

ONGEWENSTE KINDERLOOSHEID & ROUW

EEN CROSS-SECTIONNEEL SURVEY-ONDERZOEK NAAR DE MOGELIJKHEID OM DE REACTIE OP ONGEWENSTE KINDERLOOSHEID TE VERTALEN ALS EEN ROUWREACTIE.



Masterthese | M. Vermeeren & I. Woudstra

Instelling

Universiteit Utrecht

Afdeling

Psychologie

Begeleider

Dr. H.A.W. Schut

24 juni 2008

Voorwoord

In het kader van het masterjaar Klinische Psychologie aan de Universiteit Utrecht dient een wetenschappelijk onderzoek verricht te worden. Na enige overweging zijn we uitgekomen bij een voor ons idee tastbaar onderwerp, oftewel 'Ongewenste kinderloosheid & Rouw'. Het huidige onderwerp sloot tevens goed aan bij het vak 'Verlies & Psychotrauma', dat eerder het masterjaar door ons gevolgd is. De verdieping in het onderwerp heeft onder ons geleid tot veel discussie. Daarnaast heeft het ons veel begrip voor een dergelijke situatie gegeven en een keerzijde laten zien dat het krijgen van kinderen niet een vanzelfsprekendheid is, zoals meestal wordt verwacht. Graag willen wij onze begeleider Henk Schut aan de Universiteit Utrecht bedanken voor de kritische noten en inzichten die hij heeft gegeven in de ontwikkeling van het huidige onderzoek. Tevens willen wij onze dank meegeven aan alle deelnemers en de organisaties achter de websites die hun medewerking wilden verlenen aan het onderzoek, zonder wie het onderzoek niet mogelijk was geweest.

Maarten Vermeeren
Studentnummer: 3198677

Inez Woudstra
Studentnummer: 3191567

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting/Abstract	3
1. Inleiding	4
2. Methoden	10
2.1 Deelnemers	10
2.2 Meetinstrumenten	10
2.2.1 General Health Questionnaire (GHQ)	10
2.2.2 Aangepaste Rouwvragenlijst (RVL)	11
2.3 Onderzoeksdesign en analyseplan	12
2.4 Procedure	13
3. Resultaten	14
3.1 Rouw	14
3.1.1 Demografische en theoretische variabelen en Rouw	15
3.1.2 Algemene psychische problematiek en Rouw	15
3.1.3 Demografische en theoretische variabelen en Algemeen psychisch functioneren	17
3.2 Chronische Rouw en keerpunten in de tijd	17
3.3 Algemene psychische problematiek op de lange termijn	18
4. Discussie	19
Referenties	24

Samenvatting/Abstract

The current research has twofold aims. First to translate the responses to an irreversible loss of the possibility to get children as a grieving response, on the basis of quantitative data. Secondly to offer empirical support for the presence of chronic grief among people who are involuntary childless. A revision is made of the Rouwvragenlijst (RVL; Boelen, De Keijser & Van den Bout, 2001) to be able to measure the presence of this grief response. In addition, the General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979) is used to distinguish between the measured mourning and commonly mental dysfunctioning. It appeared that there was a grief response of an average level among the involuntary childless female participants (N=65) according to the norms of the original RVL (Boelen et al., 2001). Furthermore, it appeared that there was no difference in the reported levels of grief before, during, and after the medical treatment (i.e. In Vitro Fertilisation, IVF). Concluding, it appeared that involuntary childless women in the current study react with a grief-specific response, with some unexplained overlap with commonly mental dysfunctioning. Moreover it is plausible that involuntary childlessness remains a central question during life, but the presence of this question does not lead to coping problems per se.

1. Inleiding

Bij de overweging om kinderen te nemen, gaat men er onbewust vanuit dat men de keuze heeft om kinderen te krijgen. Deze vanzelfsprekendheid zorgt voor een minderheid van de bevolking voor een grote tegenslag, wanneer blijkt dat deze aanname niet altijd opgaat. Voor tachtig procent van de koppels in Nederland lukt het om binnen anderhalf jaar zwanger te raken. De overige twintig procent hebben moeite om zwanger te raken, waarvan zelfs drie procent uiteindelijk ongewenst kinderloos blijft (Steenhof & Jong, 2000).

Het hoofddoel van dit artikel is het verwerven van inzicht in de emotionele reactie die ongewenste kinderloosheid teweegbrengt en of dit te beschouwen is als een vorm van rouw. Er wordt in dit artikel een vergelijking gemaakt tussen het verwerkingsproces bij het verlies van de aanname van fertiliteit en het verlies van een dierbaar persoon. Om de reactie van mensen die onvruchtbaar zijn te kunnen begrijpen, wordt er ingegaan op de betekenis van het hebben van kinderen. Vervolgens worden de wegen die men in kan slaan, wanneer men met vruchtbaarheidsproblemen te maken krijgt, uitvoerig besproken.

Biologische predisposities en de sociale context bepalen voor een groot deel de motieven om kinderen te nemen (Morgan, Berkowitz King, 2001). Een sterk instinct om voort te planten en een band ervaren met biologisch verwanten, vallen onder de predisposities en beïnvloeden de motieven onbewust (Morgan, Berkowitz King, 2001; Van Balen, 1991). Naast de predisposities speelt sociale druk een grote rol. Het blijkt dat wanneer mensen bewust de keus maken om geen kinderen te nemen, dat dit afwijkend is van de norm (Morgan, Berkowitz King, 2001; Van Balen, 1991) om minstens twee kinderen te nemen (Blake; zoals opgenomen in Morgan & Berkowitz King, 2001). Een negatief stereotype over mensen die kinderloos zijn, draagt bij aan deze norm en houdt in dat kinderloze mensen gezien worden als onvolwassen en egoïstisch (Blake; zoals opgenomen in Morgan & Berkowitz King, 2001). Uit het bovenstaande is op te maken dat de motieven grotendeels impliciet zijn opgebouwd (Morgan, Berkowitz King, 2001; Van Balen, 1991) en dat het krijgen van kinderen hierdoor veelal vanzelfsprekend wordt bevonden (Van Balen, 1991).

Mensen die infertiel zijn, worden in tegenstelling tot fertiele mensen, 'gedwongen' expliciet stil te staan bij hun motivatie om kinderen te wensen (Pfeffer & Woollett, zoals opgenomen in Van Balen, 1991) en de betekenis van het huwelijk en het gezin te herzien (Daniluk, 2001). Uit het onderzoek door Van Balen (1991) blijkt, dat de meest genoemde motieven om kinderen te wensen voor infertiele

koppels, geluk, identiteit, welzijn en ouderschap zijn. De sterkte van de kinderwens, die wordt beïnvloed door de motivatie, bepaalt hoe de situatie van ongewenste kinderloosheid wordt beleefd en de mate waarin men de kinderwens alsnog probeert te vervullen.

De diagnose infertiliteit zorgt voor een acute stresssituatie, waarbij een aantal opties afgewogen moeten worden (Berg & Wilson, 1990). Hierbij kan men denken aan een medische behandeling, adoptie, beide of geen van beide. Fertiele koppels hebben in het onderzoek van Halman, Abbey en Andrews (1992) aangegeven, dat adoptie voor hen de eerste keuze zou zijn, als zij zelf infertiel zouden zijn. Dit in tegenstelling tot infertiele koppels, die de medische weg inslaan om de controle over hun biologische functies en emotionele levens te behouden (Jordan & Reverson, 1999).

Ongewenste kinderloosheid wordt in onze samenleving als een medische aandoening opgevat. Voor infertiele koppels lijkt het een natuurlijke keuze om naar mogelijkheden te zoeken om alsnog op een biologische wijze kinderen te krijgen (Johansson & Berg, 2005; Van Balen, Verdurmen & Ketting, 1996). Uit het onderzoek door Van Balen et al. (1996) blijkt dat in meer dan tachtig procent van de gevallen voor de medische optie kiezen. Ook komt daarin naar voren dat er bij de overweging bijna geen tegenargumenten worden aangevoerd om een medische behandeling aan te gaan.

In Nederland is in vitro fertilisatie (IVF) de meest gebruikte behandeling voor fertiliteitsproblemen (Nederlandse studie FIRM, 2005). IVF is emotioneel en fysiek een stressvolle behandeling (Hammarberg, Astbury & Baker, 2001; Peddie, van Teijlingen & Bhattacharya, 2005). Bij deze behandeling ondergaat de vrouw een hormoonmedicatie met als doel om het optimale aantal eicellen te verkrijgen uit de eierstokken. Deze eicellen worden kunstmatig bevrucht met de zaadcellen van de man en vervolgens teruggeplaatst in de uterus. Het succes van behandeling kan pas twee weken later worden waargenomen (Forslund & Magnusson; zoals opgenomen in Johansson & Berg, 2005). De gemiddelde succeskans op slagen van IVF in Nederland was in 2002 negentien procent (Freya, 2006). Doordat IVF gekoppeld is aan de menstruatiecyclus van de vrouw, zorgt dit iedere maand voor een situatie waarin een koppel opnieuw hoop gegeven wordt (Jordan & Reverson, 1999).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat infertiele koppels onrealistische hoge verwachtingen hebben met betrekking tot de kans van slagen van IVF (Beutel, Kupfer, Kirchmeyer, Kehde, Köhn, Schroeder-Printzen, Gips, Herrero & Weidner, 1998; Jordan & Reverson, 1999; Peddie et al., 2005; Van Balen, 1991). De IVF behandeling begint met het onderzoek naar oorzakelijke organische factoren. Dit zorgt voor een acute stressreactie, waarbij voornamelijk depressieve symptomen een rol spelen. Als de koppels vervolgens 'gewend' zijn aan de diagnose, blijkt dat positieve verwachtingen bijdragen aan de

vermindering van het emotionele leed. De negatieve emotionele gevolgen nemen echter tijdens de behandeling toe (Berg & Wilson, 1991). De IVF behandeling bestaat uit herhaalde stressvolle patronen van voortdurend wachten tussen de verschillende behandelcycli, wachten op de resultaten en daarbij het niet bereiken van succesvolle zwangerschap. De meest ervaren negatieve emoties zijn hierbij verdriet, angst, boosheid en walging (Laffont & Edelman; zoals opgenomen in Hammarberg, Astbury & Baker, 2001). Het aantal behandelcycli (Beutel et al., 1998; Daniluk, 2001) en spontane abortus doet depressie in dit proces toenemen (Beutel et al., 1998). De bovengenoemde behandelcycli zorgen ervoor dat er door valse hoop nog geen acceptatie plaatsvindt en deze uitgesteld wordt naar het einde van de behandeling. Als blijkt dat de behandeling uitzichtloos is en stopgezet moet worden, worden koppels gedwongen om de onopgeloste onvruchtbaarheid onder ogen te zien (Peddie et al., 2005).

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen twee soorten verlies, namelijk het niet kunnen voortplanten van kinderen en het niet kunnen vervullen van een ouderrol. De keuze om niet over te gaan tot adoptie, vergt meer van de emotionele bronnen van de koppels, omdat er twee verliezen verwerkt moeten worden (Deveraux & Hammerman; zoals opgenomen in Daniluk & Tench, 2007). Uit het kwalitatieve onderzoek van Daniluk (2001) komt naar voren dat er een verschil is tussen koppels die duidelijk wel of niet voor adoptie kiezen en koppels die blijven twijfelen om tot adoptie over te gaan. Een duidelijke keuze zorgt voor een betere aanpassing aan de ongewenste biologische kinderloosheid en voor een hogere levenstevredenheid. Uit ander onderzoek komt naar voren dat er een hogere levenstevredenheid is onder vrouwen, die gebruik hebben gemaakt van adoptie, ondanks de chronische stress na een onsuccesvolle behandeling voor infertiliteit (Bryson, Sykes & Traub; zoals opgenomen in Peddie, Van Teijlingen & Bhattacharya, 2005; Peddie et al., 2005). Uit het vorige kan opgemaakt worden dat adoptie gezien kan worden als een belangrijke factor om de emotionele impact van infertiliteit positief te veranderen (Daniluk & Hurtig-Mitchell, 2003). Adoptie blijkt positieve gevoelens over de toekomst te bewerkstelligen (Peddie et al., 2005) en zorgt ervoor dat koppels zichzelf niet langer als kinderloos ervaren (Daniluk, 2001; Peddie et al., 2005). Daarnaast blijkt dat koppels die gebruik gemaakt hebben van adoptie, positiever achter hun beslissing stonden om met IVF te stoppen, dan koppels die niet voor adoptie hadden gekozen (Daniluk, 2001).

Een mogelijke verklaring voor de betere aanpassing aan ongewenste kinderloosheid van koppels die gebruik gemaakt hebben van adoptie, is het doorlopen van cognitieve dissonantie. De cognitieve dissonantie theorie gaat er vanuit dat men streeft naar consistentie tussen attitudes, overtuigingen en

gedrag (Festinger; zoals opgenomen in Van der Akker 2001). Bij de keuze om tot adoptie over te gaan is er sprake van inconsistentie, namelijk het willen van biologische kinderen, maar het krijgen van niet verwante kinderen. Hierdoor moeten koppels die ervoor kiezen om gebruik te maken van adoptie, hun overtuiging verleggen van het creëren van biologische verwantschap naar het vormen van een gezin. Deze koppels maken op deze wijze een verwerkingsproces door en moeten de realiteit van hun onvruchtbaarheid onder ogen zien (Van der Akker, 2001).

Uit onderzoek van Daniluk (2001) komt naar voren dat de deelnemers die in afwachting waren van adoptie en de groep die twijfelde om over te gaan op adoptie, meer lijdten dan de groep die een kind geadopteerd heeft. Dit lijden kwam naar voren in onzekerheid over de oprechtheid van gevoelens ten opzichte van een kind dat ze eventueel zouden willen adopteren. Daarnaast ervoeren de deelnemers angst over het idee om opnieuw een moeilijk proces in te gaan na de medische behandeling en angsten over de vele onzekerheden over de adoptieprocedure. Dit onderzoek bevestigt indirect het idee dat een bewuste keuze, of dit nu wel of geen adoptie inhoudt, er aan bijdraagt dat men de situatie van infertiliteit beter kan accepteren. Er zijn echter ook koppels die niet de kans hebben, om na een langdurige medische behandeling gebruik te maken van alternatieve mogelijkheden. Dit door de regels die gesteld worden aan adoptie met betrekking tot bijvoorbeeld leeftijd. Koppels die hierdoor niet de kans hebben gekregen om een bewuste keuze te kunnen maken over adoptie, geven aan dat ze gefrustreerd zijn dat ze alternatieven hebben laten liggen (Van Balen et al., 1996).

Uit bovenstaande komt naar voren dat ongewenste kinderloosheid een ingrijpende gebeurtenis is (Eck-Menning; Pfeffer & Woollet; Freeman, Boxer, Rickels, Tureck & Mastroianni; Morse & Van Hall; zoals opgenomen in Van Balen, 1991), die verscheidende reacties teweegbrengt. In onderzoek komen reacties naar voren als ontkenning, verdriet, depressieve gevoelens, teleurstelling, boosheid, jalousie (Van Balen, 1991) en angst (Berg & Wilson, 1990; Slade, Emery, Lieberman, 1997). De reacties kunnen gezien worden als het gevolg van het verliezen van een levensdoel, om een genetisch verwant kind te krijgen en een gezin te vormen (Menning; zoals opgenomen in Himmel, Ittner, Kochen, Michelmann, Hinney, Reuter, Kallerhoff & Ringert, 1997). De reacties die voorkomen bij ongewenste kinderloosheid, kunnen vergeleken worden met rouw (Daniluk; zoals opgenomen in Daniluk, 2001). Rouw kan gezien worden als 'het geheel van reacties dat optreedt na een verlies van een persoon met wie een betekenisvolle relatie bestond' (van der Wal; zoals opgenomen in Van den Bout, Boelen & Keijsser, 1998). Deze omschrijving kan volgens Van den Bout et al. (1998) uitgebreid worden naar het optreden van reacties die het gevolg zijn van het verliezen van een ideaal. Door deze uitbreiding is er een koppeling te maken met reacties

die optreden na het verliezen van de mogelijkheid om biologisch kinderen te krijgen. Naast de overeenkomst in de beschrijving van rouw, treden er ook een zelfde soort reacties op. Veel voorkomende reacties bij het verliezen van een persoon zijn boosheid, woede, somberheid, machteloosheid en wanhoop (Van den Bout et al., 1998).

De confrontatie met infertiliteit hoeft niet alleen een zelfde soort rouwreactie op te leveren, maar kan tevens zorgen voor een zelfde soort rouwproces als bij de confrontatie met het overlijden van een dierbare. In beide situaties moet er een proces doorgedaan worden waarbij men de realiteit moet aanvaarden, de toekomst heroverwogen moet worden en zich moeten aanpassen aan een nieuw leven zonder biologische kinderen of de overledene (Worden; zoals opgenomen in Van den Bout, 1998; Daniluk, 2001).

In het onderzoek van Johansson en Berg (2005) wordt er gesteld dat er weinig bekend is over het verwerkingsproces op de lange termijn. Dit onderzoek was er op gericht om een beter beeld te krijgen van de ervaringen van infertiliteit onder vrouwen na twee jaar na het einde van de medische behandeling. Hieruit kwam naar voren dat infertiliteit een centrale kwestie blijft in het leven van vrouwen na twee jaar na het einde van een medische behandeling. Het accepteren dat men de identiteit 'onvruchtbaar' moet aannemen blijft moeilijk, waardoor het niet mogelijk is om zich verder te ontwikkelen als een geheel persoon. Er blijft nog steeds hoop, ook na twee jaar na het einde van de behandeling, maar dit neemt af met de tijd. De vrouwen beschouwden de eicellen als kinderen en de menstruatie na een behandeling als een miskraam. Johansson en Berg (2005) leidden hieruit af dat er sprake is van chronische rouw. Chronische rouw kan in deze situatie gezien worden als het rouwen om het kinderloos zijn, niet in staat zijn om als familie verder te gaan en de onmogelijkheid om de huidige relatie te bevestigen met een ouder-kind relatie.

Het doel van dit onderzoek is om de reactie op een onomkeerbaar verlies van een nooit geboren kind te kunnen vertalen als een rouwreactie. Hierboven is al een koppeling gemaakt tussen de reacties bij ongewenste kinderloosheid en reacties bij het verlies van een dierbare. Deze koppeling is gemaakt aan de hand van zichtbare overeenstemming en komt in meerdere onderzoeken (Daniluk, 2001; Daniluk & Hurtig-Mitchell, 2003; Johansson & Berg, 2005; Lukse & Vacc, 1999; Peddie et al., 2005) naar voren in de vorm van een aanname zonder kwantitatieve ondersteuning. Dit onderzoek wil deze aanname empirisch ondersteunen, met het doel om een duidelijke uitspraak te doen op basis van kwantitatieve gegevens. Verwacht wordt dat er inderdaad sprake is van een rouwreactie, aangezien infertiliteit als het verlies van een nooit geboren kind beschouwd kan worden. Tevens lijkt een grote overeenkomst te zijn met de

emotionele reacties en het verwerkingsproces bij een verlies van een dierbaar persoon.

Daarnaast is het onderzoek gericht op de vraag of verschillende keuzes, zoals wel of geen adoptie en IVF, invloed hebben op de mate van rouw. Hierbij wordt verwacht, dat de potentiële aanwezigheid van rouw bij koppels na een medische behandeling met IVF in hogere mate voorkomt, dan bij koppels die een bewuste keuze hebben gemaakt om tot adoptie over te gaan. Met eerder onderzoek is aangetoond, dat wanneer koppels een medische behandeling aangaan, nog niet aannemen dat ze infertiel zijn en de hoop behouden om alsnog zwanger te raken (Peddie et al., 2005). Door de zware behandeling die koppels aangaan en door het verschuiven van het verwerkingsproces, is het waarschijnlijk dat koppels meer rouw ervaren. Bij adoptie wordt echter minder rouw verwacht, omdat de wens om een ouderrol in te kunnen nemen hiermee wordt vervuld. Door adoptie aan te gaan is het mogelijk dat koppels een verwerkingsproces doorgegaan zijn om hun biologische kinderloosheid te accepteren.

Naast de verschillende keuzes die gemaakt kunnen worden en de invloed hiervan op rouw, is het onderzoeken van de duur van rouw omtrent infertiliteit een onderwerp waar dit onderzoek zich op richt. Verwacht wordt dat er bij infertiliteit sprake is van chronische rouw bij koppels die een gebruik hebben gemaakt van een IVF behandeling. Bij deze groep mensen blijft ongewenst biologische kinderloosheid een centraal thema in de hele levensloop dat verwerking in de weg kan staan.

2. Methode

2.1 Deelnemers

De vragenlijst is ingevuld door 98 deelnemers, waaronder 95 vrouwelijke en 3 mannelijke deelnemers. Van de 98 ingevulde vragenlijsten waren uiteindelijk 65 vragenlijsten van vrouwelijke deelnemers bruikbaar voor het huidige onderzoek. Onder de deelnemers was er sprake van infertiliteit bij de deelnemer zelf, haar partner of beide personen. De 3 mannelijke deelnemers zijn door het zeer geringe aantal niet meegenomen in het onderzoek. Daarnaast zijn om dezelfde reden deelnemers uit het onderzoek verwijderd, die: Gebruik hebben gemaakt van adoptie (N=3), pleegkinderen of kinderen uit eerdere relaties hadden (N=3), wel een biologisch verwant kind hebben gekregen (N=2) en deelnemers die geen medische behandeling zijn aangegaan (N=22). De leeftijd liep uiteen van 25 tot 53 jaar met een gemiddelde van 34 jaar (SD = 5.5). Van de 65 deelnemers bezaten 63 deelnemers de Nederlandse en 2 deelnemers de Belgische nationaliteit. In totaal waren er 43 gehuwde en 22 samenwonende/ongehuwde deelnemers. Zoals verwacht wenst iedere deelnemer een kind. De meest voorkomende redenen om een kind te wensen zijn: Het moedergevoel wordt vervuld (95%), de unieke band met een kind wil ervaren (90%), een zwangerschap mee wil maken (80%). Zoals verwacht geeft de meerderheid (77%) van de deelnemers aan, dat zij een kind krijgen niet meer als vanzelfsprekend ervaren.

2.2 Meetinstrumenten

De vragenlijst die is afgenomen onder de deelnemers is opgebouwd uit drie delen. Het eerste gedeelte betrof vragen omtrent demografische gegevens, duur infertiliteit, in welke mate infertiliteit nog een rol speelt in het leven van de deelnemer, de sterkte van de kinderwens, oorzakelijke factoren van de infertiliteit, medische behandeling afgerond of niet en perceptie op eigen relatie met de partner. Het tweede gedeelte betrof de afname van de General Health Questionnaire– 28 (GHQ-28) van Goldberg en Hillier (1979) en het derde gedeelte de aangepaste Rouwvragenlijst (Boelen, De Keijser & Van den Bout, 2001) die gebaseerd is op een vertaling van de Inventory of Complicated Grief-revised (ICG-r) van Prigerson, Kasl en Jacobs (1997).

2.2.1 General Health Questionnaire (GHQ)

Om inzicht te krijgen in het algemeen psychisch functioneren, is gekozen om de Nederlandse bewerking van de GHQ-28 (Koeter & Ormel, 1991) af te nemen met behulp van de Likert-schaal. De GHQ geeft een

beeld over infertiele koppels op vier verschillende gebieden, te weten: somatische symptomen, angst en slaapproblemen, sociaal disfunctioneren en ernstige depressie. Het voordeel van de GHQ-28 ten opzichte van bijvoorbeeld de Symptom Checklist 90 (SCL-90) is dat deze vragenlijst een kleiner aantal items bevat en eenvoudig te beantwoorden zijn. Deze vier dimensies zijn mogelijke gebieden die voor kunnen komen bij een rouwreactie (Schut, Stroebe, Van den Bout & Keijser, 1997) en geven een algemener beeld in de mate van psychische klachten dan alleen de mate van een rouwreactie. Op deze manier is onderzocht in welke mate de gerapporteerde rouwscore overlapt met het algemeen psychisch functioneren van koppels die ongewenst kinderloos zijn. De GHQ-28 vertoont volgens Koeter en Ormel (1991) onder verschillende populaties een goede interne consistentie. Voor het huidige onderzoek is de betrouwbaarheid aan de hand van de Cronbach's Alpha en item-restcorrelaties berekend. De alfa voor de totale GHQ-score bedraagt .84. Vooral de dimensie Angst en Slapeloosheid blijkt weinig toe te voegen aan de alfa van de totale GHQ. De itemrest-correlaties liggen voor deze zeven items tussen de .26 en de .05. In Tabel 1 zijn de alfa's opgenomen voor de afzonderlijke GHQ-dimensies.

Tabel 1: Cronbach's alfa's en itemrestcorrelaties per dimensie van de GHQ.

GHQ Dimensie	Cronbach's Alfa	Range Itemrestcorrelaties	Aantal items buiten range
Somatische Symptomen	.72	.42 - .55	1 (0,01) ¹
Angst & Slapeloosheid	.86	.41 - .73	0
Ernstige Depressie	.81	.28 - .76	0
Sociaal disfunctioneren	.81	.53 - .73	1 (0,14) ²

¹ Itemrestcorrelatie voor item: Heeft u de laatste tijd behoefte gehad aan alcohol?

² Itemrestcorrelatie voor item: Voelde u zich de laatste tijd in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?

2.2.2 Aangepaste Rouwvragenlijst (RVL)

Om de rouwreacties te kunnen meten is gekozen voor de Rouwvragenlijst (Boelen et al., 2001). Deze vragenlijst beoogt de mate van normale en potentieel problematische rouwsymptomen te meten. Een hoge score is hierbij indicatief voor mogelijke verwerkingsproblematiek (Boelen et al., 2001). De RVL vertoont in het onderzoek van Boelen et al. (2001) een hoge interne consistentie en een hoge test-hertest betrouwbaarheid (voor exacte resultaten zie Boelen et al., 2001). Gebaseerd op deze gegevens werd er vanuit gegaan, dat deze vragenlijst de invloed van fluctuaties in rouwreacties opvangt. De betrouwbaarheid van de aangepaste Rouwvragenlijst is bepaald door de Cronbach's Alpha en per item de item-restcorrelaties te berekenen. De Cronbach's Alpha bedraagt .83 en .86 procent van de item-restcorrelaties lag tussen de .40 en de .73. Daarnaast geeft de insteek van de oorspronkelijke RVL naar

problematische rouw een betere indicatie voor de mogelijke chroniciteit van de rouwreactie bij ongewenste kinderloosheid.

De RVL is oorspronkelijk een meetinstrument om de intensiteit van de rouwreactie van mensen te meten, die het verlies van een (dierbaar) persoon hebben doorgemaakt. De vragen van de RVL zijn ten behoeve van dit onderzoek aangepast aan ongewenste kinderloosheid. Centraal in deze vragen staat dan ook 'het niet kunnen krijgen van biologisch verwante kinderen'. Een voorbeeld item is vraag 5 van de oorspronkelijke RVL: 'Ik voel een zeer sterk verlangen naar hem/haar', die is aangepast in: 'Ik voel een zeer sterk verlangen naar het krijgen van kinderen'. De mogelijkheid om deze vragenlijst af te nemen bij koppels die gebruik hebben gemaakt van adoptie, is hiermee opengelaten. In tegenstelling tot de oorspronkelijke RVL met 29 items heeft de aangepaste RVL 28 items. Vraag 12 is uit de vragenlijst achterwege gebleven, aangezien deze niet aangepast kon worden aan ongewenste kinderloosheid ("Ik heb pijn op dezelfde plaatsen in mijn lichaam, of ik heb dezelfde (ziekte-)symptomen, als de overledene had"). De Likert-schaal is in de aangepaste RVL gelijk gebleven. Men kon op een schaal van nul tot vier aangeven in hoeverre de stelling op de persoon van toepassing was. De totaalscore is berekend aan de hand van het optellen van alle itemscores.

2.3 Onderzoeksdesign en analyseplan

Het design betrof een eenmalig cross-sectioneel surveyonderzoek met behulp van vragenlijsten op het internet. Hieronder komt naar voren op welke wijze twee van de drie vraagstellingen geanalyseerd zijn.

Vraagstelling 1: Kan de reactie, die ervaren wordt bij ongewenste kinderloosheid, benoemd worden als rouw?

Om deze vraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van de afhankelijke variabele 'Rouwscore'. Om verdieping te zoeken in hoe deze rouw verdeeld is onder de deelnemers, is deze variabele ingedeeld aan de hand van de normgegevens (Boelen et al., 2001). Daarnaast is er onderzocht in hoeverre de 'Rouwscore' op te vatten is als rouwspecifiek. Hiervoor is gekeken naar de overlap tussen de 'Rouwscore' en de tweede afhankelijke variabele 'Totale en Dimensionale GHQ-score'. Met de GHQ-score is een vergelijking gemaakt met drie verschillende populaties om de mate van algemeen functioneren betekenis te geven. Deze betroffen: algemene bevolking, huisartspatiënten en psychiatrische polikliniek (Koeter & Ormel, 1991). Vervolgens zijn verbanden gezocht tussen de gerapporteerde rouwscore en variabelen die in de inleiding in relatie zijn gebracht met infertiliteit.

Vraagstelling 2: Verschilt de groep die een behandeling heeft doorgemaakt van de groep die geadopteerd heeft in mate van rouw? Deze vraagstelling heeft in dit onderzoek geen empirische ondersteuning kunnen verkrijgen, aangezien de doelgroep die van adoptie gebruik hebben gemaakt, niet bereikt kon worden.

Vraagstelling 3: Is er bij mensen die gebruik hebben gemaakt van een IVF behandeling, sprake van chronische rouw? Het design betreft hier een 1 factor 'between-subject design' met de factor 'Tijd' en met de afhankelijke variabele 'Rouwscore'. De deelnemers zijn zodoende onderverdeeld in de verstreken tijd in Korte (≤ 12 mnd) en Lange termijn (> 12 mnd), dat men zich bewust is van hen definitieve biologische kinderloosheid. De groepen zijn vervolgens met elkaar vergeleken in de mate van de gerapporteerde rouwscores. Daarnaast is er onderzocht of er sprake is van een bepaald keerpunt in de tijd, waarin een mogelijke omslag te zien is in de mate van gerapporteerde rouwscore.

2.4 Procedure

De gehele vragenlijst is digitaal aangeboden op een website, die gemaakt is aan de hand van Netquestionnaires Nederland BV. De link naar de website van deze vragenlijst is met een korte introductie aangeboden op een viertal websites die alle vier een informatieve invulling hadden aangaande het onderwerp onvruchtbaarheid. Vier van de veertien benaderde websites wilden hun medewerking verlenen en deze websites betroffen: www.freya.nl; www.fiom.nl; vruchtbaarheid.startpunt.nl; www.stilverlangen.nl. Redenen ter afwijzing waren: Websites die alleen een informatieve invulling willen verlenen, negatieve ervaringen met eerdere medewerking aan onderzoek, commerciële doeleinden. Redenen met betrekking tot adoptie-websites: De bezoeker niet willen confronteren en het onderwerp ongewenste kinderloosheid te ver af vinden staan van de doelstelling van de website. Iedereen die deze websites bezocht, had twee maanden (januari en februari, 2008) de mogelijkheid om de vragenlijst in te vullen. Op elk moment was er de mogelijkheid om te stoppen met het invullen en kon men de vragenlijst op een ander moment vervolgen. Alvorens men met de vragenlijst kon beginnen moesten de deelnemers aanvinken of men instemde met het 'informed consent'. Per pagina kreeg men ongeveer vijf vragen aangeboden en door vervolgens op de knop 'verder' te drukken werden de daarop volgende vijf vragen gepresenteerd. De pagina's waren opgebouwd in de kleuren van de Universiteit Utrecht (geel en wit) met op iedere pagina onderaan het logo.

3. Resultaten

3.1 Rouw

De gemiddelde rouwscore over alle deelnemers is 42.3 (SD = 17.6). Om meer inzicht te geven in hoe deze rouwscores van alle deelnemers opgevat kunnen worden, is er in eerste instantie gebruik gemaakt van de normgegevens, die bij de oorspronkelijke Rouw Vragenlijst (RVL) is opgesteld voor een normale populatie nabestaanden variërend in de leeftijd van 18 tot 65 jaar (Boelen et al., 2001). Aangezien één item uit de oorspronkelijk RVL niet is meegenomen, ligt de normering vier punten lager. Deze punten zijn per normgroep naar rato uit de normering verwijderd. Uit Tabel 1 is af te leiden dat negenenveertig procent van alle deelnemers een gemiddelde tot zeer hoge mate van rouw liet zien op de aangepaste Rouwvragenlijst (RVL). De overige helft van de deelnemers scoorden volgens de normering zeer laag tot laag.

Tabel 1: Overzicht aantal deelnemers ingedeeld in gerapporteerde rouwscore aan de hand van de oorspronkelijke RVL-normering.

Normering		N	%
Zeer laag	0-20	5	8
Laag	21-40	28	43
Gemiddeld	41-63	23	35
Hoog	64-81	7	11
Zeer hoog	82-112	2	3
Totaal		65	100

3.1.1 Demografische en theoretische variabelen en Rouw

In tweede instantie is de rouwscore in verband gebracht met de demografische gegevens. Hiervoor is de correlatie berekend tussen de gerapporteerde rouwscore en de variabele leeftijd ($r = -.10$, $p = .43$). Voor de variabelen burgerlijke staat en opleidingsniveau zijn t-toetsen uitgevoerd om een mogelijk verschil aan te tonen in gerapporteerde rouwscore tussen gehuwden ($N=43$) en samenwonenden/ongehuwden ($N=22$) ($t(63) = -1.14$, $p = .26$) en tussen hoog ($N=27$) en laag ($N=38$) opgeleiden ($t(63) = -.04$, $p = .97$). De hierboven besproken demografische variabelen blijken niet significant met de gerapporteerde rouwscore samen te hangen. In derde instantie is de relatie met de rouwscore en de volgende onafhankelijke variabelen onderzocht: 'Duur van de infertiliteit'; 'Sterkte van de kinderwens'; 'Mate waarin men dagelijks stilstaat bij het niet kunnen krijgen van kinderen' (Rumineren); 'Hoop op het nog

kunnen krijgen van kinderen'; 'Duur van de medische interventies'; 'Oorzaak bij de man, de vrouw, of beiden'; 'Oorzaak bekend of onduidelijk'; 'Lichamelijke en emotionele zwaarte van de medische behandeling'; 'Medische behandeling wel of niet afgerond'; 'Manier waarop de relatie met partner is beïnvloed'. Uit de correlatie blijkt, dat de gerapporteerde rouwscore matig samenhangt ($r = .26, p=.03$) met de sterkte van de kinderwens. Deze resultaten geven blijk van hoe hoger de kinderwens, hoe hoger de gerapporteerde rouwscore. Daarnaast is een correlatie gevonden tussen de gerapporteerde rouwscore en de mate waarin men dagelijks bezig is met de ongewenste kinderloosheid ($r=.45, p=.01$). Hieruit blijkt, dat hoe meer men dagelijks bezig is met het niet kunnen krijgen van kinderen, hoe hoger de gerapporteerde rouw. Naast het berekenen van de correlaties is de partiële correlatie berekend, om het verband tussen de gerapporteerde rouwscore en sterkte van de kinderwens te corrigeren voor het effect van de variabele 'Rumineren'. De partiële correlatie blijkt niet significant ($r=.13, p=.30$). De partiële correlatie tussen de gerapporteerde rouwscore en Rumineren houdt daarentegen wel stand, maar neemt af van een correlatie van .45 ($p=.01$) naar .40 ($p=.01$). Naast de partiële correlatie blijkt aan de hand van een z-toets dat de twee correlaties niet significant van elkaar verschillen ($Z(62)=.83, p = .21$). Voor de variabele 'Oorzaak' is er een t-toets uitgevoerd om een mogelijk verschil aan te tonen in gerapporteerde rouwscore tussen de infertiliteit bij de man ($N=10$) of de vrouw ($N=20$) ($t(30)=-1.67, p=.10$) en in een bekende ($N=30$) of onduidelijke ($N=35$) oorzaak ($t(28)=-1.75, p=.09$). Mede voor de variabele 'Medische behandeling wel of niet afgerond' is een t-toets uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de deelnemers die nog bezig waren met de medische behandeling ($N=25$) niet in gerapporteerde rouwscore verschilden van de groep die de medische behandeling wel had afgerond ($N=40$) ($t(63)=.12, p=.91$). De overige van de negen bovenstaande variabelen blijken niet met de gerapporteerde rouwscore samen te hangen.

3.1.2 Algemene psychische problematiek en Rouw

Naast de aangepaste RVL is de GHQ afgenomen om het algemeen psychisch functioneren op verschillende dimensies te bepalen, waarna deze te vergelijken met de gerapporteerde rouwscore op de aangepaste RVL. Tabel 2 geeft de gemiddelde scores weer van de deelnemers per dimensie op de GHQ. Daarbij zijn de gemiddelde dimensionale GHQ-scores van deelnemers vergeleken met de gemiddelden van vrouwelijke deelnemers uit de algemene bevolking, huisarts patiënten en psychiatrische patiënten (Koeter & Ormel, 1991). Hieruit is op te maken dat de gemiddelde GHQ- scores vergeleken met de algemene bevolking op alle dimensies hoger ligt. Daarentegen liggen de gemiddelden aanzienlijk lager

als deze vergeleken worden met de gemiddelden van psychiatrische polikliniek patiënten. De gemiddelden van de huisarts patiënten komen het meest overeen. Opvallend is dat het gemiddelde van de dimensie 'Ernstige depressie' met de factor 2.3 hoger ligt vergeleken met de algemene bevolking en op de andere dimensies met de factor tussen de 1.2 en 1.4. De dimensie 'Ernstige depressie' neemt in vergelijking met de overige dimensies relatief meer toe, maar absoluut gezien ligt het gemiddelde in vergelijking met de normgegevens tussen de algemene en de huisarts patiënten in.

Tabel 2: Gemiddelde dimensionale GHQ-score vergeleken met normgegevens (Koeter & Ormel, 1991).

	Algemene bevolking	Huisarts patiënten	Psychiatrische polikliniek patiënten	M	SD
Totale GHQ-score				26.8	10.1
Somatische Symptomen	6.7	8.2	11.8	8.3	5.0
Angst & Slapeloosheid	6.0	7.6	12.6	8.2	4.9
Ernstige Depressie	1.6	5.2	9.5	3.7	3.9
Sociaal disfunctioneren	6.9	8.0	11.9	8.5	2.8

In Tabel 3 zijn de correlaties weergegeven tussen de rouwscores en de GHQ schalen. De resultaten geven aan dat er over het geheel genomen sprake is van een zwak tot matig verband tussen de rouwscore en de GHQ-scores, met uitzondering van de dimensie Sociaal Disfunctioneren, waarbij geen verband is gevonden. Daarnaast is uit Tabel 3 op te maken, dat de verklaarde variantie tussen de totale GHQ-score en Rouwscore het hoogst is. Zesenvijftig procent blijft echter onverklaard in de relatie tussen beide variabelen.

Tabel 3: Correlaties tussen Rouwscore en GHQ-scores.

	<i>r</i>	Sign.
Totale GHQ-score	.66*	.01
Somatische Symptomen	.44*	.01
Angst & Slapeloosheid	.55*	.01
Ernstige Depressie	.62*	.01
Sociaal Disfunctioneren	.07	.56

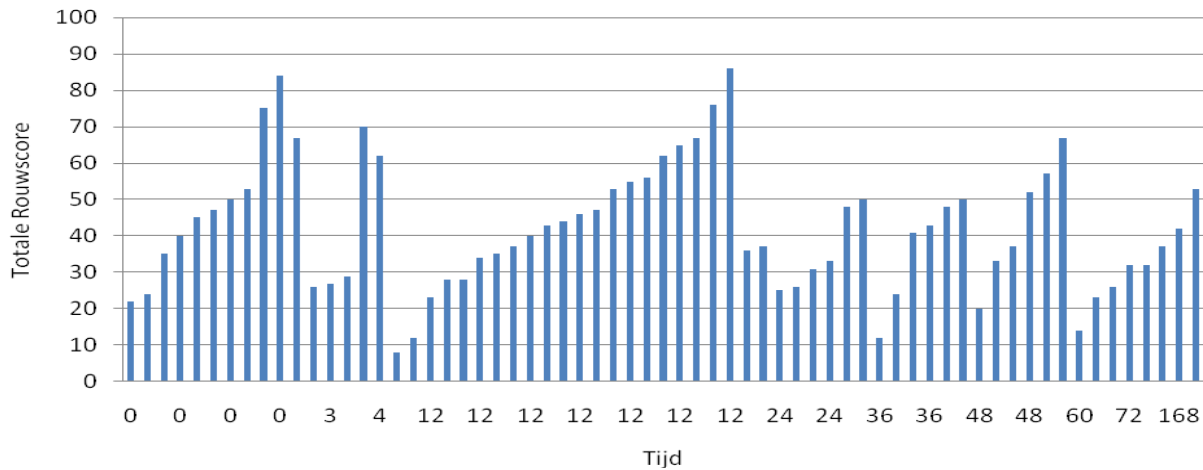
* Significantie niveau $P < .05$

3.1.3 Demografische en theoretische variabelen en Algemeen psychisch functioneren

Als eerste zijn de demografische gegevens in verband gebracht met zowel de totale als de dimensionale GHQ-scores. Tussen leeftijd en de gerapporteerde GHQ-scores bleken geen significante correlaties te bestaan. Voor de variabelen burgerlijke staat en opleidingsniveau zijn t-toetsen uitgevoerd om een eventueel verschil aan te tonen in gerapporteerde GHQ-scores tussen gehuwden (N=43) en samenwonenden/ongehuwden (N=22) en tussen hoog (N=27) en laag (N=38) opgeleiden. Hieruit zijn geen significante resultaten naar voren gekomen. Naast de demografische gegevens zijn er verbanden gezocht in gerapporteerde GHQ-scores in combinatie met de theoretische variabelen: 'Duur van de infertiliteit'; 'Sterkte van de kinderwens'; 'Mate waarin men stilstaat bij het niet kunnen krijgen van kinderen' (Rumineren); 'Hoop op het nog te kunnen krijgen van kinderen'; 'Duur van de medische interventies'; 'Oorzaak bij de man of de vrouw'; 'Oorzaak bekend of onduidelijk'; 'Lichamelijke en emotionele zwaarte van de medische behandeling'; 'Manier waarop de relatie met partner is beïnvloed'; 'Medische behandeling wel of niet afgerond'. Hiervoor zijn correlaties berekend en t-toetsen uitgevoerd. Van al de onderzochte variabelen bleek uitsluitend 'Rumineren' samen te hangen met de gerapporteerde totale en twee dimensionale GHQ-scores. Tussen de totale GHQ-score en Rumineren was sprake van een matige correlatie van .33 ($p=.01$). Tussen Somatische Symptomen en Angst & Slapeloosheid en Rumineren bestond een correlatie van respectievelijk .29 ($p=.02$) en .28 ($p=.02$). Hieruit blijkt dat hoe meer men dagelijks stilstaat bij het niet kunnen krijgen van kinderen, hoe hoger de gerapporteerde GHQ-score.

3.2 Chronische Rouw en keerpunten in de tijd

Uit paragraaf 3.1.1 blijkt dat de verstreken tijd, waarin men zich bewust is van hen definitieve biologische kinderloosheid, niet samenhangt met de gerapporteerde Rouwscore. Op basis van Figuur 1 is verder onderzocht of mogelijk sprake is van eventuele keerpunten in de tijd, waarin de mate van de gerapporteerde rouwscore toe of afneemt. Dit keerpunt in gerapporteerde Rouwscore is mogelijk waar te nemen rond de twaalf maanden. Wanneer een tweede keerpunt gezocht zou worden in de groep na twaalf maanden, zou de power dermate in het geding komen door negatieve effecten van de groepsgrootte. Op basis van deze overwegingen zijn er twee groepen ontstaan, die in groepsgrootte vergelijkbaar zijn: 'Korte Termijn' (N=37) en 'Lange Termijn' (N=28). Deze groepen zijn met elkaar aan de hand van een t-toets vergeleken en significant bevonden ($t(63)=2.14$, $p=.04$). Met 95% zekerheid kan gezegd worden, dat de grootte van dit verschil ligt tussen .62 en 17.83. Doordat de ondergrens zeer laag is en het een breed interval betreft lijkt er sprake van een zeer gering effect.



Figuur 1: 'Totale rouwscore' per deelnemer ingedeeld in 'Tijd' in maanden, waarin de kinderloosheid door de deelnemer definitief werd bevonden.

3.3 Algemene psychische problematiek op de lange termijn

Naast het vergelijken van verschillende groepen met de gerapporteerde rouwscores, is dezelfde analyse uitgevoerd in combinatie met de totale en dimensionale GHQ-scores. Uit paragraaf 3.1.3 bleek dat er geen sprake is van een samenhang tussen de variabele 'Tijd' en de gerapporteerde totale en dimensionale GHQ-score. Voor de totale GHQ-score en alle dimensies is er een t-toets uitgevoerd om te onderzoeken of er inderdaad sprake is van verschil in GHQ-score tussen de korte (≤ 12 maanden; $N=37$) en lange termijn (>12 maanden; $N=28$). In Tabel 4 zijn de resultaten weergegeven en tonen aan, dat er geen significante verschillen in tijd zijn gevonden voor de totale en dimensionale GHQ-score.

Tabel 4: T-toetsen tussen korte en lange termijn in zowel totale als dimensionale GHQ-score.

	<i>M t1</i> ¹	<i>SD t1</i>	<i>M t2</i> ²	<i>SD t2</i>	<i>t-waarde</i>	<i>df</i>	<i>Sign. 2-zijdig</i>
Totale GHQ-score	28.8	9.1	24.2	11.0	1.84	63	.07
Somatische Symptomen	8.9	4.1	7.4	3.9	1.50	63	.14
Angst & Slapeloosheid	9.1	4.5	6.9	5.3	1.79	63	.08
Ernstige Depressie	4.3	4.4	2.9	3.1	1.34	63	.18
Sociaal Disfunctioneren	8.5	2.7	8.6	2.9	-0.17	63	.86

Significantie niveau $P < .05$

¹ Gemiddelde Korte Termijn groep.

² Gemiddelde Lange Termijn groep.

4. Discussie

Het huidige onderzoek omvat het bereiken van twee gerelateerde doeleinden. Ten eerste om de reacties op een onomkeerbaar verlies van de mogelijkheid om kinderen te kunnen krijgen te vertalen als een rouwreactie op basis van kwantitatieve gegevens. Ten tweede empirische ondersteuning te bieden voor de aanwezigheid van chronische rouw onder mensen die ongewenst kinderloos zijn.

4.1 Vraagstelling 1: Is er sprake van rouw onder ongewenst kinderloze vrouwen?

In de inleiding is rouw bij ongewenste kinderloosheid beschreven als het verliezen van een ideaal (Van den Bout et al., 1998). In het huidige onderzoek en tevens in het onderzoek van Van Balen (1991) is gebleken dat de meerderheid van de ongewenst kinderloze vrouwen, moederschap als belangrijkste reden aangaven voor het wensen van een kind. Het onvervuld blijven van dit ideaal gaf aanleiding tot een mogelijke rouwreactie. De uitkomsten van dit onderzoek ondersteunen deze hypothese. Over het geheel genomen scoorden de ongewenst kinderloze vrouwelijke deelnemers in het huidige onderzoek met een gemiddeld niveau van rouw vergeleken met een normale populatie nabestaanden variërend in de leeftijd van 18 tot 65 jaar (zie normgegevens Boelen et al., 2001). Voor een beperkt aantal deelnemers was er sprake van een hoog tot zeer hoge mate van rouw.

4.1.1 Welke factoren hangen samen met de mate van rouw?

Tevens is in de inleiding weergegeven dat de sterkte van de kinderwens bepalend is voor de mate waarin men de ongewenste kinderloosheid beleeft (Van Balen, 1991). Op basis van deze bevinding werd verwacht dat naarmate de kinderwens sterker aanwezig is, de mate van rouw toeneemt. Het huidige onderzoek ondersteunt deze hypothese slechts gedeeltelijk. De sterkte van de kinderwens hangt namelijk zwak tot matig positief samen met de gerapporteerde rouwreactie. Een andere variabele, die tevens een matige samenhang vertoont met de gerapporteerde rouwreactie, is het dagelijks stilstaan bij het niet kunnen krijgen van kinderen.

Leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, diagnose infertiliteit bij man en/of vrouw, onduidelijkheid over de diagnose, duur medische interventies, duur bewustzijn van infertiliteit, lichamelijke en emotionele zwaarte van de medische behandeling en medische behandeling wel of niet afgerond en hoop zijn in het huidige onderzoek niet van invloed bevonden op de mate van rouw. Hiermee worden de resultaten uit het onderzoek van Lukse en Vacc (1991) gerepliceerd op het gebied van leeftijd, duur van infertiliteit en

aantal behandelcycli. De verwachting van Peddie et al. (2005) betrof, dat koppels door hoop de acceptatie uitstellen tot na de medische behandeling en dan pas toekomen aan de verwerking van het verlies van de mogelijkheid om kinderen te kunnen krijgen. Hieraan gekoppeld was de verwachting van het huidige onderzoek, dat de rouw na afronding van de behandeling zou toenemen ten opzichte van de periode voor en tijdens de behandeling. Het bleek echter dat er zowel voor, tijdens als na de behandeling geen verschil was tussen de ongewenste kinderloze vrouwen in het huidige onderzoek in toe- of afname in de mate van rouw. Het is echter in het huidig onderzoek onduidelijk gebleven of dit patroon zich in het algemeen per individu voordoet. Een longitudinaal onderzoek zou echter wel inzicht in het individuele beloop kunnen verwerven. Doordat de bovengenoemde variabelen niet samenhangen met de gerapporteerde rouwscore blijft de zoektocht naar andere factoren open. Volgens Himmel et al. (1997) is sociale steun bijvoorbeeld bij ongewenste kinderloosheid niet vanzelfsprekend. Gevoelens van falen, schaamte en stigmatisatie kunnen leiden tot sociale isolatie en men sluit zich daarmee uit van het kunnen ontvangen van sociale steun (Himmel et al., 1997).

4.1.2 Is er sprake van rouw of algemeen psychisch disfunctioneren?

Uit eerder kwalitatief onderzoek kwam naar voren dat vrouwen ongewenste kinderloosheid ervoeren als gevoelens van intens verdriet om het verlies van een kind die ze hoopten te krijgen, hetgeen werd benoemd als rouw en depressiviteit (Daniluk, 2001; Daniluk & Hurtig-Mitchell, 2003; Johansson & Berg, 2005; Lukse & Vacc, 1999; Peddie et al., 2005). Met het huidige onderzoek is nagegaan of de gevonden rouwreactie op ongewenste kinderloosheid vertaald kon worden als rouw of algemeen disfunctioneren. Het bleek dat de gerapporteerde rouwreacties voor meer dan de helft niet te verklaren zijn uit enkel algemeen disfunctioneren. Dit biedt ondersteuning aan het idee dat er sprake is van een rouwreactie bij ongewenste kinderloosheid en niet van algemeen disfunctioneren. Wanneer een controlegroep betrokken was geweest in het huidige onderzoek, had men tevens de rol van algemeen disfunctioneren kunnen bepalen. Dit door het verschil in mate van disfunctioneren te bepalen tussen ongewenst kinderloze deelnemers en niet ongewenst kinderloze deelnemers. Wanneer er verschil zou zijn in algemeen disfunctioneren, kan onder vrouwen die ongewenst kinderloos zijn naast een rouwspecifieke reactie tevens sprake zijn van rouwgerelateerde angst, depressie en somatisatie. Is er echter geen sprake van een verschil in algemeen disfunctioneren zou dit kunnen betekenen dat angst, depressie en somatisatie losstaan van het niet kunnen krijgen van kinderen en mogelijk ook in die mate voorkomen bij mensen die niet ongewenst kinderloos zijn. Het laatste lijkt minder aannemelijk, aangezien de deelnemers van het huidige onderzoek qua algemeen disfunctioneren, volgens de normgegevens van de

GHQ-28 (Koeter & Ormel, 1991), op het niveau van huisartspatiënten functioneren en daarmee hoger dan vrouwen uit de algemene bevolking.

Concluderend kan men spreken over een rouwspecifieke reactie, met enige onverklaarde overlap met algemeen disfunctioneren.

4.2 Vraagstelling 2: Is er sprake van chronische rouw onder ongewenst kinderloze vrouwen?

De tweede doelstelling van het huidige onderzoek was het verduidelijken van het beloop van rouw en daarmee empirische ondersteuning te bieden voor de aanwezigheid van chronische rouw onder mensen die ongewenst kinderloos zijn. De verwachting dat er geen toe of afname is in de mate van de rouwreactie is in het huidige onderzoek gedeeltelijk ondersteund aan de hand van een cross-sectioneel design. In het huidige onderzoek bleek geen samenhang te zijn tussen de gerapporteerde rouwreactie en de duur van de bewustwording van infertiliteit. Deze bevinding lijkt overeen te komen met het longitudinale onderzoek van Lukse en Vacc (1999) met een voor- en nameting na één jaar, waaruit blijkt dat de rouwreactie niet toe- of afneemt bij de ongewenst kinderloze deelnemers. Een longitudinaal onderzoek met meerdere metingen kan meer inzicht bieden in het beloop van rouw onder ongewenst kinderloze mensen op de lange termijn. Een conclusie met betrekking tot chronische rouw kan dan ook op basis van het huidige onderzoek nog niet worden getrokken, waarbij de resultaten van het huidige onderzoek eerder als een hypothese ter vervolg onderzoek kunnen worden beschouwd. De hypothese van chronische rouw bij mensen die ongewenst kinderloos zijn, kan volgens Johansson en Berg (2005) mogelijk toe te schrijven zijn aan het herhaaldelijk ervaren van mislukte zwangerschapspogingen. De vrouwelijke deelnemers in het voorgenoemde onderzoek gaven aan dat ze naar nieuwe invullingen in hun leven zochten, maar dat de hoop om zwanger te raken aanwezig bleef en dat kinderloosheid voortdurend als centrale factor in hun leven terugkeerde.

Wanneer de definitie van chronische rouw nader bekeken wordt, dient zowel de duur als de intensiteit van de rouwreactie in acht te worden genomen. Onder chronische rouw bij nabestaanden wordt namelijk verstaan dat de intensiteit van de rouwreacties ook na langere tijd niet afneemt (Parkes & Weiss, 1983). De gerapporteerde rouwscore in het huidig onderzoek is aan de hand van de normering uit het onderzoek van Boelen et al. (2001) gemiddeld gebleken. De oorspronkelijke Rouw Vragenlijst (RVL) die voor dit onderzoek is aangepast, is een meetinstrument om normale en 'potentieel problematische' rouw te meten. De problematische rouw is in de DSM-IV nog niet als stoornis erkend (Stroebe, Van Son, Stroebe, Kleber, Schut & Van den Bout, 2000) en de toepasbaarheid van de RVL om

dit te kunnen meten is nog in een vroeg stadium (Boelen et al., 2001). Een hoge score op de RVL is volgens Boelen et al. (2001) indicatief voor verwerkings-problematiek. In het huidige onderzoek is er voor de grote meerderheid (86 procent) geen reden om aan te nemen dat er een indicatie is voor problematische rouw, aangezien er bij deze deelnemers sprake is van een laag tot gemiddelde rouwscore. Hierdoor is op basis van het huidige cross-sectionele onderzoek te betwijfelen of er gesproken kan worden over chronische, dan wel pathologische rouw. Een longitudinaal onderzoek zou inzicht kunnen geven in zowel het individuele proces als de inter-individuele verschillen in het beloop van rouw over een langere periode en geeft daarnaast inzicht in het effect van de duur van infertiliteit en andere factoren op rouw. Aannemelijk is dat in het algemeen ongewenste kinderloosheid een centrale kwestie in het leven van de vrouwen blijft, maar dat de aanwezigheid van deze kwestie niet per definitie tot verwerkingsproblematiek hoeft te leiden.

4.3 Methodologische beperkingen

Het huidige onderzoek bracht een aantal methodologische beperkingen met zich mee. Ten eerste vormt de manier van afname van de vragenlijst een beperking. Afname bij infertiele mensen vanuit het ziekenhuis zou een ideale situatie zijn, maar door ethische aspecten en duur van toetsing van de onderzoeksopzet, vrijwel onmogelijk. Voor het huidige onderzoek is om die reden gebruik gemaakt van een viertal bestaande websites die ongewenste kinderloosheid als centraal thema hadden. De beperking uit zich in de afhankelijkheid van de potentiële deelnemers die de webpagina's bezochten en daarmee mogelijk een eenzijdige representatie van de algemene populatie ongewenst kinderloze vrouwen weergeeft. Het is mogelijk dat het een groep betreft, die zeer veel moeite ervaart met het accepteren van de ongewenste kinderloze situatie en daarmee mogelijk meer rouw ervaart. Zowel na korte tijd en zelfs vele jaren na bekendheid van de diagnose infertiliteit worden deze sites bezocht en suggereert dat deze mensen nog bewust bezig zijn met hun onvervulde kinderwens. Deze beperking brengt problemen met zich mee in het generaliseren van uitspraken naar de Nederlandse populatie ongewenste kinderloze vrouwen.

Ten tweede bestaat de steekproef enkel uit vrouwen. Voor een compleet beeld is het ideaal om zowel vrouwen als mannen in het onderzoek te betrekken. Vrouwen kunnen een andere beleving en mate van emotioneel leed ondervinden in vergelijking tot mannen. Dit onderzoek heeft hier echter geen verheldering in kunnen krijgen met betrekking tot rouwreacties.

Ten derde is de groep adoptie door praktische redenen niet meegenomen in het huidige onderzoek. Om de invloed van een medische behandeling en daarnaast de eventuele gunstige invloed van de adoptie zelf op de rouwreactie te kunnen onderzoeken, geeft een dergelijke groep veel inzicht. Het huidige onderzoek geeft over het geheel gezien geen verschil tussen de deelnemers voor, tijdens als na de medische behandeling in mate van de rouwreactie. Dit zelfde patroon zou tevens gevonden kunnen worden bij ongewenst kinderloze vrouwen die hebben geadopteerd. Zoals besproken in de inleiding zou het echter ook mogelijk kunnen zijn dat het niveau van de rouwreactie lager ligt na de medische behandeling, aangezien het verlies van de ouderrol mogelijk door adoptie wordt opgevuld. In het huidige onderzoek kwam namelijk naar voren dat het vervullen van de ouderrol de belangrijkste reden is om een kind te wensen. Daarnaast bleek, in tegenstelling tot de verwachting, dat het 'voort kunnen planten' een beduidend minder belangrijke rol speelde om een kind te wensen. Hiermee vervalt mogelijk het belang van het 'tweede verlies' in de verwerking van ongewenste kinderloosheid. De daadwerkelijke rol van adoptie met betrekking tot rouw dient in verder onderzoek uitgezocht te worden.

De reacties die ongewenste kinderloze vrouwen vertonen, zijn mogelijk vergelijkbaar met nabestaanden die een dierbare hebben verloren, dat benoemd kan worden als rouw. Doordat ongewenste kinderloosheid een centrale kwestie blijft in het leven van ongewenste kinderloze vrouwen, zou chroniciteit een rol kunnen spelen, dat als hypothese in vervolg onderzoek opgenomen kan worden. De intensiteit van de rouwreactie van de ongewenst kinderloze vrouwen in het huidig onderzoek suggereert echter dat er sprake is van een gemiddelde rouw, zonder indicatie voor problematische rouw. Met het huidige onderzoek is ondanks de methodologische beperkingen getracht aan te tonen dat ongewenste kinderloosheid een zeer ingrijpende gebeurtenis kan inhouden, die niet onderschat moet worden.

Referenties

- Akker, O.B.A. van der (2001). Adoption in the age of reproductive technology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 147-159.
- Balen, F. van (1991). *Een leven zonder kinderen*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Balen, F. van, Verdrumen, J. & Ketting, E. (1996). Choices and motivations of infertile couples. *Elsevier Science Ireland Ltd*, 31, 19-27.
- Berg, B.J. & Wilson, J.F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 11-26.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F.M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H.J.G. & Weidner, W. (1998). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31, 27-35.
- Boelen, P.A., Keijser, J. de & Bout, J. van den (2001). Psychometrische eigenschappen van de Rouw Vragenlijst (RVL). *Gedrag & Gezondheid*, 29, 172-183.
- Bout, J. van den, Boelen, P.A. & Keijser, J. (1998). *Behandelstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Daniluk, J.C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79, 439-449.
- Daniluk, J.C. & Hurig-Mitchell, J. (2003). Themes of hope and healing: Infertile couples experiences of adoption. *Journal of Counseling en Development*, 81, 389-399.
- Daniluk, J.C. & Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89-100.
- Eugester, A. & Vingerhoets, A.J.J.M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Social Science & Medicine*. 48, 575-589.
- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V. & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Human Reproduction*, 17, 2986-2994.
- Freya (2006). Wereldrapportage betreffende geassisteerde voortplantingstechnieken Feiten en Cijfers. *Patiëntenvereniging voor Vruchtbaarheidsproblematiek, juni 2006*. Geraadpleegd op internet op 5 november 2007, ca. 17.30 uur via URL http://www.freya.nl/web_medisch/feitenencijfers2006.php
- Halman, L.J., Abbey, A. & Frank, A.M. (1992). Attitudes about infertility interventions among fertile and infertile couples. *American Journal of Public Health*, 82, 191-194.
- Hammarberg, K., Astbury, J. & Baker, H.W.G. (2001). Women's experience of ICF: A follow-up study. *Human Reproduction*, 16, 374-383.
- Himmel, W., Ittner, E., Kochen, M.M., Michelmann, H.W., Hinney, B., Reuter, M., Kallerhoff, M. & Ringert, R.H. (1997). Management of involuntary childlessness. *British Journal of General Practice*, 47, 111-118.
- Hoffman, L.W. & Manis, J.D. (1979). The value of children in the United States: A new approach to the study of fertility. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 583-596.
- Johansson, M. & Berg, M. (2005). Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, 58-63.
- Jordan, C. & Revenson, T. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341-358.
- Koeter, M.W.J. & Ormel, J. (1991). *General Health Questionnaire: Nederlandse bewerking*.

- Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lukse, M.P. & Vacc, N.A. (1999). Grief, depression, and coping in woman undergoing infertility treatment. *Obstetrics & Gynecology*, 93, 245-251.
- Morgan, S.P. & Berkowitz King, R. (2001). Why have children in the 21st century? Biological predisposition, social coercion, rational choice. *European Journal of Population*, 17, 3-20.
- Nederlandse studie FIRM (2004). Menopur. *Fertiliteit. 2004*. Geraadpleegd op internet op 5 november 2007, ca. 13.45 uur via URL
<http://www.fertiliteit.info/content/pgs/menopur/nieuws.asp>
- Parkes, C.M. & Weiss, R. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Peddie, V.L., Teijlingen, E. van & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, 20, 1944-1951.
- Schoen, R., Kim, Y., Nathanson, C.A., Fields, J. & Astone, N.M. (1997). Why do Americans want children?. *Population and Development Review*, 23, 333-358.
- Schut, H.A.W., Stroebe, M.S., Bout, J. van den & Keijsers, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counselling programmes. *The British Journal of Clinical Psychology*, 36, 63-72.
- Steenhof, L. & Jong, A. de (2000). Onvrijwillig onvruchtbaar. *Maandstatistiek van de bevolking, januari 2000*. Geraadpleegd op internet op 1 november 2007, ca. 15.00 uur via URL
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2000/2000-1033-index.htm>
- Stroebe, M., Son, M.J.M. van, Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H.A.W. & Bout, J. van den (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychological Review*, 20, 57-75.