2007). *Carhart, Constitutional Rights and the psychology of regret*. Vanderbilt Public Law Research Paper No. 07-33, [geraadpleegd op 15/05/2012], beschikbaar op [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1031235](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1031235).
- Hart, V.A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 31-41.
- HGR (2010). *Fertilititeit: Demografie en epidemiologie van de vruchtbaarheid in België en de nood aan medisch begeleide voortplanting* [Online Publicatie]. Brussel: Hoge Gezondheidsraad, [geraadpleegd op 28/03/2012], beschikbaar op [http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19065508\\_nl.pdf](http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19065508_nl.pdf).
- Johnson, A.M., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., McManus, S., Wellings, K., ... & Field, J. (2001). *British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II ('NATSAL 2000')*. London: National Centre for Social Research.
- Joyce, T., Kaestner, R. & Korenman, S. (2000). The Stability of Pregnancy Intentions and Pregnancy-Related Maternal Behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 171-178.
- Ketting, E. (2000). De invloed van orale anticonceptie op de maatschappij. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 144(6), 283-286.
- Kind en Gezin (2009). *Het Kind in Vlaanderen 2009* [Online Publicatie]. Kind en Gezin, [geraadpleegd op 16/06/2012], beschikbaar op <http://www.kindengezin.be/img/kind-in-vlaanderen-2009.pdf>.
- Leathers, S.J. & Kelley, M.A. (2000). Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 523-531.
- Levels, M., Need, A., Nieuwenhuis, R., Sluiter, R. & Ultee, W. (2010). Unintended Pregnancy and Induced Abortion in the Netherlands 1954-2002. *European Sociological Review*, 28(3), 301-318.
- Løkeland, M. (2004). Abortion: The Legal Right Has Been Won, But Not the Moral Right. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 167-173.
- Maconochie, N., Doyle, P., Prior, S. & Simmons, R. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage-results from a UK-population-based case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(2), 170-186.

- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F. & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863-890.
- Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V.M. & Costa, M.E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113-2121.
- Maxson, P. & Miranda, M.L. (2011). Pregnancy intention, demographic differences, and psychosocial health. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 20(8), 1215-1223.
- McKinlay, S.M., Brambilla, D.J. & Posner, J.G. (1992). The normal menopause transition. *Maturitas*, 14, 103-115.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S.E., Stein, M. & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Adult Urology*, 63, 126-130.
- Oddens, B.J., den Tonkelaar, I. & Nieuwenhuysse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Human Reproduction*, 14(1), 255-261.
- Picavet, C. (2012). Zwangerschap en Anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 121-128.
- Rowlands, I. & Lee, C. (2010). Adjustment after miscarriage: Predicting positive mental health trajectories among young Australian women. *Psychology, Health & Medicine*, 15(1), 34-49.
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B.C., Curtis, K., Cabral, R., ... & Schieve, L. (2003). The measurement and meaning of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94-101.
- Schreiber, C.A., Whittington, S., Cen, L. & Maslankowski, L. (2011). Good intentions: risk factors for unintended pregnancies in the US cohort of a microbicide trial. *Contraception*, 83(1), 74-81.
- Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S.K. & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide. *The Lancet*, 379(9816), 625-632.
- Sedgh, G., Bankole, A., Oye-Adeniran, B., Adewole, I.F., Singh, S. & Hussain, R. (2006). Unwanted pregnancy and Associated Factors Among Nigerian Women. *International Family Planning Perspectives*, 32(4), 175-184.
- SENSOA (2011). *Feiten & Cijfers: Abortus in België* [Online Publicatie]. Nationale Evaluatiecommissie, geraadpleegd op [09/12/2011], beschikbaar op [http://www.sensoa.be/sites/default/files/feitenencijfersabortus2011\\_0.pdf](http://www.sensoa.be/sites/default/files/feitenencijfersabortus2011_0.pdf).
- Stanford, J.B., Hobbs, R., Jameson, P., DeWitt, M.J. & Fischer, R.C. (2000). Defining Dimensions of Pregnancy Intendedness. *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 183-189.
- Thorp, J.M., Hartmann, K.E. & Shadigian, E. (2002). Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: Review of the Evidence. *Obstetrics and gynaecology*, 58(1), 67-79.



- Van Bavel, J. & Bastiaenssen, V. (2007). *De recente evolutie van de vruchtbaarheid in het Vlaamse Gewest: update 2006*. Interface Demography (eds.): Vrije Universiteit Brussel.
- Van Bavel, J. & De Wachter, D. (2007). *Uitstel van ouderschap in het Vlaamse Gewest, 2002-2006*. Interface Demography (eds.): Vrije Universiteit Brussel.
- VZG (2011). *Belangrijkste trends in geboorte en bevalling* [Online Publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. [geraadpleegd op 16/06/2012], beschikbaar op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Geboorte-en-bevalling/Belangrijkste-trends-in-geboorte-en-bevalling/>.
- Wijsen, C., van Lee, L. & Koolstra, H. (2007). *Abortus in Nederland*. Delft: Eburon.
- Wischmann, T.H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1868-1876.