



Proef ingediend met het oog op het behalen van de graad van
Master of Science in de Criminologische Wetenschappen

BAAS IN EIGEN HOOFD

Impact van abortusstigma op vrouwen in Vlaanderen

MY MIND, MY CHOICE

Impact of abortion stigma on women in Flanders

JULIE CUYX

0587318

Academiejaar 2024-2025

Promotor: Olga Petintseva

Jury: Elise Wuyts

Recht & Criminologie



Voorwoord

Na vier intensieve jaren Criminologische Wetenschappen aan de VUB sluit ik mijn academisch traject af met een onderzoek dat de interdisciplinaire aard van deze richting benadrukt. Tegelijkertijd draagt deze masterproef bij aan een thema dat mij nauw aan het hart ligt: het doorbreken van het taboe rond abortus in onze samenleving.

De weg naar dit eindresultaat was uitdagend maar verrijkend. Mijn grootste dank gaat uit naar de tien vrouwen die hun persoonlijke verhaal met mij deelden. Hun stemmen vormen de kern van deze masterproef. Zonder hun openhartigheid was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Verder wil ik deMens.nu, VUB Dilemma, Compagnon, Fara, LUNA en Rebelle bedanken voor hun hulp bij het vinden van respondenten.

Ook mijn promotor, prof. Olga Petintseva, verdient een bijzonder woord van dank voor de begeleiding bij dit zelfgekozen thema. Onze gesprekken hebben mij enorm geholpen om mijn ideeën scherp te krijgen. Haar kritische blik en constructieve feedback hebben dit onderzoek naar een hoger niveau getild.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn familie en vrienden voor hun steun en advies tijdens de afgelopen maanden. Maar een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn vriend. Hij stond altijd voor me klaar wanneer ik het even niet meer zag zitten en een peptalk nodig had. Dit geldt niet alleen voor mijn masterproef maar mijn hele studietraject.

Ten slotte wil ik mezelf erkennen voor de toewijding en volharding die ik heb getoond. Tijdens deze vier jaar aan de VUB ben ik enorm gegroeid op academisch en persoonlijk vlak. De obstakels die ik heb overwonnen, hebben mij sterker gemaakt en meer vertrouwen gegeven in wat ik kan. Ik durf te zeggen dat ik trots ben op mezelf!

Julie Cuyx
Mei 2025



Abstract (NL)

Dit onderzoek verkent hoe vrouwen in Vlaanderen het abortusstigma ervaren en welke impact dit heeft op hun leven. Hoewel abortus in België sinds 1990 wettelijk toegestaan is onder bepaalde voorwaarden, blijft maatschappelijke stigmatisering bestaan. Deze vindt haar oorsprong in sociale, religieuze en morele overtuigingen, en beïnvloedt onder andere het psychologisch welzijn en sociale relaties van vrouwen. Het primaire doel van deze masterproef is om de uitingsvormen en impact van abortusstigma in kaart te brengen in een context waar tot heden vooral wettelijke aspecten aandacht kregen. Daarnaast wil het bijdragen aan een breder maatschappelijk bewustzijn en uiteindelijk aan het verminderen van stigma rond abortus. Aan de hand van diepte-interviews deelden tien vrouwen die een abortus ondergingen, hun ervaring met het stigma. Respondenten werden gerekruteerd via verschillende kanalen, waaronder vrouwenorganisaties, zorg- en begeleidingsnetwerken en sociale mediaplatformen. De resultaten tonen aan dat stigmatisering zich uit via oordelende reacties en subtielere vormen van sociale afwijzing. De psychologische impact komt naar voren in tijdelijke, maar soms intense gevoelens van schuld en schaamte, zelfs bij vrouwen die overtuigd waren van hun beslissing. Op sociaal vlak kan stigma relaties beschadigen of zelfs volledig verbreken. Als copingstrategieën kozen vrouwen voor geheimhouding, openheid of conflictvermijding. Deze studie toont aan dat abortusstigma in Vlaanderen zich uit in zowel expliciete als subtielere vormen, met aanzienlijke psychologische en sociale gevolgen voor vrouwen, ondanks de wettelijke acceptatie van abortus.

Trefwoorden (NL)

Abortus – Stigma – Impact



Abstract (EN)

This study explores how women in Flanders experience abortion stigma and the impact it has on their lives. Although abortion has been legal in Belgium since 1990 under certain conditions, social stigma persists. It originates in social, religious and moral beliefs, and affects women's psychological well-being and social relationships, among other things. The primary goal of this master's thesis is to map the manifestations and impact of abortion stigma in a context where, to date, mainly legal aspects have received attention. In addition, it aims to contribute to a broader social awareness and ultimately to reducing stigma around abortion. Using in-depth interviews, ten women who underwent abortion shared their experience of stigma. Participants were recruited through a multi-channel approach including women's rights organisations, healthcare and counseling networks, and various social media platforms. The results show that stigma manifests itself through judgmental reactions and more subtle forms of social rejection. The psychological impact shows up in temporary, but sometimes intense feelings of guilt and shame, even among women who were convinced of their decision. On a social level, stigma can damage or even completely sever relationships. As coping strategies, women chose secrecy, openness or conflict avoidance. This study demonstrates that abortion stigma in Flanders manifests in both explicit and subtle forms, with considerable psychological and social consequences for women, despite the legal acceptance of abortion.

Keywords (EN)

Abortion – Stigmatisation – Impact



Inhoudsopgave

Voorwoord	I
Abstract (NL)	II
Trefwoorden (NL)	II
Abstract (EN)	III
Keywords (EN)	III
Inhoudsopgave	IV
1. Inleiding	1
1.1. <i>Probleemstelling</i>	1
1.2. <i>Maatschappelijke en wetenschappelijke verantwoording</i>	3
1.3. <i>Onderzoeksdoel</i>	3
1.4. <i>Onderzoeksvraag</i>	4
1.5. <i>Deelvragen in het onderzoek</i>	4
1.6. <i>Conceptueel kader</i>	5
1.7. <i>Korte situering van de methoden</i>	5
1.8. <i>Beperkingen van het onderzoek</i>	5
2. Methodologie	7
2.1. <i>Onderzoeksdesign</i>	7
Literatuurstudie	7
Diepte-interviews.....	7
2.2. <i>Vorbereiding interviews</i>	8
Onderzoekspopulatie	8
Rekruteringsmethode en steekproef	9
Toestemmingsprocedures	10
2.3. <i>Dataverwerking</i>	10
2.4. <i>Coderingsproces</i>	11



3. Literatuurstudie.....	12
3.1. <i>Evolutie van de Belgische abortuswetgeving.....</i>	12
3.2. <i>Maatschappelijke debatten over abortus.....</i>	12
3.3. <i>Abortusdebat in de Verenigde Staten.....</i>	14
3.4. <i>Politiek discours en parlementaire debatten over abortus.....</i>	14
3.5. <i>Hedendaags activisme en zorgpraktijken rond abortus.....</i>	15
3.6. <i>Definitie van abortusstigma.....</i>	16
3.7. <i>Niveaus van abortusstigma.....</i>	17
3.8. <i>Oorzaken van abortusstigma.....</i>	18
3.9. <i>Gevolgen van abortusstigma.....</i>	19
3.10. <i>Copingstrategieën bij abortusstigma.....</i>	20
3.11. <i>Genderstereotypen en stigma's rond vrouw-zijn.....</i>	21
4. Resultaten op basis van de diepte-interviews.....	23
4.1. <i>Persoonlijke ervaringen met abortusstigma.....</i>	23
Directe vormen van stigmatisering.....	23
Indirecte vormen van stigmatisering.....	25
4.2. <i>Impact van abortusstigma.....</i>	25
Psychologisch welzijn.....	25
Sociale relaties.....	26
4.3. <i>Coping met abortus en stigma.....</i>	26
4.4. <i>Geanticipeerd stigma.....</i>	27
Geheimhouding.....	28
Zelfverdediging.....	29
4.5. <i>Mechanismen achter de instandhouding van het abortusstigma.....</i>	29
Maatschappelijke beeldvorming rond vrouwen die een abortus ondergaan.....	29
Maatschappelijke beeldvorming rond abortus.....	30
Stigmatiserend en criminaliserend taalgebruik.....	30
Politiek discours.....	31
Maatschappelijke verwachtingen rond zwangerschap.....	32



5. Discussie	34
5.1. Korte samenvatting van de resultaten	34
5.2. Koppeling van de resultaten aan de literatuur	35
6. Conclusie en aanbevelingen	38
6.1. Conclusie	38
6.2. Aanbevelingen	40
7. Bibliografie	41
8. Bijlagen	50
8.1. Data Management Plan	50
Datatype	50
Origine en aard van de data	50
Persoonlijke data	50
Dataopslag	51
Hergebruik van verzamelde data	51
Informed consent	52
8.2. Oproep respondenten	54
8.3. Topiclijst interviews	55
Toestemmingsformulier openbaarmaking masterproef	56
Verklaring van authenticiteit	57



1. Inleiding

1.1. Probleemstelling

De slogan 'your body, my choice' is een provocatieve woordspeling die momenteel in de Verenigde Staten circuleert en die onmiddellijk herinnert aan de klassieke feministische uitspraak 'my body, my choice'. Enkele Trump-supporters gebruiken deze slogan om te spotten met vrouwen en hun rechten. Deze omkering van de oorspronkelijke slogan werpt een scherp licht op de huidige polarisatie rond reproductieve rechten en vrouwelijke autonomie (Donegan, 2024, para. 6-7).

Feministen hebben jarenlang gestreden tegen seksisme en voor gelijkheid, met name door het patriarchale systeem ter discussie te stellen. In hun activisme hebben ze zich ingezet voor diverse rechten, waaronder het recht op abortus (Fan, 2017, p. 1745). De evolutie van deze strijd heeft in de Verenigde Staten en België verschillende paden gevolgd, maar vertoont ook parallellen. Tijdens de presidentschap van Donald Trump werden deze verworven rechten echter ernstig bedreigd. De benoeming van conservatieve rechters in het Hoogerechtshof creëerde een juridisch klimaat waarin de baanbrekende Roe v. Wade-uitspraak uit 1973 uiteindelijk werd teruggedraaid (Clark et al., 2024, p. 63). Individuele Amerikaanse staten kregen plotseling de mogelijkheid om eigen, vaak restrictieve abortuswetgevingen te implementeren. Sommige staten voerden vrijwel complete abortusbans in, waardoor vrouwen werden gedwongen om voor medische zorg naar andere regio's te reizen, wat in sommige gevallen niet eens mogelijk was (Davis, 2022, p. 325).

In België werd abortus gedurende lange periodes beschouwd als een ernstig strafrechtelijk misdrijf, waarbij er zware juridische sancties gekoppeld waren aan de beëindiging van een zwangerschap (Donnay et al., 1993, p. 151). Na jaren van activisme vond er in 1990 een wettelijke verschuiving plaats waarbij abortus werd toegelaten onder bepaalde voorwaarden (Celis & Coene, 2015, pp. 8-9). Dit was een belangrijke mijlpaal in de erkenning van vrouwelijke zelfbeschikking en lichamelijke autonomie. Desondanks zijn er jaarlijks meer dan 400 vrouwen die in België niet terecht kunnen voor een abortus en daarvoor naar Nederland moeten reizen omdat de termijn daar langer is (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2024a, p. 6). Pogingen om deze termijn te verlengen stuiten steeds op politieke weerstand (Michiels, 2024, para. 4). Ondanks dat het minder extreem is, weerspiegelt de Belgische context ook conservatieve partijen die het abortusrecht willen beperken (Redactie, 2024, para. 5).



Hoewel de wettelijke regulering van abortus in België een belangrijke stap richting normalisering betekent, blijft de maatschappelijke perceptie aanzienlijk achter (Celis & Coene, 2015, p. 9; Hanschmidt et al., 2016, p. 171). Abortusstigma belemmert de veiligheid en kwaliteit van abortuszorg voor zowel cliënten als zorgverleners (Sorhaindo & Lavelanet, 2022, p. 2). Daarnaast ervaren veel vrouwen nog steeds sociale stigmatisering in verband met abortus, een fenomeen dat diepgeworteld is in sociale, religieuze en morele overtuigingen (Hanschmidt et al., 2016, p. 171). Verschillende bronnen, zoals politieke instanties en de maatschappij, verspreiden het abortusstigma, waardoor het sterk aanwezig is in de samenleving (Hanschmidt et al., 2016, p. 171; Kumar et al., 2009, pp. 625-626). Bovendien blijkt uit onderzoek dat dergelijk stigma onder andere het psychologische en emotionele welzijn van vrouwen aanzienlijk kan schaden (Hanschmidt et al., 2016, p. 176; Sorhaindo & Lavelanet, 2022, p. 2).

Het abortusstigma is onvoldoende theoretisch uitgewerkt en amper empirisch onderzocht, waardoor er een hiaat ontstaat rond de mogelijke effecten ervan op vrouwen. Het is daarom essentieel om deze schadelijke effecten in kaart te brengen. Kumar et al. (2009, p. 633) en Hanschmidt et al. (2016, p. 175) bevestigen deze stelling. Er wordt weinig onderzoek gevoerd naar stigmatisering van abortus. Uit de weinige onderzoeken blijkt wel dat het een ernstig probleem kan zijn voor vrouwen die een abortus hebben ondergaan. Eigenlijk is er volgens Millar (2020, p. 3) relatief weinig bewijs dat abortusstigma daadwerkelijk leidt tot psychologische schade. Zij geeft aan dat studies een negatief effect suggereren, maar dat die zich baseren op veronderstellingen of beperkte schaalmetingen. Zeker binnen de specifieke nationale context zoals België, is er nauwelijks empirisch onderzoek over dit thema. Deze masterproef wil hieraan bijdragen door het abortusstigma binnen de Vlaamse context nader te onderzoeken en zo het bestaande kennishiaat gedeeltelijk op te vullen.

De titel van deze masterproef is een doelbewuste variatie op de bekende feministische slogan 'baas in eigen buik'. Deze woordspeling draagt meerdere betekenislagen. Allereerst bevestigt het de voortdurende strijd voor volledige reproductieve autonomie. Alhoewel abortus gedeeltelijk is gelegaliseerd, is de strijd nog niet volledig gestreden. De vervanging van 'buik' door 'hoofd' verlegt de focus naar de psychologische dimensie van abortus, specifiek het stigma dat ermee verbonden is. Stigma manifesteert zich als een mentaal proces dat vorm krijgt door maatschappelijke normen en verwachtingen (Link & Phelan, 2001, p. 367, 378). Tegelijkertijd benadrukt de titel dat vrouwen in theorie zelf zouden moeten kunnen beslissen



hoe ze over hun abortus denken. Deze masterproef belicht het spanningsveld tussen het ideaal van psychologische zelfbeschikking en de realiteit van maatschappelijke druk.

1.2. Maatschappelijke en wetenschappelijke verantwoording

Maatschappelijk belicht dit onderzoek de onzichtbare pijn die vrouwen ervaren rondom abortus. Ondanks de legalisering blijft het een beladen onderwerp in de samenleving. Het doorbreken van dit taboe is essentieel voor meer maatschappelijke openheid en begrip. Door vrouwen zelf aan het woord te laten, kunnen vooroordelen verdwijnen en kan er meer inzicht ontstaan in de complexe realiteit achter abortuskeuzes.

Op wetenschappelijk vlak kan dit onderzoek bijdragen aan de academische kennis over abortusstigma, en dan voornamelijk in de Vlaamse context. Het biedt de mogelijkheid om de specifieke lokale dynamieken van stigma te onderzoeken. Deze kunnen verschillen van internationale perspectieven en dus een waardevolle aanvulling vormen op het bestaande wetenschappelijke discours.

Door diepgaand onderzoek te verrichten naar de impact van abortusstigma, kan deze wetenschappelijke kennis een rol spelen in het verbeteren van zorg, ondersteuning en sociale perceptie. Een inzicht in de psychologische en sociale dynamieken kan zorgverleners, beleidsmakers en maatschappelijke instanties handvatten bieden om vrouwen meer empathische en holistische ondersteuning te bieden.

Uiteindelijk gaat het niet alleen om het verzamelen van data, maar om het creëren van een maatschappelijke ruimte waarin vrouwen zich gesteund, begrepen en gerespecteerd voelen in hun meest kwetsbare en persoonlijke beslissingsmomenten.

1.3. Onderzoeksdoel

Dit onderzoek is in de eerste plaats exploratief van aard. Het belangrijkste doel van deze masterproef is om abortusstigma te verkennen in de Vlaamse context. In Vlaanderen is er weinig aandacht voor de stigmatisering van abortus. De meeste debatten focussen zich op de legalisering van abortus of de aanpassing van de wettelijke termijn. Aangezien er zo weinig geweten is over de impact van het abortusstigma in Vlaanderen, valt dit onder exploratief



onderzoek (Mortelmans, 2017, p. 93). Door dit onderzoek, hoop ik nieuwe inzichten te verkrijgen die kunnen bijdragen aan een beter begrip van dit onderbelichte thema.

Daarnaast betreft het onderzoek ook een beschrijvend element. Deze masterproef tracht in kaart te brengen hoe dit stigma zich uit in verschillende contexten en hoe vrouwen die ooit voor een abortus hebben gekozen, hiermee omgaan. Door hun ervaringen te documenteren en te analyseren, wil dit onderzoek niet alleen inzicht bieden in de impact van dit stigma, maar ook verkennen welke copingmechanismen vrouwen hanteren. Op die manier draagt deze studie bij aan een bredere maatschappelijke en academische discussie over de perceptie en beleving van abortus.

Het ultieme doel is natuurlijk om het stigma in zekere mate te doorbreken. Enkel deze masterproef zal niet voldoende zijn om dit te verwezenlijken maar de bekomen inzichten kunnen wel dienen als basis voor verder onderzoek of voor het ontwikkelen van betere ondersteuning in de toekomst. Ik wil dus een bijdrage leveren aan de destigmatisering van abortus, waardoor het ook kan worden gezien als een emancipatorisch onderzoek. Alhoewel ik niet direct met de betrokken personen samenwerk, wil ik de onderdrukte stemmen laten horen en zorgen voor sociale verandering (Mortelmans, 2017, p. 94).

1.4. Onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag van deze masterproef luidt als volgt: In welke mate beïnvloedt het maatschappelijk stigma rond abortus het psychologisch welzijn en de sociale relaties van vrouwen in Vlaanderen die een abortus hebben ondergaan?

1.5. Deelvragen in het onderzoek

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, maak ik gebruik van volgende deelvragen:

- Welke copingmechanismen gebruiken vrouwen om met dit stigma om te gaan?
- Hoe verhouden de verwachtingen van vrouwen over het abortusstigma zich tot het werkelijke stigma dat ze ervaren?
- Hoe kan de maatschappelijke houding ten opzichte van abortus positiever beïnvloed worden?



1.6. Conceptueel kader

Stigma ontstaat wanneer een individu in verband wordt gebracht met kenmerken die als sociaal afwijkend worden bestempeld (Goffman, 1963, p. 3). Abortusstigma verwijst naar de morele veroordeling die vrouwen kunnen ervaren nadat ze een zwangerschap hebben beëindigd (Kumar et al., 2009, p. 628).

Een abortus kent verschillende vormen maar dit onderzoek richt zich op de vrijwillige zwangerschapsafbreking.

Psychologisch welzijn slaat neer op de manier waarop iemand betekenis geeft aan zijn eigen leven, met aandacht voor zelfwaardering, zelfacceptatie, persoonlijke groei, zingeving, autonomie en positieve relaties met anderen (Ryff, 1989, p. 1071). In dit onderzoek ligt de nadruk op aspecten als zelfbeeld, schuld, schaamte en zelfwaardering die onder druk komen te staan na ervaring met stigma.

Sociale relaties omvatten de banden die iemand onderhoudt met anderen zoals familieleden, vrienden, partners en bredere sociale netwerken. Dit onderzoek belicht hoe stigma deze banden kan beïnvloeden.

1.7. Korte situering van de methoden

Dit onderzoek combineert een literatuurstudie met kwalitatieve diepte-interviews. De literatuurstudie richt zich op belangrijke concepten en bestaand onderzoek over abortusstigma om een theoretisch kader te vormen (Mortelmans, 2017, p. 103). De interviews met vrouwen die een abortus hebben ondergaan, dienen om hun persoonlijke ervaringen met stigma in kaart te brengen (Beyens et al., 2017, p. 194). Deze aanpak verbindt wetenschappelijke theorie met de praktijkervaring van enkele vrouwen.

1.8. Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent enkele beperkingen die belangrijk zijn om te erkennen. Enkel bevinden zich in de onderzoeksvraag zelf. Deze is specifiek gericht op vrouwen, terwijl ik me ervan bewust ben dat abortus niet exclusief een vrouwelijke ervaring is. In principe kan elke persoon die zwanger kan worden, een abortus uitvoeren. Dit kunnen dus ook transmannen, intersekse personen, non-binaire mensen en mannen zijn. Ik heb echter doelbewust de keuze gemaakt



om enkel cisgender vrouwen te betrekken omdat zo de focus volledig op abortusstigma te richten. De andere groepen kunnen ook ervaring hebben met andere vormen van stigmatisering, die ik niet wil vermengen met abortusstigma.

Een tweede beperking betreft de geografische en taalkundige afbakening tot Nederlandstalige vrouwen in Vlaanderen. Beiden hebben vooral te maken met mijn gelimiteerde kennis van het Frans. Het voeren van diepgaande gesprekken over een gevoelig onderwerp als abortus, vereist volgens mij een hoog niveau van taalbeheersing. Dit is essentieel om niet alleen de nuances in antwoorden goed te kunnen begrijpen, maar ook om te kunnen doorvragen. Na het afnemen van de interviews, bevestig ik dat dit in mijn geval de juiste keuze was. Een gesprek in het Frans had mogelijk geleid tot minder vloeiende interacties en beperkingen in de diepgang van de gesprekken. Door in mijn moedertaal te werken, kon ik de deelnemers op een natuurlijke manier benaderen, wat ten goede kwam aan de kwaliteit van de interviews. Bovendien zou een taalbarrière mogelijk het vertrouwen hebben verminderd dat nodig was om deze intieme herinneringen te delen.

Een derde beperking ligt in de rekruteringsmethode. Door voornamelijk gebruik te maken van sociale media voor de werving van respondenten, ontstaat er een selectiebias. Vrouwen die geen toegang hebben tot, of geen gebruik maken van sociale media vallen buiten het bereik van dit onderzoek. Naast sociale media, hebben verschillende organisaties die zich inzetten voor vrouwenrechten mijn oproep verspreid. Hoewel dit de zichtbaarheid van het onderzoek vergroot, bereik ik hiermee vooral vrouwen die actief betrokken zijn bij, of interesse hebben in vrouwenrechten. Vrouwen die zich niet in deze kringen begeven of geen band hebben met deze organisaties, komen mogelijk niet in aanraking met de oproep. Bovendien speelt zelfselectie ook een rol. Niet alle vrouwen die een abortus hebben ondergaan zullen bereid zijn hun ervaring te delen, mogelijk juist vanwege het stigma dat centraal staat in dit onderzoek. Deze terughoudendheid om te participeren onderstreept de relevantie van het onderzoek naar abortusstigma.

Een algemene beperking die gekoppeld is aan kwalitatief onderzoek is het feit dat dit niet veralgemeend kan worden (Maesschalck, 2017, p. 141).

Het is belangrijk om deze beperkingen mee te nemen bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten. Toch blijft dit onderzoek waardevolle inzichten bieden in hoe de onderzochte groep vrouwen het abortusstigma ervaart.



2. Methodologie

2.1. Onderzoeksdesign

Literatuurstudie

Voor de literatuurstudie hanteerde ik een systematische benadering. In eerste instantie stelde ik een schema op met de belangrijkste thema's en subthema's die relevant waren voor mijn onderzoek. Dit schema diende als leidraad voor zowel de opbouw van de literatuurstudie als voor het opstellen van de interviewvragen.

Het zoekproces naar bronnen verliep volgens meerdere methoden. Voor wetenschappelijke kennis, voerde ik gerichte zoekopdrachten uit in databanken zoals Google Scholar, Web of Science en Scopus, waarbij ik specifieke zoektermen gebruikte die aansloten bij de bepaalde thema's. Daarnaast maakte ik gebruik van de sneeuwbalmethode. Via de referentielijsten van artikelen vond ik aanvullende bronnen die niet naar voren kwamen in de initiële zoekopdrachten. Naast wetenschappelijke publicaties raadpleegde ik ook nieuwsartikels en websites van organisaties om hedendaagse gebeurtenissen en debatten rond abortus te contextualiseren. Deze bronnen leverden waardevolle inzichten in de maatschappelijke dimensie van het onderzoeksthema.

De literatuurstudie diende ook als basis voor het ontwikkelen van de interviewleidraad. De geïdentificeerde thema's werden opgenomen in de topiclijst voor de semigestructureerde diepte-interviews. Deze aanpak zorgde voor een sterke koppeling tussen de bestaande wetenschappelijke kennis en de ervaringen van de respondenten. Bovendien hielp deze voorbereiding mij om me te verdiepen in het onderwerp voordat ik aan de interviews begon.

Diepte-interviews

Deze masterproef onderzoekt hoe vrouwen abortusstigma ervaren. De nadruk op persoonlijke ervaringen maakt een kwalitatief onderzoek het meest geschikt, aangezien de data worden uitgedrukt in taal en woorden. Voor het verzamelen van deze data, maak ik gebruik van kwalitatieve diepte-interviews. Deze onderzoeksmethode legt de focus op belevings- en ervaringsaspecten van respondenten, waardoor het volgens mij de ideale keuze is (Beyens et al., 2017, p. 194). Een interview zorgt voor een interpersoonlijke interactie tussen de respondent en de onderzoeker, die je niet hebt bij focusgroepen bijvoorbeeld (Beyens et al., 2017, p. 204). Bij een gevoelig onderwerp als abortus, lijkt dit me absoluut een meerwaarde.



Hoewel deze kwalitatieve onderzoeksmethode waardevolle inzichten biedt in individuele ervaringen met abortusstigma, maakt de aard van deze methode generalisatie niet mogelijk (Maesschalck, 2017, p. 141).

De interviews waren semigestructureerd en volgden op een topiclijst (zie Bijlage 8.3) met thema's die tijdens het gesprek aan bod moesten komen. In totaal formuleerde ik zes open vragen die elk thema inleidden. Deze thema's waren: introductie en motivatie, persoonlijke ervaring en besluitvorming, sociale reacties en impact, ervaringen met stigmatisering, maatschappelijke houding, en toekomstperspectief. De volgorde was afhankelijk van het gesprek om een natuurlijk verloop te bevorderen. Ik zorgde ervoor dat er voldoende open ruimte was om in te spelen op het gesprek en door te vragen (Beyens et al., 2017, pp. 194-195). Bij elk thema stonden ook enkele gespreksonderwerpen genoteerd als mogelijke verdiepingspunten.

Vanwege de grote geografische afstand en de voorkeur van sommige vrouwen, vonden alle interviews online plaats via Microsoft Teams. De duur van de interviews varieerde tussen 30 en 60 minuten, afhankelijk van de lengte en diepgang van de antwoorden. Sommige respondenten deelden spontaan uitgebreid hun ervaring, terwijl anderen zich beperkter uitdrukten. In het laatste geval, werden meer uitdiepende vragen gesteld om grondigere informatie te verkrijgen (Beyens et al., 2017, p. 198).

2.2. Voorbereiding interviews

Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek richt ik me specifiek op vrouwen die reeds een abortus hebben ondergaan. Deze doelgroep kan direct getuigen over hun persoonlijke ervaringen met stigmatisering en de invloed hiervan op hun leven. Hoewel het ook interessant zou kunnen zijn om de verspreiders van stigma te onderzoeken, kies ik er bewust voor om de stem te geven aan degenen op wie het stigma is gericht.

Gezien de omvang van deze masterproef en mijn gelimiteerde kennis van het Frans, beperkt dit onderzoek zich tot Vlaanderen, en mensen die Nederlandstalig zijn. Het onderzoek zou in een bredere context zeker kunnen worden uitgebreid naar heel België, waarbij interviews in het Frans, Engels en Duits ook mogelijk zouden zijn. Bovendien richt ik me op volwassen vrouwen van 18 jaar en ouder, aangezien minderjarigen nog een andere ervaring hebben en



hier meerdere factoren een invloed hebben. De keuze voor enkel vrouwen sluit hierop aan, hoewel dit niet exclusief een vrouwelijke ervaring is. Andere groepen kunnen ook ervaring hebben met andere vormen van stigmatisering die mogelijk zouden infereren met de studie van abortusstigma. Door de focus te leggen op cisgender vrouwen, ligt de nadruk volledig op het abortusstigma zonder deze te vermengen met andere vormen van maatschappelijke uitsluiting.

De onderzoekspopulatie bestaat daarom uit meerderjarige vrouwen in Vlaanderen die een abortus hebben ondergaan en Nederlands spreken.

Rekruteringsmethode en steekproef

Ik had een oproep ontworpen om respondenten te rekruteren. Deze bestond uit een soort poster waarop mijn onderzoeksdoel, mijn doelgroep en mijn contactgegevens vermeld stonden. Deze oproep is terug te vinden in Bijlage 8.2. Als eerste, nam ik contact op met een medewerker van deMens.nu. Een vriendin die daar stage had gelopen, had me verteld dat die persoon veel betrokken was bij het onderwerp abortus. Deze persoon deelde mijn oproep met drie contactpersonen van andere organisaties, waaronder VUB Dilemma, Compagnon en Fara vzw, en gesloten Facebookgroepen voor psychologen en therapeuten. Aangezien hierop weinig reactie kwam, besloot ik, met de hulp van familie en vrienden, de oproep ook te verspreiden via verschillende sociale mediakanalen, waaronder Instagram, Facebook en X (voorheen Twitter). Vervolgens nam ik ook nog contact op met LUNA vzw en Rebelle vzw. LUNA vzw deelde mijn oproep via de verhalenfunctie op Instagram en Rebelle vzw nam deze op in hun contentplanning.

Dertien vrouwen namen initieel contact op via e-mail of privébericht om deel te nemen aan het interview. Drie van hen reageerden niet meer nadat ik hen uitgebreide informatie had gegeven over het onderzoek, hun deelname en het verloop van het interview. Uiteindelijk zijn er tien interviews succesvol afgenomen. Bij het bepalen van het uiteindelijke aantal interviews werd er rekening gehouden met de theoretische saturatie (Mortelmans, 2017, p. 121). Na ongeveer acht interviews, had ik al het gevoel dat er veel overeenkomst was tussen de antwoorden. Er waren dan nog twee resterende interviews gepland, die ik zeker zie als een meerwaarde. Daarna ben ik niet meer op zoek gegaan naar respondenten, omdat ik ervan uitging dat extra gesprekken geen aanvullende inzichten meer zouden opleveren.



Er zijn enkele aspecten die nadere toelichting verdienen. Naast de opgesomde organisaties, heb ik ook andere instanties benaderd die niet geantwoord hebben op mijn verzoek. Aangezien ik niet met zekerheid kan stellen dat zij hebben bijgedragen aan mijn onderzoek, heb ik besloten om hun namen niet te vernoemen. Ten tweede, werd ik tijdens mijn zoektocht naar mensen die mijn oproep wouden delen, ook geconfronteerd met stigmatiserende opvattingen. Mensen vertelden hier openlijk dat ze tegen abortus zijn en hoe zij denken over vrouwen die dit hebben gedaan. Dergelijke interacties bevestigen voor mij het bestaan van stigma rond abortus en onderstrepen de complexiteit van het uitvoeren van onderzoek naar gevoelige thema's.

Toestemmingsprocedures

Ik heb een informed consent-document opgesteld waarin meer uitleg stond over mijn onderzoek, mijn doelstellingen, de rol van de respondent, de verspreiding van de data en hoe de pseudonimisering werkt. Aangezien alle interviews online plaatsvonden, stuurde ik dit document de dag voor het interview door via e-mail. Op die manier konden ze dit rustig doornemen en mij eventueel nog contacteren voor meer uitleg of om aanpassingen te bespreken. In sommige gevallen, heb ik wel enkele dagen moeten wachten voordat ik het document terugkreeg. Dit had voornamelijk te maken met het feit dat ze moeilijkheden ervaarden met het ondertekenen. Ik heb pas na het ontvangen van het ondertekende informed consent-document de resultaten verwerkt.

2.3. Dataverwerking

De interviews werden afgenomen en opgenomen via Microsoft Teams, met een back-up via de dictafon-app op mijn telefoon. Elke respondent gaf vooraf toestemming voor opname door middel van e-mail, het informed consent-document en een mondelinge bevestiging. Na het interview werden de automatische transcripten van Microsoft Teams nauwkeurig gecorrigeerd en aangevuld. Volgens de richtlijnen blijven de audio- en videobestanden bewaard tot na de mondelinge verdediging van de masterproef, waarna deze van alle toestellen verwijderd worden. Uitsluitend de promotor krijgt toegang tot de transcripten via een gedeelde SharePoint-map.

De citaten in het resultatenluik zijn minimaal aangepast om de tekst vloeiender en begrijpelijker te maken, zonder de inhoud te veranderen. Stopwoorden en herhalingen zijn verwijderd, grammaticale fouten gecorrigeerd, en contextuele verduidelijkingen tussen



vierkante haken toegevoegd. Omwille van de leesbaarheid zijn alle citaten in blokvorm weergegeven, ongeacht hun lengte.

Voor de waarborging van anonimiteit, kregen alle respondenten een pseudoniem. Ze mochten dit eerst zelf kiezen of anders kende ik een naam toe die rekening hield met hun leeftijd en culturele achtergrond. Deze aanpak behoudt de menselijke dimensie in het onderzoek. Namen van derden kregen eveneens een alternatief, terwijl plaatsnamen en beroepen behouden bleven vanwege hun contextuele belang. De volledige details over dataverwerking, -opslag en privacybescherming zijn terug te vinden in het Data Management Plan (Bijlage 8.1).

2.4. Coderingsproces

Het coderingsproces begon reeds tijdens de transcriptiefase, waarbij opvallende uitspraken uit de interviews direct markeringen kregen. Terugkerende ideeën noteerde ik systematisch in een apart document dat ik later kon raadplegen. Nadat alle transcripten waren uitgeschreven, volgde een grondige open codering waarin labels werden toegekend aan zinsdelen om deze te omschrijven (Decorte, 2017, p. 482). In de fase van patrooncodering lag de nadruk op het ontdekken van relaties tussen de onderwerpen om categorieën te creëren (Decorte, 2017, pp. 490-491). De selectieve codering koppelde deze categorieën aan een theorie (Decorte, 2017, p. 492). De verschillende coderingsfasen werden meermaals herhaald tot alle codes correct toegekend waren. Na afronding van het coderen, dienden de categorieën als basis voor structurering van het resultatenluik.



3. Literatuurstudie

3.1. Evolutie van de Belgische abortuswetgeving

De geschiedenis van abortus kent een lange ontwikkeling van criminalisering naar geleidelijke legalisering. In de 20ste eeuw was abortus volledig illegaal, met uitzonderingen enkel voor medische noodzaak (Descheemaeker, 2022, pp. 36-37). Onder invloed van feministische bewegingen, die vanaf de jaren '50 seksualiteit en reproductiviteit meer bespreekbaar maakten, kwam abortus prominenter op de politieke agenda (Descheemaeker, 2022, p. 39). Een keerpunt was de arrestatie van arts Willy Peers in 1973, die als katalysator diende voor het abortusdebat (Witte, 1990, p. 442). Ondanks het wettelijke verbod, ontstonden er in de jaren '70 abortuscentra in Wallonië en Brussel, en later ook in Vlaanderen (Donnay et al., 1993, p. 152; Vekemans & Dohmen, 1982, p. 356). In 1979 zouden er 3.798 verzoeken zijn geweest om een zwangerschap te beëindigen, maar jaarlijks moesten ook 20.000 vrouwen naar Nederland reizen (Vekemans & Dohmen, 1982, pp. 356-357).

Pas in 1990 kwam er een wettelijke regeling die abortus binnen twaalf weken toestond bij een 'noodsituatie' (Celis & Coene, 2015, pp. 9-10). In 2018 volgde een wettelijke herziening die voornamelijk symbolisch was. Abortus werd uit het strafrecht gehaald, hoewel de procedure buiten de wettelijke bepalingen nog steeds strafbaar was (Vossen et al., 2022, p. 193). Tegenwoordig kunnen vrouwen voor abortus terecht bij LUNA vzw in Vlaanderen en GACEHPA ASBL in Wallonië (GACEHPA, n.d., para. 1; LUNA, n.d.-a, para. 1). Recente cijfers tonen aan dat er in 2023 in totaal 19.686 abortussen in België plaatsvonden (Nationale evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking, 2025, p. 17). Daarnaast reizen jaarlijks 413 Belgische vrouwen naar Nederland voor een abortus na de wettelijke termijn van België (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2024a, p. 6).

3.2. Maatschappelijke debatten over abortus

Het abortusdebat gaat niet enkel over de vraag of abortus legaal moet zijn of niet. Het debat heeft betrekking tot de vraag waarom het al dan niet legaal moet zijn (Saletan, 2003, p. 1). De legalisering van abortus verandert niets aan het feit dat mensen verschillende meningen hebben over dit onderwerp (Adamczyk et al., 2020, p. 920). In dit debat zijn er verschillende posities die mensen kunnen innemen. Pro-life en pro-choice zijn de meest bekende standpunten, waar pro-life de nadruk legt op het beschermen van de foetus en pro-choice op



het beschermen van de rechten van de vrouw (Annas, 2010, p. 129). Deze twee standpunten verklaren echter niet alles (Rye & Underhill, 2020, p. 1830; Saletan, 2003, p. 1). Religie blijft, ondanks de wetenschappelijke vooruitgang, een krachtige stem in het maatschappelijk debat over abortus (Stephens et al., 2010, p. 513). Afgezien van de verschillende religieuze overtuigingen, delen de meeste religies dezelfde zorgen omtrent abortus. Deze hebben betrekking tot het idee van de foetus, de beëindiging van een leven en de standaarden die menselijk handelen vastleggen (Stephens et al., 2010, p. 529). Adamczyk et al. (2024, p. 3) halen aan dat mensen met religieuze overtuigingen abortus doorgaans vaker afkeuren. Uit hun onderzoek blijkt ook dat mensen die meer bezig zijn met hun religie, ook meer tegen abortus zijn (Adamczyk et al., 2024, pp. 8-9). Abortus kan ook worden gezien als een complex dilemma in de medische ethiek, waar religieuze, morele en medische factoren samenkomen (Bank & Eftekhar, 2020, p. 93). Feministische perspectieven stellen vrouwenonderdrukking en genderongelijkheid centraal, en verwerpen genderneutrale autonomie-argumenten die de vrouwelijke ervaringen onderwaarden (Markowitz, 1990, pp. 2-4).

Het debat rond een complex onderwerp als abortus laat zich niet eenvoudig reduceren tot een binaire tegenstelling tussen pro-life- en pro-choice-standpunten (Rye & Underhill, 2020, p. 1830). Lopez (2012, p. 514) stelt dat er binnen deze groepen ook mensen zijn die vinden dat er bepaalde situaties zijn waarin mensen geen kinderen moeten krijgen. Er zijn twee dimensies te onderscheiden: de houding ten opzichte van abortus en de houding ten opzichte van de keuze om een abortus uit te voeren (Rye & Underhill, 2020, p. 1830). Bij sommigen is hun mening over abortus afhankelijk van de situatie waarin de abortus wordt uitgevoerd. Aan de ene kant zijn er de dilemma-individuen die in principe tegen abortus zijn maar wel pleiten voor keuzevrijheid. Aan de andere kant staan de gereguleerde individuen, mensen die voor abortus zijn mits deze procedure enkele beperkingen kent (Rye & Underhill, 2020, pp. 1830-1831). Sommigen vinden dat abortus mogelijk moet zijn onder bepaalde omstandigheden of wanneer de vrouw daarvoor kiest, terwijl anderen zeggen dat abortus helemaal verboden moet zijn (García et al., 2004, p. 69). De specifieke redenen van de voorstanders verschillen aanzienlijk, dat blijkt uit het onderzoek van García et al. (2004, p. 69). Zij stellen dat levensgevaar, verkrachting en risico op foetale schade de meest prominente redenen zijn om een abortus toe te staan. Opvallend is dat mensen die in eerste instantie tegen abortus zijn, dit ook zouden steunen omwille van diezelfde redenen. De tegenstanders maken voornamelijk gebruik van religie om hun mening te vormen (Adamczyk et al., 2020, p. 927).



3.3. Abortusdebat in de Verenigde Staten

De zaak *Roe v. Wade* vormde in de jaren '70 een belangrijk keerpunt in het Amerikaanse abortusbeleid door het recht op abortus te verankeren in het grondwettelijke recht op privacy (Robinson, 2021, pp. 12-13). In juni 2022 maakte het Hooggerechtshof deze bescherming echter ongedaan in de zaak *Dobbs v. Jackson Women's Health*, waardoor de bevoegdheid om abortus te reguleren werd teruggegeven aan de individuele staten (Lindgren, 2022, pp. 235-236). Momenteel hebben negentien staten abortus volledig verboden of onderworpen aan strikte beperkingen, terwijl de overige staten legale toegang behouden (McCan & Walker, 2025, para. 1, 5).

Hoewel een meerderheid van de Amerikanen legale toegang tot abortus steunt, zelfs in conservatieve staten, weerspiegelt het politieke beleid vaak niet deze meerderheidsopinie (O'Mahen, 2024, p. 770). Clark et al. (2024, p. 63) tonen aan dat het Hooggerechtshof de laatste jaren vaker uitspraken heeft gedaan die niet aansluiten bij de mening van de gemiddelde Amerikaan. De extreme standpunten van pro-life en pro-choice domineren het publieke debat, waardoor politici een vertekend beeld krijgen van wat de gemiddelde burger werkelijk denkt (Norrander & Wilcox, 1999, p. 709).

De samenstelling van het Hooggerechtshof heeft een doorslaggevende rol gespeeld bij deze ontwikkelingen. Tijdens zijn presidentschap benoemde Donald Trump drie conservatieve rechters die uiteindelijk bijdroegen aan het terugdraaien van *Roe v. Wade* (Jaffe, 2024, p. 1715). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat staten met democratische meerderheden en meer vrouwelijke parlementsleden vaker liberaal abortusbeleid voeren, terwijl republikeinse meerderheden en grote katholieke bevolkingsgroepen eerder tot restrictief beleid leiden (Norrander & Wilcox, 1999, p. 716).

3.4. Politiek discours en parlementaire debatten over abortus

Het debat rond abortus is altijd een politiek strijdpunt geweest. De overtuiging dat feministen deze strijd hebben gewonnen, is een illusie. In werkelijkheid wordt het debat nog altijd gedomineerd door mensen die opkomen voor traditionele waarden, het gezin en die een conservatieve kijk hebben op maatschappelijke structuren (Saletan, 2003, p. 2). Negatieve opvattingen over gestigmatiseerde groepen zitten geworteld in institutionele structuren zoals



wetten en beleid. Dit zorgt ervoor dat hun rechten en vrijheden eerder beperkt zijn (Frost, 2011, p. 825).

In de verkiezingscampagne van 2024, profileerden Groen en Vooruit zich nadrukkelijk als voorvechters van uitgebreide abortusrechten. Beide partijen pleitten voor een verlenging van de abortustermijn naar 18 weken, een afschaffing van de bedenktijd en een verankering in de grondwet (Groen, 2024, p. 71; Vooruit, 2024, p. 233). De politieke realiteit bleek echter anders. In september 2024 werd een wetsvoorstel voor de modernisering van de abortuswet weggestemd, met tegenstemmen van Vooruit (Michiels, 2024, para. 3-5). Dit was verrassend aangezien Vooruit tijdens de campagne juist kritiek uitte op conservatieve partijen inzake vrouwenrechten (Michiels, 2024, para. 7). De partij verklaarde dat er een afspraak was om niet te stemmen voor wetten zonder bredere consensus (Redactie, 2024, para. 2). Vrouwenorganisaties uitten daarop bezorgdheid dat abortus wederom deel uitmaakt van een politiek spel (Michiels, 2024, para. 1). Ook binnen deze partij leidde dit tot frustratie. Freya Van den Bossche, die tijdens de campagne het gezicht was van het abortusstandpunt, toonde zich diep teleurgesteld in deze beslissing (Grommen & Arnoudt, 2024, para. 5-6).

Dit alles staat in contrast met de aanbevelingen van het Wetenschappelijk Comité, dat in 2023 pleitte voor een verlenging van de abortustermijn. De meerderheid van experts adviseerde een grens van 20 of 22 weken, slechts één lid wou maximaal 18 weken (Egmonts et al., 2023, p. 267). Zelfs een beperktere uitbreiding naar 18 weken zou volgens het Wetenschappelijk Comité al een middenweg bieden die veel vrouwen helpt die nu aangewezen zijn op buitenlandse abortuszorg (Egmonts et al., 2023, p. 242).

3.5. Hedendaags activisme en zorgpraktijken rond abortus

Hedendaagse feministische bewegingen richten zich bij het abortusdebat voornamelijk op drie kernpunten (deMens.nu, n.d.-a, para. 6). Ten eerste pleiten ze voor een verlenging van de termijn, waarbij ze verwijzen naar het verslag van het Wetenschappelijk Comité dat een uitbreiding van 18 weken aanbeveelt (Egmonts et al., 2023, p. 267; Vrouwenraad, n.d., para. 4). Ze vergelijken de situatie met Nederland, waar abortus tot 22 weken mogelijk is, waardoor veel Belgische vrouwen de grens over moeten voor hun abortus (deMens.nu, n.d.-a, para. 6). Ten tweede willen deze bewegingen de verplichte bedenktijd van zes dagen afschaffen, die als onnodig belastend wordt bekritiseerd aangezien vrouwen doorgaans hun beslissing al genomen hebben (deMens.nu, n.d.-a, para. 6). Het Wetenschappelijk Comité deelt deze



mening en adviseert dat de bedenktijd niet verplicht zou moeten zijn (Egmonts et al., 2023, p. 264). Nederland heeft in 2023 deze bedenktijd al afgeschaft nadat bleek dat vrouwen dit als betuttelend ervaren (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2024b, p. 2; Rutgers, 2022, para. 1). Ten derde streven ze naar een volledige decriminalisering, omdat abortus nog steeds strafbaar is wanneer het buiten de wettelijk bepaalde voorwaarden plaatsvindt (deMens.nu, n.d.-a, para. 6; Haché & Kanmaz, 2020, para. 6). Hoewel verschillende groepen aanhalen dat ze het taboe willen doorbreken, wordt dit niet expliciet opgenomen binnen hun strijdpunten (deMens.nu, 2021, para. 1; Haché & Kanmaz, 2020, para. 6).

Organisaties die zich inzetten voor abortus bieden verschillende vormen van ondersteuning. Vrouwen kunnen bij het abortuscentrum LUNA terecht voor een nazorggesprek na de ingreep (LUNA, n.d.-b, para. 1). Indien nodig verwijst LUNA door naar Fara, het CAW, of een rouwtherapeut voor meer gespecialiseerde hulp (Fara, n.d.-b, para. 3; LUNA, n.d.-b, para. 2). Het initiatief 'Lotgenotencontact' van Fara creëert een omgeving waar vrouwen met abortuservaringen elkaar kunnen steunen via onder meer praatgroepen en workshops (Fara, n.d.-a, para. 1-3). Voor vrouwen die vanwege termijnoverschrijding naar Nederlandse klinieken moeten, zorgt Compagnon voor vervoer en begeleiding, met aandacht voor discretie en ondersteuning (deMens.nu, n.d.-b, para. 1-2).

3.6. Definitie van abortusstigma

Studies met betrekking tot het stigma rond abortus maken vaak gebruik van de algemene definitie van Goffman (1963, p. 3), ze geven geen duidelijke definitie aan abortusstigma zelf (Hanschmidt et al., 2016, p. 170). Kumar et al. (2009, p. 628) doen dit wel, en omschrijven abortusstigma als "een negatieve eigenschap die wordt toegeschreven aan vrouwen die een zwangerschap willen afbreken en die hen, intern of extern, markeert als inferieur aan de idealen van vrouwelijkheid". Abortus zou ten minste drie dominante ideeën over vrouwelijkheid doorbreken: dat vrouwelijke seksualiteit uitsluitend gericht is op voortplanting, dat moederschap onvermijdelijk is, en dat vrouwen van nature zorgzaam zijn. Wanneer een vrouw ervoor kiest een zwangerschap af te breken, verwerpt ze deze vanzelfsprekendheden. Dit kan leiden tot onbegrip of veroordeling, omdat het botst met heersende opvattingen over wat het betekent om een 'echte' vrouw te zijn (Kumar et al., 2009, p. 628).

Abortusstigma is diepgeworteld in onze samenleving. Dit is zichtbaar in beladen termen als 'abortus plegen' en de juridische classificatie als misdrijf in de strafwet, dat alleen onder



specifieke voorwaarden onbestraft blijft. Het stereotiepe beeld van de zwangere persoon is beperkt tot onnadenkende tieners of kwetsbare vrouwen, terwijl ook de aanname heerst dat een kinderwens universeel is en elke zwangerschap als geschenk moet worden gezien (Dedrie, 2016, p. 370). Er bestaat een wijdverspreid beeld dat ongewenste zwangerschappen het resultaat zijn van verkeerd anticonceptiegebruik en dat anticonceptie altijd succesvol is, wat ook niet klopt (Donnay et al., 1993, p. 160). Velen denken dat een abortus hen niet zal overkomen en vragen zich af hoe het mogelijk is om vandaag de dag nog ongepland zwanger te worden. Het stellen van deze vraag is al stigmatiserend voor alle vrouwen die de weloverwogen keuze maakten om hun zwangerschap te beëindigen. Het stigmatiseren van abortus zorgt ervoor dat vrouwen het etiket krijgen van 'dom' en 'onverantwoordelijk', terwijl dit ver van de waarheid staat (Dedrie, 2016, p. 371).

3.7. Niveaus van abortusstigma

Kumar et al. (2009, p. 630) definiëren vijf niveaus waarop abortusstigma zichtbaar is. Op het niveau van publieke beeldvorming en taalgebruik speelt de manier waarop over abortus wordt gesproken een grote rol. Woorden en beelden in media, religieuze retoriek of medische termen kunnen vrouwen die een abortus hebben ondergaan negatief in beeld brengen (Kumar et al., 2009, pp. 630-631). Op structureel niveau, zoals in overheidsbeleid en wetgeving, wordt stigma versterkt wanneer abortus strafbaar is of wanneer wetten de toegang tot veilige zorg beperken (Kumar et al., 2009, p. 631). Binnen instellingen en organisaties, zoals ziekenhuizen of scholen, kan stigma doorwerken in regels, infrastructuur en opleidingen. Zo zijn abortusdiensten soms bewust gescheiden van andere medische zorg (Kumar et al., 2009, p. 632). De invloed van abortusstigma is sterk merkbaar binnen gemeenschappen en sociale netwerken. De reacties uit de directe omgeving kunnen bepalend zijn voor hoe een vrouw haar ervaring beleeft (Kumar et al., 2009, p. 632). Hoewel de manier waarop vrouwen hun abortus beleven sterk varieert, blijkt de persoonlijke impact van stigma vaak het zwaarst. Wanneer de veroordeling van buitenaf overgenomen wordt in het eigen denken, kan dit diepe psychologische schade aanrichten (Kumar et al., 2009, pp. 632-633).

Strong et al. (2023, pp. 1585-1586) beschrijven de verschillende niveaus van het socio-ecologische model en hoe ze op elkaar inwerken. Het microniveau benadrukt de individuele ervaring en interpersoonlijke interacties, zoals hoe iemand zichzelf ziet en omgaat met anderen in zijn directe omgeving (Strong et al., 2023, p. 1585). Op mesoniveau speelt de bredere gemeenschap een rol, waarbij deze normen en waarden de context van abortuszorg



bepalen. Lokale gezondheidssystemen, zorgverleners en organisaties hebben invloed op de manier waarop deze normen en waarden worden overgebracht of weerstaan (Strong et al., 2023, p. 1585). Het macroniveau bevat de bredere structuren, zoals sociaal, economisch, politiek, juridisch en cultureel bestuur. Dit betreft het ruimere discours rond abortus, zoals de beschikbaarheid van diensten, de manier waarop abortus wordt gekaderd in het beleid en het discours in de media (Strong et al., 2023, p. 1586).

3.8. Oorzaken van abortusstigma

Mensen zetten stigma in om bepaalde groepen uit te sluiten van de samenleving. Deze actie staat bekend als 'stigma-macht' en kent verschillende vormen (Link & Phelan, 2014, p. 24). De motivatie om mensen te vermijden komt voort uit een afwijking van het gangbare. Hierbij ontstaat een groep parasieten en een stigmatiserende groep die de parasieten wil bestrijden (Kurzban & Leary, 2001, p. 197; Link & Phelan, 2014, p. 25). Verschillende factoren, zoals een gevoel van bedreiging, waargenomen gebrek aan inzet voor het algemeen belang, het overtreden van sociale normen en het oproepen van afkeer, kunnen stigmatisering verklaren (LeBel, 2008, p. 411).

Abortusstigma heeft verschillende oorzaken. Ten eerste is het diepgeworteld in maatschappelijke opvattingen over vrouwelijkheid, seksualiteit en moraal. Een abortus schendt de idealen van moederschap en seksuele zuiverheid (Kumar et al., 2009, p. 628; Norris et al., 2011, p. s51). Daarnaast versterkt de toenemende personificatie van de foetus dit stigma. Technologische ontwikkelingen, zoals echobeelden en foetale fotografie, maken de foetus steeds zichtbaarder, waardoor mensen deze als volwaardig mens erkennen. Antiabortuscampagnes versterken dit door foetussen zeer menselijk af te beelden, wat abortus afbeeldt als moord (Norris et al., 2011, p. s51). Ook juridische beperkingen zoals verplichte wachttijden en consultaties suggereren dat abortus moreel verkeerd is. Deze wetten legitimeren het stigma in de publieke opinie en versterken het idee dat abortus afwijkt van de norm (Norris et al., 2011, pp. s51-s52). Abortus roept nog vaak associaties op met iets vuils of ongezonds, deels door het verleden van illegale abortuspraktijken. Antiabortusbewegingen gebruiken deze beeldvorming om abortus voor te stellen als schadelijk voor vrouwen. Zelfs waar abortus legaal is, zorgen stigma en onjuiste informatie dat vrouwen de procedure als gevaarlijk of beschamend ervaren (Norris et al., 2011, p. s52). Dergelijke bewegingen gebruiken stigma bewust als strategisch middel om juridische beperkingen op te leggen en de publieke opinie te beïnvloeden (Norris et al., 2011, p. s52).



3.9. Gevolgen van abortusstigma

Nog voor vrouwen een abortus overwegen of ondergaan, kennen ze vaak al het maatschappelijke stigma dat erop rust. Dat komt onder meer doordat abortus een actueel thema is dat geregeld in de media verschijnt (Cockrill & Nack, 2013, p. 973). Door herhaaldelijke confrontaties met veroordelende boodschappen, kunnen vrouwen die negatieve beelden overnemen. Ze gaan bijvoorbeeld geloven dat vrouwen die een abortus laten uitvoeren dom, naïef en onmenselijk zijn. Wanneer ze zelf in die situatie terechtkomen, kunnen ze hun mening herzien of te maken krijgen met zelfstigma (Cockrill & Nack, 2013, pp. 979-980).

Niet elke vrouw ervaart stigma op dezelfde manier. Persoonlijke en contextuele factoren spelen hierin een grote rol (Hanschmidt et al., 2016, p. 175). Zo zijn bepaalde redenen voor abortus sociaal meer aanvaard dan andere (Abrams, 2015, p. 184). Verkrachting, risico voor de gezondheid en mogelijke foetale afwijkingen worden vaker gezien als legitieme redenen, terwijl geldgebrek of een jonge leeftijd als minder geldig worden beschouwd (García et al., 2009, p. 69). De bron van het stigma maakt ook uit. Vrouwen kunnen afwijzing of stigma ervaren vanuit hun sociale kring, hun familie of zelfs vanuit medische hulpverlening, wat de impact vergroot (Hanschmidt et al., 2016, p. 175).

Abortusstigma veroorzaakt vaak gevoelens van schaamte, schuld en zelfverwijt (Hanschmidt et al., 2016, p. 175). Vrouwen verklaren die emoties vanuit hun religieuze achtergrond (Cockrill & Nack, 2013, p. 980). Ze geloven dat ze zondig hebben gehandeld en vrezen later gestraft te worden, bijvoorbeeld door God of door het kind in het hiernamaals (Shellenberg et al., 2011, pp. 120-121). In landen waar abortus zwaar bestraft wordt of maatschappelijk wordt afgekeurd, beleven vrouwen vaker intense gevoelens van schaamte en vernedering. Deze vrouwen houden hun beslissing geheim om stigma te vermijden (Shellenberg et al., 2011, p. 120). Sommige vrouwen verwachten negatieve reacties en ervaren daardoor al schuldgevoelens voordat die reacties er effectief zijn (Astbury-Ward et al., 2012, p. 3141). Dit kan leiden tot een negatief zelfbeeld, waarbij vrouwen denken dat ze straf of afwijzing verdienen (Astbury-Ward et al., 2012, p. 3143). Toch voelt niet iedereen schaamte bij stigmatisering (Mégret, 2013, p. 287).



Enacted stigma verwijst naar de oneerlijke behandeling die vrouwen kunnen ondervinden na hun keuze voor abortus (de Goei et al., 2006, p. 13). Die kan komen van familie of vrienden die zich van hen afkeren of hun beslissing openlijk afkeuren. Ook in de medische sector komt dit voor wanneer artsen hulp weigeren of reageren vanuit stereotypen over onverantwoordelijkheid of harteloosheid (Cockrill & Nack, 2013, p. 981). Sommige vrouwen ervaren ook een neerbuigende houding bij abortusdiensten, waardoor ze zich gedwongen voelen om hun keuze te rechtvaardigen (Astbury-Ward et al., 2012, pp. 3142-3143). Toch geeft deze ervaring anderen net de motivatie om abortuszorg menselijker en toegankelijker te maken (Cockrill & Nack, 2013, p. 986).

Abortusstigma staat niet op zichzelf. Het overlapt vaak met andere stigma's rond seksualiteit, reproductieve keuzes en maatschappelijke normen. Vrouwen die bijvoorbeeld seks hadden buiten het huwelijk, jong zijn, geen kinderen willen of slachtoffer zijn van verkrachting, lopen meer risico om met dubbel stigma geconfronteerd te worden. Zij krijgen dan niet alleen kritiek op hun abortus, maar ook op hun levensstijl of achtergrond (Cockrill & Nack, 2013, pp. 980-981).

3.10. Copingstrategieën bij abortusstigma

Vrouwen kiezen voor een abortus omdat ze denken dat dit de beste oplossing is in een moeilijke situatie. Hoe ze die keuze verwerken, hangt onder meer af van hun persoonlijkheid, copingstrategieën en de reacties uit hun omgeving (Major & Gramzow, 1999, p. 743).

Om hun reputatie te beschermen en stigma te vermijden, houden veel vrouwen hun abortus geheel of gedeeltelijk geheim (Cockrill & Nack, 2013, pp. 983-984; Hanschmidt et al., 2016, p. 175). Ze vrezen dat bepaalde mensen hen niet zullen ondersteunen en dat ze hen zouden veroordelen of afkeuren (Astbury-Ward et al., 2012, p. 3141; Major & Gramzow, 1999, p. 741). Daarom delen ze het alleen met een beperkt aantal mensen of stoppen ze ermee zodra ze negatieve reacties ontvangen (Cockrill & Nack, 2013, p. 980). Op korte termijn helpt dat om conflicten te vermijden, maar het kan ook schadelijk zijn voor hun mentale gezondheid (Major & Gramzow, 1999, p. 736). Op lange termijn veroorzaakt geheimhouding opdringerige gedachten, meer stress en psychisch leed (Hanschmidt et al., 2016, p. 175; Major & Gramzow, 1999, p. 736). Fathalla (2020, p. 7) vult aan dat het in sommige gevallen zelfs hun veiligheid in gevaar brengt, bijvoorbeeld wanneer ze hulp zoeken bij illegale of onveilige abortuspraktijken.



Wanneer vrouwen hun abortus niet delen met anderen, krijgen ze vaak geen sociale steun. Maar een abortus is emotioneel zwaar, waardoor die steun net belangrijk is. Als hun omgeving er niets van weet, kunnen ze ook geen steun bieden (Cockrill & Nack, 2013, p. 984). Delen is een belangrijk onderdeel van het verwerkingsproces (Major & Gramzow, 1999, p. 736). Praten of schrijven over de ervaring, kan vrouwen helpen om die een plaats te geven (Major & Gramzow, 1999, p. 742). Door het stigma is dit echter niet altijd mogelijk zonder kritiek te krijgen (Major & Gramzow, 1999, p. 743).

Sommige vrouwen rationaliseren hun keuze om zelfstigma tegen te gaan. Ze geven excuses of rechtvaardigen hun beslissing, waarbij ze verantwoordelijkheid nemen zonder de abortus als fout te zien (Cockrill & Nack, 2013, p. 982). Ze verwijzen ook naar hogere loyaliteiten, zoals het beschermen van hun partner of kinderen wanneer het kind geboren zou worden met een ernstige aandoening (Cockrill & Nack, 2013, p. 983; Sykes & Matza, 1957, p. 669). Anderen schuiven de schuld door, bijvoorbeeld naar medewerkers van de abortuskliniek, omdat die het volgens hen meer verdienen (Cockrill & Nack, 2013, pp. 982-983).

Vrouwen die vaak met abortusstigma geconfronteerd worden, proberen dit te herdefiniëren. Ze willen abortus normaliseren en vinden niet dat dit iemand in diskrediet zou mogen brengen (Cock & Nack, 2013, p. 985; Elliott et al., 1982, pp. 296-297). Dat doen ze individueel, in groep of online. Sommigen keren zich tegen de critici en tonen hen hoe het voelt om gestigmatiseerd te worden. Zo proberen ze duidelijk te maken dat de antiabortusideologie onrechtvaardiger en immoreler is dan abortus zelf (Cockrill & Nack, 2013, p. 985; Sykes & Matza, 1957, p. 668).

3.11. Genderstereotypen en stigma's rond vrouw-zijn

Abortusstigma verschilt per sociale positie en context van vrouwen (Strong et al., 2023, p. 1583). Er bestaat een nauwe samenhang tussen abortusstigma en andere vormen van reproductief stigma. Maatschappelijke ongelijkheden zoals klasse, etniciteit en gender bepalen hoe mensen met dit stigma worden geconfronteerd (Millar, 2020, p. 6). Dominante stereotypen over vrouwelijkheid liggen aan de basis van dit stigma, waarbij seksualiteit uitsluitend gericht is op voortplanting en moederschap een vanzelfsprekende rol is (Kumar et al., 2009, p. 628).



Stereotypen over vrouwen stellen hen voor als zwak, onderdanig en emotioneel (Cook et al., 2010, p. 255). Deze genderstereotypen beïnvloeden de stigmatisering van abortus sterk. Vrouwen worden voorgesteld als natuurlijke verzorgers. Een vrouw die kiest voor abortus gaat in tegen maatschappelijke verwachtingen over moederschap. Dergelijke vrouw is een slechte moeder die haar kind verlaat (Abrams, 2015, pp. 179-180). Stereotypen kunnen onderdrukkend en problematisch zijn, wanneer ze normatief worden ingezet om beperkingen op te leggen (Cook et al., 2010, p. 256).

De meeste samenlevingen zijn pronatalistisch van aard (Gimenez, 2018, p. 160). Deze pronatalistische waarden vormen de maatschappelijke opvattingen over moederschap (Abrams, 2015, p. 180). Het hebben van kinderen is hier essentieel om volledig te kunnen deelnemen aan de samenleving. Moederschap wordt beschouwd als een vanzelfsprekende stap in het leven van een vrouw (Gimenez, 2018, pp. 159-160). Abortus staat voor verwerping van moederschap en vrouwelijke identiteit (Abrams, 2015, p. 183). Mensen die van deze norm afwijken krijgen vaak kritiek (Gimenez, 2018, p. 160). Doordat deze pronatalistische ideologie zo dominerend is, is het echter moeilijk om kritisch na te denken over moederschap (Gimenez, 2018, p. 162).

De strafwet die abortus verbood kwam voort uit pronatalistisch beleid en weerspiegelt kerkelijke opvattingen over voortplanting. Volgens christelijke ethiek begint menselijk leven bij conceptie en moet dit beschermd worden (Witte, 1990, p. 430). Uit recente uitspraken van paus Franciscus blijkt dat deze religieuze standpunten nog steeds bestaan. Hij beschreef de essentie van het vrouwelijke als vruchtbaar en zorgzaam (Bosmans, 2024, para. 8). Hoewel hij op thema's rond klimaat en armoede progressief wordt genoemd, heeft hij traditionele standpunten over ethische kwesties zoals abortus (Bauwens, 2023, para. 8). Hij bestempelt het zelfs als moord en noemt artsen die abortussen uitvoeren huurmoordenaars (Vatican News, 2024, para. 12).



4. Resultaten op basis van de diepte-interviews

Dit hoofdstuk belicht de belangrijkste inzichten uit de tien diepte-interviews met vrouwen die een abortus ondergingen. Hun diverse achtergronden, leeftijden en motivaties tonen hoe stigma zich in uiteenlopende contexten manifesteert. Uit de gesprekken kwamen vijf dominante thema's naar voren.

4.1. Persoonlijke ervaringen met abortusstigma

In eerste instantie gaven de meeste vrouwen aan dat ze geen stigma hadden ervaren voor, tijdens of na hun abortus. Naarmate het gesprek vorderde, kwamen er soms toch enkele voorbeelden naar boven waar ze op het eerste moment niet aan hadden gedacht.

Directe vormen van stigmatisering

Nabije omgeving

Binnen vertrouwde kringen ervoeren vrouwen soms subtiele vormen van stigmatisering. Voor Luz, die van nature open is over haar ervaring, was het confronterend toen vrienden haar aanraadden over haar abortus te zwijgen:

“Ik weet dat vriendinnen van mijn ex, als ik daarover sprak, soms tegen mij zeiden van ‘je moet dat niet aan iedereen vertellen, hou dat wat voor jezelf’” (Luz, 2025, p. 4).

Medische hulpverlening

De medische sector, waar vrouwen juist objectieve en ondersteunende zorg verwachten, blijkt soms een bron van stigmatisering te zijn. De ervaringen verschilden onder de respondenten. Veerles ervaring illustreert hoe stigma kan voorkomen bij gesprekken over gezinsplanning:

“Toen was ze zo wel heel hard van ‘als vrouw moet je dat zeker niet doen, stel dat je je nog bedenkt.’ Ze was daar zo heel weigerachtig over... Ze heeft dat zelf ook gezegd: ‘Ik ga nu praten als mens en niet als dokter’... Ik ga er altijd vanuit dat een dokter neutraal moet reageren” (Veerle, 2025, pp. 4-5).

Voor Kristel veranderde de relatie met haar huisarts na haar abortus, ondanks eerdere toezeggingen van begrip:



“Twee maanden daarna, dat ik zei van ‘ik heb het er wel heel moeilijk mee’. En dan zegt ze: ‘Ik had u gezegd dat het moeilijk ging zijn... Het is gebeurd, denk er niet meer aan, en je moet verder’” (Kristel, 2025, p. 5).

Eva’s ervaring toont hoe stigmatisering zich kan uiten in de vorm van expliciete veroordeling:

“Vooral vanuit de medische wereld komt dat dan bij mij zowat van ‘hoe kun je zo dom zijn’. Bij mijn laatste controle zei die gynaecoloog echt, dat is ook weer persoonlijk, omdat ik zoiets heb van gelet op mijn persoonlijke situatie zie ik het nut niet van een anticonceptie te nemen. En dan krijg ik gewoon vlakaf als antwoord: ‘Je moet wel zien dat je geen derde keer moet gaan’” (Eva, 2025, p. 9).

In tegenstelling tot de gemengde ervaringen bij reguliere zorgverleners, waren de ervaringen in de abortuscentra overwegend positief. Respondenten benadrukten de professionele en niet-veroordelende houding van het personeel:

“Ik ben daar wel goed begeleid. Ik heb nooit het gevoel gehad dat iemand probeerde onze keuze, van mij en mijn vriend, tegen te spreken” (Olivia, 2025, p. 5).

Bredere omgeving

Confrontaties met stigma uit bredere sociale kringen kunnen ook pijnlijk zijn omdat ze onverwacht kunnen komen. Olivia’s ervaring laat zien hoe het onderwerp zelfs hypothetisch tot sterke veroordeling kan leiden:

“Vanaf dat ik zei van ‘moest ik ooit zwanger geraken, dan zou ik dat wel doen’... Zij was daar meteen, in volle aanval van ‘je moet dat niet doen, en als je dat doet, ik praat nooit meer tegen je’” (Olivia, 2025, p. 4).

Samenleving

Op maatschappelijk niveau, manifesteert stigma zich vaak in de digitale wereld. Dit was ook het geval bij Luz, die online haar ervaring wou delen:

“Als er daar een vraag werd gesteld en ik dacht: ‘Oké, ik ga antwoorden, want ik heb een relevante mening of tip’. Dat ik dan wel privéberichten kreeg op Reddit van ‘murderer’” (Luz, 2025, p. 4).

Indirecte vormen van stigmatisering

Samenleving

Iris had tijdens haar zwangerschap Facebookgroepen rond abortus opgezocht en kwam hier ook negatieve reacties tegen. Hoewel deze reacties niet op haar waren gericht, resoneerden ze wel met haar situatie:

“Dan was het wel zeer pijnlijk, de commentaren van mensen, van ‘je doet dat niet, het kind heeft ervoor gekozen om bij u te zijn’. En dan dacht ik echt: ‘Meen je dat hier allemaal?’ Ik vond het wel choquerend dat de meeste reacties zo waren” (Iris, 2025, p. 6).

Voor Kristel nam stigmatisering een fysieke vorm aan tijdens haar bezoek aan het abortuscentrum:

“Daar liep wel zo iemand met zo'n plaat op de weg van Jezus en dat vond ik wel heel confronterend. Het is al heel moeilijk om daarheen te gaan, en dan loopt daar nog zo iemand. Die spreekt u niet aan, maar gewoon, dat is een heel confronterend gevoel dat je krijgt” (Kristel, 2025, p. 6).

4.2. Impact van abortusstigma

Psychologisch welzijn

Stigmatisering van abortus heeft psychologische gevolgen, zelfs wanneer vrouwen overtuigd zijn van hun beslissing. Hun ervaringen tonen aan dat oordelen kunnen resoneren met schuld, schaamte en zelfverwijt. Luz beschrijft hoe online stigmatisering haar emotioneel raakte, ondanks haar rationele overtuiging:

“Ik denk dat ik op dat moment wel zoiets had van ‘oh, pijnlijk’, want dat was redelijk vroeg nadat het gebeurd was... Dat kwam wel binnen, gewoon omdat je jezelf wel schuldig voelt, ook al is dat niet nodig” (Luz, 2025, pp. 4-5).



Alhoewel de Facebookreacties die Iris tegenkwam, niet naar haar waren gericht, deelde ze dezelfde gevoelens:

“Ik heb niet durven reageren dat ik dat ging doen, want dat was in die periode dat ik het ook opzocht. Mocht er daar iemand bij zijn die je kent. Dus ik voelde daar ook wel schaamte bij, denk ik. Ook qua schuld van ‘ik had maar zo onvoorzichtig niet moeten zijn, waar zat ik ook met mijn hoofd’. En ik wist ook nog precies waar het waarschijnlijk was misgelopen” (Iris, 2025, p. 6).

Sociale relaties

Respondenten beschreven hoe stigma-ervaringen kunnen leiden tot het verbreken van relaties of sociaal isolement. Zo koos Eva na de laatste interactie voor een nieuwe gynaecoloog:

“Ik moet ook toegeven, dat heeft ertoe geleid dat ik van gynaecoloog ben veranderd... Die was echt zo van ‘niemand gaat u daarover veroordelen’. Dus voilà, dat was een heel andere boodschap” (Eva, 2025, p. 10).

Meyra’s situatie toont aan hoe geanticipeerd stigma kan leiden tot het ontbreken van steun. Andere vrouwen benadrukten hoe cruciaal de steun van partners, familie en vrienden voor hen was tijdens deze moeilijke periode, en Meyra moest deze steun missen:

“Ik was helemaal alleen gegaan door die procedure, dus het eerste gesprek, de curettage zelf, en daarna ook... Ik had liever alles verteld aan mijn mama... Ik had echt wel iemand nodig waarmee ik hierover kon praten” (Meyra, 2025, p. 13).

4.3. Coping met abortus en stigma

Respondenten ervoeren de aanwezigheid van een steunend sociaal netwerk als essentieel voor, tijdens en na hun abortus. Deze emotionele ondersteuning, zowel van partners als vrienden, hielp de vrouwen om de ervaring beter te verwerken. Meerderen benadrukten hoe waardevol deze steun voor hen was:

“Ik was wel blij dat ik vrienden had waar ik dat mee kon delen, dat ik het ook met mijn partner kon delen... Ik heb zelfs vrienden gehad die zeiden van ‘ik wil gerust een dag niet werken, om bij u te zijn als je dat wilt’” (Zoë, 2025, p. 9).

“Hij was wel degene die mijn handje vasthield en die mij echt probeerde kalm te houden tijdens de ingreep en daarna natuurlijk ook. Ik had die steun wel echt nodig van hem, want alleen zou het een heel pak moeilijker geweest zijn” (Olivia, 2025, p. 10).

Naast het verwerken van hun abortus, moeten vrouwen ook leren omgaan met abortusstigma in sociale interacties. Doordat er relatief weinig ervaringen waren met stigmatisering, waren er ook weinig copingmechanismen te onderscheiden. Noor koos voor een assertieve benadering wanneer ze geconfronteerd werd met negatieve reacties over abortus. Ze ging een gesprek aan met die personen om hun vooroordelen te doorbreken:

“Dan vraag ik ook meestal aan die mensen, want die hebben meestal zo een negatief gedacht rond die persoon, en vraag ik: ‘Vind jij mij negatief? Wat vind je van mij? Wat zou je zeggen moest ik het gedaan hebben?’ En dan keren die meestal hun kar wel van ‘het is oké en ik snap het wel’” (Noor, 2025, p. 4).

De meeste vrouwen kozen ervoor om confrontaties te vermijden, zoals Kristel bij haar ontmoeting met een protesteerder:

“Ik heb dat genegeerd en ben dan naar binnen gegaan. Die heeft mij ook niet aangesproken, gelukkig, want anders weet ik echt niet wat ik moest zeggen” (Kristel, 2025, p. 6).

4.4. Geanticipeerd stigma

De meeste vrouwen gaven aan dat de samenleving positief keek naar abortus en dit aanvaardde. Toch was er een verwachting of vrees voor stigma:

“Ik dacht altijd dat wij nu ondertussen in een maatschappij leefden waar dat al allemaal wel gewoon aanvaard was. Maar de laatste tijd word je toch wel meer geconfronteerd

met dat er ook mensen zijn die dat dan niet oké vinden, of die dan de termijn in vraag stellen" (Amanda, 2025, p. 5).

"Ik ben zelf wel altijd bang dat mensen gaan denken dat ik onverantwoordelijk was, of heel seksueel actief, of dat ze vooroordelen over mij gaan hebben. Maar ik kan niet echt zeggen dat ik al direct in mijn gezicht er iets over gehoord heb" (Luz, 2025, p. 4).

De verwachting van stigmatisering leidde tot preventieve gedragsaanpassingen bij vrouwen. Ze ontwikkelden strategieën om zich te beschermen tegen mogelijke veroordelingen.

Geheimhouding

De meest voorkomende strategie om geanticipeerd stigma te vermijden was geheimhouding of selectieve openheid. Vrouwen ontwikkelden een intuïtief begrip van bij wie ze hun ervaring veilig konden delen en bij wie niet:

"Ik heb het haar ook niet verteld. Ik ben dat ook niet van plan, omdat ik weet dat zij daar zo tegen is. Ik ben daar ook sowieso wel al voorzichtig over tegen andere mensen waarvan ik niet weet of ze daar wel of niet voor zijn" (Olivia, 2025, p. 4).

Deze beslissingen waren gebaseerd op signalen van mensen uit hun nabije omgeving. Factoren als positieve houding tegenover gezinsuitbreiding, religieuze overtuiging en culturele achtergrond speelden hier een rol:

"Mijn broer heeft bijvoorbeeld zelf kinderen en half lachend, half serieus heeft hij al gezegd van 'Zoë, jij moet ook kinderen hebben. Dat zou keileuk zijn als ze met neven en nichten'... Ik denk niet dat hij er negatief op zou reageren, dat ik die keuze uiteindelijk gemaakt heb, maar dat hij dat wel enorm jammer zou vinden" (Zoë, 2025, p. 8).

"We zijn natuurlijk christelijk opgevoed, en de laatste jaren gaan zij [mijn ouders] niet naar de kerk. Maar ik zou dat eigenlijk echt niet weten, wat mijn moeder daarvan denkt" (Amanda, 2025, p. 6).

“Soms denk ik van ‘had ik het maar tegen mijn moeder kunnen vertellen’... Maar het gaat gewoon echt niet bij haar, jammer genoeg, want zij heeft nog steeds die gesloten mindset van vroeger... Moest ik het tegen haar zeggen, ik weet echt niet wat haar reactie zou zijn. Ze zou wel keiboos zijn denk ik” (Meyra, 2025, p. 3).

Ten aanzien van de bredere samenleving, voelden ze minder de behoefte om hun abortus te bespreken omdat ze dit beschouwden als een persoonlijke beslissing.

Zelfverdediging

Een tweede strategie was zelfverdediging tegen mogelijke stereotypering. Vrouwen waren zich bewust van de stereotypen en probeerden hier afstand van te nemen:

“Dat je zo een beetje dom bent. Dat er iets is misgelopen... Ik heb het gevoel dat ik daar echt de nadruk moet opleggen dat we echt niet dom zijn, en dat we echt wel weten hoe je niet zwanger moet worden” (Amanda, 2025, p. 13).

“Als ik mij klaarmaakte om naar daar [het abortuscentrum] te gaan... Dat ik wel heel hard bezig was met ik moet mij mooi kleden en er goed uitzien, zodat ze zeker niet denken dat ik marginaal of weet ik veel wat ben” (Luz, 2025, p. 5).

Sommige vrouwen voelden ook de druk om hun reden voor de abortus te verantwoorden, aangezien ze het gevoel kregen dat dit alleen aanvaardbaar was onder bepaalde omstandigheden:

“Ik was me echt aan het verdedigen. Ik werd dan ook emotioneel en ik kreeg wel tranen” (Eva, 2025, p. 10).

4.5. Mechanismen achter de instandhouding van het abortusstigma

Maatschappelijke beeldvorming rond vrouwen die een abortus ondergaan

Elke respondent haalde het stereotiepe beeld aan van de onverantwoordelijke tiener die zwanger was geworden. Opmerkelijk genoeg erkenden velen dat ze dit vooroordeel zelf hadden geïnternaliseerd. Hun ervaring in het abortuscentrum was een keerpunt in hun perceptie:

“Ik zag daar toen iemand op de parking en die stond bij mij in de lift. Dat was een verpleegster, want die had een auto van het Wit-Gele Kruis bij. Dan denk ik: ‘Het overkomt iedereen’. Dat is mij toen wel bijgebleven” (Kristel, 2025, p. 7).

“Als je in de wachtzaal zit, zie je ook wel iedereen daar zitten. Dat komt overal voor. Dus daar is misschien nog wat stigma van de jonge vrouwen, tienermoeders, dat dat enkel daarbij zou gebeuren. Maar dat is totaal niet zo” (Iris, 2025, p. 7).

Maatschappelijke beeldvorming rond abortus

Respondenten verzetten zich tegen de misvatting dat abortus een gemakkelijke uitweg zou zijn. Ze beschreven hun ervaring als een ingrijpende gebeurtenis met fysieke en emotionele impact. Deze realiteit staat in contrast met het beeld van abortus als lichtzinnige beslissing of alternatief anticonceptiemiddel:

“Dat is echt heel pijnlijk. Dus, het is zeker en vast niet egoïstisch, want je moet er een hele hoop bij meemaken” (Eva, 2025, p. 15).

“Ik denk dat als mensen zouden inzien hoe moeilijk het op alle vlakken echt is, dat ze beseffen dat dat geen lichte beslissing is die je neemt. En ook niet dat je zegt van ‘ik ga gewoon twee, drie abortussen doen en mij niet met anticonceptie bezighouden’. Niemand die die eerste heeft meegemaakt, wil daar nog eens moeten belanden” (Luz, 2025, p. 15).

Daarnaast draagt de visuele representatie van abortus in de media bij aan misvattingen. Beelden tonen vaak foetussen met overdreven menselijke kenmerken. Dit vertekent de biologische realiteit, maar heeft wel een emotionele impact op de publieke opinie:

“Als je zo animatievideo's ziet van een zwangerschapsafbreking, wordt de foetus eigenlijk afgebeeld als redelijk menselijk. Dus ze denken ook van ‘in een vrouwelijk lichaam is dat ook zo’” (Meyra, 2025, p. 11).

Stigmatiserend en criminaliserend taalgebruik

Een subtielere maar diepgewortelde vorm van stigmatisering en criminalisering bevindt zich in het taalgebruik rond abortus. De meeste respondenten gaven aan dat ze zich pas na hun



eigen ervaring bewust werden van de beladen terminologie. Ze merkten actief stigmatiserende taal op en corrigeerden deze soms ook tijdens gesprekken:

“Ik heb daar een paar mensen die, als we daar dan over bezig zijn, dan zeggen ‘maar je hebt abortus gepleegd’ en dan verbeter ik ‘nee, ik heb dat niet gepleegd, ik heb ervoor gekozen’. En dan zeggen ze ‘je hebt dat niet gepleegd’, maar ik denk dat ze het zelf ook wel beseffen dat dat zo een negatieve klank heeft. Maar dat zit er zodanig ingebakken” (Veerle, 2025, p. 7).

“Ik zeg zelf: ‘Ik heb een abortus gehad, ik heb het niet gepleegd, ik heb het gehad’. Als je zegt dat je iets pleegt dan heeft het een negatieve connotatie in mijn oren” (Zoë, 2025, p. 5).

De aanpak van Noor stond in opvallend contrast met die van andere respondenten. In de plaats van de term te vermijden, gebruikte ze deze bewust en ontnam ze deze haar stigmatiserende kracht:

“Net omdat ik abortus heb gepleegd, let ik daar eigenlijk niet op, want voor mij is dat geen misdrijf” (Noor, 2025, p. 10).

Politiek discours

De verwevenheid tussen politiek en stigmatisering kwam sterk naar voren in de interviews. Noor deelde haar ontgoocheling over stemgedrag dat afweek van verkiezingsbeloftes:

“Ik heb net omwille van abortus en andere vrouwenrechten voor Vooruit gestemd... En als ik daarna, na de verkiezingen hoor dat Conner Rousseau tegenstemt, dan voel ik mij heel hard voor lul gezet eigenlijk. Ik merk inderdaad dat de gedachtegang van mannelijke politici terug naar de verkeerde kant gaat” (Noor, 2025, p. 7).

Meerdere respondenten problematiseerden specifiek dat beslissingen over het abortusrecht vaak worden genomen door mensen die nooit in die situatie zouden verkeren:

“Een beslissing maken voor iets waar je zelf nooit in terecht gaat komen, als man dus, ga je daar nooit in terecht komen, dat vind ik een heel raar gegeven” (Zoë, 2025, pp. 4-5).



Door de afwezigheid van directe ervaringen, kunnen mannelijke politici mogelijk de urgentie en impact van de kwestie onderschatten:

“Ik denk dat het misschien langer op zich zal laten wachten. Ik denk dat zij [mannen] dat misschien minder prioriteit stellen dan de vrouwelijke politica” (Veerle, 2025, p. 3).

Spontaan bekritiseerden meerdere respondenten hoe wettelijke beperkingen het stigma versterken. Termijngrenzen en verplichte bedenktijd suggereren impliciet dat vrouwen geen weloverwogen beslissingen kunnen nemen. Dat de wetsvoorstellen om deze beperkingen aan te passen telkens worden weggestemd, maakt het proces voor vrouwen nog zwaarder:

“Want er is wel druk. Ik heb ook de druk gevoeld van we moeten ons haasten om naar de kliniek te gaan, want er is maar een bepaalde tijd dat je kunt gaan” (Iris, 2025, p. 5).

“Ik vind het een beetje absurd dat de experts daar dan niet gewoon in gevolgd worden” (Amanda, 2025, p. 11).

Maatschappelijke verwachtingen rond zwangerschap

Een klein aantal vrouwen wees erop dat de samenleving zwangerschappen vrijwel altijd positief onthaalde. De algemene verwachting dat elke zwangere vrouw haar kind zal uitdragen, bemoeilijkt open gesprekken over abortus aangezien dit ingaat tegen die verwachting:

“We vertelden eerst gewoon dat we een accidentje gehad hadden, dat we prijs hadden. Eerst werden ze heel blij en we hebben er heel snel aan toegevoegd van ‘we hebben wel al de stappen ondernomen’” (Veerle, 2025, p. 4).

Neutrale communicatie door hulpverleners biedt hoop op doorbreking van stigma, zoals bleek uit de positieve ervaring van Luz met haar apothekeres:

“Zij had mij dan een zwangerschapstest meegeven en ze zei: ‘Ik hoop dat je het resultaat hebt dat je wenst’. En dat vond ik wel fijn omdat ze volledig openliet of ik wel een kind wou of niet” (Luz, 2025, p. 10).



5. Discussie

5.1. Korte samenvatting van de resultaten

Dit onderzoek onthult de meervoudige lagen van abortusstigma door de persoonlijke ervaringen van tien vrouwen te analyseren. De resultaten bieden inzicht in hoe stigmatisering zich manifesteert, welke impact dit heeft en hoe vrouwen hiermee omgaan.

De stigmatisering manifesteerde zich in verschillende contexten. Vrouwen ervoeren oordelende reacties en subtiele afwijzingen van vrienden, familieleden, medische professionals en bredere sociale kringen. Indirecte vormen van stigma kwamen zowel in online contexten als fysieke situaties tot uiting, afkomstig van personen uit de bredere samenleving die de vrouw niet persoonlijk kenden.

De psychologische impact van deze stigmatisering bleek diepgaand. Zelfs vrouwen die overtuigd waren van hun beslissing, kampten met gevoelens van schuld en schaamte. Onlinereacties en vooroordelen veroorzaakten een emotionele belasting, die vaak tijdelijk maar pijnlijk aanwezig was. Sociale relaties ondergingen veranderingen als gevolg van de abortuservaring. Het stigma beïnvloedde de dynamiek van persoonlijke relaties, waarbij sommige vrouwen te maken kregen met afwijzing of sociaal isolement. Tegelijkertijd bleek de steun van familie en vrienden net cruciaal in het verwerkingsproces van deze ervaring.

De respondenten ontwikkelden uiteenlopende copingstrategieën om met hun abortus en het stigma om te gaan. Sommigen kozen voor selectieve of volledige geheimhouding, terwijl anderen ervoor kozen openlijk hun ervaringen te delen. De meerderheid vermeed echter bewust confrontaties.

De onderliggende mechanismen die abortusstigma in stand houden, zijn diep verankerd in maatschappelijke structuren. Maatschappelijke beeldvorming, stereotiepe percepties en criminaliserend taalgebruik creëren een negatief narratief rond abortus. Het politieke discours en maatschappelijke verwachtingen ontnemen vrouwen de ruimte om hun keuzes toe te lichten.



5.2. Koppeling van de resultaten aan de literatuur

Respondenten beschreven diverse niveaus van stigma in hun ervaringen. Dit stigma manifesteerde zich voornamelijk binnen gemeenschappen, sociale netwerken en bij medische zorgverleners, niveaus die Kumar et al. (2009, pp. 631-632) ook identificeren. Bovendien wijzen zij op de scheiding tussen de abortuscentra en reguliere ziekenhuizen, die ook kan bijdragen aan stigmatisering (Kumar et al., 2009, p. 632). Deze scheiding is ook zichtbaar in de Belgische context (GACEHPA, n.d., para. 1; LUNA, n.d.-a, para 1). Opvallend genoeg meldden respondenten geen stigma-ervaringen binnen de abortuscentra, maar wel bij andere medische instanties. Daarnaast vormden publieke beeldvorming, taalgebruik en wetgeving ook bronnen van stigmatisering. Kumar et al. (2009, pp. 630-631) halen deze niveaus ook aan. Het discussiegedeelte behandelt deze aspecten later uitgebreider als mechanismen die het stigma in stand houden. Eén niveau van Kumar et al. (2009, p. 63) kwam niet aan bod, namelijk stigma op persoonlijk vlak. Dit ontbrak waarschijnlijk omdat dit onderzoek enkel vrouwen heeft bereikt die bereid waren over hun abortus te praten. Vrouwen die zelfstigmatisering ervaren, durven hier mogelijk minder voor uit te komen.

De stelling van Kumar et al. (2009, pp. 632-633) dat de impact van stigma zwaarder is naarmate het op een persoonlijker niveau wordt ervaren, kan dit onderzoek niet bevestigen vanwege de beperkte steekproefgrootte. Hanschmidt et al. (2016, p. 175) stellen dat stigma afkomstig van sociale kringen, familie en medische instellingen de negatieve impact versterkt. Uit dit onderzoek blijkt inderdaad dat stigma afkomstig van deze bronnen een grotere en meer langdurige invloed had op vrouwen dan stigma vanuit de bredere samenleving of indirecte vormen van stigmatisering.

De resultaten tonen aan dat abortusstigma een invloed had op het psychologisch welzijn en de sociale relaties van vrouwen na een abortus. Overeenkomstig met het onderzoek van Hanschmidt et al. (2016, p. 175) rapporteerden respondenten gevoelens van schaamte, schuld en zelfverwijt. Deze gevoelens waren echter tijdelijk, omdat de vrouwen achter hun beslissing stonden. Negatieve opmerkingen werden op het moment zelf wel als zeer pijnlijk ervaren. Dit onderzoek toont aan dat vrouwen schuld, schaamte en zelfverwijt ervoeren omdat ze dachten dat ze deze situatie konden voorkomen. Deze bevinding spreekt eerder onderzoek tegen dat dergelijke gevoelens vanuit een religieus perspectief verklaart, waarbij vrouwen abortus zien als een zonde (Cockrill & Nack, 2013, p. 980; Shellenberg et al., 2011, pp. 120-121).



Verschillende vrouwen hadden ook ervaring met enacted stigma. Cockrill en Nack (2013, p. 981) beschrijven dat dit relaties kan beschadigen of verbreken, wat door meerdere respondenten werd bevestigd. Dit stigma kwam vooral voor in de medische sector. Vrouwen ontvingen veroordelende reacties van huisartsen en gynaecologen. Deze negatieve ervaringen zorgden voor ongemak en leidden er soms toe dat vrouwen overstapten naar een andere arts. Ook binnen sociale kringen beschadigde stigma relaties. Eén respondent kon haar abortus met niemand delen, waardoor ze de steun van haar omgeving miste. Dit maakte de verwerking voor haar bijzonder moeilijk. Alle andere respondenten benadrukten het belang van steun tijdens deze periode. Dit onderstreept dat een abortus emotioneel belastend is en dat ondersteuning belangrijk is binnen het verwerkingsproces (Cockrill & Nack, 2013, p. 984; Major & Gramzow, 1999, p. 736).

Door de relatief beperkte ervaringen met stigmatisering in deze steekproef, waren er weinig copingmechanismen te onderscheiden. Eén respondent gaf aan dat ze actief inging tegen negatieve opmerkingen, een strategie die volgens Cockrill en Nack (2013, p. 985) en Elliott et al. (1982, pp. 296-297) bedoeld is om abortus te herdefiniëren als iets normaal. De meeste respondenten gaven echter aan dat ze negatieve reacties negeerden. In tegenstelling tot de bevindingen van Cockrill en Nack (2013, p. 982) waren er geen vrouwen die hun keuze rationaliseerden om zelfstigma tegen te gaan, mogelijk omdat deze specifieke groep niet werd bereikt in dit onderzoek.

Opvallend is dat hoewel er relatief weinig persoonlijke ervaringen met stigma werden gerapporteerd, de meeste vrouwen wel stigma anticipeerden. Als reactie op deze verwachte stigmatisering, kozen de meesten ervoor om hun abortus geheel of gedeeltelijk geheim te houden. Zoals ook blijkt uit onderzoek van Astbury-Ward et al. (2012, p. 3141) en Major en Gramzow (1999, p. 741) deden ze dit uit vrees voor afkeuring en gebrek aan ondersteuning. Deze geheimhouding kon leiden tot een gebrek aan sociale steun, zoals aangehaald door één respondent en bevestigd door Cockrill en Nack (2013, p. 984). De meerderheid van de respondenten benadrukte het belang van sociale steun bij de verwerking, wat overeenkomt met de bevindingen van Major en Gramzow (1999, p. 736). Tegelijkertijd voelden veel vrouwen de noodzaak om hun abortus te verantwoorden, wat volgens Astbury-Ward et al. (2012, pp. 3142-3143) voortvloeit uit een gevoel van subtiele veroordeling. Deze ervaring werd door verschillende respondenten bevestigd.



De resultaten bevestigen dat vrouwen zich bewust zijn van de negatieve maatschappelijke opvattingen rond abortus (Cockrill & Nack, 2013, p. 973). Door dit bewustzijn anticiperen ze op afwijzende reacties van anderen. Dit onderzoek vindt ook de mechanismen terug die volgens de literatuur abortusstigma bestendigen. Zo bestaat het stereotiepe beeld van een domme tiener of kwetsbare vrouw die een abortus ondergaat nog steeds (Dedrie, 2016, p. 370). Respondenten herkenden dit beeld aanvankelijk, maar hun perspectief veranderde door hun eigen ervaring en confrontatie met anderen in dezelfde situatie. Kumar et al. (2009, pp. 630-631) geven aan dat publieke beeldvorming en taalgebruik een belangrijke rol spelen in de negatieve perceptie rond abortus. Dedrie (2016, p. 370) wijst op de beladen term 'abortus plegen' die volgens respondenten nog steeds gangbaar is. Opvallend is dat er nauwelijks wetenschappelijke literatuur bestaat over het gebruik en de impact van dit criminaliserende taalgebruik. Bovendien merkten de respondenten op dat de menselijke afbeelding van een foetus de publieke opinie beïnvloedt. Deze personificatie van de foetus draagt volgens Norris et al. (2011, p. s51) bij aan het stigma.

Ook overheidsbeleid en wetgeving versterken het stigma, zoals Kumar et al. (2009, p. 631) argumenteren. In België classificeert de wet abortus buiten bepaalde voorwaarden als misdrijf, wat stigmatiserende effecten heeft (Dedrie, 2016, p. 370). Volgens de respondenten draagt ook het herhaaldelijk wegstemmen van wetsvoorstellen ter versoepeling van de abortuswet bij aan deze stigmatisering (Michiels, 2024, para. 4). Zij suggereerden dat mannelijke politici mogelijk minder begrip hebben voor de problematiek, wat aansluit bij de bevindingen van Norrander en Wilcox (1999, p. 716) dat vrouwelijke parlementsleden vaker voor een liberaler abortusbeleid stemmen. Ten slotte belichtten enkele vrouwen de maatschappelijke verwachting dat zwangere vrouwen altijd hun zwangerschap uitdragen. Dedrie (2016, p. 370) wijst op de heersende aanname dat iedereen kinderen wil en elke zwangerschap een cadeau is. Dit sluit aan bij de pronatalistische ideologie die de samenleving domineert en die kritische reflectie over zwangerschap en moederschap bemoeilijkt (Gimenez, 2018, p. 162).



6. Conclusie en aanbevelingen

6.1. Conclusie

Dit onderzoek richt zich op het abortusstigma in Vlaanderen en de impact hiervan op vrouwen. Hoewel abortus in België sinds 1990 is toegestaan onder wettelijk bepaalde voorwaarden, blijft er een maatschappelijke stigmatisering bestaan (Celis & Coene, 2015, p. 9; Hanschmidt et al., 2016, p. 171). Deze stigmatisering is diepgeworteld in sociale, religieuze en morele overtuigingen, en wordt verspreid door verschillende bronnen (Hanschmidt et al., 2016, p. 171; Kumar et al., 2009, pp. 625-626). Naast het feit dat abortusstigma de veiligheid en kwaliteit van abortuszorg belemmert, schaadt het ook het psychologische en emotionele welzijn van vrouwen (Hanschmidt et al., 2016, p. 176; Sorhaindo & Lavelanet, 2022, p. 2). Bovendien is er een kennishiaat op dit gebied, aangezien abortusstigma onvoldoende theoretisch is uitgewerkt en nauwelijks empirisch is onderzocht (Hanschmidt et al., 2016, p. 175; Kumar et al., 2009, p. 633). Millar (2020, p. 3) benadrukt eveneens dat er weinig bewijs is over de effecten van stigmatisering op vrouwen die een abortus hebben ondergaan. Dit onderzoek beoogt deze kenniskloof te verkleinen door de ervaringen van Vlaamse vrouwen met het abortusstigma in kaart te brengen en te analyseren.

De relevantie van het onderzoek toont zich in het zichtbaar maken van de emotionele last die vrouwen dragen en in de bijdrage aan het doorbreken van maatschappelijke taboes rondom abortus. Deze studie biedt inzicht in factoren die het stigma in stand houden, en benadrukt waar verandering nodig is. De maatschappelijke waarde strekt zich tot het creëren van een ruimte waarin vrouwen zich gesteund en begrepen voelen bij hun reproductieve beslissingen. Hiermee bevordert het onderzoek respect voor individuele keuzevrijheid en erkenning van de emotionele complexiteit. Binnen het bredere veld van reproductieve gezondheid en feministische studies onderscheidt dit onderzoek zich door de focus op de Vlaamse context. Deze invalshoek vult het bestaande internationale onderzoek aan met inzichten uit een tot nu toe onderbelicht perspectief.

Door voort te bouwen op reeds bestaand onderzoek, draagt deze studie bij aan de verdieping van de kennis over hoe abortusstigma functioneert in verschillende contexten. Waar eerder onderzoek zich voornamelijk richtte op contexten met religieuze invloeden of juridische beperkingen, belicht dit onderzoek hoe stigma blijft bestaan in een relatief progressieve omgeving als Vlaanderen.



Voor dit onderzoek bleek een kwalitatieve benadering via diepte-interviews bijzonder geschikt om de persoonlijke ervaringen met abortusstigma in kaart te brengen. Deze methode maakte het mogelijk om de belevings- en ervaringsaspecten van respondenten te exploreren (Beyens et al., 2017, p. 194). De één-op-één interactie tijdens de interviews creëerde een veilige ruimte waarin vrouwen hun gevoelige en persoonlijke verhalen konden delen. Dit vormde een sterkte in het onderzoeksproces en leidde tot rijke data. De dataverzameling bracht ook uitdagingen met zich mee. De werving van respondenten verliep aanvankelijk moeizamer dan verwacht, vermoedelijk door de gevoeligheid van het onderwerp. Bij toekomstig onderzoek zou een langere voorbereidingsperiode voor respondentenverwerving de diversiteit van perspectieven kunnen verhogen. Het opbouwen van relaties met abortuscentra en hulpverleningsorganisaties zou de toegang tot potentiële respondenten vergemakkelijken. Dergelijke samenwerking zou vrouwen die zelfstigma ervaren kunnen motiveren om hun verhaal te delen.

De centrale resultaten belichten hoe het abortusstigma zich manifesteert bij vrouwen in Vlaanderen en welke impact dit heeft. Als antwoord op de onderzoeksvraag toont dit onderzoek dat abortusstigma weldegelijk sporen nalaat in zowel het psychologisch welzijn als de sociale relaties van vrouwen. Op vlak van psychologisch welzijn kon stigma ervoor zorgen dat vrouwen gevoelens van schuld, schaamte en zelfverwijt ervoeren. Deze gevoelens bleken voornamelijk tijdelijk van aard en beperkten zich tot het moment van de stigmatisering zelf. Op vlak van sociale relaties kon stigma bestaande banden negatief beïnvloeden, wat soms leidde tot het verbreken of beschadigen van contacten.

Vrouwen ontwikkelden diverse copingmechanismen om met het stigma om te gaan. Slechts enkele vrouwen kozen ervoor om de confrontatie aan te gaan met mensen die negatieve oordelen verspreidden. De meerderheid negeerde dergelijke uitingen en ging er niet op in. Door het geanticipeerd stigma hielden velen dan ook hun abortus geheel of gedeeltelijk geheim voor anderen, in een poging stigmatisering volledig te vermijden. Naast geheimhouding voelden veel vrouwen de noodzaak zich te verdedigen tegen stereotiepe beeldvorming rond abortus. Een opvallende bevinding is de discrepantie tussen verwachte en daadwerkelijke stigmatisering. In werkelijkheid kwamen vrouwen namelijk minder in contact met stigma dan ze vooraf vreesden.

De maatschappelijke houding ten opzichte van abortus kan positiever worden beïnvloed door de onderliggende mechanismen die het stigma in stand houden aan te pakken. Dit onderzoek



identificeert maatschappelijke beeldvorming, stereotiepe percepties over vrouwen die een abortus ondergaan en criminaliserend taalgebruik als factoren die een negatief en stigmatiserend beeld rond abortus creëren. Bovendien bemoeilijken het politieke discours over de versoepeling van de abortuswet en maatschappelijke verwachtingen rondom zwangerschap het voor vrouwen om hun keuzes vrij toe te lichten. Dit onderzoek suggereert dat interventies gericht op deze mechanismen mogelijk het geanticipeerd stigma kunnen verkleinen.

6.2. Aanbevelingen

De bevindingen van dit onderzoek wijzen op verschillende richtingen voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek en beleid. Op beleidsniveau is het belangrijk te investeren in bewustwordingscampagnes die stereotypen doorbreken, criminaliserend taalgebruik tegengaan en een genuanceerdere beeldvorming bevorderen. Ook het creëren van ruimte voor persoonlijke getuigenissen kan bijdragen aan een meer genormaliseerd beeld van abortus. Daarnaast is oordeelvrije communicatietraining voor zorgprofessionals essentieel.

Op wetenschappelijk vlak zou een diepgaande studie naar zelfstigmatisering bij vrouwen na een abortus waardevolle inzichten kunnen opleveren. Dergelijk onderzoek kan de langetermijneffecten van geïnternaliseerd stigma in kaart brengen en verklaren waarom sommige vrouwen worstelen met gevoelens van schaamte en schuld. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de onderliggende psychologische processen. Deze kennis is essentieel voor het ontwikkelen van effectieve interventies tegen zelfstigma.

Een tweede onderzoeksspoor betreft de discrepantie tussen verwacht en daadwerkelijk ervaren stigma. Een representatieve bevraging van de Vlaamse of Belgische bevolking over hun attitudes tegenover abortus zou kunnen onthullen in hoeverre het geanticipeerd stigma overeenkomt met de werkelijke maatschappelijke opvattingen. Deze inzichten zouden verklaren waarom vrouwen vaak meer negatieve reacties verwachten dan ze ervaren. Bovendien biedt het informatie over de huidige maatschappelijke acceptatie van abortus.



7. Bibliografie

Abrams, P. (2015). The Bad Mother: Stigma, Abortion and Surrogacy. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(2), 179-191. <https://doi.org/10.1111/jlme.12231>

Adamczyk, A., Chunrye, K., & Dillon, L. (2020). Examining Public Opinion about Abortion: A Mixed-Methods Systematic Review of Research over the Last 15 Years. *Sociological Inquiry*, 90(4), 920-954. <https://doi.org/10.1111/soin.12351>

Adamczyk, A., Suh, B., & Lerner, L. (2024). Analysis of the relationship between religion, abortion, and assisted reproductive technology: Insights into cross-national public opinion. *Social Science Research*, 120, 1-22, <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2024.103012>

Annas, G. J. (2010). *Worst Case Bioethics: Death, Disaster, and Public Health*. Oxford University Press.

Astbury-Ward, E., Parry, O., & Carnwell, R. (2012). Stigma, Abortion, and Disclosure—Findings from a Qualitative Study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3137-3147. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x>

Bank, A., & Eftekhari, M. (2020). Abortion: a dilemma in Medical ethics. *Archives of Pharmacy Practice*, 11(S4), 91-94. <https://archivepp.com/storage/models/article/H3oiO4sDGhJR9X9rwk42zrbky4PzORIYBUhx3sukyCRIwaBNptaAwn7TCp4/abortion-a-dilemma-in-medical-ethics.pdf>

Bauwens, P. (1 maart 2023). 10 jaar paus Franciscus: progressief, conservatief of revolutionair?. *Doorbraak*. <https://doorbraak.be/10-jaar-paus-franciscus-progressief-conservatief-of-revolutionair>

Beyens, K., Kennes, P., & Tournel, H. (2017). Mijnwerkers of ontdekkingsreizigers? Het kwalitatieve interview. In T. Decorte en D. Zaitch (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 187-222). Acco



- Bosmans, G. (30 september 2024). Paus noemt dokters die abortus uitvoeren "huurmoordenaars" bij terugkeer naar Rome. *VRT NWS*. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/09/30/paus-noemt-dokters-die-abortus-uitvoeren-huurmoordenaars-wanne/>
- Clark, C. S., Paluck, E. L., Westwood, S. J., Sen, M., Malhorta, N., & Jessee, S. (2024). Effects of a US Supreme Court ruling to restrict abortion rights. *Nature Human Behaviour*, *8*, 63-72. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01708-4>
- Celis, K., & Coene, G. (2015). Nog altijd een vrouwenrecht? Belgische voor- en tegenstanders van abortus 25 jaar na de wet. *Brood & Rozen*, *20*(4), 4-25. <https://doi.org/10.21825/br.v20i4.7947>
- Cockrill, K., & Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, *34*(12), 973-990. <https://doi.org/10.1080/01639625.2013.800423>
- Cook, R. J., Cusack, S., & Dickens, B. M. (2010). Unethical female stereotyping in reproductive health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *109*(3), 255-258. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.02.002>
- Davis, M. F. (2022). The state of abortion rights in the US. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, *159*, 324-329. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14392>
- Decorte, T. (2017). Kwalitatieve data-analyse. In T. Decorte en D. Zaitch (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 463-512). Acco
- Dedrie, F. (2016). Het taboe op abortus gezien vanuit de praktijk van de abortuscentra. *Ethische Perspectieven*, *26*(4), 370-373. <https://doi.org/10.2143/EPN.26.4.3191682>
- de Goei, L., Plooy, A., & van Weeghel, J. (2006). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/docs/af0646-ben-ik-goed-in-beeld.pdf>



deMens.nu. (28 september 2021). LUNA wil abortus bespreekbaar maken. *deMens.nu*.
<https://demens.nu/2021/09/28/luna-wil-abortus-bespreekbaar-maken/>

deMens.nu. (n.d.-a). *Abortus - Vrijwillige zwangerschapsafbreking*. deMens.nu.
<https://demens.nu/abortus-2/>

deMens.nu. (n.d.-b). *Compagnon - Toegang tot abortus na 12 weken*. deMens.nu.
<https://demens.nu/compagnon/>

Descheemaeker, K. (2022). Dertig jaar abortuswetgeving in België. Verslag van het symposium op 28 oktober 2021 te Gent. *Brood & Rozen*, 27(3), 32-65.
<https://doi.org/10.21825/broodenrozen.90287>

Donegan, M. (13 november 2024). 'Your body, my choice': what misogynistic Trump supporters feel about sexual power. *The Guardian*.
<https://www.theguardian.com/commentisfree/2024/nov/13/your-body-my-choice-maga-men>

Donnay, F., Bregentzer, A., Leemans, P., Verougstraete, A., & Vekemans, M. (1993). Safe Abortions in an Illegal Context: Perceptions from Service Providers in Belgium. *Studies in Family Planning*, 24(3), 150-162. <https://doi.org/10.2307/2939230>

Egmonts, P., Englert, Y., Hiele, M., Jacquemyn, Y., Roegiers, L., Roelens, K., & Verougstraete, A. (2023). *Studie en evaluatie van de abortuswet en -praktijk in België*. Vlaams Interuniversitaire Raad. https://vlir.be/wp-content/uploads/2023/03/230411-Abortion-law-and-practice-in-Belgium-uitgebreid-rapport_NL.pdf

Elliott, G. C., Ziegler, H. L., Altman, B. M., & Scott, D. R. (1982). Understanding Stigma: Dimensions of Deviance and Coping. *Deviant Behavior*, 3(3), 275-300.
<https://doi.org/10.1080/01639625.1982.9967590>

Fan, J. (2017). The Embodiment and Development of Feminism in English and American Literature. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 123, 1745-1750. <https://doi.org/10.2991/icesame-17.2017.371>



Fara. (n.d.-a). *Lotgenotencontact abortusverwerking*. Fara.
<https://www.fara.be/zwangerschapsverlies/abortusverwerking/lotgenotencontact-abortusverwerking>

Fara. (n.d.-b). *Wie kan mij helpen verwerken na mijn zwangerschapsafbreking?* Fara.
<https://www.fara.be/zwangerschapsverlies/afbreking-om-medische-redenen/wie-kan-mij-helpen-verwerken-na-mijn>

Fathalla, M. F. (2020). Safe abortion: The public health rationale. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3, 2-12.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010>

Frost, D. M. (2011). Social Stigma and its Consequences for the Socially Stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824-839.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00394.x>

GACEHPA. (n.d.). *À propos de nous*. GACEHPA. https://www.gacehpa.be/?page_id=48

García, S. G., Tatum, C., Becker, D., Swanson, K. A., Lockwood, K., & Ellertson, C. (2004). Policy Implications of a National Public Opinion Survey on Abortion in Mexico. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 65-74. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)24003-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)24003-4)

Gimenez, M. E. (2018). Feminism, Pronatalism, and Motherhood. In M. E. Gimenez (Ed.), *Marx, Women, and Capitalist Social Reproduction* (pp. 159-187). Brill.
https://doi.org/10.1163/9789004291560_009

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster Inc.

Groen. (2024). *Verkiezingsprogramma*. [Brochure].
https://assets.nationbuilder.com/groen/pages/16938/attachments/original/1710591090/Programma_Groen.pdf?1710591090



Grommen, S., & Arnoudt, R. (27 september 2024). Freya Van den Bossche (Vooruit) diep ontgoocheld nu modernisering abortuswetgeving is weggestemd: "Besef dat mensen aan ons twijfelen". *VRT NWS*. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/09/27/vooruit-boegbeeld-freya-van-den-bossche-diep-ontgoocheld-nu-mode/>

Haché, E., & Kanmaz, M. ((6 april) 2020). *30 jaar abortuswet – De vergeten rol van feministen*. *Furia*. <https://www.furiavzw.be/standpunt-thema-artikel/30-jaar-abortuswet---de-vergeten-rol-van-feministen>

Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(4), 169- 177. <https://doi.org/10.1363/48e8516>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2024a). *Bijlage Jaarrapportage 2023 Wet afbreking zwangerschap* (Wafz). <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/rapporten/2024/11/06/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2023/Bijlage+Jaarrapportage+2023+Wet+afbreking+zwangerschap+%28Wafz%29.pdf>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2024b). *Jaarrapportage 2023 Wet afbreking zwangerschap* (Wafz). <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/rapporten/2024/11/06/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2023/Jaarrapportage+Wet+afbreking+zwangerschap+%28Wafz%29+2023.pdf>

Jaffe, S. (2024). Harris or Trump? Health in the US election. *The Lancet*, 404(10464), 1715-1718. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02413-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02413-9)

Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>

Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187-208. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187>



- LeBel, T. B. (2008). Perceptions of and Responses to Stigma. *Sociology Compass*, 2(2), 409-432. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00081.x>
- Lindgren, Y. (2022). Dobbs v. Jackson Women's Health and the Post-Roe Landscape. *Journal of the American Academy of Matrimonial Lawyers*, 35, 235-283. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4240017>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>
- Lopez, R. (2012). Perspectives on Abortion: Pro-Choice, Pro-Life, and What Lies in between. *European Journal of Social Sciences*, 27(4), 511-517. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=bbdcb17b6616460d58ecb0efab1e31da8507329a>
- LUNA. (n.d.-a). *Cijfers & feiten over abortus*. LUNA. <https://abortus.be/over-ons/cijfers-feiten/>
- LUNA. (n.d.-b). *Psychosociale nazorg*. LUNA. <https://abortus.be/hoe-verloopt-een-abortus/psychosociale-nazorg/>
- Maesschalck, J. (2017). Methodologische kwaliteit in het kwalitatief onderzoek. In T. Decorte en D. Zaitch (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 132-160). Acco
- Major, B., & Gramzow, R. H. (1999). Abortion as Stigma: Cognitive and Emotional Implications of Concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 735-745. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.735>
- Markowitz, S. (1990). Abortion and Feminism. *Social Theory and Practice*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.5840/soctheorpract19901611>



- McCan, A., & Walker, A. S. (6 maart 2025). Tracking Abortion Bans Across the Country. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2024/us/abortion-laws-roe-v-wade.html>
- Mégret, F. (2013). Practices of Stigmatization. *Law and Contemporary Problems*, 76(3&4), 287-318.
<https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/lcp76&div=42&id=&page=>
- Michiels, C. (25 september 2024). "Abortus opnieuw deel van politiek spel": vrouwenrechtenorganisaties en centra ontgoocheld dat Vooruit en MR tegen nieuwe wet stemmen. *VRT NWS*. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/09/25/abortus-wet-weggestemd-vooruit-mr-parlement-luna-vrouwenraad/>
- Millar, E. (2020). Abortion stigma as a social process. *Women's Studies International Forum*, 78, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.102328>
- Mortelmans, D. (2017). Het kwalitatief onderzoeksdesign. In T. Decorte en D. Zaitch (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 82-130). Acco
- Nationale evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking. (2025). *Verslag ten behoeve van het Parlement 1 januari 2022 – 31 december 2023*. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/cie_vza_-_verslag_2022-2023_maart_2025.pdf
- Norrander, B., & Wilcox, C. (1999). Public Opinion and Policymaking in the States: The Case of Post-Roe Abortion Policy. *Policy Studies Journal*, 27(4), 707-722. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1999.tb01998.x>
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues*, 21(3S), S49-S54. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>



O'Mahen, P. N. (2024). Abortion access, public opinion, direct democracy, and state political institutions in the United States. *World Medical & Health Policy*, 16(4), 767-773. <https://doi.org/10.1002/wmh3.622>

Redactie. (24 september 2024). 'Duidelijk de bedoeling om Arizona als conservatieve mannenclub in de markt te zetten': na wegstemmen van versoepeling abortustermijn. *De Morgen*. <https://www.demorgen.be/nieuws/duidelijk-de-bedoeling-om-arizona-als-conservatieve-mannenclub-in-de-markt-te-zetten-na-wegstemmen-van-versoepeling-abortustermijn~b003c504/>

Rutgers. (22 maart 2022). Einde aan wettelijke bedenktijd van vijf dagen bij abortus nabij. *Rutgers*. <https://rutgers.nl/nieuws/mogelijk-einde-aan-wettelijke-bedenktijd-van-vijf-dagen-bij-abortus/>

Rye, B. J. & Underhill, A. (2020). Pro-choice and Pro-life Are Not Enough: An Investigation of Abortion Attitudes as a Function of Abortion Prototypes. *Sexuality & Culture*, 24, 1829-1851. <https://doi.org/10.1007/s12119-020-09723-7>

Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Saletan, W. (2003). *Bearing Right: How Conservatives Won the Abortion War*. University of California Press.

Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S., & Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6(1), s111-s125. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.594072>

Sorhaindo, A. M., & Lavelanet, A. F. (2022). Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. *Social Science & Medicine*, 311, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115271>



Stephens, M., Jordens, C. F. C., Kerridge, I. H., & Ankeny, R. A. (2010). Religious Perspectives on Abortion and a Secular Response. *Journal of Religion and Health*, 49, 513-535. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9273-7>

Strong, J., Coast, E., & Nandagiri, R. (2023). Abortion, Stigma, and Intersectionality. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Social Sciences and Global Public Health* (pp. 1579-1600). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25110-8_103

Sykes, G. M., & Matza, D. (1957). Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency. *American Sociological Review*, 22(6), 664-670. <https://doi.org/10.2307/2089195>

Vatican News. (29 september 2024). Pope on bombardment of Lebanon: Every disproportionate defense is immoral. *Vatican News*. <https://www.vaticannews.va/en/pope/news/2024-09/pope-francis-press-conference-plane-luxembourg-belgium.html>

Vekemans, M., & Dohmen, B. (1982). Induced Abortion in Belgium: Clinical Experience and Psychosocial Observations. *Studies in Family Planning*, 13(12), 355-364. <https://doi.org/10.2307/1966329>

Vooruit. (2024). *Verkiezingsprogramma 2024*. [Brochure].

Vossen, J. P. H., de Pooter, G. L., & Meier, P. (2022). Conceptualizing morality policy: a dyadic morality frame analysis of a gendered legislative debate on abortion. *Policy Sciences*, 55, 185-207. <https://doi.org/10.1007/s11077-022-09449-3>

Vrouwenraad. (n.d.). *Abortus*. Vrouwenraad. <https://vrouwenraad.be/trefwoord/abortus/>

Witte, E. (1990). Twintig jaar politieke strijd rond de abortuswetgeving in België (1970-1990). *Res Publica*, 32(4), 427-478. <https://doi.org/10.21825/rp.v32i4.19251>



8. Bijlagen

8.1. Data Management Plan

Datatype

Deze masterproef combineert bestaande en nieuwe databronnen. De bestaande data bestaan uit relevante literatuur over abortusstigma die is gebundeld in de literatuurstudie. Nieuwe data zijn verzameld via individuele semigestructureerde diepte-interviews.

Origine en aard van de data

De onderzoeksdata bestaan uit mondelinge informatie verkregen via semigestructureerd diepte-interviews met tien vrouwen in Vlaanderen die een abortus hebben ondergaan. Deze interviews werden online afgenomen via Microsoft Teams en met behulp van hetzelfde programma opgenomen en automatisch getranscribeerd. De initiële transcripten zijn vervolgens door mij nauwkeurig geverifieerd en aangevuld om de accuraatheid te waarborgen. Alles wat de respondent zei werd letterlijk uitgetypt om zo weinig mogelijk informatie verloren te laten gaan.

Voor de citaten die zijn opgenomen in het resultatenluik van de masterproef, heb ik minimale aanpassingen doorgevoerd om de leesbaarheid te bevorderen, zonder daarbij de toon van uitspraken te wijzigen. Deze aanpassingen betreffen voornamelijk het verwijderen van stopwoorden en herhalingen, en het corrigeren van grammaticale fouten. In gevallen waar contextuele verduidelijking nodig was, heb ik relevante woorden tussen vierkante haken toegevoegd.

Persoonlijke data

In kader van privacybescherming zijn alle identificeerbare persoonsgegevens in de onderzoeksdata aangepast. Om de menselijke dimensie van het onderzoek te behouden en de respondenten een herkenbare stem te geven, is ervoor gekozen om schuilnamen te gebruiken. Deze schuilnamen werden ofwel door de respondenten zelf gekozen, ofwel door mij toegekend. Bij het toekennen van de schuilnamen heb ik rekening gehouden met de leeftijdscategorie en culturele achtergrond van elke respondent. Daarnaast heb ik ervoor gezorgd dat de eerste letter van elke schuilnaam uniek was en niet overeenkwam met die van andere respondenten of mijn eigen naam. Dit was essentieel om verwarring te voorkomen in de transcripten, aangezien de eerste letter van de spreker gebruikt wordt om dialogische structuur aan te duiden. Andere persoonsnamen die tijdens de interviews aan bod kwamen, zijn eveneens vervangen door willekeurig gekozen pseudoniemen.

Verder vermeldden de respondenten niet veel persoonlijke data. Plaatsnamen van abortuscentra waren de enige locaties die zij aanhaalden en zijn in de data behouden, aangezien deze informatie niet direct kan leiden tot identificatie van de respondenten. Beroepen die relevant waren voor de contextualisering



van de onderzoeksresultaten zijn eveneens ongewijzigd gelaten wanneer deze niet konden leiden tot identificatie.

Dataopslag

De interviewopnames werden exclusief bewaard binnen de Microsoft Teams-omgeving, met een aanvullende back-up via de dictafoon-applicatie op mijn persoonlijke telefoon, zonder opslag in clouddiensten. De richtlijnen geven aan dat alle verzamelde data bewaard moeten worden tot aan de mondelinge verdediging. Nadien zullen de audio- en videobestanden permanent verwijderd worden van beide locaties. De enige data die gedeeld worden met de promotor, zijn de transcripten. Dit gebeurt via een gedeelde SharePoint-map. De respondenten zijn hiervan op de hoogte aangezien dit was opgenomen in het informed consent-document.

Hergebruik van verzamelde data

Alle verzamelde data worden uitsluitend gebruikt voor de doeleinden van dit onderzoek, zoals expliciet vermeld in het informed consent-document dat door alle respondenten is gelezen en goedgekeurd. Er zijn geen plannen voor toekomstig hergebruik van de data in andere onderzoekscontexten. Met drie respondenten is er na afronding van het onderzoek nog vervolgcontact voorzien, uitsluitend omdat zij hebben verzocht om een exemplaar van de afgeronde masterproef te mogen lezen. Dit heeft echter geen invloed op de vertrouwelijkheid van de verzamelde gegevens.



Informed consent

Beste deelnemer

Graag nodig ik u uit deel te nemen aan een interview, uitgevoerd in het kader van mijn masterproef binnen de opleiding Criminologische Wetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel. Het interview zal ongeveer één uur in beslag nemen en kadert in een onderzoek dat ik momenteel voer naar de impact van de stigmatisering van abortus in Vlaanderen.

De volgende garanties worden verzekerd bij deelname aan het onderzoek:

- Uw anonimiteit wordt gewaarborgd. Uw antwoorden en gegevens worden onder geen enkel beding gedeeld met derden of onbevoegden, met uitzondering van de betrokken promotor aan de Vrije Universiteit Brussel.
- U kunt op elk gegeven moment weigeren een vraag te beantwoorden of vragen om uw deelname te stoppen. Ook kan u binnen de 24u na het afnemen van het interview, verzoeken uw deelname en/of antwoorden te wijzigen of in te trekken.
- Tijdens uw deelname aan het onderzoek zal u onder geen enkele omstandigheid geconfronteerd worden met opzettelijke misleiding, aanstootgevend materiaal of ongemakken. U bent te allen tijde vrij om aan te geven als u iets als ongepast ervaart en bent vrij een antwoord te weigeren.

De data die worden verzameld:

- Zullen enkel gebruikt worden voor de onderzoeksdoeleinden.
- Worden vertrouwelijk en anoniem behandeld. Er wordt gebruik gemaakt van pseudonimisering (schuilnaam).

Mochten er nog zaken zijn die u graag had toegevoegd aan deze informed consent, bent u vrij om deze, voor u tekent voor akkoord, door te geven zodat ik deze kan toevoegen.

In de hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben, wil ik u alvast bedanken voor de interesse en deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groet
Julie Cuyx



- Bij deze verklaar ik dat ik duidelijk ben ingelicht over het doel van dit onderzoek.
- Bij deze verklaar ik dat ik weet wat het belang van mijn deelname is aan het onderzoek en dat ik kennis heb genomen van mijn rol in het onderzoek.
- Mijn deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig.
- Als deelnemer heb ik kennis genomen van het recht om mijn deelname te kunnen weigeren of het kunnen weigeren van een antwoord op bepaalde vragen. Ik kan als deelnemer te allen tijde zelf bepalen wanneer ik het interview wil afbreken.
- Ik zal in het onderzoek te allen tijde anoniem blijven en mijn echte naam zal nergens vermeld worden.
- Ik ga akkoord dat het interview zal worden opgenomen. De opnames worden zo snel mogelijk getranscribeerd. De verzamelde data worden na de mondelinge verdediging van de student verwijderd van de laptop/smartphone.
- Mijn persoonsgegevens worden niet aan derden doorgegeven of ingekeken tenzij met mijn uitdrukkelijke toestemming.

Ik begrijp bovengenoemde zaken en teken bij deze voor mijn deelname aan het onderzoek.

Gelezen en goedgekeurd te (plaats) op (datum).

Naam + handtekening student

Naam + handtekening respondent

Schuilnaam respondent (je mag deze zelf kiezen, indien je hier niets invult zal ik een willekeurige naam gebruiken)



8.3. Topiclijst interviews

Introductie en motivatie

Wat sprak je aan om deel te nemen aan dit interview?

- Eventuele demografische informatie

Persoonlijke ervaring en besluitvorming

Kun je me vertellen over je ervaring met abortus en hoe je tot deze beslissing bent gekomen?

- Autonomie in besluitvorming
- Betrokkenheid anderen bij besluit
- Persoonlijke overtuiging rondom abortus
- Eventuele verandering in opvatting voor en na de ervaring

Sociale reacties en impact

Hoe heeft jouw omgeving gereageerd op jouw keuze en hoe heb je dat ervaren?

- Bekendmaking aan en reacties van naasten (familie, vrienden, partner)
- Verwachtingen en werkelijke reacties
- Emotionele impact van sociale reacties
- Delen of niet delen

Ervaringen met stigmatisering

Welke ervaring(en) heb je gehad met de stigmatisering rond abortus? Op welke manier?

- Verschillende vormen van stigma (persoonlijk, medisch, maatschappelijk...)
- Concrete voorbeelden van stigmatisering
- Emotionele en psychologische impact van stigmatisering
- Copingmechanismen

Maatschappelijke houding

Hoe zou je de algemene houding van de samenleving ten opzichte van abortus beschrijven?

- Perceptie van taalgebruik rond abortus (abortus plegen)
- Invloed stigma op besluitvorming bij abortus
- Bekendheid met positieve of ondersteunende initiatieven

Toekomstperspectief

Wat zou volgens jou kunnen helpen om het stigma rond abortus te verminderen?

- Ideeën voor bewustwording en educatie