Universiteit Utrecht

Depressie en meerdere malen kiezen voor abortus

De invloed van sociaaleconomische status en steun van derden

Judith IJzereef (3894096)

28-06-2017

7899 woorden

Beoordelaars:

Marijn Stok en John de Wit

Abstract

Er is nog weinig bekend over de redenen waarom sommige vrouwen meerdere malen voor abortus kiezen, en waarin deze vrouwen verschillen van vrouwen die eenmalig voor abortus kiezen. Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de DAMHS-dataset, waarbij vrouwen vlak na een abortusbehandeling werden benaderd om mee te doen aan een longitudinaal onderzoek. De respondenten, 226 vrouwen, zijn in vijf jaar drie keer geïnterviewd over mogelijke gevolgen van de medische ingreep. Er is bij deze interviews gevraagd of de vrouwen, meer dan een jaar voor het eerste interview, depressieve klachten hebben gehad en of de vrouwen, in de perioden tussen de interviews, nogmaals één of meerdere zwangerschappen hebben laten afbreken. De groep participanten werd in twee groepen verdeeld, waarbij de ene groep eenmalig voor abortus had gekozen en de andere groep deze beslissing vaker had gemaakt. Met een logistische regressie werd getoetst of deze twee groepen van elkaar verschilden wat betreft het al dan niet hebben van depressieve klachten in het verleden en of deze relatie eventueel werd beïnvloed door hun perceptie van hun eigen sociaaleconomische positie (als mediator) en de steun die ze hebben ervaren vanuit hun omgeving (als moderator). Geen van deze vooronderstelde relaties bleek te bestaan. Vrouwen die meerdere malen voor een abortus kozen, verschilden niet op het hebben van depressieve klachten, hun perceptie van hun maatschappelijke positie en ervaren steun van anderen ten opzichte van vrouwen die eenmalig voor abortus kozen. Het onderzoek draagt hiermee bij aan het maatschappelijke en wetenschappelijke debat. Het blijft van belang dat begeleiding aansluit bij de individuele behoeften van een vrouw.

Trefwoorden: abortus, depressie, zwangerschapsafbreking, steun, sociaaleconomische status

Introductie

Ondanks dat het aantal abortussen in Nederland laag ligt ten opzichte van andere landen, stelde (toenmalige) minister van Volksgezondheid, Edith Schippers, afgelopen winter dat het cijfer verder omlaag moet (Van Teeffelen, 2016). Zij vond dat de huisarts meer betrokken moet worden in het (keuze)proces, zodat vrouwen een goed overwogen besluit kunnen maken. Betrokken instanties, zoals het Nederlands Genootschap van Abortusartsen en Fiom, reageerden voornamelijk afwijzend op het idee, omdat zij denken dat de huisarts niet zoveel invloed meer heeft als vroeger en omdat zij vinden dat veel vrouwen de beslissing al overwogen maken. Daarnaast vinden er debatten in de Tweede Kamer plaats over het al dan niet verlagen van de abortusgrens (Algemeen overleg: Afbreking Zwangerschap, 3 maart 2016). Deze discussies, in zowel de maatschappij als de Tweede Kamer, laten zien dat abortus ook in Nederland nog steeds onderwerp van gesprek is en dat er verschillende ideeën bestaan over wat problemen en mogelijke oplossingen zijn.

Een terugkerend thema betreft vrouwen die meerdere malen voor een abortus kiezen. Een derde van alle vrouwen die in Nederland een abortus laat uitvoeren bij een officiële instantie, heeft deze keuze vaker gemaakt ("Cijfers en feiten abortus", z.j.; Kruidhof, 2016; Van Teeffelen, 2016). Dit betekent dat er een groep vrouwen is die meer dan één keer besluit tot deze medische ingreep en dat, voor deze groep, de standaard voorlichting over anticonceptie waarschijnlijk niet helpt ("Vrouwen kiezen in eerder stadium voor abortus", 2016; Van Teeffelen, 2016). De vraag is of er factoren zijn die deze groep vrouwen onderscheidt van vrouwen die eenmalig voor een zwangerschapsafbreking kiezen. Het vinden van deze oorzaken kan bijdragen aan het verlangen van de politiek om het totaal aantal abortussen omlaag te brengen, zoals (voormalig) minister Schippers van Volksgezondheid wenst (Van Teeffelen, 2016).

Dit onderzoek zal bijdragen aan het ophelderen van de complexiteit rondom het keuzeproces van – het meerdere malen kiezen voor – abortus, waardoor aanbevelingen kunnen worden gedaan over mogelijke oplossingen om deze groep vrouwen te verkleinen. Het gaat hierbij om een interdisciplinair onderzoek, omdat een subject als herhaaldelijke besluiten tot abortus te complex is om vanuit één discipline te onderzoeken. De complexiteit ontstaat door interactie tussen individu, zoals het psychische verleden van een vrouw, en haar omgeving. Het combineren van vakgebieden zal helpen om inzicht te verkrijgen in dit samenspel. De sociologische en psychologische invalshoeken van het onderzoek analyseren een breder palet aan mogelijke oorzaken, waardoor het bijdraagt aan het creëren van een

completer beeld van het samenspel van de betrokken factoren. Hierdoor kan het onderzoek een handreiking doen naar zowel de politiek en maatschappij als de wetenschap door problemen en mogelijke oplossingen rond dit thema te verhelderen.

Op dit moment is het nog niet helder welke factoren de kans op herhaling bij abortus beïnvloeden. Veel advies over de groep vrouwen die meerdere malen voor abortus kiest, gaat over het bijstellen van de voorlichting over anticonceptie die deze vrouwen krijgen, terwijl deze relatie niet eenduidig is en onderzoeken verschillende conclusies trekken (Loeber & Muntinga, 2017; Rowlands, 2007). De kans bestaat dan ook dat de groep vrouwen die herhaaldelijk tot zwangerschapsbeëindiging besluit niet extra gebaat is bij voorlichting, maar dat de oorzaken ergens anders liggen. Meer onderzoek naar factoren die mogelijk een rol spelen bij het besluit van vrouwen om deze keuze herhaaldelijk te maken is dan ook nodig. Hierdoor kan onderzocht worden of advisering een sleutelrol heeft of dat extra ondersteuning op een andere manier nodig is.

Daarnaast is er veel onderzoek geweest naar de relatie tussen depressieve symptomen en abortus (Cougle, Reardon, & Coleman, 2003; Faure & Loxton, 2003; Pedersen, 2008; Steinberg, 2011; Van Ditzhuijzen, Ten Have, De Graaf, Van Nijnatten, & Vollebergh, 2013; Van Ditzhuijzen, Van Nijnatten, De Graaf, Ten Have & Vollebergh, 2016). Het blijkt dat een depressie in het verleden de kans vergroot dat een vrouw na een abortus een terugval ervaart (Van Ditzhuijzen et al., 2013; Van Ditzhuijzen et al., 2016). Echter is – voor zover bekend – weinig onderzoek, op basis van deze resultaten, gericht op de mogelijke relatie tussen depressie en meerdere ongewenste zwangerschappen.

De vraag die beantwoord zal worden, is "*In hoeverre wordt de relatie tussen eerdere depressieve klachten die vrouwen hebben ervaren en het meerdere malen kiezen voor abortus beïnvloed door de economische situatie van de desbetreffende vrouw en de steun die zij heeft ervaren?"* Door te focussen op de mogelijke relatie tussen depressie en het herhaaldelijk kiezen voor abortus, vult dit onderzoek een hiaat in de kennis over dit onderwerp.

Theorie

Vrouwen die vaker bij een abortuskliniek komen, hebben het idee dat ze anders worden benaderd dan vrouwen die daar voor het eerst komen. Ze voelen zich vaak gestigmatiseerd en ervaren negatieve attituden omtrent hun levensstijl wanneer duidelijk wordt dat ze vaker voor een abortus hebben gekozen (Stone & Ingham, 2011). Deze vrouwen hebben het idee dat ze zich moeten schamen en zich schuldig horen te voelen, omdat abortus in de samenleving

veelal als ongepast en afwijkend wordt beschouwd (De Graaf, Nikkelen, Van den Borne, Twisk & Meijer, ter perse; Kumar et al., 2009). Kumar et al. (2009) stellen dat het stigma op abortus kan leiden tot negatieve zelfperceptie, waar vrouwen hun verdere leven onder kunnen lijden. Depressie of depressieve gevoelens kunnen mogelijk ontstaan door deze stigmatisering (Pedersen, 2008).

Hoewel de rol van stigma nog onderbelicht is, is er al veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen abortus en depressieklachten. Het blijkt dat als vrouwen in het verleden depressieve klachten hebben gehad, zij meer kans hebben om deze klachten opnieuw te krijgen na een abortus in vergelijking met vrouwen die deze klachten niet hebben ervaren (Faure & Loxton, 2003; Van Ditzhuijzen et al., 2013; Van Ditzhuijzen et al., 2016). Dit is belangrijk, omdat uit onderzoek blijkt dat vrouwen met depressieve klachten hoger scoren op seksueel risicogedrag dan vrouwen zonder deze klachten, waarbij vrouwen met klachten vaker drugs gebruiken en meer seksuele partners hebben (Biglan et al., 1990; Lehrer, Shrier, Gortmaker, & Buka, 2006; Mazzaferro et al., 2006). Zowel Biglan et al. (1990) als Mazzaferro et al. (2006) vonden een relatie tussen depressie, weinig sociale steun en seksueel risicogedrag. Uit het onderzoek van Van Ditzhuijzen et al. (2013) blijkt dat de kans aannemelijk is dat vrouwen met depressieve klachten vaker ongewenst zwanger zijn of ongewenste zwangerschappen vaker afbreken dan vrouwen zonder deze klachten. Hoewel meer onderzoek wenselijk is, gaat dit onderzoek uit van een relatie tussen depressie en seksueel risicogedrag, met een verhoogde kans op ongeplande zwangerschappen en abortus-keuzes.

Deze relaties kunnen worden gezien als een vicieuze cirkel. Een depressie vergroot het risico op een ongeplande zwangerschap, wat kan leiden tot een abortus, waardoor een grotere kans bestaat dat de depressieve klachten terugkeren. Het is dan ook belangrijk om te onderzoeken of deze relatie bestaat, of dat er andere verklarende factoren zijn voor vrouwen die herhaaldelijk kiezen voor een abortus. De verwachting van het onderzoek is dan ook dat *vrouwen met eerdere depressieve klachten vaker meerdere malen voor abortus kiezen dan vrouwen zonder deze klachten* (H_1).

Naast de directe relatie tussen depressie en abortus, zal gekeken worden naar de mogelijke invloed van de eigen perceptie van de sociaaleconomische status (SES) van deze vrouwen en de ervaren steun van derden. Deze invalshoeken zijn gekozen, omdat zowel macro- als micro-ontwikkelingen iemands identiteit en keuzes beïnvloeden. Om een totaalbeeld te krijgen van wat de factoren zijn die een verklaring kunnen bieden voor het

handelen van mensen worden een persoons- en een contexttheorie gebruikt (Adams & Marshall, 1996).

De participanten van dit onderzoek werd gevraagd zichzelf op de maatschappelijke ladder te plaatsen. Deze vraag verschaft inzicht over hoe de vrouw naar haar eigen positie kijkt en geeft de mogelijkheid te onderzoeken of vrouwen met een depressieverleden zichzelf op een andere trede zetten dan vrouwen zonder dit verleden – terwijl 'objectieve' factoren zoals opleidingsniveau deze vrouwen wellicht op dezelfde trede hadden geplaatst. Deze invalshoek sluit aan bij de ***Economic theory of fertility*** van Becker (Becker, 1965; Becker, Murphy, & Tamura, 1994). Volgens Becker is de kinderwens van een vrouw afhankelijk van de – zowel individuele als landelijke – economische situatie. Een grotere kinderwens zorgt voor minder investeringen (op zowel persoonlijk als landelijk vlak), omdat kinderen tijds- en kapitaalintensief zijn. Anderen, zoals Medoff en Levine (1988 en respectievelijk 2004, zoals beschreven in Levels, Need, Nieuwhuis, Sluiter, & Ultee, 2012), hebben deze theorie aangevuld met beslissingen omtrent zwangerschapsbeëindiging. Levels et al. (2012) stellen dat, na het afwegen van de kosten en baten van de zwangerschap en opvoeding, een vrouw kan besluiten voor een abortus te kiezen.

Of een vrouw denkt dat zij een kind op kan voeden, hangt af van haar beslissing of ze toe is aan een levensveranderende situatie en of ze voor het kind kan zorgen. Indien ze het idee heeft dat ze hier niet klaar voor is, dan zal zij eerder kiezen voor abortus. Deze afweging wordt bij iedere zwangerschap opnieuw gemaakt (Levels et al., 2012). Zekerheid over zichzelf en haar (financiële) situatie zijn hierbij belangrijk, omdat dit mede bepaalt of een vrouw zich 'klaar voelt' voor het moederschap. De verwachting is dat deze gevoelens minder positief zijn bij vrouwen met depressieve klachten, omdat zij veelal een lager zelfbeeld hebben dan vrouwen die deze klachten niet ervaren (Roberts, Gotlib, & Kassel, 1996; Kernis et al., 1998). Dit betekent dat deze groep vrouwen waarschijnlijk eerder kiest voor een abortus. Bij dit onderzoek zal het gaan om de eventuele invloed die wordt uitgeoefend door hoe de perceptie van de vrouw van haar SES de relatie tussen eerdere depressieve klachten en herhaaldelijk kiezen voor abortus beïnvloedt. De verwachting is dat *vrouwen met eerdere depressieve klachten een minder stabiele economische situatie ervaren dan vrouwen die deze klachten niet hebben gehad (met dezelfde SES), waardoor de eerste groep vrouwen vaker meerdere malen voor abortus kiest* (H_2). Het gaat hierbij om een mediatie, waarbij de relatie tussen depressie en de kans op abortus wordt gemedieerd door de ervaren SES.

Naast de invloed van (de eigen perceptie van) SES, spelen ook contextfactoren een rol bij de beslissing van de vrouw. De contextfactor die in dit onderzoek wordt meegenomen, is

de steun die vrouwen hebben ervaren in hun omgeving. Uit onderzoek blijkt dat steun effect heeft op hoe een vrouw zich psychisch voelt na een abortus (Major et al., 1990). De ***Social support as Coping assistance theory*** van Thoits (1986) stelt dat steun van anderen belangrijk is voor mensen om met een bepaalde situatie om te gaan. Het model is gebaseerd op ideeën van Lazarus en Folkman (1984, zoals beschreven in Thoits, 1986) over hoe mensen omgaan met stress. Er zijn twee oorzaken bij stress: de situatie is bedreigend en hierdoor stressvol of de reactie van de persoon zelf verergert de situatie en verhoogt de stress (in plaats van dat het wordt opgelost). Anderen kunnen in deze situatie helpen door (a) het probleem – tijdelijk of permanent – op te lossen of (b) door de situatie te herinterpreteren of de aandacht af te leiden, zodat een minder bedreigend idee van de situatie ontstaat. Hierdoor wordt de persoon in kwestie geholpen om beter met een situatie om te kunnen gaan.

Door deze ondersteuning wordt, indirect, ook het zelfbeeld van de persoon verbeterd (Thoits, 1986). Indien men zich gesteund voelt, voelt men zich tevens geliefd en tot een groep behoren. Steun vermindert het effect van stress en negatieve levenservaringen, omdat men het gevoel heeft ertoe te doen en er in het leven niet alleen voor te staan (Heaney & Israel, 2008). Vrouwen die meer steun ervaren, konden na een abortus beter met de psychische gevolgen omgaan en kregen minder psychische problemen dan vrouwen die minder steun hadden ervaren (Major et al., 1990). Steun leidt ertoe dat mensen beter met stress om kunnen gaan, zodat zowel de korte- als langetermijneffecten van stress verminderen. Dit komt doordat steun het oplossend vermogen van mensen vergroot, er een gevoel van controle ontstaat en mensen toegang hebben tot nieuwe soorten informatie en contacten (Heaney & Israel, 2008). Vrouwen die open waren geweest over de abortus maar geen of weinig steun ervaarden, konden minder goed met de psychische gevolgen omgaan dan vrouwen die wel steun hadden ervaren of vrouwen die niets met anderen hadden gedeeld (Major et al., 1990). Hieraan kan gekoppeld worden dat vrouwen met depressieve klachten gebaat zijn bij goede ondersteuning van derden, zodat zij beter met de situatie om kunnen gaan en uiteindelijk ook zelfverzekerder worden.

Uit deze theorie komt de verwachting voort dat *hoe meer steun vrouwen met eerdere depressieve klachten hebben ervaren, hoe minder vaak zij kiezen voor abortus* (H_3), waarbij steun een modererende rol heeft. De drie opgestelde hypothesen – zie Figuur 1 voor een schematische weergave – zullen, na de operationalisering van het onderzoek, getoetst en beantwoord worden.

Onderzoeksmethoden

Onderzoeksdesign

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van data uit de DAMHS-dataset, een longitudinale dataset waarbij vrouwen vlak voor T_0 een abortus hebben ondergaan en na 2.5-3 (T_1) en 5-6 jaar (T_2) opnieuw werden geïnterviewd over hun ervaringen en ontwikkelingen sindsdien. De dataset is ook gebruikt voor de onderzoeken van Van Ditzhuijzen et al. (2013), Van Ditzhuijzen, Ten Have, De Graaf, Van Nijnatten en Vollebergh (2015) en Van Ditzhuijzen et al. (2016). Voor dit onderzoek werden de kwantitatieve gegevens van de interviews gebruikt.

Participanten en procedure

De participanten van het onderzoek zijn benaderd ten tijde van hun bezoek aan abortusklinieken in Nederland. Voor een juiste representativiteit werden de klinieken geselecteerd op geografische locatie en kliniekgrootte, waarna acht van de zestien klinieken gevraagd werden deel te nemen aan het onderzoek. Eén kliniek wees het verzoek af wegens reorganisatie. In de andere kregen vrouwen na de behandeling een flyer mee over het onderzoek en werd hun gevraagd contactgegevens achter te laten.

Uit de reacties werden vrouwen geselecteerd die voor de vierentwintigwekengrens, zonder medische aanleiding, een abortus hebben laten doen, 18 jaar of ouder waren, in Nederland woonden en de Nederlandse taal spraken. Dit betrof 1077 vrouwen. Na random-selectie werden 919 vrouwen geselecteerd, maar vielen door onbereikbaarheid (381), volle agenda's (120), bedenkingen (38), niet komen opdagen (38) en onjuiste selectie (10) 587 vrouwen af. Hierdoor bleven 332 vrouwen over, waarvan 7 interviews niet konden worden afgemaakt. De groep participanten op T_0 was hierdoor 325.

De vrouwen zijn door professionele interviewsters geïnterviewd. Op T_0 namen zij 10-20 dagen na de abortus contact op met de deelnemer, om te toetsen of de vrouw geschikt was voor deelname en om een afspraak te maken voor het interview. Het interview zelf werd 20-40 dagen na de abortus afgenomen, zodat het vlak na de laatste medische afspraken omtrent de abortus kon plaatsvinden, en vond thuis of in een andere, neutrale omgeving plaats. Deze data werden verzameld tussen april 2010 en januari 2011.

T_1 vond 2,5-3 jaar na de abortus plaats. Bij dit meetmoment werden 264 vrouwen (opnieuw) bereikt. Ruim 5 jaar na T_0 vond T_2 plaats, waarbij 231 deelnemers werden geïnterviewd. Voor dit onderzoek werden data van T_0 en T_2 gebruikt, aangezien sommige data

van T_0 invloed hadden op de uitkomsten op T_2. Door het ontbreken van gegevens bij vijf vrouwen, was het totaal aantal geschikte respondenten 226. De gemiddelde leeftijd van deze vrouwen was 30,75 jaar. Van deze vrouwen had 15,0% geen relatie, 38,1% woonde niet met haar partner samen en 46,9% wel. Het merendeel van de vrouwen had kinderen (53,1% tegenover 46,9%), was van westerse komaf (80,8% tegenover 19,2%) en was niet-religieus (79,3% tegenover 20,7%). De gemiddelde (objectieve) SES was 6.85 (SD = 1.70) (zie tabel 1).

Afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele in dit onderzoek betrof het aantal *abortus provocatus* dat de vrouwen na T_0 hebben ondergaan. Dit is een medische handeling waarbij een zwangerschap wordt afgebroken. Bij de dataverzameling op T_2 werd de vrouw gevraagd of zij na T_0 nogmaals een of meerdere abortussen heeft ondergaan. Op basis van de antwoorden werden de vrouwen ingedeeld in twee groepen, waardoor inzichtelijk werd welke vrouwen na T_0 nogmaals voor een abortus hadden gekozen en welke vrouwen niet (waarbij de niet-herhaling groep gold als referentiegroep). Indien een vrouw voor T_0 al eens voor een abortus had gekozen, maar hierna niet meer, dan werd zij bij de niet-herhaling groep ingedeeld. In het verdere stuk wordt gesproken over “(abortus-)herhaling”.

Onafhankelijke variabelen

Met een intensieve interviewmethode, het *Composite International Diagnostic Interview* versie 3.0, werd achterhaald of de vrouwen een ‘depressieve stoornis’ hebben gehad. De vragenlijst is opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie en werd, onder strikte controle, naar het Nederlands vertaald. De vragenlijst meet de stoornissen op basis van de DSM-IV indicaties (Van Ditzhuijzen et al., 2015). Er werd onderscheid gemaakt tussen een bipolaire stoornis, depressie en dysthymie. De antwoorden op deze vragen werden samengevoegd en gebruikt om de respondenten in twee groepen in te delen, waarbij de ene groep (0) geen verleden van depressieve klachten kent en de andere groep (1) wel. Hierbij werden de klachten die binnen een jaar voor de abortus op T_0 ontstonden, niet meegenomen bij deze scheiding. Deze keuze was gemaakt omdat deze klachten wellicht samenhangen met de (ontdekking van de) ongewenste zwangerschap (Van Ditzhuijzen et al., 2015). In het verdere onderzoek wordt gesproken over “(depressie)verleden”.

Voor de tweede onafhankelijke variabele, en de mediator in het onderzoek, werd de vraag ‘op welke trede van de maatschappelijke ladder plaatst u zichzelf’ (0=laag, 10=hoog) gebruikt om te toetsen of de perceptie van haar maatschappelijke positie invloed heeft op de keuze tot abortus. Het betrof een nog niet eerder gebruikte factor van de dataset, maar door de sterke correlatie met de opgestelde (objectieve) SES (p<.001) leek de factor passend. Na controle bleken er 5 ontbrekende waardes te zijn, welke zijn verwijderd.

Daarnaast werd gekeken hoeveel steun de vrouwen hebben ervaren van mensen in hun directe omgeving. Dit was de moderator bij het onderzoek. De vragen over of zij heeft gesproken met haar partner, vader, moeder en goede vrienden over de abortus en of ze steun heeft ervaren waren samengebracht in de variabelen ‘steun van partner’ en ‘steun van anderen (niet partner)’ met als antwoordopties: (0) niet gesproken, (1) weinig steun en (2) veel steun. Uit de factoranalyse bleek dat de gecombineerde factor ‘steun van anderen’ 53,8% van de variantie verklaarde en een matige betrouwbaarheid (Cronbach’s α =.6) kende.

Controlevariabelen

Naast de onafhankelijke variabelen zijn nog enkele andere variabelen meegenomen in het onderzoek. Deze variabelen beïnvloedden mogelijk de relaties van abortus-herhaling, depressieverleden, de ontvangen steun en de perceptie van de economische status van vrouwen. Door deze variabelen mee te nemen als controlevariabelen, werd voor hun invloed gecontroleerd.

De eerste controlevariabele betrof etniciteit. Migranten en vrouwen met een migratieachtergrond kiezen vaker voor een zwangerschapsafbreking dan vrouwen zonder migratieachtergrond (Kruidhof, 2016). Deze variabele werd samengesteld uit de items over het geboorteland van de participant, haar moeder en haar vader. In het onderzoek werd onderscheid gemaakt tussen een (0) ‘westerse’ en (1) ‘niet-westerse’ etniciteit. Indien een van hen geboren is in Marokko, Turkije, Suriname, de Nederlandse Antillen, Afrika, Azië (uitgezonderd Japan en Indonesië) of Latijns-Amerika, dan werd de vrouw ingedeeld in de niet-westerse categorie (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.j.).

Ook religie werd meegenomen als controlevariabele. Religiositeit kan invloed hebben op seksueel risicogedrag (Lehrer et al., 2006). Daarnaast kan op religieuze gronden worden bepaald dat het onjuist is om een zwangerschap af te breken of dat het (ongehuwd) krijgen van een kind niet ‘hoort’ (“Geloof”, z.j.). Hiervoor werd de categorische variabele ‘(1) wel of (0) niet religieus’ gebruikt. Deze variabele werd samengesteld door vragen over of de vrouw

zichzelf tot een geloof of levensbeschouwing rekent, hoe vaak zij een dienst bijwoont en hoe belangrijk het geloof of de levensbeschouwing in haar leven is. Met een verklaarde variantie van 56,2% was het een goede, valide factor. De betrouwbaarheid was echter laag (Chronbach's α =.2).

De leeftijd van de vrouwen kan tevens van invloed zijn geweest op het keuzeproces rondom abortus (Loeber & Muntinga, 2017). In 2015 was de leeftijdscategorie waarop de meeste vrouwen een abortus lieten uitvoeren, veranderd van 20-25 naar 25-30 jaar ("Cijfers en feiten abortus", z.j.). Ook kan het zijn dat iemands leeftijd effect heeft op de kans dat depressieve klachten (weer) ontstaan na een abortus (Pedersen, 2008). Daarnaast kan leeftijd een rol spelen bij seksueel risicogedrag (Lehrer et al., 2006). De gebruikte variabele was 'leeftijd' op T_0, waarbij de leeftijden varieerden van 18 tot en met 46 jaar.

Het al hebben van kinderen kan ook van invloed zijn op de keuze van een vrouw om haar zwangerschap af te breken (Cougle et al., 2013; Goenee et al., 2012; Levels et al., 2012). Door de T_0-variabele '(1) wel of (0) geen kinderen' mee te nemen, werd er voor een mogelijk effect gecontroleerd.

Ook de burgerlijke staat van een vrouw kan van invloed zijn op haar keuze voor abortus (Cougle et al., 2013; Goenee et al., 2012; Levels et al., 2012). Aan de hand van de vraag op T_0 of de vrouw een partner heeft en of ze hiermee samenwoont – (0) geen partner, (1) nee of (2) ja –, werd gecontroleerd voor een mogelijke invloed van de relatiestatus van de vrouw op de kans op herhaling.

Daarnaast werden de vragen over haar financiële situatie aan het eind van de maand, haar opleidingsniveau, of ze betaald werk doet en het huishoudinkomen gebruikt om 'SES-objectief' te construeren. Deze vragen zijn gekozen vanwege hun mogelijke invloed op de keuze om een zwangerschap al dan niet uit te dragen (Levels et al., 2012). Er was sprake van een matige verklaarde variantie (37,5%) en een lage betrouwbaarheid (Chronbach's α =.4) tussen deze variabelen, de betrouwbaarheid kon echter niet worden verhoogd door het weglaten van een variabele. Enkele vragen zijn omgepoold zodat de lage scores corresponderen met lagere rankings bij alle variabelen. Daarna werden de variabelen bij elkaar opgeteld. De totale SES-score varieerde tussen de 2 en 10, waarbij een lagere score een lagere SES betekende.

Analyse

Vanwege het ontbreken van de SES-score van vijf respondenten, werden de modellen getoetst met 226 participanten. In verschillende stappen werd met een logistische regressie getoetst of de moderator en/of mediator invloed uitoefenen op de relatie van depressieverleden en abortus-herhaling. In het eerste model (M_1) werd de directe relatie tussen de predictor (verleden) en afhankelijke variabele (herhaling) getest.

Hierna konden – los van elkaar – het veronderstelde mediatie-effect van SES-perceptie (M_2) en het moderatie-effect van steun (M_3) getoetst worden. In deze modellen wijzigden de predictor, controlevariabelen en afhankelijke variabele niet. Indien er sprake zou zijn van een significante relatie tussen de mediator en de afhankelijke variabele, zou ook de relatie tussen de predictor en de mediator worden getoetst, om te controleren of er een mediatie-effect bestaat (M_5).

Als laatste werd gekeken naar de effecten van de mediator en moderator tezamen (M_4). Bij dit model werd het basismodel uitgebreid met zowel SES-perceptie als steun. Hierna werd gekeken of de verschillen in herhaling verklaard konden worden aan de hand van het depressieverleden van de vrouwen en of SES-perceptie en/of steun invloed hebben op deze relatie.

Resultaten

Beschrijvende resultaten

In Tabel 1 staan beschrijvende resultaten die bij de respondenten horen. Van de 226 respondenten gaf 41,2% van de vrouwen aan in het verleden depressieve klachten te hebben gehad, tegen 58,8% zonder klachten. De groep vrouwen die geen herhaling heeft gerapporteerd bij abortus (91,6%) is groter dan de groep die nogmaals voor een abortus heeft gekozen (8,4%). Van de respondenten had 12,4% destijds geen steun gevraagd aan haar partner, ontving 21,2% weinig steun en 66,4% veel. Van anderen had 66,8% van de participanten veel steun ontvangen, 8,0% weinig en had 25,2% niets met anderen gedeeld. Gemiddeld schaalden vrouwen zichzelf in op 5.85 (SD = 1.70) op de maatschappelijke ladder.

Relatie depressieverleden en abortus-herhaling

De eerste toets die werd uitgevoerd, controleerde de relatie tussen depressieverleden en abortus-herhaling, zie Tabel 2. Eerdere depressieklachten bleken geen significant effect te

hebben op het meerdere malen kiezen voor abortus (OR=1.25, BI=.46-3.41, *p*=.658). De opgestelde hypothese *vrouwen met eerdere depressieve klachten kiezen vaker meerdere malen voor abortus dan vrouwen zonder deze klachten* (H_1) is hiermee ontkracht. Uit M_1 bleek daarnaast dat, ten opzichte van vrijgezel zijn, samenwonen (OR=.16, BI=.04-.67, *p*=.012) de kans op herhaling significant verkleinde en dat het hebben van kinderen (OR=3.00, BI=.85-10.68, *p*=.089) een marginaal positief significant effect had op de keuze voor een vrouw om meerdere malen voor een abortus te kiezen.

Mediatie-effect van SES-perceptie

Na het toevoegen van SES-perceptie (M_2) bleek dat deze variabele een marginaal negatief significant effect had op herhaaldelijk kiezen voor abortus (OR=.77, BI=.56-1.05, *p*=.100), zie Tabel 2. Eerdere depressieklachten hadden wederom geen invloed (OR=1.19, BI=.43-3.32, *p*=.740). Daarnaast bleek dat samenwonen, ten opzichte van vrijgezel zijn, de kans op herhaaldelijk kiezen voor abortus verkleint (OR=.15, BI=.04-.65, *p*=.011). Vanwege de gevonden relatie tussen SES-perceptie en herhaling van abortus, werd het verband tussen depressieverleden en SES-perceptie met een Spearman's rho getoetst (Model 5, zie Tabel 2). Hieruit bleek dat deze relatie niet van significant belang is, r_s=-.08, 95% BI [-.20, .04], *p*=.229. De opgestelde verwachting dat *vrouwen met eerdere depressieve klachten een minder stabiele economische situatie ervaren dan vrouwen zonder deze klachten, waardoor deze eerste groep vaker meerdere malen voor een abortus kiest* (H_2) is hiermee verworpen. De perceptie van een vrouw op haar SES heeft in dit model invloed op haar keuze omtrent abortus, maar er is geen verschil gevonden voor vrouwen met en zonder depressieklachten.

Moderatie-effect van ervaren steun

In M_3 werd de perceptie van SES vervangen door de variabelen over steun van de partner en anderen, zie Tabel 2. Depressie (OR=.94, BI=.05-19.31, *p*=.966), weinig partnersteun (OR=.1.31, BI=.15-11.16, *p*=.806), veel partnersteun (OR=.39, BI=.04-3.97, *p*=.428), weinig steun van anderen (OR=.84, BI=..10-7.05, *p*=.869) en veel steun van anderen (OR=.25, BI=.05-1.32, *p*=.102) hadden geen effect. Het samenwonen, tegenover het niet hebben van een relatie, verkleinde significant de kans dat vrouwen meerdere malen tot abortus besluiten (OR=14, BI=.02.87, *p*=.035). Een interactie-effect van weinig steun van anderen is onwaarschijnlijk (OR=.00, BI=.00, *p*=.999). Wellicht was het aantal vrouwen dat weinig steun ontving (n=18) te klein voor SPSS om resultaten te geven. Uit deze gegevens kan

geconcludeerd worden dat de bijbehorende hypothese, *hoe meer steun vrouwen met eerdere depressieve klachten hebben ervaren, hoe minder vaak zij kiezen voor abortus* (H_3), onjuist is.

SES-perceptie en ervaren steun tezamen

Het laatste model (M_4) bevatte alle meegenomen variabelen in dit onderzoek, zie Tabel 2. Uit de resultaten bleek dat depressie (OR=1.00, BI=.05-20.47, *p*=.999), SES-perceptie (OR=.80, BI=.57-1.13, *p*=.208), weinig partnersteun (OR=.1.40, BI=.16-12.22, *p*=.761), veel partnersteun (OR=.40, BI=.04-4.22, *p*=.448), weinig steun van anderen (OR=80, BI=.10-6.71, *p*=.834) en veel steun van anderen (OR=.31, BI=.06-1.74, *p*=.184) geen invloed hebben op de keuze om meerdere malen voor abortus te kiezen. Daarnaast bleek een interactie-effect bij weinig steun van anderen wederom onwaarschijnlijk (OR=.00, BI=.00, *p*=.999). Enkel het samenwonen met de partner, tegenover het vrijgezel zijn, heeft een negatieve invloed op het herhaaldelijk kiezen voor abortus (OR=14, BI=.02-.88, *p*=.036). Deze resultaten laten zien dat geen van de voor dit onderzoek opgestelde hypothesen stand houdt.

Discussie

Deze studie onderzocht in hoeverre de relatie tussen eerdere depressieve klachten die vrouwen hebben ervaren en hun herhaaldelijke keuze voor abortus beïnvloed wordt door de perceptie van de economische situatie van de desbetreffende vrouw en de steun die zij ervaren heeft. Aan de hand van gegevens van 226 vrouwen, van 18 tot 46 jaar, is gebleken dat er geen relatie bestaat tussen eerdere depressieve klachten en het meerdere malen kiezen voor abortus en dat zowel perceptie van de economische status als ervaren steun niet van invloed zijn op dit verband.

De uitkomst van huidig onderzoek verschilt met de verwachting dat er een verband bestaat, gebaseerd op de onderzoeken van Mazzaferro et al. (2006) en Van Ditzhuijzen et al. (2013), waarin beargumenteerd werd dat er sprake kon zijn van een vicieuze cirkel bij vrouwen die depressieve klachten ervaren. Door de depressieklachten zouden zij seksueel risicogedrag vertonen en mogelijk een verhoogde kans hebben om ongewenst zwanger te raken. Een gevolg van het afbreken van deze zwangerschap is dat de depressieve gevoelens terug kunnen komen en dat vrouwen zich, indien ze meerdere malen voor een abortus hebben gekozen, gestigmatiseerd voelen door hun omgeving (Stone & Ingham, 2011; Van Ditzhuijzen et al., 2016). De stigmatisering kan op zichzelf ook leiden tot een negatief zelfbeeld (Kumar et al., 2009), waardoor deze groep vrouwen door zowel de handeling als de

bejegening in een depressie terug kunnen vallen. Het huidige onderzoek laat echter zien dat de vermeende vicieuze cirkel niet in deze hoedanigheid bestaat.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat depressie geen invloed heeft op het keuzeproces van een vrouw om meerdere keren voor abortus te kiezen. Een andere verklaring kan gegeven worden door het onderzoek van Schmiege en Russo (2005). Hun onderzoek toonde aan dat de medische handeling ook positieve effecten kan hebben op bijvoorbeeld opleidingsniveau, inkomen en gezinsplanning. Deze redenering gaat uit van het idee dat vrouwen meer zeggenschap hebben over hun eigen leven indien ze voor een abortus kiezen bij een ongewenste zwangerschap en dat deze keuze meer positieve dan negatieve effecten heeft op het latere leven. Eventuele stigmatisering werd door deze vrouwen niet ervaren, wellicht is dat bij dit onderzoek ook het geval geweest.

Huidig onderzoek vond in eerste instantie een negatief verband tussen de perceptie van een vrouw op haar SES en de kans dat ze meerdere malen kiest voor abortus, wat betekent dat hoe hoger vrouwen zichzelf op de maatschappelijke ladder plaatsen, hoe minder vaak zij kiezen voor herhaaldelijke abortus. Er was hierbij geen sprake van een mediërend effect van perceptie op de relatie tussen depressieverleden en abortus. Het effect viel echter weg na het toevoegen van ervaren steun. Ook dit kan mogelijk verklaard worden met de bevindingen van Schmiege en Russo (2005). Deze uitkomst kan betekenen dat vrouwen die in het verleden depressieve klachten hebben gehad, niet anders naar hun economische positie kijken dan vrouwen zonder deze klachten, waardoor de keuze voor een eventuele abortus hier niet door wordt beïnvloed. Wellicht geeft abortus vrouwen juist autonomie, zodat ze hun leven in kunnen vullen zoals ze zelf wensen (Marshall, z.j.). Mogelijk kunnen ze hierdoor hun (sociaal)economische positie waarderen, omdat ze de mogelijkheid hebben (gehad) om hier zelf invloed op uit te oefenen (Schmiege & Russo, 2005).

Ook het verband tussen het ervaren van meer steun door vrouwen met eerdere depressieve klachten en het minder kiezen voor abortus bleek in dit onderzoek niet van belang. Dit verschilt van de verwachting dat hoe meer steun vrouwen met eerdere depressieve klachten hebben ervaren, hoe minder zij kiezen voor abortus, welke was opgesteld naar aanleiding van de theorie dat steun mensen de mogelijkheid geeft om beter met stresssituaties om te gaan (Thoits, 1986; Heaney & Israel, 2008). Het idee is dat steun zorgt dat vrouwen zich onderdeel voelen van de gemeenschap en (geholpen worden om) een betere keuze (te) kunnen maken. Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van het verband in dit onderzoek, kan zijn dat vrouwen die meerdere malen voor abortus kiezen niet afwijken van andere vrouwen in de hoeveelheid steun die zij ontvangen. Ook is het mogelijk dat enkele vrouwen

de beslissing zelfstandig maken als ze denken geen steun te zullen ontvangen, waardoor de omgeving niet op de hoogte wordt gesteld.

Al met al bleek uit het onderzoek dat vrouwen in hun keuze voor abortus niet beïnvloed werden door hun eventuele depressieverleden, en dat deze (vooronderstelde) relatie niet werd beïnvloed door de perceptie van hun SES en ervaren steun. Of en waarop deze vrouwen verschillen van vrouwen die eenmalig voor abortus kiezen, is niet uit dit onderzoek naar voren gekomen.

Limitaties van het onderzoek

De resultaten geven direct de beperkingen van dit onderzoek weer. Zo kan de relatief kleine onderzoeksgroep een vertekend beeld geven van de werkelijkheid, tevens omdat het geen goede afspiegeling van de Nederlandse maatschappij betrof. Ook hadden enkele factoren een lage betrouwbaarheid, wat inhoudt dat verbanden tussen variabelen onderschat kunnen zijn. De relaties kunnen hierdoor met minder zekerheid geïnterpreteerd worden. Wellicht hebben vrouwen die herhaaldelijk voor abortus kiezen in het verleden wel degelijk te kampen gehad met depressieve klachten, maar gold dat niet voor de respondenten in dit onderzoek.

Daarnaast werd in dit onderzoek gekeken naar het aantal abortussen tussen T_0 en T_2 waardoor enkele vrouwen – die voor T_0 al een abortus hadden gehad – tot de 'eenmalige abortus' groep werden gerekend. Echter konden abortussen van voor T_0 niet worden meegenomen, omdat er geen controle was op de effecten van deze abortussen op het (huidige) leven van deze vrouwen.

Een derde beperking betrof de focus op depressieklachten van meer dan een jaar voor T_0. Wellicht zorgen andere psychische problemen, al dan niet in combinatie met depressie, dat sommige vrouwen meerdere malen voor een abortus kiezen. Ook was het mogelijk dat vrouwen die binnen een jaar voor T_0 last hebben gekregen van depressieklachten hierna vaker kozen voor het afbreken van een zwangerschap. Tevens kan het zijn dat de vooronderstelde vicieuze cirkel van depressie, ongewenste zwangerschap en abortus niet bestaat.

Een laatste limitatie betrof de steun die de vrouw had ontvangen. Deze steun was enkel gemeten op T_0, wat mogelijk niet representatief is voor andere momenten in haar leven. Ook is het mogelijk dat conflicten binnen relaties een rol spelen, maar dat is in dit onderzoek niet onderzocht.

Implicaties en vervolgonderzoek

Het onderwerp dat in dit onderzoek centraal stond, was nog weinig onderzocht. Meer onderzoek is ook zeker nodig, maar er zijn enkele implicaties die de uitkomsten te weeg hebben gebracht. Het is aannemelijk dat vrouwen die meerdere malen voor abortus kiezen niet afwijken wat betreft het hebben van depressieklachten, perceptie van hun SES en ervaren steun van vrouwen die eenmalig voor abortus kiezen. Dit betekent dat begeleiding van vrouwen die vaker voor abortus kiezen, in deze opzichten niet hoeft af te wijken van vrouwen die eenmalig tot abortus besluiten.

Echter is het belangrijk te benadrukken dat er geen onderzoek is gedaan naar individuele ontwikkelingen en het bijbehorende zorgaanbod en -vraag en of en hoe deze groep vrouwen afwijkt van vrouwen die geen zwangerschap afbreken. Meer onderzoek naar welke factoren een rol spelen bij vrouwen om herhaaldelijk tot een abortus te besluiten is dan ook nodig. Ander – Nederlands, kwalitatief – onderzoek onderzocht anticonceptiegebruik en voorlichting bij vrouwen die meerdere malen voor abortus kiezen, waarbij gepleit werd voor meer kwantitatief onderzoek (Loeber & Muntinga, 2017). Kwantitatief onderzoek naar deze factoren kan bijdragen aan het maatschappelijk en politiek debat.

Enkel het samenwonen met een partner is, tegenover het niet hebben van een relatie, van invloed op de keuze die een vrouw maakt omtrent abortus. Samenwonen verkleint de kans dat een vrouw meerdere malen kiest voor abortus. Dit betekent dat bij abortus-begeleiding rekening kan worden gehouden met de relatiestatus, vanwege de invloed hiervan op de kans dat de vrouw in het vervolg nogmaals kiest voor abortus. Indien mogelijk kan een dergelijk relatiebemiddelingsonderdeel bij de abortus-begeleiding helpen de groep vrouwen die vaker kiest voor abortus te verkleinen.

Een laatste implicatie betreft de (gefundeerde) veronderstelde vicieuze cirkel die depressie, seksueel risicogedrag, ongewenste zwangerschap en abortus met elkaar verbindt. Uit het onderzoek bleek dat depressie geen factor is die kan verklaren waarom vrouwen meerdere malen voor abortus kiezen. Dit houdt in dat vrouwen met depressieklachten geen risicogroep vormen wat betreft ongewenste zwangerschappen en het kiezen herhaaldelijk kiezen voor abortus. Hoewel begeleiding voor deze vrouwen belangrijk is, hoeft hierbij niet standaard aandacht besteed te worden aan een verhoogde kans op zwangerschapsdilemma's. Deze relatie is daarnaast een goed onderwerp voor vervolgonderzoek, waarbij gekeken wordt naar mogelijke verklaringen voor deze afwezige verbanden en of er andere (indirecte) relaties bestaan.

Vervolgonderzoek kan zich ook expliciet richten op de sociaaleconomische kenmerken van een vrouw en het effect hiervan op haar gedrag, zodat er met meer zekerheid een conclusie kan worden getrokken over of deze zaken invloed uitoefenen op de gemaakte beslissingen. De perceptie van SES had enkel in een tussenstap invloed, maar dit viel weg na het gecompliceerder maken van het onderzoek. Wellicht heeft (de perceptie van) SES op een andere manier invloed op de keuzes die een vrouw maakt, bijvoorbeeld doordat ze zich meer bewust wordt van haar maatschappelijke positie. In het verlengde hiervan is het belangrijk dat wordt onderzocht of abortus leidt tot stigmatisering van deze vrouwen of dat het deze vrouwen juist meer autonomie over hun leven verschaft. Op dit moment lijken er tegenstrijdige theorieën over te bestaan en zijn onderzoeksresultaten niet eenduidig. Wellicht kan hier wel degelijk een verklaring worden gevonden voor de reden dat sommige vrouwen herhaaldelijk voor deze medische ingreep kiezen.

Daarnaast is opheldering nodig over of en hoe steun van anderen deze groep vrouwen onderscheidt. Het onderzoek toonde inconsistente uitkomsten met betrekking tot de theoretische verwachting. Mogelijke verklaringen zijn dat vrouwen eerder zelfstandig beslissen indien ze weten dat ze geen steun zullen ontvangen, dat steun op T_0 geen verklaring biedt voor eventuele keuzemomenten later of dat eventuele conflicten ook een rol spelen. Al deze verklaringen zijn goede onderzoeksobjecten bij vervolgonderzoek.

Conclusie

Dit onderzoek toonde aan dat vrouwen die meerdere malen tot abortus besluiten – op de getoetste factoren – niet afwijken van vrouwen die eenmalig voor zwangerschapsafbreking kiezen. Door de interdisciplinaire focus was het mogelijk om tegelijk te onderzoeken of individuele en maatschappelijke factoren invloed uitoefenen op de keuze die vrouwen maken. Een onderzoek met een focus op een van deze gebieden had wellicht tot andere uitkomsten geleid, omdat het samenspel tussen factoren zou ontbreken, zoals zichtbaar werd met de perceptie van SES. De uitkomsten bieden enkele beleidsaanbevelingen, maar dragen voornamelijk bij aan het uitsluiten van verklaringen. Het blijft van belang dat begeleiding aansluit bij de individuele behoeften van een vrouw, zodat iedere vrouw de begeleiding krijgt waar ze het meest bij gebaat is.

Literatuurlijst

Adams, G.R & Marshall, S.K. (1996). A developmental social psychology of identity: understanding the person-in-context. *Journal of Adolescence 19*(5), 429-442.

Algemeen overleg: Afbreking zwangerschap, 3 maart 2016. Verkregen op 15 april 2017, van https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2016A00497

Becker, G.S. (1965). A theory of the allocation of time. *The Economic Journal, 75*(299), 493-517.

Becker, G.S., Murphy, K.M., & Tamura, R. (1994). Human Capital, Fertility, and Economic Growth. In G.S. Becker (Red.), *Human Capital: A theoretical and empirical analysis with special reference to education* (2e editie, pp. 323-350). Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.

Biglan, A., Metzler, C.W., Wirt, R., Ary, D., Noell, J., Ochs, L., French, C., & Hood, D. (1990). Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Medicin, 13,* 245-261.

Centraal Bureau voor de Statistiek (z.j.). Begrippen. Geraadpleegd op 8 mei 2017, van https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=n#id=niet-westerse-allochtoon

Cijfers en feiten abortus. (z.j.). Verkregen op 15 april 2017, van https://fiom.nl/kenniscollectie/abortus/cijfers-en-feiten-abortus

Cougle, J.R., Reardon, D.C., & Coleman, P.K. (2003). Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor, 9*(4), 157-164.

De Graaf, H., Nikkelen, S., Van den Borne, M., Twisk, D., & Meijer, S. (ter perse). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Delft, Nederland: Eburon.

Faure, S. & Loxton, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology, 33*(1), 28-38.

Geloof. [ervaringsverhalen] (z.j.). Verkregen op 15 april 2017, van http://vragenoverabortus.siriz.nl/ervaringsverhalen/geloof/

Goenee, M.S., Donker, G.A., Picaveta, C., & Wijsena, C. (2012). Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. *Family Practice, 31*(5). 564-570. doi:10.1093/fampra/cmu033

Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B.K. Rimer (Red.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4e editie, pp. 189-210). San Francisco, Californië: Jossey-Bass.

Kernis, M.H, Whisenhunt, C.R., Waschull, S.B., Greenier, K.D., Berry, A.J., Herlocker, C.E., & Anderson, C.A. (1998). Multiple facets of self-esteem and their relations to depressive symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*(6), 657-668.

Kruidhof, J. (2016, 12 mei). Kwart van alle zwangerschappen eindigt in abortus. *Trouw.* Verkregen op 15 april 2017, van https://www.trouw.nl/home/kwart-van-alle-zwangerschappen-eindigt-in-abortus~abdf8a01/

Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality, 11,* 625–639.

Lehrer, J.A., Shrier, L.A., Gortmaker, S., & Buka, S. (2006). Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics, 118,* 189-200.

Levels, M., Need, A., Nieuwenhuis, R., Sluiter, R., & Ultee, W. (2012). Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands 1954-2002. *European Sociological Review, 28*(3), 301-318.

Loeber O.E., & Muntinga M.E. (2017). Contraceptive counseling for women with multiple unintended pregnancies: the abortion client's perspective. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22(*2), 94-101. doi:10.1080/13625187.2017.1283399

Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology, 59*(3), 452.

Marshall, J. (z.j.). *Giving birth but refusing motherhood: conceptions of autonomy re-visited* [Lezing]. Verkregen op 31 mei 2017, van http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1BKmh6cXWKcJ:portal.idc.ac.il/en/main/academics/law/workshopsandseminars/documents/giving%2520birth.doc+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=nl

Mazzaferro, K.E., Murray, P.J., Ness, R.B., Bass, D.C., Tyus, N., & Cook, R.L. (2006). Depression, stress, and social support as predictors of high-risk sexual behaviors and STIs in young women. *Journal of Adolescent Health, 39,* 601-603.

Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health, 36*(424), 424-428. doi:10.1177/1403494807088449

Roberts, J.E, Gotlib, I.H., & Kassel, J.D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 310-320.

Rowlands, S. (2007). More than one abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 33*(3), 155-158.

Schmiege S., & Russo, N.F. (2005). Depression and Unwanted First Pregnancy: Longitudinal Cohort Study. *BMJ: British Medical Journal, 331*(7528), 1303-1306. doi:10.1136/bmj.38623.532384.55

Steinberg, J.R. (2011). Later abortions and mental health: Psychological experiences of women having later abortions – A critical review of research. *Women's Health Issues, 21*, 44-48.

Stone, N., & Ingham, R. (2011). Who presents more than once? Repeat abortion among women in Britain. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 37*, 209-215. doi:10.1136/jfprhc-2011-000063

Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 416-123.

Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Van Nijnatten, C.H.C.J., & Vollebergh, W.A.M. (2013). Psychiatric history of women who have had an abortion. *Journal of Psychiatric Research, 47*, 1737-1743. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.07.024

Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Van Nijnatten, C.H.C.J., & Vollebergh, W.A.M. (2015). The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception, 92*, 246–253. doi:10.1016/j.contraception.2015.05.003

Van Ditzhuizen, J., Van Nijnatten, C.H.C.J., De Graaf, R., Ten Have, M., & Volleberg, W.A.M. (2016). Abortus en psychische gezondheid: Een longitudinale cohortstudie naar de psychische gezondheid van vrouwen die een abortus meemaken. Utrecht, Nederland: Universiteit Utrecht.

Van Teeffelen, K. (2016, 30 december). Vrouwen gaan niet zomaar over tot abortus. *Trouw*. Verkregen op 24 maart 2017, van https://www.trouw.nl/samenleving/-vrouwen-gaan-niet-zomaar-over-tot-abortus-~a79d66b7/

Vrouwen kiezen in eerder stadium voor abortus. (2016, 9 december). Verkregen op 24 maart 2017, van https://www.gezondheidsnet.nl/seks-en-soas/vrouwen-kiezen-in-eerder-stadium-voor-abortus

Tabel 1

Beschrijvende resultaten

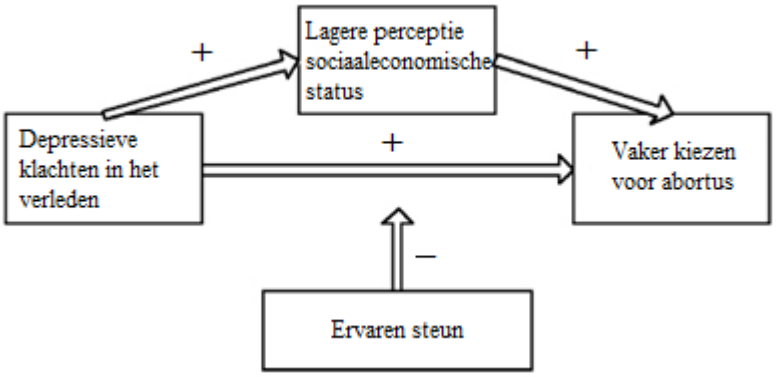
Variabele	*Gemiddelde (of percentage)*	*Standard Deviation*
Abortus	91.6% geen herhaling	n.v.t.
	8.4% meerder malen abortus	
Depressieve klachten	41.2% depressieve klachten	n.v.t.
	58.8% geen depressieve klachten	
Leeftijd	30.75 (range 18-46)	7.58
Wel of niet samenwonend of geen partner	15.0% geen partner	n.v.t.
	38.1% niet samenwonend	
	46.9% wel samenwonend	
Kinderen	46.9% geen kinderen	n.v.t.
	53.1% wel kinderen	
Westerse of niet-westerse afkomst	84.1% westers	n.v.t.
	15.9% niet-westers	
Religieus	80.1% niet religieus	n.v.t.
	19.9% religieus	
SES-objectief	6.85 (range 2-10)	1.70
SES-perceptie	5.85 (range 1-9)	1.70
Support partner	12.4% niet besproken	n.v.t.
	21.2% weinig steun	
	66.4% veel steun	
Support others	25.2% niet besproken	n.v.t.
	8.0% weinig steun	
	66.8% veel steun	

Tabel 2

Resultaten

Variabele	*Model 1*			*Model 2*			*Model 3*			*Model 4*			*Model 5*		
	b	*S.E.*	*ß Odds Ratio (95% BI)*	*b*	*S.E.*	*ß Odds Ratio (95% BI)*	*b*	*S.E.*	*ß Odds Ratio (95% BI)*	*b*	*S.E.*	*ß Odds Ratio (95% BI)*	r_s *(95% BI)*	*S.E.*	*p*
Depressie (0=geen)	.23	.51	1.25 (.46 tot 3.41)	.17	.52	1.19 (.43 tot 3.32)	-.07	1.55	.94 (.05 tot 19.31)	-.00	1.54	1.00 (.05 tot 20.47)	-.08 (-.20 tot .04)	.06	.229
Leeftijd	-.04	.04	.96 (.88 tot 1.05)	-.03	.04	.97 (.89 tot 1.06)	-.05	.05	.95 (.87 tot 1.04)	-.04	.05	.96 (.88 tot 1.05)			
Samenwonend (niet vs. geen relatie)	-.97	.64	.38 (.11 tot 1.33)	-.98	.65	.38 (.11 tot 1.33)	-.68	.75	.51 (.11 tot 2.26)	-.72	.78	.49 (.11 tot 2.23)			
Samenwonend (wel vs. geen relatie)	-1.83**	.73	.16 (.04 tot .67	-1.88**	.74	.15 (.04 tot .65)	-1.95**	.92	.14 (.02 tot .87)	-1.97**	.94	.14 (.02 tot .88)			
Kinderen (0=geen)	1.10*	.65	3.00 (.85 tot 10.68)	.80	.67	2.22 (.60 tot 8.24)	1.11	.92	3.06 (.77 tot 12.15)	.93	.72	2.53 (.62 tot 10.34)			
Afkomst (0=westers)	.57	.65	1.76 (.49 tot 6.34)	.68	.67	1.98 (.54 tot 7.28)	.71	.70	2.04 (.52 tot 7.95)	.77	.71	2.16 (.54 tot 8.63)			
Religieus (0=niet)	-.46	.72	.63 (.15 tot 2.60)	-.38	.73	.69 (.54 tot 2.84)	-.58	.74	.56 (.13 tot 2.38)	-.46	.75	.63 (.15 tot 8.63)			
SES-objectief	-.03	.16	.97 (.71 tot 1.32)	.1	.18	1.10 (.77 tot 1.58)	-.02	.16	.98 (.71 tot 1.36)	.09	.19	.63 (.76 tot 1.58)			
SES-perceptie				-.27*	.16	.77 (.56 tot 1.05)				-.22	.17	.80 (.57 tot 1.13)			
Support partner (laag vs. niet)							.27	1.09	1.31 (.15 tot 11.16)	.34	1.11	1.40 (.16 tot 12.22)			
Support partner (hoog vs. niet)							-.94	1.18	.39 (.04 tot 3.97)	-.91	1.20	.40 (.04 tot 4.22)			
Depressie*support partner (laag vs. niet)							.07	1.60	1.07 (.05 tot 24.82)	.10	1.60	1.10 (.05 tot 25.12)			
Depressie*support partner (hoog vs. niet)							1.26	1.49	3.52 (.19 tot 65.18)	1.27	1.48	3.56 (.20 tot 65.04)			
Support others (laag vs. niet)							-.18	1.09	.84 (.10 tot 7.05)	-.23	1.09	.80 (.10 tot 6.71)			
Support others (hoog vs. niet)							-1.40	.86	.25 (.05 tot 1.32)	-1.17	.88	.31 (.06 tot 1.74)			
Depressie*support others (laag vs. niet)							-19.90	16035.60	.00 (.00)	-19.85	15904.28	.00 (.00)			
Depressie*support others (hoog vs. niet)							.03	1.17	1.03 (.11 tot 10.13)	-.17	1.19	.84 (.08 tot 8.62)			
$R^2_{McFadden}$		.07			.09			.14			.16				

Note : * significant (.05<*p*<.10) ** significant (.01<p<.05) *** significant (p<.01) ; S.E.=standard error BI=betrouwbaarheidsinterval

Figuur 1

Theoretisch model