



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2012-2013

ONDERZOEK NAAR DE INCIDENTIE VAN ONGEPLANDE ZWANGERSCHAP IN
VLAANDEREN

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master of Science in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Door Sylvie De Baere

Promotor: Dr. Ilse Delbaere

Co-promotor: Prof. Dr. An De Sutter

Begeleider: Joline Goossens

Abstract

Probleemstelling en doelstelling: Ongeplande zwangerschappen kennen een hoge prevalentie en leiden tot negatieve gevolgen op zowel maternaal, neonataal en sociaal-economisch vlak. De huidige prevalentie in West-Europese landen is onvoldoende gekend. In de Verenigde Staten is 49% van de zwangerschappen ongepland. Het doel van deze masterproef is om de incidentie van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen na te gaan samen met enkele preconceptionele karakteristieken en gedragingen.

Methode van het onderzoek: Er werd gebruik gemaakt van een vertaalde vragenlijst volgens Barrett et al. (2004) waarbij de zwangerschapsintentie op een onrechtstreekse manier nagegaan wordt. Zo worden sociaal wenselijke antwoorden vermeden. Van deze vragen werd eerst de betrouwbaarheid nagegaan aan de hand van een pre- en posttest. De vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ wordt in verschillende prenatale centra verspreid. Hiernaast wordt een checklist verspreid in alle Vlaamse abortuscentra.

Resultaten: Uit de resultaten van de vragenlijst (n=49) blijkt dat 32,7% van de zwangerschappen als ongepland gedefinieerd kan worden. In Vlaamse abortuscentra blijkt 95,8% van de zwangerschappen (n=807) ongepland.

Conclusies: Verder onderzoek naar de incidentie van ongeplande zwangerschap is noodzakelijk gezien de beperkte steekproefgrootte. Het verder uitbreiden van preconceptionezorg en het systematisch opstellen en bespreken van een Reproductive Life Plan kan het aantal ongeplande zwangerschappen reduceren en de gezondheid van moeder en kind optimaliseren.

Trefwoorden: Abortus, incidentie, geplande zwangerschap, onbedoelde zwangerschap, ongeplande zwangerschap, ongewenste zwangerschap, verkeerd getimed zwangerschap.

Aantal woorden masterproef: 12.027 (exclusief bijlagen en bibliografie)

Inhoudstafel

Abstract.....	I
Inhoudstafel	II
Woord vooraf.....	V
Inleiding.....	1
1. Literatuuronderzoek.....	3
1.1 Verklaring van enkele begrippen	3
1.2 Huidige prevalentiecijfers	5
1.3 Profiel van vrouwen met een ongeplande zwangerschap	6
1.4 Gevolgen van een ongeplande zwangerschap.....	9
1.4.1 Maternale gevolgen	9
Het verloop van de zwangerschap	9
Ongezond gedrag.....	11
Inname van vitaminen en foliumzuur	13
Prenatale zorg	13
Psychologisch welzijn	14
Borstvoeding.....	15
1.4.2 Neonatale gevolgen.....	16
1.4.3 Economische gevolgen.....	17
1.5 Preconceptiezorg en Reproductive Life Plan.....	18
1.6 Probleem- en doelstelling	23
2. Methodologie.....	24
2.1 Onderzoeksdesign	24
2.2 Steekproef	24
2.2.1 Setting.....	24
2.2.2 Inclusie- en exclusiecriteria.....	25
2.3 Meetinstrument	25
2.3.1 Vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’	25
Beschrijving.....	25
Betrouwbaarheid (test-hertest)	26

2.3.2 Checklist Abortuscentra	26
2.4 Procedure	27
2.4.1 Vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’	27
2.4.2 Checklist Abortuscentra	27
2.5 Data-analyse.....	28
2.5.1 Vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’	28
2.5.2 Checklist Abortuscentra	29
3. Resultaten	30
3.1 Betrouwbaarheid vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’	30
3.2 Karakteristieken van de participanten.....	31
3.3 Voorbereidingen ten aanzien van de huidige zwangerschap	33
3.3.1 Informatie over de zwangerschap	33
3.3.2 Gebruik vitamines en foliumzuur vóór de zwangerschap	34
3.4 Incidentie van ongeplande zwangerschap.....	35
3.4.1 Vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’	35
3.4.2 Checklist abortuscentra	37
3.5 Karakteristieken ten aanzien van de huidige zwangerschap in relatie met de zwangerschapsplanning	38
3.6 Gedragingen ten aanzien van de huidige zwangerschap in relatie met de zwangerschapsplanning	41
4. Discussie.....	42
5 Conclusie	48
Literatuurlijst	50
Bijlagen.....	57
Bijlage 1: Reproductive Life Plan.....	58
Bijlage 2: Kaartje met inclusiecriteria	59
Bijlage 3: Vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’	60
Bijlage 4: Checklist abortuscentra	78
Bijlage 5: Informatiebrief prenatale centra	79
Bijlage 6: Informatiebrief prenatale centra pilootstudie	81

Bijlage 7: Begeleidende informatiebrief voor de participanten.....	83
Bijlage 8: Informed consent.....	86
Bijlage 9: Overzicht verspreide vragenlijsten per prenataal centrum.....	90
Bijlage 10: Nieuwsbrief 1 (18 maart 2013).....	91
Bijlage 11: Nieuwsbrief 2 (1 mei 2013).....	92
Bijlage 12: Nieuwsbrief 3 (1 augustus 2013).....	93
Bijlage 13: Informatiebrief abortuscentra.....	94
Bijlage 14: Overzicht aantal checklists per abortuscentrum.....	96
Bijlage 15: Score volgens Barrett et al. (2004).....	97
Bijlage 16: Interpretatie van Kappa volgens Landis & Koch.....	99

Lijst van tabellen

Tabel 1: Betrouwbaarheid (Kappa-coëfficiënt).....	30
Tabel 2: Demografische gegevens.....	31
Tabel 3: Leeftijd van de participanten.....	33
Tabel 4: Informatie opgezocht vóór de zwangerschap.....	34
Tabel 5: Informatie gekregen rond preconceptionele gezondheid en zorg.....	34
Tabel 6: Inname vitamines en foliumzuur vóór de zwangerschap.....	34
Tabel 7: Vragen volgens Barrett et al. (2004).....	35
Tabel 8: De mate van zwangerschapsplanning (vragenlijst preconceptionele gezondheid en zorg).....	36
Tabel 9: De mate van zwangerschapsplanning weergegeven in twee groepen.....	37
Tabel 10: De mate van zwangerschapsplanning (checklist abortuscentra).....	37
Tabel 11: Demografische gegevens in relatie tot de zwangerschapsplanning.....	38
Tabel 12: Verschil in leeftijd naargelang de zwangerschapsplanning (n=49).....	39
Tabel 13: Rookgedrag (n=49) en alcoholgebruik (n=49) in relatie tot de zwangerschapsplanning.....	40
Tabel 14: Opzoeken van informatie (n=49) en innemen van foliumzuur (n=48) en vitamines (n=48) vóór de zwangerschap in functie van de zwangerschapsplanning	41

Woord vooraf

Deze masterproef is de grootste opdracht die ik doorheen mijn hele carrière heb gerealiseerd. Het schrijven van de thesis vergde ontzettend veel tijd en energie van me. In dit woord vooraf wil ik mij richten tot enkele personen die doorheen de masterproef heel erg belangrijk zijn geweest voor me.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor, Dr. Ilse Delbaere, en co-promotor, Prof. Dr. An De Sutter, bedanken voor de nauwe opvolging van deze studie en de regelmatige feedback. Graag had ik ook mijn begeleidster, Joline Goossens, bedankt voor de vele concrete informatie en tips die ze me gaf om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

Hiernaast wil ik de deelnemende prenatale centra, het wijkgezondheidscentrum, de huisartsenpraktijk, de zelfstandige vroedvrouw en alle abortuscentra bedanken voor de bereidwilligheid om deel te nemen aan de studie. Ik wil in het bijzonder de hulpverleners en vroedvrouwen bedanken die de vragenlijsten uitdeelden, de checklists invulden en ook alle vrouwen die een vragenlijst hebben ingevuld.

Ook mijn lieve collega's verdienen een 'dank je wel' voor de vele morele steun die ze me gaven, ook tijdens moeilijke en stresserende momenten.

Ik wil ook mijn man, mijn broer en mijn ouders bedanken omdat het mede door hen mogelijk was om deze studies te volgen. Ik kon altijd op hen rekenen en zij zorgden met hart en ziel voor onze twee schatten van dochters!

Aan mijn meisjes Ella en Esmée: ik hoop dat jullie geen afkeer gekregen hebben van 'studeren'. Jullie zullen zien: mama zal slimmer geworden zijn!

Sylvie

Inleiding

De laatste decennia is er wereldwijd een groeiende aandacht voor preconceptionele zorg (Freda, Moos, & Curtis, 2006). Preconceptiezorg richt zich tot vrouwen in de reproductieve levensfase en heeft als doel de gezondheid te optimaliseren om zowel de maternale als de neonatale zwangerschapsoutcome te verbeteren (Atrash, Jack, & Johnson, 2008). In vergelijking met geplande zwangerschappen ontstaan ongeplande zwangerschappen in minder optimale omstandigheden. Vrouwen met een ongeplande zwangerschap nemen minder voorbereidende maatregelen ter bevordering van de prenatale gezondheid (Cheng, Schwarz, Douglas, & Horon, 2009; Karaçam, Önel, & Gerçek, 2009). Een niet geplande zwangerschap kan hierdoor een negatieve impact hebben op het maternaal en het neonataal welzijn (Karaçam, Sen, & Amanak, 2010; Shah et al., 2009; Yanikkerem, Ay, & Piro, 2012).

Een ongeplande zwangerschap kan op elk moment in het leven van een vrouw voorkomen en het treft alle lagen van de bevolking. De incidentie van ongeplande zwangerschap is één van de meest essentiële gezondheidstoestandindicatoren op het gebied van reproductieve gezondheid. In de Verenigde Staten was in 2006 bijna de helft van alle zwangerschappen (49%) ongepland (Finer & Zolna, 2011). Het aandeel ongeplande zwangerschappen in Vlaanderen is onvoldoende gekend, wat zorgt voor tekorten in de gezondheidszorg. Het doel van deze masterproef is om zicht te krijgen op de incidentie van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen en de factoren die hiermee geassocieerd zijn. Op die manier kunnen aanbevelingen geformuleerd worden voor gezondheidswerkers die instaan voor het optimaliseren van de gezondheid zowel prenataal, perinataal als postnataal. Het opstellen van een Reproductive Life Plan¹ kan hierbij aanzien worden als een tool om het aantal ongeplande zwangerschappen te reduceren (Moos, 2006; Stern, Larsson, Kristiansson, & Tydén, 2013).

¹ Een Reproductive Life Plan reflecteert de intenties van een individu ten aanzien van de timing, spreiding en frequentie van toekomstige zwangerschap(en) binnen de context van zijn/haar persoonlijke waarden en levensdoelen (Lu, 2007).

Deze masterproef kadert in een Europees project (Prepreg) rond preconceptiezorg. Het doel van dit internationaal netwerk is het stimuleren van gezondheidsbevorderend gedrag in relatie tot de zwangerschapsplanning. De deelnemende landen zijn België, Nederland, Zweden, Denemarken, Groot-Brittannië, Frankrijk, Italië, Letland en Oekraïne (Tydén, 2013).

Eerst en vooral worden, aan de hand van een literatuurstudie, de verschillende begripsomschrijvingen omtrent ongeplande zwangerschap verhelderd. Ook de huidige prevalentiecijfers van ongeplande zwangerschappen worden toegelicht. Vervolgens wordt een profiel geschetst van vrouwen bij wie een ongeplande zwangerschap het meest voorkomt. Op die manier kunnen risicogroepen geformuleerd worden. Hierna worden de gevolgen van een ongeplande zwangerschap uitvoerig besproken. Deze situeren zich zowel op maternaal als neonataal vlak en ook het economisch aspect wordt niet buiten beschouwing gelaten. Binnen de literatuurstudie wordt ook aandacht besteed aan preconceptiezorg en het daarbijhorende Reproductive Life Plan.

In deze masterproef wordt de incidentie van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen nagegaan aan de hand van een vragenlijst 'preconceptionele gezondheid en zorg'. Er worden ook enkele socio-demografische variabelen geregistreerd met betrekking tot de levensstijl zoals opleiding, woonsituatie, rookgedrag, alcoholgebruik en de inname van vitaminen en foliumzuur. Hiernaast werd ook een checklist verspreid in alle Vlaamse abortuscentra. Deze cijfers worden meegenomen in deze masterproef aangezien dit een niet te onderschatten gevolg is van een ongeplande zwangerschap. Vervolgens worden de resultaten bediscussieerd. Hierbij wordt ruimte gelaten voor de bespreking van sterktes en zwaktes van deze masterproef en worden aanbevelingen geformuleerd voor verder onderzoek. Tot slot worden eveneens aanbevelingen geformuleerd naar gezondheidswerkers toe. Deze zijn voornamelijk gericht op het uitbreiden en verbeteren van de toegang tot preconceptiezorg en het ontwikkelen, opstellen en integreren van een Reproductive Life Plan. Om te eindigen worden als conclusie de belangrijkste bevindingen binnen deze masterproef in een notendop beschreven.

1. Literatuuronderzoek

Bij het uitvoeren van de literatuurstudie werden de databanken Web of Science, PubMed, Libhub en Cinahl grondig doorzocht. In deze databanken werd een zoekopdracht gecreëerd met de volgende zoektermen: unplanned pregnancy, unwanted pregnancy, mistimed pregnancy, unintended pregnancy, pregnancy intention, reproductive life planning en preconception care. Voor deze literatuurstudie werden artikels weerhouden met een publicatiedatum vanaf 2003, waarvan een fulltext beschikbaar was en die in het Nederlands, het Frans of het Engels beschikbaar waren. Ook de sneeuwbal methode werd toegepast. Uiteindelijk werden 60 artikels weerhouden voor deze literatuurstudie.

1.1 Verklaring van enkele begrippen

In de literatuur worden verschillende termen gehanteerd voor min of meer hetzelfde fenomeen. De concepten ‘geplande zwangerschap’, ‘onbedoelde zwangerschap’, ‘ongewenste zwangerschap’, ‘verkeerd getimedede zwangerschap’ en ‘ongeplande zwangerschap’ moeten daarom eerst verklaard en afgelijnd worden. Het is opmerkelijk dat er weinig recente literatuur te vinden is omtrent de definiëring van de verschillende begrippen.

Naargelang de omstandigheden waarin een zwangerschap plaatsvindt kunnen verschillende definiëringen gebruikt worden (Lifflander, Gaydos, & Rowland Hogue, 2006). Bij het bespreken van de terminologie rond ongeplande zwangerschap staat de zwangerschapsintentie centraal. De zwangerschapsintentie wordt in toenemende mate aanzien als een verzameling van affectieve, cognitieve, culturele en contextuele dimensies (Santelli et al., 2003). Lifflander et al. (2006) vermelden dat de motivatie om zwanger te worden ontstaat uit gevoelens van ‘er klaar voor zijn’ en gebaseerd is op levensomstandigheden zoals de relatie met de toekomstige vader, sociale steun en financiële steun. Hieruit kan besloten worden dat zwangerschap duidelijk een bewuste keuze is (Santelli et al., 2003).

Volgens een literatuuroverzicht van Santelli et al. (2003) spreekt men van een geplande zwangerschap wanneer die plaatsvindt op het juiste moment. Wanneer er sprake is van infertiliteit of moeilijkheden om zwanger te worden kan een geplande zwangerschap ook later dan gewenst plaatsvinden (Santelli et al., 2003). Toch kan een geplande zwangerschap plaatsvinden in minder stabiele situaties die een risico inhouden voor het gezin en het kind. Het plannen van een zwangerschap om een relatie veilig te stellen is hier een voorbeeld van (Lifflander et al., 2006). Onbedoelde zwangerschappen omvatten zowel ongewenste zwangerschappen als verkeerd getimede zwangerschappen. Een ongewenste zwangerschap treedt op wanneer geen kinderen (meer) gewenst zijn. Wanneer een zwangerschap eerder plaatsvindt dan verwacht, gaat het om een verkeerd getimede zwangerschap (Santelli et al., 2003; Tsui, McDonald-Mosley, & Burke, 2010). Het gebruik van slechts één categorie 'onbedoelde zwangerschap' kan de verschillen maskeren tussen ongewenste en verkeerd getimede zwangerschappen. Studies dienen het onderscheid te maken tussen beide om gezondheidswerkers te begeleiden bij hun directe dienstverlening (D'Angelo, Gilbert, Rochat, Santelli, & Herold, 2004). Een concept gerelateerd aan een onbedoelde zwangerschap is dat van een ongeplande zwangerschap. In de literatuur spreekt men van een ongeplande zwangerschap wanneer een zwangerschap ontstaat terwijl er anticonceptie wordt gebruikt of wanneer er geen anticonceptie gebruikt wordt en er ook geen zwangerschapswens is (Santelli et al., 2003). Een voorbeeld hierbij is de 'unmet need for contraception'. Het is echter belangrijk om de opmerking te maken dat verkeerd getimede of ongeplande zwangerschappen niet noodzakelijk ongewenst zijn.

Doorheen de literatuur zijn grote verschillen waar te nemen omtrent de definiëring van de verschillende termen rond ongeplande zwangerschap (D'Angelo et al., 2004; Lifflander et al., 2006). Er bestaat geen consensus en vaak worden de verschillende termen door elkaar gebruikt. Verder onderzoek naar de omstandigheden waarin een zwangerschap plaatsvindt is aangewezen (Lifflander et al., 2006). In deze literatuurstudie wordt gebruik gemaakt van de termen zoals ze voorkomen in de betreffende onderzoeken. Bij de bespreking van de resultaten van deze masterproef worden de categorieën gehanteerd volgens Barrett et al. (2004) (zie 2.5.1), namelijk gepland en ongepland (of ambivalent).

1.2 Huidige prevalentiecijfers

Het aantal onbedoelde zwangerschappen op Europees niveau bedraagt 44% waarvan 11% leidde tot een geboorte, 28% eindigde in een abortus en vijf procent resulteerde in een spontane miskraam (Singh, Sedgh, & Hussain, 2010). In de Verenigde Staten ligt dit aantal nog hoger en zijn 49% van alle zwangerschappen onbedoeld (Finer & Zolna, 2011). In de studie van Finer & Zolna (2011) werd het aandeel onbedoelde zwangerschappen ook op een andere manier bekeken, namelijk per 1000 vrouwen van reproductieve leeftijd (15-44 jaar). Zo zijn er 52 onbedoelde zwangerschappen per 1000 vrouwen van reproductieve leeftijd. Met andere woorden hadden ongeveer vijf procent van de vrouwen van reproductieve leeftijd een onbedoelde zwangerschap. Toch zijn niet alle vrouwen van reproductieve leeftijd seksueel actief. Bij het herberekenen van de cijfers met enkel seksueel actieve vrouwen, zijn 69 onbedoelde zwangerschappen per 1000 vrouwen (Finer, 2010). Uit een pilootstudie in Zweden blijkt dat drie op vier zwangerschappen zeer of tamelijk goed gepland zijn. De overige 25% van de zwangerschappen worden aanzien als totaal ongepland, tamelijk ongepland en noch gepland, noch ongepland (Tydén et al., 2011). In Nederland komen volgens Picavet (2012) redelijk veel ongeplande zwangerschappen voor. Eén vijfde van de vrouwen die ooit geslachtsgemeenschap gehad hebben, is ooit ongepland zwanger geweest (Picavet, 2012). Dit percentage komt overeen met eerder onderzoek in 2009 waar 20% van alle zwangerschappen ongepland en zes procent ongewenst waren (Bakker et al., 2009).

Volgens het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) werden in 2012 in Vlaanderen en Brussel 68.709 baby's geboren en vonden 67.494 verlossingen plaats (Cammu, Martens, Martens, Van Mol, & Jacquemyn, 2012). Deze zwangerschappen zijn echter niet allemaal gepland of gewenst. Volgens het Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen (CRZ) zou in België één zwangerschap op drie ongepland zijn (CRZ, 2011). Een recent onderzoek over seksualiteit in Vlaanderen 'Sexpert' geeft weer dat één op vier zwangerschappen als ongepland kan worden beschouwd. Twee op drie ongeplande zwangerschappen zijn initieel ook ongewenst en één op drie blijft ongewenst. Van de initieel ongewenste zwangerschappen eindigt één op drie in een abortus (Buisse et al., 2013).

Het is aangewezen om ook het aantal geregistreerde abortussen te bespreken gezien deze een beeld kunnen geven van het aantal ongeplande zwangerschappen. In 2009 werden bij 19.421 vrouwen in België een abortus uitgevoerd. Vlaanderen vertegenwoordigt 41,5% van het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen. Het abortuscijfer is minder specifiek en geeft het aantal abortussen weer per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (tussen 15 en 44 jaar). In 2009 bedroeg het abortuscijfer voor België 9,28. Concreet betekent dit dat negen vrouwen op 1000 een abortus ondergingen. De abortusratio kan worden gebruikt als indicator van het aantal ongeplande zwangerschappen en geeft het aantal abortussen weer per 100 zwangerschappen (Sensoa, 2011; Wijzen, van Lee, & Koolstra, 2007). De Belgische abortusratio in 2009 bedroeg 13,25. Dit wil zeggen dat 13 van de 100 zwangerschappen werd afgebroken. Hiermee rekening houdend zou er kunnen gesteld worden dat 13% van de zwangerschappen ongepland zou zijn. Volgens Wijzen et al. (2007) zal het totaal aantal ongewenste zwangerschappen hoger liggen, omdat ongewenste zwangerschappen die resulteren in een geboorte niet geregistreerd worden. Anderzijds is het echter gevaarlijk om dergelijke conclusies te trekken aangezien niet alleen ongeplande zwangerschappen leiden tot abortus. In sommige situaties kan sprake zijn van een medische indicatie maar dit beslaat een kleine proportie. Over de jaren heen is er een stijging waar te nemen van het aantal abortussen. Experts weten echter niet of deze stijging kan toegeschreven worden aan een hoger aantal ongewenste zwangerschappen of aan een betere registratie in de ziekenhuizen en abortuscentra (Sensoa, 2011).

1.3 Profiel van vrouwen met een ongeplande zwangerschap

Het opstellen van een profiel van vrouwen met een ongeplande zwangerschap kan nuttig zijn om risicogroepen te formuleren. Op die manier kunnen verdere inspanningen gericht zijn op het overbruggen van de kloof tussen het identificeren van de risicofactoren voor een ongeplande zwangerschap en interventies gericht op het terugdringen van de incidentie in hoog-risico groepen (Kuroki, Alslworth, Redding, Blume, & Peipert, 2008).

Leeftijd wordt vaak in verband gebracht met een ongeplande of een ongewenste zwangerschap. Volgens Kuroki et al. (2008) is leeftijd omgekeerd geassocieerd met een ongeplande zwangerschap. Vrouwen jonger dan 20 jaar lopen hierbij het grootste risico op een ongeplande zwangerschap (Kuroki et al., 2008). De studie van Finer & Zolna (2011) geeft aan dat het aantal onbedoelde zwangerschappen het hoogst is bij vrouwen tussen de 20 en de 24 jaar. Wanneer gekeken wordt naar seksueel actieve vrouwen, vertonen vooral jonge vrouwen tussen de 15 en de 19 jaar de hoogste percentages onbedoelde zwangerschappen (Finer, 2010). Humbert et al. (2010) tonen aan dat vooral jonge vrouwen tussen de 15 en de 29 jaar later zwanger wilden zijn. In tegenstelling tot andere studies vermelden Yanikkerem et al. (2012) dat vrouwen met een ongeplande zwangerschap ouder waren dan diegene met een geplande zwangerschap. Ook volgens Picavet (2012) hebben vrouwen boven de 50 jaar een grotere kans op een onbedoelde zwangerschap. Wanneer het onderscheid gemaakt wordt tussen ongeplande en ongewenste zwangerschappen, vinden het hoogste aantal ongeplande zwangerschappen plaats voor de leeftijd van 19 à 20 jaar, terwijl het hoogste percentage ongewenste zwangerschappen toegeschreven wordt aan vrouwen boven de 30 à 40 jaar (Cheng et al., 2009; Karaçam et al., 2009).

Vrouwen van het zwarte ras vertegenwoordigen het hoogste aantal onbedoelde zwangerschappen onder alle etnische groepen (Cheng et al., 2009; Dott, Rasmussen, Hogue, & Reefhuis, 2009; Finer & Zolna, 2011; Humbert et al., 2010; Koren & Mawn, 2010; Maxson & Miranda, 2011; Picavet, 2012) en ook vrouwen zonder religieuze overtuiging rapporteren het hoogste aantal onbedoelde zwangerschappen (Finer & Zolna, 2011).

Een laag opleidingsniveau is geassocieerd met een verhoogd risico op een ongeplande of een onbedoelde zwangerschap (Bouchard, 2005; Cheng et al., 2009; Finer & Zolna, 2011; Koren & Mawn, 2010; Kuroki et al., 2008; Maxson & Miranda, 2011; Picavet, 2012; Yanikkerem et al., 2012). Ook het niveau van opleiding van de partner speelt een rol. Een hoger percentage vrouwen met een ongeplande zwangerschap hadden partners die minder onderwijs genoten hebben (Yanikkerem et al., 2012). Opleiding verhoogt immers de mogelijkheid op loopbaanontwikkeling. In de studie van Yanikkerem et al.

(2012) kwam naar voor dat een hoger aantal vrouwen met een ongeplande zwangerschap niet tewerkgesteld waren en huisvrouwen waren.

Financiële factoren hebben ook een invloed op de incidentie van een ongeplande zwangerschap. Bij vrouwen met een laag inkomen stijgt de kans op een ongeplande of een ongewenste zwangerschap (Dott et al., 2009; Han, Nava-Ocampo, & Koren, 2005; Karaçam et al., 2009; Karaçam et al., 2010; Koren & Mawn, 2010; Maxson & Miranda, 2011), terwijl het aantal onbedoelde zwangerschappen afneemt bij vrouwen met een hoger inkomen (Finer & Zolna, 2011).

Het aantal onbedoelde en ongewenste zwangerschappen neemt toe naarmate vrouwen samenwonen (Finer & Zolna, 2011), gescheiden of ongehuwd zijn (Cheng et al., 2009; Humbert et al., 2010; Maxson & Miranda, 2011). Volgens Bouchard (2005) is een kort huwelijk of het samenwonen voor een korte duur een risicofactor voor een ongeplande zwangerschap. De studie van Koren & Mawn (2010) toonde aan dat de burgerlijke staat van de gemeenschap gerelateerd is aan de kans op een onbedoelde zwangerschap. Vooral vrouwen met een laag inkomen die in een gemeenschap leven met een hoog aantal echtscheidingen, hebben een hogere kans op een onbedoelde zwangerschap (Koren & Mawn, 2010).

Een ongeplande zwangerschap komt vaker voor bij vrouwen die fysiek partnergeweld ervaren. Een verklaring hiervoor kan zijn dat een ongeplande zwangerschap het resultaat is van reproductieve controle van partnerszijde. Deze vorm van controle over de seksuele besluitvorming van vrouwen en het gebruik van anticonceptie komt vaak voor bij gewelddadige relaties (Miller et al., 2009; Stöckl et al., 2011).

Het niet gebruiken of een inadequaat gebruik van anticonceptie is gerelateerd aan een ongeplande of een ongewenste zwangerschap (Coles, Makino, & Stanwood, 2011; Frost, 2011; Picavet, 2012). Het moeilijk verkrijgen van anticonceptie, de neveneffecten, moeilijkheden bij het gebruik, infrequent seksueel contact, ambivalente gevoelens ten aanzien van de kans op een zwangerschap (Coles et al., 2011) en een vals gevoel van subfertiliteit worden beschreven als voornaamste barrières voor een adequaat anticonceptiegebruik (Frost, 2011).

In vergelijking met vrouwen met een geplande zwangerschap, hebben vrouwen die ongepland zwanger zijn een hogere pariteit (Karaçam et al., 2009; Koren & Mawn, 2010; Yanikkerem et al., 2012). Ook in de studie van Humbert et al. (2010) werd aangetoond dat hoe hoger de pariteit, hoe hoger het percentage vrouwen die nooit zwanger wou zijn. Finer & Zolna (2011) geven aan dat vrouwen die reeds één keer bevallen zijn, twee keer zo veel kans hebben op een onbedoelde zwangerschap als een nullipara of een multipara. In het recente onderzoek van Buysse et al. (2013), waar de meerderheid van de zwangerschappen gepland was (75%), was de tweede zwangerschap de vaakst geplande, gevolgd door de eerste. Een interval van minder dan twee jaar tussen opeenvolgende geboortes wordt ook gerelateerd aan een ongeplande zwangerschap (Yanikkerem et al., 2012). Hiernaast is een voorgeschiedenis van een ongeplande zwangerschap geassocieerd met het ontstaan van een volgende ongeplande zwangerschap (Kuroki et al., 2008). Tenslotte is een ongeplande zwangerschap geassocieerd met een lage mate van sociale steun (Yanikkerem et al., 2012).

1.4 Gevolgen van een ongeplande zwangerschap

Een ongeplande zwangerschap is verantwoordelijk voor een breed spectrum van gevolgen. Hieronder volgt een bespreking van de voornaamste gevolgen, onderverdeeld in maternale, neonatale en economische gevolgen.

1.4.1 Maternale gevolgen

Het verloop van de zwangerschap

Naargelang de omstandigheden waarin een ongeplande zwangerschap plaatsvindt, kan gekozen worden om deze verder te zetten ofwel beslist men om de zwangerschap actief te beëindigen. Een abortus of zwangerschapsafbreking kan in België plaatsvinden tot 12 weken na de conceptie (Sensoa, 2011). Bij de confrontatie met een ongewenste zwangerschap aanzien sommige vrouwen abortus als dé oplossing. Verschillen in legaliteit, toegankelijkheid, voorzieningen van abortus en postabortuszorg leiden tot een grote variatie in maternale morbiditeit en mortaliteit (Gipson, Koenig, & Hindin, 2008).

Volgens de studie van Finer en Zolna (2011), die eerder aangaf dat 49% van de zwangerschappen in de Verenigde Staten onbedoeld zijn, eindigden in 2006 43% van deze zwangerschappen in een abortus. Dit is een lichte daling ten opzichte van 47% in 2001. Vooral meisjes onder de 15 jaar en vrouwen boven de 35 jaar zijn meer geneigd om hun ongewilde zwangerschap te laten eindigen in een abortus. Ook factoren zoals een hoge opleiding, een hoog inkomen en het zwarte ras zorgen ervoor dat vrouwen er voor kiezen om hun onbedoelde zwangerschap actief te beëindigen (Finer & Zolna, 2011). In de studie van Singh et al. (2010) komt naar voor dat Europese vrouwen meer geneigd zijn om een abortus te ondergaan in vergelijking met de rest van de wereld. Van de 44% ongeplande zwangerschappen op Europees niveau eindigde 28% in een abortus (Singh et al., 2010).

Hiertegenover staat het concept 'unintended birth rate'. Dit duidt op het aantal geboorten die voortvloeien uit onbedoelde zwangerschappen. Volgens Singh et al. (2010) resulteren vooral in Amerika ongeplande zwangerschappen in een geboorte. In de studie van Finer & Zolna (2011) steeg de 'unintended birth rate' in 2001 van 23 per 1000 vrouwen in de reproductieve leeftijd (15-44 jaar) naar 25 in 2006. Dit wil zeggen dat er in 2006 meer onbedoelde zwangerschappen eindigden in een geboorte in plaats van een abortus. Deze redenering klopt met de gelijktijdige daling van het aantal abortussen hierboven beschreven.

Vooraf vrouwen met een lage opleiding, een laag inkomen en vrouwen die gehuwd zijn of samenwonen zetten een onbedoelde zwangerschap verder en hebben een hoge 'unintended birth rate'. Primipara zijn minder geneigd om een abortus uit te voeren en de 'unintended birth rate' was meer dan twee keer dat van nullipara en multipara. Tenslotte zijn vrouwen die geen religieuze overtuiging hebben, het meest geneigd om een abortus uit te voeren maar anderzijds hebben zij ook de hoogste 'unintended birth rate' (Finer & Zolna, 2011).

Ongezond gedrag

De zwangerschapsplanning heeft een invloed op het antenataal gezondheidsgedrag (Özkan & Mete, 2008). Een ongeplande zwangerschap is vaak geassocieerd met een ongezonde levensstijl (Karaçam et al., 2009; Özkan & Mete, 2008; Yanikkerem et al., 2012). Vooral vrouwen die ongewenst zwanger zijn ontwikkelen minder positief prenataal gedrag (Cheng et al., 2009; Dott et al., 2009; Özkan & Mete, 2008). Volgens Dott et al. (2009) houden de ongezonde gedragingen bij een ongewenste zwangerschap aan nadat vrouwen weten dat ze zwanger zijn.

In de studie van Yanikkerem et al. (2012) komt naar voor dat vrouwen met een ongeplande zwangerschap minder dan acht uur slapen per nacht, minder geneigd zijn hun autogordel te gebruiken en meer onveilige seks hebben. Ze beschermen zichzelf minder tegen het risico op toxoplasmose en de blootstelling aan gevaarlijke substanties (Yanikkerem et al., 2012). Vrouwen met een onbedoelde zwangerschap gebruiken meer illegale drugs vanaf drie maanden vóór de zwangerschap tot de datum waarop de geboorte plaatsvindt (Dott et al., 2009). Een onbedoelde zwangerschap gaat bovendien gepaard met een verhoogd risico op blootstelling aan alcohol, medicatie en röntgenstralen gedurende het eerste trimester van de zwangerschap (Han et al., 2005). Binge drinking wordt gedefinieerd als de consumptie van vijf of meer alcoholische dranken tijdens één gelegenheid en komt vaker voor bij vrouwen met een onbedoelde zwangerschap (Strandberg-Larsen, Nielsen, Nybo Andersen, Olsen, & Gronbaek, 2008). Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap gaat gepaard met negatieve gezondheidsuitkomsten voor zowel moeder als kind zoals het foetaal alcohol syndroom. Hiertegenover is in de studie van Cheng et al. (2009) het alcoholgebruik in het derde trimester van de zwangerschap minder bij vrouwen met een ongewenste zwangerschap dan bij vrouwen met een geplande zwangerschap.

Vrouwen met een ongeplande of ongewenste zwangerschap roken meer dan vrouwen bij wie de zwangerschap gepland is (Cheng et al., 2009; Dott et al., 2009; Han et al., 2005; Humbert et al., 2010; Özkan & Mete, 2008). De studie van Cheng et al. (2009) toonde aan dat vrouwen met een ongewenste zwangerschap zowel prenataal en postnataal meer rookten waardoor ze een groter risico hadden op negatieve uitkomsten. Volgens Dott et al. (2009) worden vrouwen met een onbedoelde zwangerschap ook

meer blootgesteld aan passief roken. In tegenstelling tot andere literatuur, vonden Chuang, Hillemeier, Dyer, & Weisman (2011) dat de zwangerschapsintentie niet geassocieerd was met preconceptioneel roken en drinken.

Vrouwen die ongepland zwanger zijn vertonen een minder adequaat voedingspatroon en eten minder dan vijf stukken fruit of groente per dag (Özkan & Mete, 2008; Yanikkerem et al., 2012). Deze vrouwen doen geen aanpassingen aan hun dieet om een adequate inname van de nodige voedingsstoffen zoals aanbevolen in de zwangerschap te verzekeren. Terwijl de helft van de vrouwen met een geplande zwangerschap het gebruik van cafeïnehoudende dranken vermindert tijdens de zwangerschap, blijven vrouwen met een ongeplande zwangerschap verder cafeïnehoudende dranken nuttigen en dit in dezelfde mate als vóór de zwangerschap (Özkan & Mete, 2008).

De gewichtstoename tijdens de zwangerschap is verschillend tussen vrouwen met een ongeplande of ongewenste zwangerschap en vrouwen met een geplande zwangerschap. Vrouwen die ongepland zwanger zijn hebben geen passende gewichtstoename en wegen minder dan hun BMI noodzakelijk acht (Özkan & Mete, 2008).

Het stellen van ongezond gedrag bij vrouwen met een onbedoelde zwangerschap is hoogst waarschijnlijk te wijten aan het feit dat deze vrouwen later in de zwangerschap tot de ontdekking komen dat ze zwanger zijn (Dott et al., 2009). Maar volgens Yanikkerem et al. (2012) waren een aantal factoren van invloed op de gezondheidspraktijken van zwangere vrouwen namelijk het opleidingsniveau van de vrouw en haar partner, de werkstatus van de vrouw, het inkomen, het hebben van een ziekteverzekering, de gezinssamenstelling, de pariteit, de depressiescore, de mate van zwangerschapsplanning, het geboorte-interval, de tevredenheid binnen het huwelijk en de waargenomen sociale steun.

Inname van vitaminen en foliumzuur

Het adequaat innemen van vitaminen en foliumzuur is beduidend minder bij vrouwen met een ongeplande of een ongewenste zwangerschap (Cheng et al., 2009; Dott et al., 2009; Özkan & Mete, 2008). De huidige richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad bevelen aan om dagelijks 400 microgram foliumzuur per dag in te nemen. Foliumzuur heeft een bewezen gunstig effect bij het voorkomen van neurale buisdefecten. De inname wordt het best preconceptioneel aangevat (minimaal vier weken voor de conceptie) en wordt verder gezet tot acht weken na de conceptie (Hoge Gezondheidsraad, 2011). In geval van een ongeplande zwangerschap wordt de ontwikkelende foetus onvoldoende of niet blootgesteld aan dit belangrijk supplement. Cheng et al. (2009) vermelden dat slechts 15% van de vrouwen met een ongewenste zwangerschap voldoet aan de aanbevelingen om adequaat foliumzuur in te nemen.

In een recente studie van Yanikkerem et al. (2012) werd geen significante associatie gevonden tussen het nemen van vitaminen zoals foliumzuur en ijzer en de mate waarin de zwangerschap werd gepland. Het was wel zo dat vrouwen met een ongeplande zwangerschap minder calcium innamen (Yanikkerem et al., 2012). Hiertegenover toonden Chuang et al. (2011) aan dat vrouwen die een zwangerschap planden in de nabije toekomst (binnen de 12 maanden) meer geneigd waren om dagelijks foliumzuur te gebruiken.

Prenatale zorg

Vrouwen die ongepland of ongewenst zwanger zijn, starten vaak later met prenatale zorg (Cheng et al., 2009; Dott et al., 2009; Gipson et al., 2008; Humbert et al., 2010; Özkan & Mete, 2008; Yanikkerem et al., 2012). De kans is groter dat deze vrouwen pas na het eerste trimester antenatale zorg aanvatten. Volgens de studie van Özkan & Mete (2008) starten vrouwen met een geplande zwangerschap gemiddeld aan een zwangerschapsduur van 1,9 maanden met antenatale zorg, terwijl vrouwen met een ongeplande zwangerschap respectievelijk starten aan 2,5 maanden en vrouwen met een ongewenste zwangerschap pas aan een zwangerschapsduur van drie maanden op prenatale raadpleging gingen. Deze laattijdige start van prenatale zorg reflecteert

hoogst waarschijnlijk het laattijdig opmerken van een ongeplande of ongewenste zwangerschap (Cheng et al., 2009; Dott et al., 2009). Vrouwen met een ongewenste zwangerschap genieten gemiddeld minder prenatale raadplegingen dan vrouwen bij wie de zwangerschap gepland was (Erol, Durusoy, Ergin, Döner, & Ciçeklioglu, 2010; Özkan & Mete, 2008). Hierdoor rapporteren zij minder bezorgdheden, stellen ze minder vragen omtrent hun zwangerschap en wonen ze minder prenatale voorbereidingslessen bij (Yanikkerem et al., 2012).

Psychologisch welzijn

De zwangerschapsintentie heeft ook een invloed op het psychosociaal welzijn van de vrouw. Uit de literatuurstudie blijkt dat vrouwen met een ongeplande zwangerschap meer depressieve symptomen ervaren en een verhoogd risico hebben op een depressie tijdens de zwangerschap (Bouchard, 2005; Karaçam et al., 2009; Maxson & Miranda, 2011; Yanikkerem et al., 2012). Deze vrouwen ervaren meer stress dan vrouwen waarbij de zwangerschap wel gepland was (Bouchard, 2005; Maxson & Miranda, 2011). Een verhoogde blootstelling aan stress tijdens de zwangerschap is schadelijk en verhoogt de kans op negatieve uitkomsten zoals een laag geboortegewicht, een preterme geboorte en andere complicaties (Bouchard, 2005).

Volgens de studie van Maxson & Miranda (2011) ervaren vrouwen met een ongewenste zwangerschap ook minder paternale steun, minder sociale steun en vertonen ze een laag niveau van self-efficacy. De studie van Yanikkerem et al. (2012) toonde bovendien een negatieve correlatie aan tussen de depressiescore en de score betreffende gezondheidspraktijken. Vrouwen met een hoge score op de depressieschaal (≥ 17) hadden lagere scores betreffende gezondheidspraktijken.

Tijdens de bevalling ervaren vrouwen met een ongeplande zwangerschap meer negatieve gevoelens en meer pijn. Dit kan erop wijzen dat deze vrouwen zichzelf fysisch en psychologisch niet hebben voorbereid op de bevalling (Karaçam et al., 2009). Ook postpartumdepressies zijn meer prevalent bij moeders met een ongewenste of een verkeerd getimedede geboorte dan bij moeders met een gewenste geboorte (Cheng et al.,

2009; Karaçam et al., 2009). Vooral vroeg postpartum rapporteren deze vrouwen meer mentale problemen.

Volgens Yanikkerem et al. (2012) speelt cultuur hierbij een belangrijke rol. Het verhoogd risico op een depressie reflecteert de negatieve psychologische effecten van een ongeplande zwangerschap in een welbepaalde cultuur. Prenatale zorg vormt de mogelijkheid bij uitstek om te screenen naar depressieve gevoelens tijdens de zwangerschap. Maar aangezien vrouwen die ongepland zwanger zijn, later en minder vaak op prenatale raadpleging gaan, zijn zij uiterst kwetsbaar voor het ontwikkelen van een depressie.

Borstvoeding

Wat betreft het starten met borstvoeding zijn de bevindingen doorheen de literatuur verschillend. Volgens een literatuuroverzicht van Gipson et al. (2008) heeft een onbedoelde zwangerschap een negatieve invloed op het borstvoedingsgedrag. Humbert et al. (2010) gaven aan dat een significant kleiner percentage vrouwen waarbij een zwangerschap niet gewenst was, hun baby borstvoeding gaf in vergelijking met vrouwen die later of nu zwanger wilden zijn. Volgens Cheng et al. (2009) is er geen verschil waar te nemen tussen vrouwen met een ongeplande of een ongewenste zwangerschap en vrouwen met een geplande zwangerschap wat betreft het starten met borstvoeding. Maar het geven van borstvoeding voor ten minste acht weken was minder prevalent bij vrouwen met een ongewenste zwangerschap. Dit is hoogst waarschijnlijk te wijten aan het meer uitdagende gedrag dat nodig is bij het volhouden van borstvoeding (Cheng et al., 2009).

1.4.2 Neonatale gevolgen

Ongeplande of ongewenste zwangerschappen brengen ook gevolgen met zich mee op neonataal vlak. De bevindingen van de verschillende studies lopen uiteen en auteurs doen soms tegengestelde vaststellingen.

In vergelijking met vrouwen met een geplande zwangerschap hebben vrouwen met een ongeplande zwangerschap een verhoogde kans op prematuur gebroken vliezen en een vroeggeboorte (Mohllajee, Curtis, Morrow, & Marchbanks, 2007; Shah et al., 2009). De studie van Karaçam et al. (2010) toont echter een zeer laag aantal preterme geboortes aan bij ongeplande zwangerschappen. Ook betreffende het geboortegewicht zijn de vaststellingen verschillend doorheen de literatuur. Shah et al. (2009) en Mohllajee et al. (2007) tonen aan dat een ongeplande of ongewenste zwangerschap geassocieerd is met een hoger risico op SGA (small for gestational age) en een baby met een laag geboortegewicht. Hiertegenover is er in de studie van Karaçam et al. (2010) geen verschil waar te nemen in geboortegewicht tussen baby's geboren uit een ongeplande zwangerschap en baby's geboren uit een geplande zwangerschap.

Een hoger percentage baby's voortkomend uit een ongeplande zwangerschap hadden meconiaal vruchtwater, verbleven in een incubator en hadden nood aan speciale zorg. De speciale zorg werd toegeschreven aan de aanwezigheid van meconiaal vruchtwater, respiratoire distress en een navelstrengomstrengeling. Het verblijf in een incubator was noodzakelijk voor een nauwe opvolging, respiratoire distress en prematuriteit. Ook nutritieproblemen zoals moeilijkheden bij het zuigen kwamen meer voor bij kinderen geboren uit een ongeplande zwangerschap. Er is geen verschil waar te nemen in de prevalentie van congenitale afwijkingen tussen geplande en ongeplande zwangerschappen (Karaçam et al., 2010).

Moeders van baby's voortkomend uit een ongeplande zwangerschap hadden lagere score's wat betreft de ouder-kind-relatie. De studie toont aan dat de ouder-kind-band minder sterk is dan die van een geplande groep wat nadelig is voor de verdere emotionele ontwikkeling van het kind (Karaçam et al., 2010).

Toch is het onduidelijk of de zwangerschapsintentie op zich een risicofactor vormt voor negatieve uitkomsten of dat dit te wijten is aan andere levensstijlfactoren die de zwangerschapsoutcome kunnen beïnvloeden zoals een late start met prenatale zorg, roken of drinken tijdens de zwangerschap (Mohllajee et al., 2007). Er dient dus rekening gehouden te worden met verschillende biomedische, sociale, omgevings-, levensstijlgerelateerde, genetische en andere factoren die bijdragen aan een preterm geboorte of een laag geboortegewicht (Shah et al., 2009). Uit de literatuurstudie blijkt dat weinig onderzoek is verricht naar de lange termijneffecten van een ongeplande of ongewenste zwangerschap op de neonatale outcome. Verder onderzoek is hier aangewezen (Gipson et al., 2008; Tsui et al., 2010).

1.4.3 Economische gevolgen

De gevolgen van een ongeplande of ongewenste zwangerschap hebben een grote impact op de vrouw en de neonat. Deze zwangerschappen creëren bovendien immense budgettaire kosten voor de overheid (Sonfield, Kost, Benson Gold, & Finer, 2011). Directe medische kosten omvatten de kosten gerelateerd aan één van de vier mogelijke zwangerschapsuitkomsten, namelijk een geboorte, een geïnduceerde abortus, een spontane miskraam of een ectopische zwangerschap (Montouchet & Trussel, 2012; Trussell et al., 2012).

In 2010 kostten onbedoelde zwangerschappen in Engeland de National Health Service (NHS) 299.200.000 dollar aan directe medische kosten. Hiervan wordt de grootste kost toegeschreven aan geïnduceerde abortussen (221.200.000 dollar), gevolgd door een geboorte (69.100.000 dollar) (Montouchet & Trussell, 2012). De jaarlijkse medische kosten van een onbedoelde zwangerschap in de Verenigde Staten zijn geschat op 4,6 miljard dollar. Meer dan de helft van deze kosten (53%) kunnen toegeschreven worden aan een incorrect gebruik van anticonceptie en kunnen gedefinieerd worden als hoge vermijdbare kosten. De hoogste kost omvat deze van een geboorte voortvloeiend uit een onbedoelde zwangerschap. In deze studie werden de kosten voor prenatale zorg niet meegenomen waardoor de kost van een onbedoelde zwangerschap dus waarschijnlijk onderschat werd (Trussell et al., 2012).

Sonfield et al. (2011) onderzochten de maatschappelijke kosten voor geboortes als resultaat van onbedoelde zwangerschappen in de Verenigde Staten. Van de twee miljoen door de overheid gefinancierde geboorten, is 51% het gevolg van onbedoelde zwangerschap, wat goed is voor 11,1 miljard dollar per jaar. Zo spendeert de overheid gemiddeld 180 dollar aan maternale en neonatale zorg gerelateerd aan een geboorte voortvloeiend uit een onbedoelde zwangerschap voor elke vrouw tussen de 15 en de 44 jaar (Sonfield et al., 2011).

Vooraf vrouwen tussen de 20 en de 35 jaar zijn verantwoordelijk voor de grootste kosten (Montouchet & Trussell, 2012; Trussell et al., 2012). Maar Sonfield et al. (2011) duiden op een verschil tussen de staten. Vooraf arme vrouwen en diegene met een laag inkomen, hadden meer onbedoelde zwangerschappen en geboortes die door de overheid werden gefinancierd (Sonfield et al., 2011). In Engeland vertegenwoordigde Londen de hoogste kost wat te wijten is aan de dichte bevolking en de jeugdige populatie (Montouchet & Trussell, 2012).

Het reduceren van onbedoelde zwangerschappen en de hieraan gerelateerde kosten vereisen aanzienlijke publieke investeringen. Deze includeren een betere toegang tot 'Family Planning Services' en een uitgebreide seksuele educatie (Sonfield et al., 2011). Het verbeteren van de toegang en het gebruik van langwerkende omkeerbare anticonceptiemethoden kunnen hierbij een representatieve tool zijn. Want als tien procent van de vrouwen tussen de 20 en de 29 jaar zou overschakelen van orale anticonceptie naar langwerkende omkeerbare anticonceptie, zouden de totale kosten verminderd worden met 288 miljoen dollar per jaar (Trussell et al., 2012).

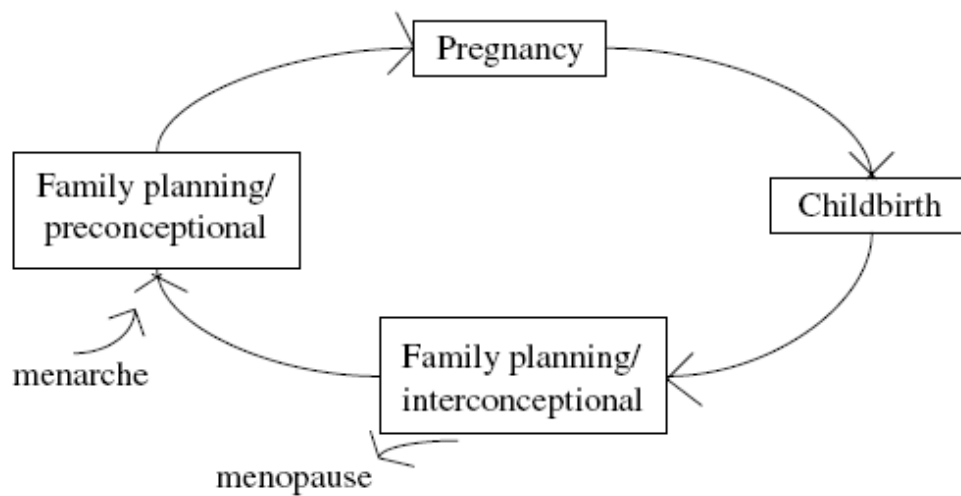
1.5 Preconceptiezorg en Reproductive Life Plan

Naar aanleiding van het hoge aantal ongeplande en ongewenste zwangerschappen, heeft de U.S. Departement of Health and Human Services (HHS) in Healthy People 2020 topics toegevoegd gerelateerd aan de seksuele en reproductieve gezondheid. Eén van de geformuleerde doelstellingen omvat de toename van het aantal geplande zwangerschappen van 51% naar 56%. Hierbij ligt de focus van Healthy People 2020 op

het verhogen van de toegang tot anticonceptie, seksuele gezondheidseducatie en preconceptiezorg (Levi & Quang Dau, 2011; Taylor & James, 2011).

Preconceptiezorg is een vorm van primaire preventie (Levi, Simmonds, & Taylor, 2009) en omvat alle interventies die er op gericht zijn de gezondheid en de kennis van een vrouw (en haar partner) te optimaliseren vóór het plannen en aanvatten van een zwangerschap. Het doel van deze zorg is het risico op negatieve gezondheidseffecten voor de vrouw, de foetus en de neonat te reduceren en zo de zwangerschapsuitkomst te verbeteren (Atrash et al., 2008). Kerncomponenten binnen de preconceptiezorg zijn risicobeoordeling, gezondheids promotie en medische- en psychosociale interventies (Lu, 2007). Tijdens een preconceptionele raadpleging kunnen specifieke topics aan bod komen zoals de inname van vitaminen en foliumzuur, immuniteit, fysieke activiteit, voeding, gewicht en het gebruik van schadelijke middelen zoals tabak, alcohol of drugs (Jack et al., 2008; Moos et al., 2008). In onderzoek werd aangetoond dat vrouwen die preconceptionele raadplegingen bijwoonden meer kennis opdeden omtrent persoonlijke risicofactoren en essentiële items rond preconceptiezorg. Een belangrijke bevinding was dat preconceptionele raadplegingen leiden tot gedragsveranderingen zowel vóór als tijdens de zwangerschap. Uiteindelijk resulteerde het bijwonen van preconceptionele raadplegingen tot een lager percentage ongunstige zwangerschapsuitkomsten (Elsinga et al., 2008).

Moos (2003) duidt erop dat de huidige aanpak van preconceptionele zorg te vaak episodisch, ongecoördineerd, inefficiënt en ineffectief verloopt. Preconceptiezorg is geen geïsoleerde activiteit maar moet een continue zorg omvatten gericht aan alle vrouwen in de reproductieve leeftijd. De reproductieve capaciteit van een vrouw beslaat een tijdspanne van 40 jaar waarbinnen de reproductieve intenties en risico's voortdurend veranderen. Dit duidt op het belang van een voortdurend proces van gezondheids promotie binnen deze reproductieve periode (American College of Obstetrics and Gynaecology Committee, 2005; Moos, 2003; Moos et al., 2008). Figuur één stelt een continuüm model van preconceptionele zorg voor.



Figuur 1: Continuüm model voor de zorg van vrouwen van reproductieve leeftijd (Moos, 2003)

De zorg voor vrouwen van reproductieve leeftijd integreert drie onderling verbonden thema's: het bevorderen van levenslange gezondheid, het promoten van gezonde en gewenste zwangerschappen, en het bevorderen van de gezondheid van de toekomstige nakomelingen. Figuur twee is een illustratie van de integratieve focus van dergelijke zorg (Moos, 2003).



Figuur 2: Integratieve focus van zorg bij vrouwen van reproductieve leeftijd (Moos, 2003)

In 2005 vond in de Verenigde Staten een nationale top over preconceptiezorg plaats. Deze driedaagse top werd georganiseerd door de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en de March of Dimes, in samenwerking met 35 professionele en overheidsorganisaties (Posner, Johnson, Parker, Atrash, & Biermann, 2006). Er werden vier overkoepelende doelstellingen geformuleerd, namelijk het verbeteren van kennis, attitudes en gedragingen van vrouwen en mannen gerelateerd aan preconceptionele gezondheid; ervoor zorgen dat alle vrouwen van reproductieve leeftijd preconceptionele zorg ontvangen; het reduceren van risico's verbonden aan een vorige negatieve zwangerschapsuitkomst en het reduceren van ongelijkheden binnen de zwangerschapsuitkomst (Moos, 2006; Posner et al., 2006). Gebaseerd op deze doelstellingen werden tien aanbevelingen ontwikkeld met daaraan verbonden specifieke acties. Deze doelstellingen, aanbevelingen en acties vormen een strategisch plan voor het verbeteren van de preconceptionele gezondheid en de zwangerschapsuitkomst waarin alle vrouwen en mannen van reproductieve leeftijd een hoog reproductief bewustzijn hebben, alle vrouwen een Reproductive Life Plan hebben, alle zwangerschappen gewenst en gepland zijn, alle vrouwen van vruchtbare leeftijd toegang hebben tot gezondheidszorg, alle vrouwen binnen de reproductieve periode gescreend worden voor risico's gerelateerd aan de zwangerschapsuitkomst en waarbinnen vrouwen met een vorig foetaal of neonataal overlijden toegang hebben tot intensieve interconceptiezorg gericht op het reduceren van deze risico's. Het strategisch plan kan voorgesteld worden als een piramide (figuur 3) (Posner et al., 2006).



Figuur 3: Preconceptiezorg piramide (Posner et al., 2006)

Een mogelijkheid om binnen de preconceptionele zorg het aantal ongeplande zwangerschappen te doen afnemen is het aansporen van koppels om een Reproductive Life Plan op te stellen (bijlage 1). Een Reproductive Life Plan kan aanzien worden als een tool om vrouwen in staat te stellen hun reproductieve leven te plannen en zich beter voor te bereiden (Atrash et al., 2008; Centers for Disease Control and Prevention, 2013; Moos, 2006). Er wordt gescreend naar de intenties ten aanzien van de timing, spreiding en frequentie van toekomstige zwangerschappen binnen de context van persoonlijke waarden en levensdoelen (American College of Obstetrics and Gynaecology Committee, 2005; Lu, 2007; Moos, 2006). Een Reproductive Life Plan omvat vragen als ‘plan je om (nog) kinderen te krijgen?’, ‘hoeveel kinderen hoop je te krijgen?’, ‘hoe lang plan je om te wachten vooraleer je (weer) zwanger wordt?’, ‘hoeveel ruimte plan je tussen je toekomstige zwangerschappen?’, ‘wat plan je te doen om een zwangerschap te voorkomen tot je er klaar voor bent om zwanger te worden?’, ‘wat kan ik, als gezondheidswerker, vandaag doen om jou te helpen jouw plan te bereiken?’ (Moos, 2006).

Gezondheidswerkers kunnen helpen bij het opstellen van een Reproductive Life Plan en moeten educatie geven omtrent de daarbij horende contraceptieve en medische besluitvorming (Moos et al., 2008). Vrouwen die in de nabije toekomst zwanger willen worden, worden hierbij ondersteund en genieten preconceptionele zorg om de zwangerschap aan te vatten in de meest optimale omstandigheden. Wanneer er geen zwangerschapswens is, moeten vrouwen informatie en counseling krijgen betreffende de mogelijkheden van anticonceptie die het dichtst aanleunt bij hun Reproductive Life Plan (American College of Obstetrics and Gynaecology Committee, 2005; Jack et al., 2008; Moos et al., 2008). Aangezien, zoals eerder vermeld, de reproductieve plannen veranderen in functie van de tijd, is een voortdurende zorgvuldige beoordeling van de zwangerschapsintentie en het Reproductive Life Plan een vereiste. Elke klinische ontmoeting vóór de zwangerschap vormt een ‘window of opportunities’ om een Reproductive Life Plan op te stellen en te bespreken. Zodoende zouden alle verpleegkundigen, vroedkundigen en eerstelijnsgezondheidswerkers die werken met vrouwen van reproductieve leeftijd over de competenties moeten beschikken om aan preconceptionele gezondheids promotie te doen. Dergelijke zorg zou moeten geïntegreerd zijn in routine zorg (Levi et al., 2009). Hiernaast zou preconceptionele

gezondheid gepromoot kunnen worden op het werk, in scholen en in de gemeenschap (Lu, 2007). Elsinga et al. (2008) duiden eveneens op het belang om in het secundair onderwijs studenten te informeren over het doel en de relevantie van preconceptionele raadplegingen. Dit zou kunnen gecombineerd worden met seksuele voorlichting en kan bijdragen om meer vrouwen van reproductieve leeftijd te bereiken (Elsinga et al., 2008).

In een recent onderzoek van Stern et al. (2013) werd Reproductive Life Plan-gebaseerde informatie gegeven tijdens een contraceptieve raadpleging aan vrouwen vóór een zwangerschap. Er werd aangetoond dat bij vrouwen die deze informatie kregen, de kennis omtrent de vruchtbaarheid in het algemeen en de kennis omtrent foliumzuur was toegenomen, en dit in een slechts tien minuten. Bovendien werd het Reproductive Life Plan van de vrouw zelf beïnvloed. Een belangrijke bevinding was dat het introduceren van Reproductive Life Plan-gebaseerde informatie door de meeste vrouwen gewaardeerd werd en dat de vrouwen van mening zijn dat vroedvrouwen routinematig een Reproductive Life Plan moeten bespreken met hun patiënten (Stern et al., 2013).

1.6 Probleem- en doelstelling

Uit de literatuurstudie kan besloten worden dat ongeplande zwangerschappen een hoge prevalentie kennen en tot heel wat negatieve gevolgen leiden op zowel maternaal, neonataal als economisch vlak. Preconceptiezorg en het opstellen van een Reproductive Life Plan zijn belangrijke maatregelen om de gezondheidstoestand van de zwangere vrouw te optimaliseren en het aantal ongeplande zwangerschappen te reduceren. Aangezien er in Vlaanderen weinig recente cijfers gekend zijn omtrent het aandeel ongeplande zwangerschappen zorgt dit voor tekorten in de gezondheidszorg. Het doel van deze masterproef is om de incidentie na te gaan van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen. Het is uitermate belangrijk om hier zicht op te hebben om op die manier aanbevelingen te kunnen formuleren voor gezondheidswerkers die instaan voor het optimaliseren van de gezondheid, zowel prenataal, perinataal als postnataal. De onderzoeksvraag van deze masterproef luidt: ‘Wat is de incidentie van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen?’. Bovendien worden enkele karakteristieken en gedragingen in relatie tot de zwangerschapsplanning onderzocht.

2. Methodologie

2.1 Onderzoeksdesign

De onderzoeksvraag werd beantwoord aan de hand van een cross-sectioneel onderzoek. Hierbij wordt door middel van observatie een dwarsdoorsnede van de bevolking op één bepaald moment gemaakt, wat beschrijvende informatie oplevert op één moment in de tijd.

2.2 Steekproef

2.2.1 Setting

Oorspronkelijk werd in deze masterproef gekozen om vragenlijsten te verspreiden in verschillende prenatale centra. Er werd nagedacht over manieren om mensen met een lagere sociaal-economische status te bereiken en daarom werd besloten om eveneens een wijkgezondheidscentrum, een huisartsenpraktijk en een zelfstandige vroedvrouwpraktijk in dit onderzoek te betrekken. De deelnemende centra werden dus niet willekeurig gekozen. Er werd bewust gekozen om een ruim gamma van centra te includeren aangezien dit het dichtst aanleunt bij de huidige populatie.

Uiteindelijk werden twee prenatale centra geselecteerd, namelijk het Onze Lieve Vrouw Ter Linden Ziekenhuis in Knokke-Heist en het Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas te Brugge. Hiernaast namen het wijkgezondheidscentrum ‘De Kaai’ te Gent en de huisartsenpraktijk ‘De Heirnis’ te Gent deel aan de studie. Tenslotte werd ook de medewerking verkregen van een zelfstandige vroedvrouwpraktijk te Menen. Vooraleer te starten aan het onderzoek werd toestemming verkregen van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent.

Vervolgens werd de studie uitgebreid en werd aan de hand van een amendement toestemming gekregen van het Ethisch Comité om ook abortuscentra in het onderzoek te betrekken. Er kan verondersteld worden dat alle abortussen per definitie ongepland zijn. Gezien we dit echter niet met zekerheid kunnen stellen en er ook een aantal koppels omwille van therapeutische redenen een abortus kunnen ondergaan, werd besloten om ook deze centra te includeren. Alle abortuscentra in Vlaanderen waren

bereid om mee te werken. Concreet gaat het om ‘Kollektief Antikonceptie’ te Gent, ‘Centrum voor Verantwoord Ouderschap’ te Oostende, ‘Dr. Willy Peers Centrum’ te Antwerpen, ‘Bourgognecentrum’ te Hasselt en ‘Sjerp-Dilemma’ te Brussel.

2.2.2 Inclusie- en exclusiecriteria

De criteria waaraan vrouwen moesten voldoen om deel te nemen aan de studie waren beperkt. De inclusiecriteria omvatten alle zwangere vrouwen op een eerste prenataal consult. Hiernaast moeten ze Nederlands begrijpen en kunnen schrijven daar het om een Nederlandstalige vragenlijst gaat. Om de rekrutering voor de medewerkers eenvoudiger te maken, werd een kaartje opgemaakt waarop de inclusiecriteria duidelijk vermeld waren (bijlage 2). Dit kon dienen als geheugensteuntje.

Binnen de setting van de abortuscentra werden geen inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Van elke vrouw die zich aanmeldde voor een intake-gesprek, werd door de gezondheidswerkers op een checklist aangeduid of de zwangerschap al dan niet gepland was.

2.3 Meetinstrument

2.3.1 Vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’

Beschrijving

Om de incidentie van ongeplande zwangerschap na te gaan, werd in deze studie gebruik gemaakt van de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ (bijlage 3). Deze vragenlijst is gebaseerd op een vragenlijst van Barrett, Smith, & Wellings (2004) en Morin et al. (2003) en werd nog verder uitgebreid door de ‘Prepreg’ groep. In een vorige masterproef werd deze vragenlijst vertaald, aangepast en gevalideerd aan de hand van een Delphi procedure.

De vragenlijst is opgebouwd uit vijf onderdelen. Het eerste deel gaat over zichzelf en bevraagt demografische variabelen zoals leeftijd, burgerlijke staat, nationaliteit, afkomst, geloof, opleiding, werksituatie, enz. Het tweede deel gaat na welke informatie

en (gezondheids)maatregelen genomen werden voordat de vrouw zwanger werd (preconceptioneel) en het derde deel bevraagt deze items sinds de zwangerschap (prenataal). In het vierde deel komen de gevoelens over preconceptionele gezondheid en zorg aan bod. Het laatste en vijfde deel vraagt respectievelijk naar de huidige gezondheidstoestand van de vrouw.

De zwangerschapsintentie wordt nagegaan aan de hand van zes indirecte vragen. Zo wordt vermeden dat participanten sociaal wenselijk zullen antwoorden. Vrouwen kunnen bijvoorbeeld aanduiden of ze vóór de zwangerschap anticonceptie gebruikten, of de zwangerschap naar hun gevoel eerder op het (on)gepaste moment plaatsvond, of ze van plan waren om zwanger te worden, of ze een baby wilden, of ze een gesprek hadden met hun partner omtrent de zwangerschapswens en of ze reeds voorbereidingen genomen hebben naar aanleiding van een mogelijke zwangerschap.

Betrouwbaarheid (test-hertest)

Vooraleer de vragenlijst 'preconceptionele gezondheid en zorg' te verspreiden aan een ruimere doelgroep werd de betrouwbaarheid nagegaan. Hiervoor werden een tiental dubbele vragenlijsten verspreid in het OLV Ter Linden te Knokke-Heist. Er werd aan de participanten gevraagd om de tweede vragenlijst in te vullen zeven dagen nadat ze de eerste vragenlijst hebben ingevuld. Beide vragenlijsten konden per post teruggestuurd worden.

2.3.2 Checklist Abortuscentra

Omwille van de vraagstelling was het onmogelijk om dezelfde vragenlijst 'preconceptionele gezondheid en zorg' te verspreiden in de abortuscentra. Daarom werd een checklist (bijlage 4) opgesteld waar de gezondheidswerkers tijdens elk intake-gesprek konden aanduiden in welke situatie de zwangere vrouw zich bevond. Op die manier kon nagegaan worden of de zwangerschap al dan niet gepland was. Hiernaast werd ook de verdere kinderwens bevraagd, alsook de leeftijd van de vrouw.

2.4 Procedure

2.4.1 Vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’

Allereerst werden de vroedvrouwen of gezondheidswerkers die werkzaam zijn binnen de prenatale centra zowel mondeling als schriftelijk (bijlage 5 en 6) geïnformeerd betreffende het doel en de procedure van het onderzoek. De rekrutering van de steekproef in de prenatale centra verliep via het eerste prenataal consult. Het eerste prenataal consult is het ideale tijdstip om de zwangerschapsintentie na te gaan aangezien dan nog ambivalente gevoelens kunnen heersen ten aanzien van de huidige zwangerschap. Naarmate de zwangerschap vordert kan een ongeplande zwangerschap eerder leiden tot een geplande zwangerschap. Elke zwangere vrouw die voor het eerst op prenatale raadpleging kwam, ongeacht de reeds gekende zwangerschapsintentie en ongeacht de zwangerschapsduur, werd gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Voor alle prenatale centra was het de meest werkbare en efficiënte manier om net na de eerste prenatale raadpleging een envelop te overhandigen met daarin een begeleidende informatiebrief voor de participanten (bijlage 7), een informed consent (bijlage 8) en de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’. De vragenlijst werd in de wachtruimte of thuis ingevuld en vervolgens weer meegebracht en in een doos gedeponerd. In de kleinere centra werden de vragenlijsten per post teruggestuurd.

De rekrutering in deze prenatale centra gebeurde van januari 2013 - februari 2013 tot 15 mei 2013. In totaal werden 220 vragenlijsten verspreid. Er werden 49 ingevulde vragenlijsten teruggekregen. Een overzicht van het aantal verspreide vragenlijsten per prenataal centrum is in bijlage negen terug te vinden. Door het opsturen van nieuwsbrieven (bijlage 10, 11 en 12) werden de medewerkers gemotiveerd om te blijven meewerken het onderzoek. Bovendien werden ze op de hoogte gehouden van het verdere verloop van deze masterproef.

2.4.2 Checklist Abortuscentra

Bij de aanvang van het onderzoek werd een informatiebrief verstuurd naar alle abortuscentra (bijlage 13). In de abortuscentra verliep de rekrutering tijdens het eerste intake-gesprek. Hierbij werd van elke vrouw tijdens het intake-gesprek aan de hand van

een checklist aangeduid of de zwangerschap al dan niet gepland was. In totaal werden 990 checklists verspreid vanaf half april 2013 tot half juni 2013. Er werden 807 checklists teruggestuurd. Het aantal checklists per abortuscentrum is terug te vinden in bijlage 14.

2.5 Data-analyse

2.5.1 Vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’

De ingevulde vragenlijsten ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ werden gedigitaliseerd met behulp van een Teleform-scanner. Alle data werd verzameld en geïnterpreteerd met behulp van SPSS Statistics 19. De gegevens werden anoniem en vertrouwelijk verwerkt.

Wat de test-hertest betreft werden uiteindelijk 11 dubbele vragenlijsten teruggestuurd. Voor het controleren van de betrouwbaarheid van de vragen die peilen naar de zwangerschapsintentie werden ook de gegevens van de test-hertest in SPSS Statistics 19 ingegeven. Vervolgens werd de graad van overeenkomst uitgedrukt met behulp van de kappa-coëfficiënt.

Er werd aan beschrijvende statistiek gedaan om demografische gegevens en de kenmerken van de participanten te bespreken. Om te berekenen of de zwangerschap al dan niet gepland is, werden scores toegekend aan de verschillende antwoordmogelijkheden van de zes vragen die peilen naar de zwangerschapsintentie (zie 2.3.1). Het toekennen van deze scores gebeurde net zoals in de studie van Barrett et al. (2004, bijlage 15). Een stijgende score (0 tot 12) geeft een stijgende mate van zwangerschapsplanning of –intentie weer. Volgens Barrett et al. (2004) leidt dit tot een indeling in drie groepen, namelijk gepland (10-12), ambivalent (4-9) en ongepland (0-3). Toch werd voor sommige analyses enkel een vergelijking gemaakt tussen geplande en ongeplande zwangerschappen. Hiervoor werden vrouwen die ambivalente gevoelens ervaren ten aanzien van de huidige zwangerschap, gecategoriseerd onder de groep ‘ongeplande zwangerschap’. De motivatie hiervoor is dat ambivalente gevoelens niet in overeenstemming zijn met de gevoelens van vrouwen die bewust een zwangerschap

plannen, maar eerder aansluiten bij een ongeplande zwangerschap. Bovendien kunnen ambivalente gevoelens ontstaan zijn uit een eerder ongeplande zwangerschap. Bij het uitvoeren van een ‘Independent-Samples T-test’ en ‘Fisher’s Exact Testen’ werd voornamelijk gekeken naar de vergelijking tussen deze twee groepen.

2.5.2 Checklist Abortuscentra

Alle verkregen data van de checklists uit de abortuscentra werden handmatig ingevoerd in SPSS Statistics 19. Er werd enkel aan beschrijvende statistiek gedaan. Hierbij werden alle vragen gebruikt. Specifiek gaat het om de vragen die peilen naar de mate van zwangerschapsplanning, de kindwens en de leeftijd van de participanten. Deze checklist werd echter niet gevalideerd en ook de betrouwbaarheid werd niet nagegaan.

3. Resultaten

3.1 Betrouwbaarheid vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’

In onderstaande tabel worden de resultaten weergegeven van de berekening van Cohen’s Kappa. De kappa-coëfficiënt voor de meeste vragen is 1, wat duidt op een perfecte overeenkomst. Voor de vraag die peilt naar ‘het al dan niet van plan zijn om zwanger te worden’ is de kappa-coëfficiënt 0,62. Wanneer de interpretatie volgens Landis en Koch (bijlage 16) gevolgd wordt, kan gesteld worden dat deze vraag een substantiële overeenkomst kent. Drie categorieën van de vraag die peilt naar de eventuele voorbereidingen die genomen werden vóór de huidige zwangerschap, kennen ook een lagere kappa-coëfficiënt. Het gaat om de antwoorden omtrent het al dan niet gezonder eten, het zoeken naar gezondheidsadvies en het ondernemen van andere acties (zoals meer bewegen). De kappa-waarde hierbij is 0,64 en 0,62. Volgens Landis en Koch wijst dit weerom op een substantiële overeenkomst.

Tabel 1: Betrouwbaarheid (Kappa-coëfficiënt)

	Kappa-coëfficiënt	95% Confidence Inteval	
		Lower	Upper
Anticonceptiegebruik	1,000	1,000	1,000
Moment	1,000	1,000	1,000
Planning	0,621	0,000	1,000
Kinderwens	1,000	1,000	1,000
Bespreken partner	1,000	1,000	1,000
Vorbereidingen			
- Foliumzuur	1,000	1,000	1,000
- Roken	1,000	1,000	1,000
- Alcohol	1,000	1,000	1,000
- Voeding	0,636	0,000	1,000
- Advies	0,621	0,000	1,000
- Andere	0,621	0,000	1,000
- Niets	1,000	1,000	1,000

3.2 Karakteristieken van de participanten

De demografische gegevens van de participanten die de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ invulden, worden weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2: Demografische gegevens

	Aantal	Percentage
Belgische nationaliteit (n=48)		
- Ja	42	87,5
- Neen	6	12,5
Woonsituatie (n=48)		
- Bij ouders wonend	1	2,1
- Alleenwonend	1	2,1
- Samenwonend met partner en/of kinderen	46	95,8
Burgerlijke staat (n=48)		
- Ongehuwd, niet samenwonend, wel (vaste) relatie	2	4,2
- Gehuwd of samenwonend	46	95,8
Opleiding (zwangere vrouw) (n=48)		
- Basisonderwijs	1	2,1
- BSO	10	20,8
- TSO	5	10,4
- ASO	4	8,3
- Hogeschool	14	29,2
- Universiteit	14	29,2
Opleiding (partner) (n=48)		
- BSO	10	20,8
- TSO	14	29,2
- ASO	5	10,4
- Hogeschool	13	27,1
- Universiteit	6	12,5

Werksituatie (zwangere vrouw) (n=47)		
- Voltijds	32	68,1
- Halftijds	8	17
- Werkzoekend	2	4,3
- Fulltime huisvrouw	1	2,1
- Voltijds student	2	4,3
- Ouderschapsverlof	2	4,3
Werksituatie (partner) (n=47)		
- Voltijds	44	93,6
- Voltijds student	2	4,3
- Invaliditeitsuitkering	1	2,1
Anticonceptiegebruik (n=49)		
- Ja	20	40,8
- Neen	12	24,5
- Neen, we wilden zwanger worden	17	34,7
Graviditeit (n=49)		
- Primigravida	20	40,8
- Multigravida	29	59,2
Pariteit (n=49)		
- Nullipara	22	44,9
- Primi- en multipara	27	55,1

Nationaliteit. Van alle participanten heeft 87,5% (n=42) de Belgische nationaliteit. De overige vrouwen zijn afkomstig uit Nederland (n=3), Georgië (n=1) en Oezbekistan (n=1). *Woonsituatie / burgerlijke staat.* De meerderheid van de vrouwen zijn samenwonend of gehuwd (95,8%; n=46). *Opleiding.* Het is opvallend dat de meeste vrouwen binnen deze steekproef hoog opgeleid zijn. Van alle participanten heeft 60% (n=28) studies aan de hogeschool of de universiteit afgerond. Bij de partners heeft een kleine 40% (n=19) een diploma behaald aan de hogeschool of universiteit. *Werksituatie.* De meerderheid van de vrouwen (68,1%; n=32) en de mannen (93,6%; n=44) zijn voltijds tewerkgesteld. *Anticonceptiegebruik.* De laatste zes maanden vóór de zwangerschap gebruikte 40,8% van de participanten anticonceptie, 24,5% gebruikte

geen anticonceptie en 34,7% van de vrouwen gebruikte geen anticonceptie omdat er een zwangerschapswens was. *Zwangerschapsduur.* De gemiddelde zwangerschapsduur van de vrouwen die de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ invulden is 13 weken. *Graviditeit en Pariteit.* Bijna 60% (n=29) van de participanten is reeds zwanger geweest en 55,1% van de vrouwen heeft reeds één of meerdere kinderen. Deze demografische gegevens worden later vergeleken met de mate van zwangerschapsplanning.

Tabel 3: Leeftijd van de participanten

	Prenatale centra		Abortuscentra	
	Aantal (n=49)	Percentage	Aantal (n=807)	Percentage
Leeftijd (jaren)				
- < 20	0	0	93	11,5
- 20 – 30	35	71,4	399	49,4
- 31 – 40	14	28,6	271	33,6
- > 40	0	0	44	5,5

Uit de gegevens komt naar voor dat de gemiddelde leeftijd van de vrouwen die de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ invulden 28,5 jaar is (n=49). Vrouwen waarvan een checklist werd ingevuld tijdens een intakegesprek in een abortuscentrum, situeerden zich vooral tussen de 20 en 30 jaar. Een diepgaandere vergelijking tussen beide groepen volgt later.

3.3 Voorbereidingen ten aanzien van de huidige zwangerschap

3.3.1 Informatie over de zwangerschap

Van alle vrouwen die de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ invulden, geeft 63,3% (n=31) aan dat ze vóór de huidige zwangerschap informatie hebben opgezocht over het zwanger worden. Vooral internet wordt aangehaald als belangrijke informatiebron, gevolgd door zowel boeken, een zorgverlener en familie en vrienden.

Brochures worden vrijwel niet aangeduid als bron van informatie over preconceptionele gezondheid.

Tabel 4: Informatie opgezocht vóór de zwangerschap

	Aantal (n=49)	Percentage
Ja	31	63,3
Neen	18	36,7

Het is opvallend dat 66% (n=31) van de participanten aangeeft geen informatie gekregen te hebben rond preconceptionele gezondheid en zorg. Bij slechts 19,1% (n=9) van de vrouwen bood de zorgverlener dit spontaan aan. Dit wordt weergegeven in onderstaand tabel.

Tabel 5: Informatie gekregen rond preconceptionele gezondheid en zorg

	Aantal (n=47)	Percentage
Ja, ik vroeg hier zelf naar	7	14,9
Ja, de zorgverlener bood dit spontaan aan	9	19,1
Neen	31	66,0

3.3.2 Gebruik vitaminen en foliumzuur vóór de zwangerschap

Uit onderstaande tabel blijkt dat slechts 41,7% (n=20) van de vrouwen vitaminen innam vóór het begin van de zwangerschap. Slechts 52,1% (n=25) van de vrouwen nam foliumzuur in ter voorbereiding van een zwangerschap.

Tabel 6: Inname vitaminen en foliumzuur vóór de zwangerschap

	Aantal (n=48)	Percentage
Vitaminen	20	41,7
Foliumzuur	25	52,1

3.4 Incidentie van ongeplande zwangerschap

3.4.1 Vragenlijst 'preconceptionele gezondheid en zorg'

De incidentie van ongeplande zwangerschap wordt berekend aan de hand van zes vragen uit de vragenlijst 'preconceptionele gezondheid en zorg' (zie 2.3.1). De afzonderlijke vragen met de betreffende antwoordmogelijkheden worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7: Vragen volgens Barrett et al. (2004)

	Aantal (n=49)	Percentage
In de maanden voordat ik zwanger werd gebruikten wij		
- Geen anticonceptie	38	77,6
- Anticonceptie maar niet altijd	2	4,1
- Altijd anticonceptie maar we wisten dat de methode min. 1x gefaald had	1	2
- Altijd anticonceptie	8	16,3
Naar mijn gevoel vindt deze zwangerschap plaats op		
- Het gepaste moment	43	87,8
- Niet helemaal op het gepaste moment	3	6,1
- Het verkeerde moment	3	6,1
Juist voor ik zwanger werd		
- Was ik van plan om zwanger te worden	37	75,5
- Veranderden mijn gevoelens om zwanger te worden voortdurend	5	10,2
- Was ik niet van plan om zwanger te worden	7	14,3
Juist voor ik zwanger werd		
- Wilde ik een baby	42	85,7
- Had ik gemengde gevoelens over het	4	8,2

hebben van een baby		
- Wilde ik geen baby	3	6,1
Voor u zwanger werd, waren u en uw partner		
- Het er over eens dat we wilden dat ik zwanger zou worden	40	81,6
- Het nog niet overeengekomen over een zwangerschap maar wel al besproken	9	18,4
Voor u zwanger werd, heeft u iets gedaan om uw gezondheid te verbeteren in voorbereiding van de zwangerschap?		
- Foliumzuur ingenomen	25	51
- Stoppen/minder roken	3	6,1
- Stoppen/minder alcohol	8	16,3
- Gezondere voeding	9	18,4
- Gezondheidsadvies gezocht	7	14,3
- Andere	3	6,1
- Niets	19	38,8

Bij het toekennen van een score (volgens Barrett et al. (2004), zie 2.5.1) aan de verschillende antwoordmogelijkheden, kunnen onderstaande groepen onderscheiden worden. Zo heeft 67,3% (n=33) van de vrouwen een geplande zwangerschap, 26,5% (n=13) vertoont ambivalente gevoelens ten aanzien van de huidige zwangerschap en 6,1% (n=3) van de vrouwen geeft aan dat hun zwangerschap ongepland is.

Tabel 8: De mate van zwangerschapsplanning (vragenlijst preconceptionele gezondheid en zorg)

	Aantal (n=49)	Percentage
Gepland	33	67,3
Ambivalent	13	26,5
Ongepland	3	6,1

Wanneer de groep met ambivalente gevoelens samengevoegd wordt bij de ongeplande zwangerschappen, kunnen twee groepen gedefinieerd worden. Dit wordt weergegeven in onderstaande tabel. Uit deze tabel kan afgeleid worden dat 67,3% (n=33) van de zwangerschappen binnen deze steekproef gepland is en 32,7% (n=16) van de zwangerschappen als ongepland gedefinieerd wordt. Bij de verdere analyses zal gebruik gemaakt worden van deze twee verschillende groepen.

Tabel 9: De mate van zwangerschapsplanning weergegeven in twee groepen

	Aantal (n=49)	Percentage
Gepland	33	67,3
Ongepland	16	32,7

3.4.2 Checklist abortuscentra

Uit de gegevens die verkregen werden met behulp van de checklists in abortuscentra kan afgeleid worden dat 95,8% van de zwangerschappen als ongepland kunnen bestempeld worden. Van deze vrouwen met een ongeplande zwangerschap heeft 33,2% (n=256) geen kindwens (meer) in de toekomst, waardoor deze zwangerschappen als ongewenst kunnen gedefinieerd worden. Hiertegenover is 4,2% van de zwangerschappen toch gepland maar wordt de zwangerschap afgebroken omwille van een andere reden. De redenen om een geplande zwangerschap toch actief te beëindigen zijn vooral van familiale of relationele aard (63%), gevolgd door financiële en materiële redenen (18,5%) en medische redenen (18,5%).

Tabel 10: De mate van zwangerschapsplanning (checklist abortuscentra)

Zwangerschapsintentie	Aantal (n=807)	Percentage
Gepland	34	4,2
Ongepland	773	95,8

3.5 Karakteristieken ten aanzien van de huidige zwangerschap in relatie met de zwangerschapsplanning

Tabel 11: Demografische gegevens in relatie tot de zwangerschapsplanning

	Gepland	Ongepland	OR	95% CI	
				Lower	Upper
Belgische nationaliteit (n=48)			0,400	0,043	3,760
- Ja	84,8% (n=28)	93,3% (n=14)			
- Neen	15,2% (n=5)	6,7% (n=1)			
Burgerlijke staat (n=48)			2,286	0,133	39,203
- Ongehuwd, niet samenwonend, wel (vaste) relatie	3,0% (n=1)	6,7% (n=1)			
- Gehuwd of samenwonend	97,0% (n=32)	93,3% (n=14)			
Opleiding (n=48)			0,333	0,088	1,256
- Geen hoger diploma	50% (n=16)	25% (n=4)			
- Wel hoger diploma	50% (n=16)	75% (n=12)			
Werksituatie (n=47)			3,111	0,602	16,080
- Niet werken	9,7% (n=3)	25% (n=4)			
- Werken	90,3% (n=28)	75% (n=12)			
Anticonceptiegebruik (n=49)			0,571	0,170	1,916
- Ja	36,4% (n=12)	50% (n=8)			
- Neen	63,6% (n=21)	50% (n=8)			
Graviditeit (n=49)			0,545	0,155	1,923
- Primigravida	45,5% (n=15)	31,3% (n=5)			
- Multigravida	54,5% (n=18)	68,8% (n=11)			

Pariteit (n=49)			0,506	0,151	1,695
- Nullipara	60,6% (n=20)	43,8% (n=7)			
- Primi- en multipara	39,4% (n=13)	56,3% (n=9)			

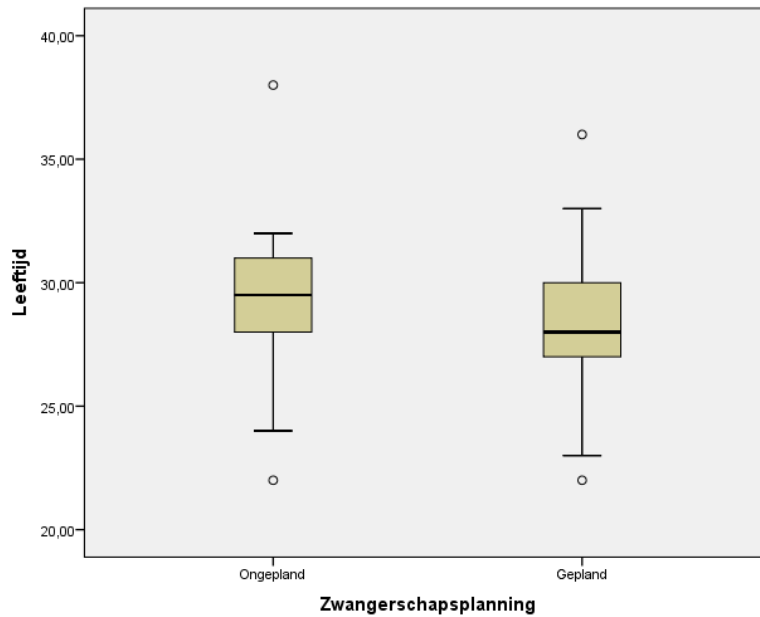
In bovenstaande tabel worden de verbanden nagegaan tussen de demografische gegevens van de participanten en de mate van zwangerschapsplanning. Aangezien er meerdere cellen zijn met slechts weinig gegevens, werden ‘Fisher’s Exact Testen’ uitgevoerd. Voor de variabele ‘opleiding’ werden verschillende groepen samengevoegd. Er werden uiteindelijk twee groepen gedefinieerd, namelijk vrouwen die verder gestudeerd hebben (hogeschool en universiteit) en vrouwen die niet verder gestudeerd hebben (lager onderwijs, BSO, TSO en ASO). Ook voor de variabele ‘werksituatie’ werden verschillende groepen samengevoegd. Dit leidde tot twee groepen, namelijk vrouwen die wel tewerkgesteld zijn en vrouwen die niet werken. De variabele ‘anticonceptiegebruik’ werd eveneens opgedeeld in twee groepen, met name wel anticonceptiegebruik en geen anticonceptiegebruik. De verkregen gegevens worden in bovenstaande tabel weergegeven. Er is echter voor geen enkele variabele een significant verband gevonden.

Tabel 12: Verschil in leeftijd naargelang de zwangerschapsplanning (n=49)

	Gepland	Ongepland	t-waarde	df	p
Leeftijd	28,15	29,31	1,148	47	0,257

Bovenstaande tabel geeft de leeftijd weer in functie van de zwangerschapsplanning. Hiervoor werd een ‘Independent-Samples T-test’ uitgevoerd. Er is geen significant verschil tussen de leeftijd van vrouwen die ongepland zwanger zijn en vrouwen die gepland zwanger zijn ($p=0,257$). Dit wordt hieronder nog eens afgebeeld in een boxplot.

Figuur 4: Verschil in leeftijd naargelang de zwangerschapsplanning



Tabel 13: Rookgedrag (n=49) en alcoholgebruik (n=49) in relatie tot de zwangerschapsplanning

	Gepland	Ongepland	OR	95% CI	
				Lower	Upper
Roken tijdens zwangerschap	n=1 3,0%	n=1 6,3%	0,469	0,027	8,014
Alcohol tijdens zwangerschap	n=1 3,0%	n=5 31,3%	0,069	0,007	0,655

Bovenstaande tabel geeft het verband weer van de mate van zwangerschapsplanning en het rookgedrag en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Aangezien er slechts weinig gegevens per cel voorkomen, werd een 'Fisher's Exact Test' uitgevoerd. Er kan geen significant verband aangetoond worden tussen het rookgedrag tijdens de zwangerschap en de mate van zwangerschapsplanning ($p=1,000$). Wat het alcoholgebruik betreft, is er wel een significant verband tussen het drinken van alcohol en de mate van zwangerschapsplanning ($p<0,05$). Vooral vrouwen met een ongeplande zwangerschap drinken alcohol tijdens de zwangerschap.

3.6 Gedragingen ten aanzien van de huidige zwangerschap in relatie met de zwangerschapsplanning

Tabel 14: Opzoeken van informatie (n=49) en innemen van foliumzuur (n=48) en vitaminen (n=48) vóór de zwangerschap in functie van de zwangerschapsplanning

	Gepland	Ongepland	OR	95% CI	
				Lower	Upper
Opzoeken informatie	n=28 84,8%	n=3 18,8%	24,267	5,022	117,257
Foliumzuur	n=21 65,6%	n=4 25%	5,727	1,490	22,012
Vitaminen	n=17 53,1%	n=3 18,8%	4,911	1,170	20,616

Om de verbanden na te gaan van het opzoeken van informatie en het innemen van foliumzuur en vitaminen in relatie tot de zwangerschapsplanning werden 'Fisher's Exact testen' uitgevoerd. Er is een sterk significant verband tussen het opzoeken van informatie vóór de zwangerschap en de mate van zwangerschapsplanning ($p < 0,001$). In vergelijking met vrouwen die gepland zwanger zijn, zoeken vooral vrouwen met een ongeplande zwangerschap geen informatie op vóór de zwangerschap. Wanneer de inname van foliumzuur bekeken wordt in functie van de zwangerschapsintentie, is er eveneens een significant verband waar te nemen ($p < 0,05$). Vooral vrouwen met een ongeplande zwangerschap hebben geen foliumzuur ingenomen vóór de zwangerschap. Er is eveneens een significant verband tussen de inname van vitaminen en de mate van zwangerschapsplanning ($p < 0,05$). Uit de gegevens blijkt dat vooral vrouwen met een ongeplande zwangerschap geen vitaminen innemen vóór het begin van de zwangerschap. Van de vrouwen met een ongeplande zwangerschap neemt 81,3% ($n=13$) geen vitaminen in vóór de zwangerschap. De resultaten zijn terug te vinden in bovenstaande tabel.

4. Discussie

Deze masterproef had als doel om de incidentie van ongeplande zwangerschap na te gaan in Vlaanderen. Hiernaast werden ook karakteristieken van de participanten en gedragingen in functie tot de zwangerschapsplanning beschreven.

Incidentie. Uit de gegevens van de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ blijkt dat 32,7% van de zwangerschappen als ongepland gedefinieerd kan worden. Dit percentage ligt in lijn met de cijfers van het CRZ dat eerder aangaf dat één zwangerschap op drie ongepland zou zijn (CRZ, 2011). Toch ligt het percentage iets hoger dan het onderzoek van Buysse et al. (2013), dat weergeeft dat één op vier van de zwangerschappen als ongepland kan worden beschouwd, wat waarschijnlijk te wijten is aan de manier van ondervragen. Misschien heerst er toch nog taboe rond een dergelijk thema en is het aangewezen om de zwangerschapsintentie op een indirecte manier te bevragen, zoals dit in deze masterproef gebeurde. De resultaten van deze masterproef sluiten echter niet aan bij het onderzoek van Finer & Zolna (2011), waar aangetoond werd dat 49% van de zwangerschappen in de Verenigde Staten ongepland is. Een mogelijke verklaring hiervoor is het verschil in populatie en meetmethode. Zo werden in de studie van Finer & Zolna (2011) ook abortussen meegenomen in de berekening, wat het cijfer groter maakt. Het is trouwens belangrijk op te merken dat binnen deze 32,7% het overgrote deel van de vrouwen ambivalente gevoelens kent ten aanzien van de huidige zwangerschap. Binnen deze masterproef werd deze grote groep vrouwen gecategoriseerd onder ‘ongeplande zwangerschap’ aangezien deze gevoelens niet in overeenstemming zijn met de gevoelens van vrouwen die bewust een zwangerschap plannen. Ambivalente gevoelens kunnen bovendien ontstaan zijn uit een eerder ongeplande zwangerschap.

De data verkregen aan de hand van de checklist in abortuscentra geven aan dat bij 95,8% van de participanten de zwangerschap ongepland is en dat hiervan 33,2% als ongewenst gedefinieerd kan worden. We kunnen er dus niet van uit gaan dat alle vrouwen die zich aanbieden in een abortuscentrum ongepland zwanger zijn. Uit de gegevens blijkt dat 4,2% van de vrouwen die zich aanboden in een abortuscentrum toch gepland zwanger zijn, maar de zwangerschap afbreken omwille van relationele, financiële of medische redenen. Het zou niet correct zijn om het percentage verkregen

uit de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ en het percentage verkregen aan de hand van de checklists in de abortuscentra op te tellen, aangezien een vrouw met een ongeplande zwangerschap zich bijvoorbeeld eerst kan aangemeld hebben in een prentaal centrum en vervolgens in een abortuscentrum.

Demografische gegevens. De meeste vrouwen binnen deze steekproef hebben de Belgische nationaliteit (87,5%) en zijn samenwonend of gehuwd (95,8%). De meerderheid van de participanten zijn hoog opgeleid en voltijds tewerkgesteld (68,1%). Van alle vrouwen die de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ invulden, gebruikte de meerderheid anticonceptie (40,8%), zijn de meeste vrouwen reeds zwanger geweest (59,2%) en heeft iets meer dan de helft van de vrouwen reeds één of meerdere kinderen (55,1%). Uit de literatuur blijkt dat onbedoelde zwangerschappen het meest voorkomen bij vrouwen van het zwarte ras (Cheng et al., 2009; Dott et al., 2009; Finer & Zolna, 2011; Humbert et al., 2010; Koren & Mawn, 2010; Maxson & Miranda, 2011), vrouwen die gescheiden of ongehuwd zijn (Cheng et al., 2009; Humbert et al., 2010; Maxson & Miranda, 2011), een laag opleidingsniveau hebben (Yanikkerem et al., 2012), een laag inkomen hebben (Dott et al., 2009; Han et al., 2005; Karaçam et al., 2009; Karaçam et al., 2010; Koren & Mawn, 2010; Maxson & Miranda, 2011) en vrouwen die niet tewerkgesteld zijn (Yanikkerem et al., 2012). Ook het niet gebruiken of een inadequaat gebruik van anticonceptie is volgens de literatuur gerelateerd aan een ongeplande of een ongewenste zwangerschap (Coles et al., 2011; Frost, 2011). Tenslotte toont de literatuur aan dat vrouwen die ongepland zwanger zijn een hogere pariteit hebben (Koren en Mawn, 2010). Binnen deze masterproef werd getracht een verband aan te tonen tussen de demografische gegevens en de mate van zwangerschapsplanning. Er kon echter geen significant verband aangetoond worden, wat hoogst waarschijnlijk te wijten is aan de beperkte steekproefgrootte.

Leeftijd. Er is geen significant verschil gevonden in leeftijd tussen vrouwen die ongepland zwanger zijn en vrouwen die gepland zwanger zijn ($p=0,257$). De gemiddelde leeftijd van vrouwen die de vragenlijst ‘preconceptionele gezondheid en zorg’ invulden was 28,5 jaar. Vrouwen waarvan een checklist werd ingevuld tijdens een intakegesprek in een abortuscentrum, situeerden zich vooral tussen de 20 en 30 jaar. Deze leeftijd is in overeenstemming met de meest vruchtbare leeftijd. Enerzijds is het

logisch dat binnen deze leeftijdscategorie meer ongeplande zwangerschappen voorkomen, gezien in deze periode de kans op een zwangerschap het grootst is. Maar anderzijds kan men zich de vraag stellen waarom sommige vrouwen in deze leeftijdscategorie een zwangerschap laten afbreken en hun moederschap uitstellen. Verder onderzoek naar wat koppels motiveert om aan kinderen te beginnen is hierbij aangewezen.

Antenataal gedrag. Het is opvallend dat 66% van de vrouwen aangeeft geen informatie gekregen te hebben rond preconceptionele gezondheid en zorg. Aangezien bij slechts 19,1% van de vrouwen de zorgverlener dit spontaan aanbod, kunnen hieromtrent aanbevelingen geformuleerd worden. Misschien is het aanbevolen om de kennis van de gezondheidswerkers up to date te houden. Dit zou kunnen waargemaakt worden door het ontwikkelen van een duidelijke website waar alle noodzakelijke informatie omtrent conceptie ter beschikking is. Ook de topics die aan bod kunnen komen tijdens een preconceptionele raadpleging zouden op zo'n website kunnen gebundeld worden. De meeste vrouwen (63,3%) zochten zelf informatie op vóór de zwangerschap over het zwanger worden. Brochures worden vrijwel niet aangehaald als informatiebron. Het is hierbij een aanbeveling om meer educatief materiaal zoals folders te voorzien. Bij het ontwikkelen van dergelijk educatiemateriaal zal er tevens aandacht moeten besteed worden aan de doelgroep. Het verhogen van de kennis en het bespreekbaar maken van het onderwerp, kan het aantal ongeplande zwangerschappen doen afnemen (Taylor & James, 2011). Verder onderzoek naar de impact van een folder zal dan ook noodzakelijk zijn. Hiertegenover werd vooral het internet aangehaald als informatiebron. Het is daarom aangewezen om duidelijke websites omtrent conceptiezorg te lanceren die aangepast zijn aan de doelgroep. Het is eveneens opmerkelijk dat slechts 52,1% van de participanten foliumzuur inneemt vóór de aanvang van de zwangerschap. Nog minder vrouwen nemen vitamines in vóór hun zwangerschap (41,7%). Deze cijfers zijn verontrustend, wetend dat het innemen van foliumzuur een aanbeveling is van de Hoge Gezondheidsraad (Hoge Gezondheidsraad, 2011). Het verder uitwerken en invoeren van nationale campagnes zijn hierbij aangewezen.

Antenataal gedrag in relatie tot de zwangerschapsplanning. Binnen deze masterproef werden gedragingen ten aanzien van de huidige zwangerschap onderzocht in relatie met de zwangerschapsplanning. Er is geen significant verband gevonden tussen het roken tijdens de zwangerschap en de zwangerschapsplanning ($p=0,403$). Dit kan te wijten zijn aan de karakteristieken van de steekproef, waarvan het grootste deel niet-rokers betreft ($n=35$). Nochtans komt in de literatuur naar voor dat vrouwen met een ongeplande zwangerschap meer roken dan vrouwen bij wie de zwangerschap gepland is (Cheng et al., 2009; Dott et al., 2009; Han et al., 2005; Humbert et al., 2010; Özkan & Mete, 2008). Er is wel een significant verband gevonden tussen het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap en de mate van zwangerschapsplanning ($p<0,05$). Ook uit de literatuur blijkt dat een ongeplande zwangerschap gepaard gaat met een verhoogd risico op blootstelling aan alcohol (Han et al., 2005). In deze masterproef is er een sterk significant verband gevonden tussen het opzoeken van informatie vóór de zwangerschap en de mate van zwangerschapsplanning ($p<0,001$). Vooral vrouwen met een ongeplande zwangerschap hebben geen informatie opgezocht vóór het begin van hun zwangerschap (81,2%). Wat het gebruik van foliumzuur en vitaminen betreft, zijn eveneens significante verbanden waar te nemen ($p<0,05$). Vooral vrouwen met een ongeplande zwangerschap hebben geen foliumzuur of vitaminen ingenomen vóór de zwangerschap. Deze bevinding is overeenkomstig met de meeste literatuur, waar aangetoond wordt dat het adequaat innemen van foliumzuur en vitaminen beduidend minder is bij vrouwen met een ongeplande of ongewenste zwangerschap (Cheng et al., 2009; Dott et al., 2009; Özkan & Mete, 2008). Toch kan de vraag gesteld worden of dergelijk gedrag werkelijk te wijten is aan een ongeplande zwangerschap of eerder aan persoonlijke kenmerken zoals een lagere opleiding, de leeftijd, enz. In de studie van Yanikkerem et al. (2012) werd echter geen significante associatie gevonden tussen het vitaminen- en foliumzuurgebruik en de mate van zwangerschapsplanning.

De vragenlijst 'preconceptionele gezondheid en zorg' kende een lage responsrate, waardoor deze gegevens niet representatief zijn. Dit kan deels verklaard worden door de lengte van de vragenlijst. Verder bleek dat de moeilijkheidsgraad van de vragenlijst relatief hoog was. Uit de demografische gegevens blijkt dat het grootste deel van de vrouwen hoog opgeleid is. Volgens de literatuur komen ongeplande zwangerschappen meer voor bij vrouwen die een lage opleiding gehad hebben waardoor deze vrouwen

waarschijnlijk de vragenlijst niet hebben opgestuurd of gepost (Bouchard, 2005; Cheng et al., 2009; Finer & Zolna, 2011; Koren & Mawn, 2010; Kuroki et al., 2008; Maxson & Miranda, 2011; Yanikkerem et al., 2012). Voor het invullen van de vragenlijst moest men Nederlands kunnen lezen en begrijpen. Ook dit kan aangehaald worden als een beperking van deze studie. Waarschijnlijk bevinden zich heel wat ongeplande zwangerschappen in anderstalige populaties die door het gebruik van de Nederlandstalige vragenlijst gemist werden. Het vertalen van de vragenlijst kan hierbij een aanbeveling zijn voor verder onderzoek. Een hogere responsrate zou kunnen verkregen worden wanneer de onderzoeker zelf de vragenlijsten in de prenatale centra zou gaan afnemen. Hierbij kan rechtstreekse mondelinge informatie gegeven worden en kan het belang van de studie beter geduid worden maar deze manier van werken is zeer arbeidsintensief. De responsrate van de checklists verkregen uit de abortuscentra was veel hoger. Het is duidelijk dat wanneer gezondheidswerkers gevraagd worden om een korte checklist in te vullen, de respons heel wat groter is. Het zou dus een aanbeveling kunnen zijn om, voor het nagaan van de effectieve incidentie in een ruime populatie, de zes vragen die peilen naar de intentie op één pagina te vermelden en deze te laten invullen door gezondheidswerkers tijdens een eerste prenataal consult. Door deze vragenlijst te vervangen door een soort checklist kan een hogere responsrate verkregen worden, maar dit zal dan inboeten voor de uitgebreidheid van andere relevante gegevens.

Dit onderzoek kadert in een Europese studie rond preconceptiezorg (Prepreg). Het is een vernieuwend onderzoek waarbij gegevens over verschillende Europese landen kunnen worden vergeleken. De vragenlijst die werd afgenomen in de prenatale centra is gevalideerd en ook de betrouwbaarheid van de vragen die peilen naar de zwangerschapsintentie is nagegaan. Het is bovendien een meerwaarde dat een ruim gamma van prenatale centra werd geïncludeerd. Door ook wijkgezondheidscentra en een zelfstandige vroedvrouw mee te nemen in de studie was het mogelijk om verschillende doelgroepen te treffen. De steekproef binnen de prenatale centra is echter te klein om representatief te zijn. Het is een sterkte binnen deze masterproef dat ook data uit abortuscentra werden gebruikt. Op die manier werd de incidentie van ongeplande zwangerschap bekeken vanuit een andere invalshoek. Deze checklists kenden een hoge responsrate en zijn zeker en vast representatief voor de Vlaamse

populatie. Een pluspunt van deze studie is dat de medewerkers gestimuleerd werden om te blijven meewerken aan het onderzoek. Door het ontwerpen en opsturen van nieuwsbrieven bleven de medewerkers enthousiast om vragenlijsten te verspreiden. Ook vond op regelmatige tijdstippen persoonlijk contact plaats. Op die manier werd een nauwe opvolging verzekerd.

Het zou interessant zijn om in verder onderzoek na te gaan in hoeverre ongeplande zwangerschappen worden verdergezet. Hierop volgend is verder onderzoek aangewezen naar de outcomes van een ongeplande zwangerschap zoals neurale buisdefecten, foetale of neonatale dood en latere cognitieve of gedragsstoornissen die te wijten zijn aan ongezond gedrag geassocieerd met een ongeplande zwangerschap. Wanneer de invloed van een ongeplande zwangerschap op de outcomes kan worden aangetoond, is het noodzakelijk om verder onderzoek te verrichten naar verdere beïnvloedende factoren van een ongeplande zwangerschap. Het is echter moeilijk om dit op een prospectieve manier na te gaan. Aanvankelijk werd gedacht om de vragenlijsten en dossiers te coderen maar dit is praktisch en ethisch moeilijk haalbaar. Vandaar is het aangewezen de gevolgen van een ongeplande zwangerschap op een retrospectieve manier te onderzoeken.

Eén van de belangrijkste aanbevelingen van deze masterproef is het uitbreiden en verbeteren van de toegang tot preconceptiezorg. Het is een uitdaging om preconceptiezorg niet enkel te voorzien voor vrouwen die zelf medische zorg opzoeken of diegene die een zwangerschap plannen in de nabije toekomst. Maar het moet een doel zijn om dergelijke zorg eveneens te richten aan alle vrouwen van reproductieve leeftijd. Elke vrouw van reproductieve leeftijd is geschikt om preconceptiezorg te ontvangen, ongeacht de intentie om al dan niet zwanger te worden. Zodoende zou preconceptionele zorg reeds gegeven moeten worden op middelbare scholen (weliswaar op aangepast niveau). Op die manier worden jongvolwassenen reeds op vroege leeftijd voorgelicht omtrent thema's als preconceptie en kunnen latere zwangerschappen in een gezondere situatie ontstaan. Hiernaast is het aanbevolen websites te lanceren specifiek gericht op jongeren.

Ook het ontwikkelen, opstellen en integreren van een Reproductive Life Plan is een kosteneffectieve maatregel om het aantal ongeplande zwangerschappen te reduceren.

Elk contact met een gezondheidswerker in de reproductieve periode zou een mogelijkheid moeten zijn om een Reproductive Life Plan op te stellen en/of te bespreken. Ook op het internet zou het mogelijk moeten zijn om een Reproductive Life Plan te kunnen opstellen in functie van de eigen leeftijd. Dergelijke maatregelen verhogen de reproductieve kennis en ook de kennis omtrent foliumzuurinname vóór de zwangerschap. Het wordt bovendien geapprecieerd door vrouwen en het is een haalbaar hulpmiddel voor het bevorderen van de reproductieve gezondheid (Stern et al., 2013). Op die manier kunnen gezondheidswerkers instaan voor het terugdringen van het aantal ongeplande zwangerschappen en het optimaliseren van de gezondheid van de vrouw en het kind zowel prenataal, perinataal als postnataal.

5 Conclusie

De resultaten van deze masterproef tonen aan dat binnen prenatale centra 32,7% van de zwangerschappen als ongepland gedefinieerd kunnen worden. Echter is de steekproef te klein om representatief te zijn voor de Vlaamse populatie. Vrouwen met een ongeplande zwangerschap nemen minder voorbereidende maatregelen ten aanzien van hun zwangerschap. Vooral vrouwen die ongepland zwanger zijn, zoeken geen informatie op vóór de zwangerschap en nemen geen foliumzuur of vitaminen in vóór het begin van hun zwangerschap. Hiernaast is 95,8% van de vrouwen die zich aanmelden in een abortuscentrum ongepland zwanger. We kunnen er dus niet van uit gaan dat alle vrouwen die zich aanbieden in een abortuscentrum ongepland zwanger zijn.

Het verder uitbreiden van preconceptiezorg en het systematisch opstellen en/of bespreken van een Reproductive Life Plan kan het aantal ongeplande zwangerschappen reduceren en de gezondheid van de zwangere vrouw en het kind optimaliseren. Het is bovendien aangewezen om reeds in het secundair onderwijs te starten met preconceptionele zorg.

Literatuurlijst

American College of Obstetrics and Gynaecology Committee. (2005). The importance of Preconception Care in the Continuum of Woman's Health Care. *Obstetrics and Gynaecology*, 106(3), 665-666.

Atrash, H., Jack, B. W., & Johnson, K. (2008). Preconception care: an 2008 update. *Current opinion in Obstetrics and Gynaecology*, 20, 581-589.

Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H., & Wijzen, C. (2009). *Seksuele Gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Barrett, G., Smith, S.C., & Wellings, K. (2004). Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 426-433.

Bouchard, G. (2005). Adult Couples Facing a Planned or an Unplanned Pregnancy: Two Realities. *Journal of Family Issues*, 26, 619-637.

Buysse, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (2013). *Sexpert: Basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.

Cammu, H., Martens, E., Martens, G., Van Mol, C., & Jacquemyn, Y. (2012). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2012*. Brussel: SPE.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2013). *Preconception Care and Health Care*. Opgehaald 14 november, 2012, van <http://www.cdc.gov/ncbddd/preconception/default.htm>

Cheng, D., Schwarz, E. B., Douglas, E., & Horon, I. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*, 79, 194-198.

Chuang, C. H., Hillemeier, M. M., Dyer, A.-M., & Weisman, C. S. (2011). The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Preventive Medicine*, 53, 85-88.

- Coles, M. S., Makino, K. K., & Stanwood, N. L. (2011). Contraceptive experiences among adolescents who experience unintended birth. *Contraception*, *84*, 578-584.
- CRZ. (2011). *Vademecum Ongeplande Zwangerschap. Sociale en juridische informatie i.v.m. ongeplande zwangerschap*. Leuven: CRZ.
- D'Angelo, D. V., Gilbert, B. C., Rochat, R. W., Santelli, J. S., & Herold, J. M. (2004). Differences Between Mistimed and Unwanted Pregnancies Among Woman Who Have Live Births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *36*(5), 192-197.
- De Moor, G., & Van Maele, G. (2009). *Inleiding tot de biomedische statistiek*. Leuven: Acco.
- Dott, M., Rasmussen, S. A., Hogue, C. J., & Reefhuis, J. (2009). Association Between Pregnancy Intention and Reproductive-health Related Behaviors Before and After Pregnancy Recognition, National Birth Defects Prevention Study, 1997-2002. *Maternal and Child Health Journal*, *14*, 373-381.
- Elsinga, J., de Jong-Potjer, L. C., van der Pal-de Bruin, K. M., le Cessie, S., Assendelft, W. J., & Buitendijk, S. E. (2008). The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Woman's Health Issues*, *18*S, S117-S125.
- Erol, N., Durusoy, R., Ergin, I., Döner, B., & Çiçeklioglu, M. (2010). Unintended pregnancy and prenatal care: A study from a maternity hospital in Turkey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *15*, 290-300.
- Finer, L. B. (2010). Unintended Pregnancy Among U.S. Adolescents: Accounting for Sexual Activity. *Journal of Adolescent Health*, *47*, 312-314.
- Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2011). Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*, *84*, 478-485.
- Freda, M. C., Moos, M. K., & Curtis, M. (2006). The History of Preconception Care: Evolving Guidelines and Standards. *Maternal Child Health Journal*, *10*, S43-S52.

- Frost, J. J. (2011). The state of hormonal contraception today: overview of unintended pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, S1-S3.
- Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature. *Studies in Family Planning*, 39(1), 18-38.
- Han, J.-Y., Nava-Ocampo, A. A., & Koren, G. (2005). Unintended Pregnancies and Exposure to Potential Human Teratogens. *Birth Defects Research (Part A)*, 73, 245-248.
- Hoge Gezondheidsraad. (2011). *Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 8623: Foliumuur Risk-Benefit Analyse*. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- Humbert, L., Saywell, R. M., Zollinger, T. W., Priest, C. F., Reger, M. K., & Kochhar, K. (2010). The Effect of Pregnancy Intention on Important Maternal Behaviors and Satisfaction with Care in a Socially and Economically At-Risk Population. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 1055-1066.
- Jack, B. W., Atrash, H., Coonrod, D. V., Moos, M. K., O'Donnell, J., & Johnson, K. (2008). The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 266-279.
- Karaçam, Z., Önel, K., & Gerçek, E. (2009). Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery*, 27, 288-293.
- Karaçam, Z., Sen, E., Amanak, K. (2010). Effects of unplanned pregnancy on neonatal health in Turkey: A case-control study. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 555-563.
- Koren, A., & Mawn, B. (2010). The context of unintended pregnancy among married woman in the USA. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 36(3), 150-158.
- Kuroki, L. M., Alslworth, J. E., Redding, C. A., Blume, J. D., & Peipert, J. F. (2008). Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy? *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 199, 517.e1-517.e7.

- Levi, A. J., Simmonds, K. E., & Taylor, D. (2009). The Role of Nursing in the Management of Unintended Pregnancy. *Nursing Clinics of North America*, 44(3), 301-314.
- Levi, A., & Quang Dau, K. (2011). Meeting the National Health Goal to Reduce Unintended Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40, 775-781.
- Lifflander, A., Gaydos, L. M., & Rowland Hogue, C. J. (2006). Circumstances of Pregnancy: Low Income Woman in Georgia Describe the Difference between Planned and Unplanned Pregnancies. *Maternal Child Health Journal*, 11, 81-89.
- Lu, M. C. (2007). Recommendations for Preconception Care. *American Family Physician*, 76(3), 397-400.
- Maxson, P., & Miranda, M. L. (2011). Pregnancy Intention, Demographic Differences, and Psychosocial Health. *Journal of Woman's Health*, 20(8), 1215-1223.
- Miller, E., Decker, M. R., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldman, J., et al. (2009). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*, 81, 316-322.
- Mohllajee, A., Curtis, K., Morrow, B., & Marchbanks, P. (2007). Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes. *Obstetrics and Gynaecology*, 109(3), 678-686.
- Montouchet, C., & Trussell, J. (2012). Unintended pregnancies in England in 2010: costs to the National Health Service (NHS). *Contraception*, 87, 149-153.
- Moos, M. K. (2006). Preconception Health: Where to from here? *Woman's Health Issues*, 156-158.
- Moos, M. K. (2003). Preconceptional Wellness as a Routine Objective for Woman's Health Care: An Integrative Strategy. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 32(4), 550-556.

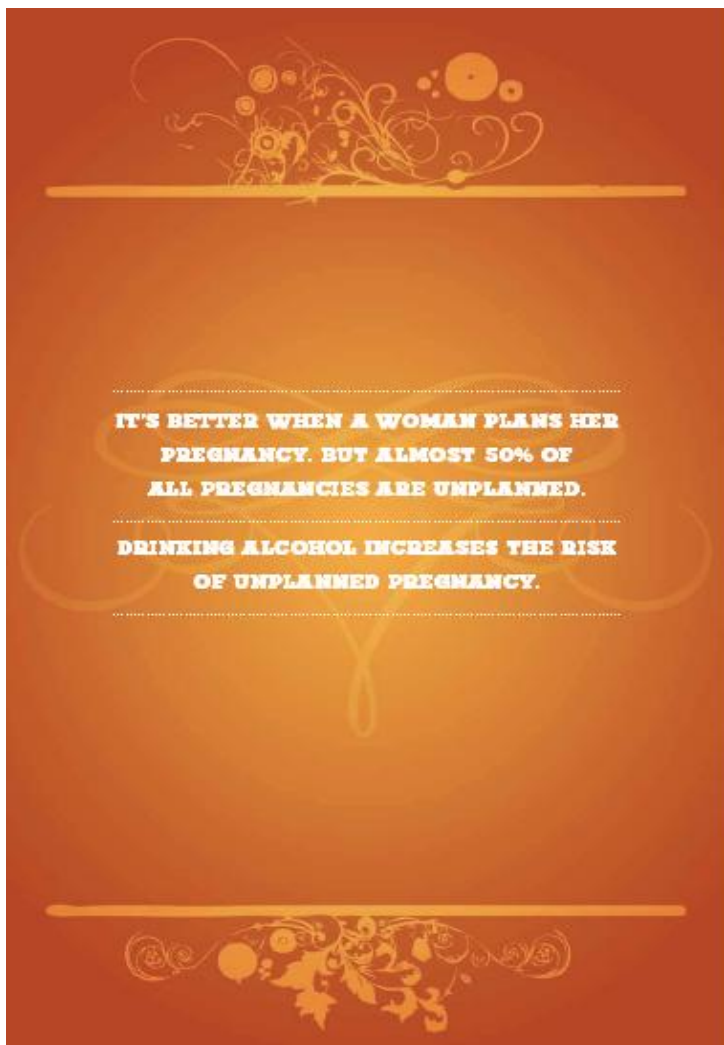
- Moos, M. K., Dunlop, A. L., Jack, B. W., Nelson, L., Coonrod, D. V., Long, R., et al. (2008). Healthier woman, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all woman of reproductive age. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 280-289.
- Morin, P., Payette, H., Moos, M.K., St-Cyr-Tribble, D., Niyonsenga, T., & De Wals, P. (2003). Measuring the intensity of pregnancy planning effort. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 17, 97-105.
- Özkan, I. A., & Mete, S. (2008). Pregnancy planning and antenatal health behavior: finidngs from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*, 26, 338-347.
- Picavet, C. (2012). Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 121-128.
- Posner, S. F., Johnson, K., Parker, C., Atrash, H., & Biermann, J. (2006). The National Summit on Preconception Care: A Summary of Concepts and Recommendations. *Maternal and Child Health Journal*, 197-205.
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., et al. (2003). The Measurment and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94-101.
- Sensoa. (2011). *Feiten en cijfers: Abortus in België*. Antwerpen: Sensoa.
- Shah, P. S., Balkheir, T., Ohlsson, A., Beyene, J., Scott, F., & Frick, C. (2009). Intention to Become Pregnant and Low Birth Weight and Preterm Birth: A Systematic Review. *Maternal Child Health Journal*, 15, 205-216.
- Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes. *Studies in Family Planning*, 41(4), 241-250.
- Sonfield, A., Kost, K., Benson Gold, R., & Finer, L. B. (2011). The Public Costs of Births Resulting from Unintended Pregnancies: National and State-Level Estimates. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), 94-102.

- Stern, J., Larsson, M., Kristiansson, P., & Tydén, T. (2013). Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counseling: an RCT. *Human Reproduction*, *0(0)*, 1-12.
- Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Delius, M., Hasbargen, U., Friese, K., et al. (2011). Intimate Partner Violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, *91*, 128-133.
- Strandberg-Larsen, K., Nielsen, N. R., Nybo Andersen, A.-M., Olsen, J., & Gronbaek, M. (2008). Characteristics of woman who binge drink before and after they become aware of their pregnancy. *European Journal of Epidemiology*, *23*, 565-572.
- Taylor, D., & James, E. A. (2011). An Evidence-Based Guideline for Unintended Pregnancy Prevention. *Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing*, *40(6)*, 782-793.
- Trussell, J., Henry, N., Hassan, F., Prezioso, A., Law, A., & Filonenko, A. (2012). Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. *Contraception*, *87*, 154-161.
- Tsui, A. O., McDonald-Mosley, R., & Burke, A. E. (2010). Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies. *Epidemiologic Reviews*, *32*, 152-174.
- Tydén, T. (2013). *Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap (IFV)* . Opgehaald 2013, van Uppsala Universitet: http://www.pubcare.uu.se/forskning/varldvetenskap/prepreg_network/
- Tydén, T., Stern, J., Nydahl, M., Berglund, A., Larsson, M., Rosenblad, A., et al. (2011). Pregnancy planning in Sweden - a pilot study among 270 woman attending antenatal clinics. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynaecology*, *90*, 408-412.
- Wijzen, C., van Lee, L., & Koolstra, H. (2007). *Abortus in Nederland 2001-2005*. Nederland: Eburon.

Yanikkerem, E., Ay, S., & Piro, N. (2012). Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1-8.

Bijlagen

Bijlage 1: Reproductive Life Plan



IT'S BETTER WHEN A WOMAN PLANS HER PREGNANCY. BUT ALMOST 50% OF ALL PREGNANCIES ARE UNPLANNED.

DRINKING ALCOHOL INCREASES THE RISK OF UNPLANNED PREGNANCY.



YOUR CHOICE

Having a Life Plan helps you make important choices in your life. A Reproductive Life Plan is a set of goals you can make about having or not having children. You may change your mind over time — that's okay.

Do You Want to Have Children Someday?

YES, I want to have children someday:

- How many?
- How old do you want to be when you have your first baby, or your next baby?
- How many years would you like there to be between children? (After having a baby, it's a good idea to wait at least 18 months before getting pregnant again to maintain the best health for your body and your children.)

- Do you have a plan to prevent pregnancy until you're ready?
 Yes No

- What birth control methods are you/will you be using?

- Have you considered not having sex?
 Yes No

If you got pregnant before you were ready, what would you do?

NO, I don't want to have any children:

- Do you have a plan to prevent pregnancy? Yes No

- What birth control methods are you/will you be using?

- Have you considered not having sex?
 Yes No

If you got pregnant anyway, what would you do?

If you don't have a plan to prevent pregnancy, you have a plan to get pregnant.




Bijlage 2: Kaartje met inclusiecriteria

Onderzoek naar de incidentie van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen

Inclusiecriteria:

- Zwangere vrouw
 - **1^e prenataal consult**
 - Taal: Nederlands begrijpen en kunnen schrijven
-
- ➔ Vragenlijst voorzien om in te vullen
 - ➔ Toestemmingsformulier voorzien om in te vullen
 - ➔ Ingevulde documenten in doos deponeren of dmv bijgevoegde omslag laten opsturen

Bijlage 3: Vragenlijst 'preconceptionele gezondheid en zorg'


7465

NIETS AANTEKENEN

Datum:
□□ - □□ - 2012

INST 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

VPK 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

AFD 1 2 3
○ ○ ○

Preconceptionele gezondheid en zorg

Er zijn vijf onderdelen:

- I Uzelf
- II Voordat u zwanger werd
- III Nu u zwanger bent
- IV Gevoel over preconceptionele gezondheid en zorg
- V Uw gezondheid

Instructies voor het invullen van de vragenlijst:

- gelieve in te vullen met een zwarte of blauwe balpen
- gelieve de bolletjes volledig in te kleuren
- gelieve de vierkantjes aan te kruisen
- gelieve te antwoorden in DRUKLETTERS

Preconceptionele zorg is de zorg die begint voor de zwangerschap en die doorgaat tot dat er zwangerschapscontroles bij de huisarts of gynaecoloog beginnen. 'Pre' betekent 'voor' en 'conceptie' betekent 'bevruchting'. Preconceptionele zorg omvat onder andere adviezen over levensgewoonten zoals roken, alcoholgebruik, informatie over anticonceptie, het nemen van foliumzuur, enzovoort.

VAN HARTE BEDANKT VOOR UW DEELNAME !

I. Uzelf:

1. a. Huisnummer (laatste twee cijfers):

b. Laatste 3 cijfers van uw eigen GSM:

c. Geboortejaar (vb. 14/03/1981 ==> 81):

d. Aantal broers en zussen:

e. postcode



7465

2. Hoe oud bent u?

jaar

3. Hoe groot bent u?

cm

4. Wat was uw gewicht één maand voor u zwanger werd?

kg

5. Welke van onderstaande antwoorden is het meest van toepassing op uw huidige situatie? (Duid alles aan wat van toepassing is)

- Ik ben voltijds te werk gesteld, mijn beroep is _____
- Ik ben halftijds te werk gesteld, mijn beroep is _____
- Ik ben werkzoekende
- Ik ben arbeidsongeschikt
- Ik ben fulltime huisvrouw
- Ik ben voltijds student
- Ik ben deeltijds student
- Ik ben op moederschapsverlof
- Ik ontvang een leefloon
- Andere (specificeer) _____

6. Welke van onderstaande antwoorden is het meest van toepassing op de huidige situatie van uw partner? (Duid alles aan wat van toepassing is)

- Ik ben voltijds te werk gesteld, mijn beroep is _____
- Ik ben halftijds te werk gesteld, mijn beroep is _____
- Ik ben werkzoekende
- Ik ben arbeidsongeschikt
- Ik ben fulltime huisman/huisvrouw
- Ik ben voltijds student
- Ik ben deeltijds student
- Ik ben op moederschapsverlof
- Ik ontvang een leefloon
- Andere (specificeer) _____



7465

7. Volgt u op dit moment een opleiding?

- Ja
- Nee --> Ga door met vraag 9

8. Welke opleiding volgt u op dit moment?

- Secundair beroepsonderwijs / BSO
- Secundair technisch onderwijs / TSO
- Algemeen secundair onderwijs / ASO
- Bacheloropleiding / Masteropleiding
- Banaba / Manama / Doctoraat

9. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

- Basisonderwijs / lagere school
- Beroepssecundair onderwijs / BSO
- Technisch secundair onderwijs / TSO
- Algemeen secundair onderwijs / ASO
- Hogere studies: Hogeschool / Bachelor
- Hogere studies: Universiteit / Master / Doctoraat
- Andere (specificeer) _____

10. Wat is de hoogste opleiding die uw partner heeft afgerond?

- Basisonderwijs / lagere school
- Beroepssecundair onderwijs / BSO
- Technisch secundair onderwijs / TSO
- Algemeen secundair onderwijs / ASO
- Hogere studies: Hogeschool / Bachelor
- Hogere studies: Universiteit / Master
- Andere (specificeer) _____

11. Wat is uw huidige woonsituatie?

- Bij ouders wonend
- Alleenwonend
- Samenwonend met partner en/of kinderen
- Samenwonend met anderen (specificeer) _____
- Anders (specificeer) _____



7465

12. Wat is uw huidige burgerlijke staat?

- Ongehuwd / niet samenwonend, geen (vaste) relatie
- Ongehuwd / niet samenwonend, wel (vaste) relatie
- Gehuwd of samenwonend (wettelijk of niet-wettelijk)
- Gescheiden
- Weduwe
- Anders (specificeer) _____

13. Heeft u de Belgische nationaliteit?

- Ja
- Nee, welke? _____

14. Hoeveel jaren heeft u in uw geboorteland geleefd?

--	--

 jaren

15. Waar zijn uw ouders geboren?

Vader _____

Moeder _____

16. Waar zijn uw grootouders geboren?

Vaderszijde:

Vader _____

Moeder _____

Moederszijde:

Vader _____

Moeder _____

17. Wat is uw moedertaal?

18 Bent u gelovig?

- Ja, welk geloof? _____
- Nee



7465

II. Voordat u zwanger werd:

Volgende vragen hebben betrekking op dingen die u mogelijks heeft gedaan of waarover u werd verteld voor u zwanger werd.

19. Voor u zwanger werd, heeft u informatie opgezocht over het zwanger worden?

- ja
 nee

20. Welke bronnen van preconceptionele gezondheid en zorg informatie heeft u geraadpleegd voordat u zwanger werd? (Duid alle toepasselijke antwoorden aan)

- Boeken
 Magazines
 Brochure
 Huisarts of zorgverleners (bijvoorbeeld gynaecoloog, vroedvrouw,...)
 Internet
 Familie en vrienden
 Andere (specificeer) _____
 Geen

21. Heeft u informatie gekregen rond preconceptionele gezondheid en zorg?

- Ja, ik/wij vroegen hier zelf naar
 Ja, de zorgverlener bood dit spontaan aan (bijvoorbeeld bij het stoppen met anticonceptie)
 Nee

Indien ja:

- Ik was alleen
 Mijn partner was er bij
 Ik was vergezeld door iemand anders (specificeer) _____

22. Sommige vrouwen nemen vitamines en/of supplementen voor ze zwanger worden. Heeft iemand u hierover informatie gegeven voor u zwanger werd? (Duid alle toepasselijke antwoorden aan)

Vitamines en Supplementen	Huisarts	Gynaecoloog, vroedvrouw of andere (Specificeer)	Familie of vrienden	Andere inclusief zelf uitzoeken (Specificeer)
Foliumzuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Multivitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Andere (specificeer) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____



7465

23. Heeft u vitaminen of supplementen ingenomen voor u zwanger werd?

Nee Ja, welke?

24. Heeft u foliumzuur ingenomen voor u zwanger werd?

ja

nee

--> Ga door met vraag 26

25. Wanneer bent u gestart met het innemen van foliumzuur?

weken voor ik zwanger werd. (Geef het aantal weken)

26. Heeft iemand u informatie gegeven voor u zwanger werd over één van de volgende zaken naar aanleiding van een zwangerschapswens? (Duid alle toepasselijke antwoorden aan)

	huisarts	Gynaecoloog, vroedvrouw of andere (specificeer)	Familie of vrienden	Andere, inclusief zelf uitzoeken (Specificeer)
Informatie over voeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over de Body Mass Index of BMI (= het optimale gewicht voor uw lengte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over koffi- inname en andere caffeinehoudende dranken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over alcoholinname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over roken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over drugs en geneesmiddelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____



7465

	huisarts	Gynaecoloog, vroedvrouw of andere (specificeer)	Familie of vrienden	Andere, inclusief zelf uitzoeken (Specificeer)
Informatie over vaccinaties (rodehond, windpokken, hepatitis B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie rond preconceptionele bloedname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over risico- zwangerschappen bij bijvoorbeeld medicatie- gebruik, diabetes, enzovoort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over mondhygiëne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over cytomegalovirus (CMV), kattenziekte of andere virussen/bacteriën	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over seksueel overdraagbare aandoeningen zoals chlamydia, HIV, herpes, syfilis enzovoort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over het stoppen met anticonceptie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over bevruchting of fertiliteitsadvies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over andere (specificeer) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____

27. Deed u aan beweging/sport het jaar voordat u zwanger werd?

nee

ja Aantal uren per week

Type beweging/sport _____



7465

III. Nu dat u zwanger bent

28. Hoeveel weken bent u zwanger? (Aantal weken sinds de eerste dag van uw laatste maandstonden)

--	--

 weken

29. Hoeveel weken was u zwanger wanneer u wist dat u zwanger was?

--	--

 weken

30. op welke manier bent u te weten gekomen dat u zwanger was?

- Zwangerschapstest thuis
- Zorgverlener (bijvoorbeeld gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw)
- Andere (specificeer) _____

31. Is uw huidige zwangerschap het resultaat van een behandeling voor onvruchtbaarheid bij u of u partner?

- Ja
- Nee

Onderstaande vragen peilen naar de omstandigheden en gevoelens van rond de periode dat u zwanger werd. Gelieve aan de huidige zwangerschap te denken bij het beantwoorden van onderstaande vragen. (Duid de stelling aan die het meest van toepassing is voor u)

32. In de maanden voordat ik zwanger werd...

- heb ik/hebben wij geen anticonceptie gebruikt
- gebruikte ik/gebruikten wij anticonceptie, maar niet altijd
- gebruikte ik/gebruikten wij altijd anticonceptie, maar we wisten dat de methode tenminste één keer gefaald had (bijvoorbeeld scheurde, bewoog, kwam los, werkte niet, enzovoort)
- gebruikte ik/gebruikten wij altijd anticonceptie

33. Naar mijn gevoel, vindt deze zwangerschap plaats op...

- het gepaste moment
- niet helemaal op het gepaste moment
- het verkeerde moment

34. Juist voor ik zwanger werd...

- was ik van plan om zwanger te worden
- veranderden mijn gevoelens om zwanger te worden voortdurend
- was ik niet van plan om zwanger te worden

35. Juist voor ik zwanger werd...

- wilde ik een baby
- had ik gemengde gevoelens over het hebben van een baby
- wilde ik geen baby



7465

36. Voor u zwanger werd, waren uw partner en u...

- het erover eens dat we wilden dat ik zwanger zou worden
- het nog niet overeengekomen over een zwangerschap, maar hadden het hebben van kinderen wel al samen besproken.
- het nog niet overeengekomen over een zwangerschap en hadden het hebben van kinderen nog nooit samen besproken

37. Voor u zwanger werd, heeft u iets gedaan om uw gezondheid te verbeteren in voorbereiding van de zwangerschap?

- Ik nam foliumzuur
- Ik stopte of verminderde het roken
- Ik stopte of verminderde het drinken van alcohol
- Ik at gezonder
- Ik zocht medisch/gezondheidsadvies
- Ik ondernam andere acties (specificeer) _____
- Ik ondernam niets

De volgende vragen zijn gelijkaardig aan de reeds gestelde vragen in deze vragenlijst. Nu hebben de vragen echter betrekking op de periode sinds u zwanger bent.

38. Welke bronnen van preconceptionele gezondheid en zorg informatie heeft u geraadpleegd sinds u zwanger bent? (Duid alle toepasselijke antwoorden aan)

- Boeken
- Magazines
- Brochure
- Huisarts of zorgverleners
- Internet
- Familie en vrienden
- Andere (specificeer) _____
- Geen

39. Sommige vrouwen nemen vitamines en supplementen wanneer ze zwanger zijn. Heeft iemand u hierover informatie gegeven sinds u zwanger bent? (Duid alle toepasselijke antwoorden aan)

Vitamines en Supplementen	Huisarts	Gynaecoloog, vroedvrouw of andere (Specificeer)	Familie of vrienden	Andere inclusief zelf uitzoeken (Specificeer)
Foliumzuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Multivitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Andere (specificeer) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____



7465

40. Heeft u vitaminen of supplementen ingenomen sinds u zwanger bent? Nee Ja, welke?

41. Neemt u nu nog steeds foliumzuur? Ja --> Ga door met vraag 43 Nee**42. Wanneer bent u gestopt met het nemen van foliumzuur?**Toen ik weken zwanger was (Geef het aantal weken)**43. Heeft iemand u informatie gegeven sinds u zwanger bent over één van de volgende zaken naar aanleiding van uw zwangerschap? (Duid alle toepasselijke antwoorden aan)**

	huisarts	Gynaecoloog, vroedvrouw of andere (specificeer)	Familie of vrienden	Andere, inclusief zelf uitzoeken (Specificeer)
Informatie over voeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over de Body Mass Index of BMI (= het optimale gewicht voor uw lengte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over koffie-inname en andere cafeïnehoudende dranken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over alcoholinname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over roken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over drugs en geneesmiddelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over vaccinaties (rodehond, windpokken, hepatitis B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____



7465

	huisarts	Gynaecoloog, vroedvrouw of andere (specificeer)	Familie of vrienden	Andere, inclusief zelf uitzoeken (Specificeer)
Informatie over risico- zwangerschappen bij bijvoorbeeld medicatie- gebruik, diabetes, enzovoort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over mondhygiëne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over cytomegalovirus (CMV), kattenziekte of andere virussen/bacteriën	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over seksueel overdraagbare aandoeningen zoals chlamydia, HIV, herpes, syfilis enzovoort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Informatie over andere (specificeer) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____

44. Heeft u ooit gerookt?

- Ja
 Nee --> **Ga door met vraag 48**

45. Was u een roker toen u zwanger werd?

- Ja, ik rookte sigaretten per dag
 Ja, ik was een gelegenhedsroker. Ik rookte sigaretten per week.
 Nee
 Nee, ik stopte met roken voordat ik mogelijks zwanger werd

46. Bent u nu een roker?

- Ja, ik rook sigaretten per dag/week (Omcirkel wat van toepassing is)--> **Ga door met vraag 48**
 Nee

47. Indien u tijdens uw zwangerschap gestopt bent met roken, hoeveel weken nadat u wist dat u zwanger was, bent u gestopt met roken?

- Ik stopte onmiddellijk toen ik wist dat ik zwanger was
 Ik stopte weken nadat ik wist dat ik zwanger was



7465

48. Heeft iemand anders (bijvoorbeeld partner, familie, vrienden, collega's) binnen gerookt op uw woon- of werkplaats voordat u zwanger werd?

- Ja
 Nee

49. Heeft iemand anders (bijvoorbeeld partner, familie, vrienden, collega's) binnen gerookt op uw woon- of werkplaats nu dat u zwanger bent?

- Ja
 Nee

50. Heeft u ooit alcohol gedronken?

- Ja
 Nee --> Ga door met vraag 54

51. Hoeveel eenheden alcohol dronk u gemiddeld per week voor u zwanger werd (Eén eenheid is één glas bier, één glas wijn of één deel (25ml) sterke drank)?

Ik dronk eenheden per week

52. Drinkt u nu nog alcohol?

- Ja Ik drink eenheden per week --> Ga door met vraag 54
 Nee

53. Wanneer bent u gestopt met het drinken van alcohol?

- Ik stopte onmiddellijk toen ik wist dat ik zwanger was
 Ik stopte weken nadat ik wist dat ik zwanger was
 Ik was al gestopt voordat ik zwanger werd

54. Heeft u enige beweging/sport gedaan sinds u zwanger werd?

- Nee
 Ja Aantal uren per week
Type Beweging/sport _____



7465

IV. Gevoelens over preconceptionele gezondheid en zorg

55. De volgende stellingen hebben betrekking op elke baby die u in de toekomst zou kunnen hebben. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. We willen weten wat u denkt. Duid voor elke stelling aan of u volledig akkoord, akkoord, niet akkoord of helemaal niet akkoord bent.

	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Er is <u>niets</u> dat ik kan veranderen aan mijn levensstijl om de kans te vergroten dat mijn kind gezond geboren wordt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is <u>mijn taak</u> als moeder om te zorgen voor een zo groot mogelijke kans op een gezond geboren kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Tegenslag</u> kan ervoor zorgen dat mijn kind niet gezond geboren wordt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan maar een <u>beperkt aantal</u> keuzes maken betreffende mijn levensstijl die de gezondheid van mijn kind bij de geboorte kunnen beïnvloeden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan <u>veel</u> aanpassingen maken betreffende mijn levensstijl die de kans op een gezond geboren kind kunnen verhogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn dingen die ik kan doen betreffende mijn levensstijl <u>voordat</u> ik zwanger word die de kans op een gezond geboren kind kunnen verhogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indien ik <u>gezond leef</u> , zal er meer kans zijn dat mijn kind ook gezond is.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



7465

59. Bij welke zorgverlener ging u, in de laatste 6 maanden voor u zwanger was, op regelmatige basis langs? (bijvoorbeeld arts voor medische toestand, therapeut voor depressie, enzovoort)?

Type Zorgverlener	Reden van bezoek

60. Gebruikte u de laatste 6 maanden voor u zwanger werd anticonceptie?

- Nee, ik wilde/ we wilden zwanger worden --> **Ga door met vraag 62**
- Nee --> **Ga door met vraag 63**
- Ja



7465

61. Duid aan of u de laatste 6 maanden voordat u zwanger werd één van de volgende methoden van anticonceptie heeft gebruikt en hoe vaak. (Duid alle toepasselijke antwoorden aan)

Methoden	Nooit	Zelden	Soms	Altijd
Coïtus interruptus of terugtrekken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condoom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De pil of orale anticonceptiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diafragma of vrouwencondoom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prikkpil (bijv. Depo-Provera)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implantatenstaafje (bijv. Implanon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spiraaltje (koper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spiraaltje (hormonaal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormoonpleister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nuvaring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onthouding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morning afterpil of noodpil (bijv. Levonelle, EllaOne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (specificeer) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. Indien u gestopt bent met anticonceptie om zwanger te geraken, hoe lang was dit voor u zwanger werd?

weken

De volgende vragen gaan over uw verloskundige geschiedenis.

63. Bent u reeds zwanger geweest?

Ja

Nee

--> Einde van de vragenlijst, bedankt voor u deelname!



7465

64. Heeft u kinderen? (Enkel biologische kinderen)○ Ja, hoeveel?

○ Nee --> Ga door met vraag 66

65. Vul de tabel aan voor elk van uw kinderen (inclusief doodgeboorte, miskraam, enzovoort)

	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Geboortejaar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wijze van bevallen	○ Vaginaal ○ Keizersnede	○ Vaginaal ○ Keizersnede	○ Vaginaal ○ Keizersnede
Arbeid	○ spontane arbeid ○ Inductie / in gang gezet	○ spontane arbeid ○ Inductie / in gang gezet	○ spontane arbeid ○ Inductie / in gang gezet
Zwangerschap-duur	<input type="text"/> <input type="text"/> weken	<input type="text"/> <input type="text"/> weken	<input type="text"/> <input type="text"/> weken
	Kind 4	Kind 5	Kind 6
Geboortejaar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wijze van bevallen	○ Vaginaal ○ Keizersnede	○ Vaginaal ○ Keizersnede	○ Vaginaal ○ Keizersnede
Arbeid	○ spontane arbeid ○ Inductie / in gang gezet	○ spontane arbeid ○ Inductie / in gang gezet	○ spontane arbeid ○ Inductie / in gang gezet
Zwangerschap-duur	<input type="text"/> <input type="text"/> weken	<input type="text"/> <input type="text"/> weken	<input type="text"/> <input type="text"/> weken




7465

66. Heeft u tijdens een eerdere zwangerschap één van de volgende problemen gehad? (Geef het aantal weer, zet 0 indien geen)

De zwangerschap eindigde in een miskraam	<input type="text"/>
Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap	<input type="text"/>
Een doodgeboorte	<input type="text"/>
Een zwangerschapsonderbreking omwille van foetale/genetische afwijkingen (foetale afwijkingen zijn afwijkingen van het ongeboren kind / genetische afwijkingen zijn erfelijke aandoeningen)	<input type="text"/>
Een zwangerschapsonderbreking op vraag voor 12 weken zwangerschap.	<input type="text"/>
Ander (specificeer) _____	<input type="text"/>

VAN HARTE BEDANKT VOOR UW DEELNAME!

Bijlage 4: Checklist abortuscentra


28870

Datum:
□□ - □□ - 2013

NIETS AANTEKENEN

INST 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○○○○○○○○○○○○

VPK 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○

AFD 1 2 3
○○○

Onderzoek ongeplande zwangerschap

1. De zwangerschap was: **Gepland**¹

Reden onderbreking zwangerschap:

- Medische reden
 Relationele of familiale reden
 Financiële of materiële reden
 Andere reden, namelijk -----

Ongepland²

2. Is er in de toekomst nog een kinderwens? Ja
 Nee
 Onbekend

3. Leeftijd < 20 jaar
 20 - 30 jaar
 31 - 40 jaar
 > 40 jaar

¹De zwangerschap was *gepland*. Er werd bewust geen anticonceptie gebruikt met als doel zwanger worden.

²De zwangerschap was *niet gepland*. Een indicatie is dat er in de laatste maand voor de aanmelding voorbehoedsmiddelen werden gebruikt (of was er intentie tot gebruik), maar dat de methodiek op een onjuiste manier werd gebruikt, faalde, of niet niet werd gestart. Een andere indicatie is het mondeling gesprek, waarbij de vrouw aangeeft dat ze (nog) niet zwanger wilde worden en de zwangerschap dus ongepland en ongewenst is.

Bijlage 5: Informatiebrief prenatale centra

Geachte,

Preconceptiezorg richt zich tot vrouwen die in de nabije toekomst zwanger willen worden en heeft als doel de zwangerschap optimaal voor te bereiden. In vergelijking met geplande zwangerschappen zijn vrouwen met een ongeplande zwangerschap nauwelijks of niet voorbereid.

In de Verenigde Staten is bijna de helft van alle zwangerschappen ongepland. Het aandeel ongeplande zwangerschappen in Vlaanderen is onvoldoende gekend, wat zorgt voor tekorten in de gezondheidszorg. Het is uitermate belangrijk om hier zicht op te hebben om op die manier aanbevelingen te kunnen formuleren voor gezondheidswerkers die instaan voor het optimaliseren van de gezondheid, zowel prenataal, perinataal als postnataal.

Om de incidentie van ongeplande zwangerschap op een indirecte manier na te gaan, richten wij een ondervraging in. Er wordt gebruik gemaakt van een aangepaste, vertaalde vragenlijst ('preconceptionele gezondheid en zorg') die gericht is op het voorbereiden van de zwangerschap. De vragenlijst zal verspreid worden in verschillende prenatale centra, wijkgezondheidscentra en een zelfstandige vroedvrouwpraktijk (tijdens het eerste prenatale consult).

Alle bekomen data worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt. Aan deze studie zijn geen kosten verbonden en de participanten kunnen door dergelijk onderzoek geen schade oplopen.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de masterproef van Sylvie De Baere binnen de opleiding Master of Science in de Verpleegkunde en de Vroedkunde, en is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit van Gent. Deze studie kadert bovendien in een Europees project dat momenteel loopt over preconceptiezorg.

Graag willen we u vragen deel te nemen aan deze studie en toe te stemmen om de vragenlijsten binnen uw instelling te laten verspreiden.

Wij danken u bij voorbaat voor de aandacht die u aan ons onderzoek hebt gegeven.

Met vriendelijke groeten,

Sylvie De Baere

Contactpersonen

Sylvie De Baere

Vroedvrouw

Studente Master of Science in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Email: smadbaer.DeBaere@UGent.be

Onder supervisie van:

Dr. Ilse Delbaere

Vroedvrouw

Postdoctoraal onderzoeker vakgroep Maatschappelijke Gezondheidkunde

Tel: 09 332 48 53

Email: Ilse.Delbaere@UGent.be

Joline Goossens

Vroedvrouw

Onderzoeker vakgroep Maatschappelijke Gezondheidkunde

Email: jolgooss.Goossens@UGent.be

Bijlage 6: Informatiebrief prenatale centra pilootstudie

Geachte,

U hebt vorig academiejaar meegewerkt aan de pilootstudie omtrent preconceptiezorg (masterproef Ine Vaes), waarvoor onze dank. Dit onderzoek wordt nu verder gezet.

Preconceptiezorg heeft als doel de zwangerschap optimaal voor te bereiden. In vergelijking met geplande zwangerschappen zijn vrouwen met een ongeplande zwangerschap nauwelijks of niet voorbereid. In de Verenigde Staten is bijna de helft van alle zwangerschappen ongepland. Het aandeel ongeplande zwangerschappen in Vlaanderen is onvoldoende gekend. Het is uitermate belangrijk om hier zicht op te hebben om op die manier aanbevelingen te kunnen formuleren voor gezondheidswerkers die instaan voor het optimaliseren van de gezondheid, zowel prenataal, perinataal als postnataal.

Er wordt gebruik gemaakt van een aangepaste, vertaalde vragenlijst ('preconceptionele gezondheid en zorg') die gericht is op het voorbereiden van de zwangerschap. Deze vragenlijst zal verspreid worden in verschillende prenatale centra, wijkgezondheidscentra en een zelfstandige vroedvrouwpraktijk (tijdens het eerste prenatale consult).

Alle bekomen data worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt. Aan deze studie zijn geen kosten verbonden en de participanten kunnen door dergelijk onderzoek geen schade oplopen.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de masterproef van Sylvie De Baere binnen de opleiding Master of Science in de Verpleegkunde en de Vroedkunde, en is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit van Gent. Deze studie kadert bovendien in een Europees project die momenteel loopt over preconceptiezorg.

Graag willen we u vragen terug deel te nemen aan deze studie en toe te stemmen om de vragenlijsten nogmaals binnen uw instelling te laten verspreiden.

Wij danken u bij voorbaat voor de aandacht die u aan ons onderzoek hebt gegeven.

Met vriendelijke groeten,

Sylvie De Baere

Contactpersonen

Sylvie De Baere

Vroedvrouw

Studente Master of Science in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Email: smadbaer.DeBaere@UGent.be

Onder supervisie van:

Dr. Ilse Delbaere

Vroedvrouw

Postdoctoraal onderzoeker vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Tel: 09 332 48 53

Email: Ilse.Delbaere@UGent.be

Joline Goossens

Vroedvrouw

Wetenschappelijk medewerker vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Tel: 09 332 05 89

Email: jolgooss.Goossens@UGent.be

Bijlage 7: Begeleidende informatiebrief voor de participanten

Geachte,

Een goede opvolging van de zwangerschap blijkt belangrijk te zijn voor de gezondheid van u en uw baby. Uit internationaal onderzoek wordt steeds meer aangeraden om reeds voor de zwangerschap de gezondheidsstatus te laten controleren. **'Preconceptiezorg'** richt zich op het tijdig informeren van vrouwen met een zwangerschapswens over mogelijke risicofactoren voor zichzelf en het ongeboren kind en eventuele maatregelen die zij reeds voor de zwangerschap kunnen nemen. Hierdoor zouden vrouwen hun gedrag beter en tijdig kunnen aanpassen wat leidt tot gunstige zwangerschapsuitkomsten. Preconceptiezorg omvat bijvoorbeeld het innemen van vitaminen en foliumzuur, het aannemen van een gezonde levensstijl, het stoppen met roken, voldoende bewegen, ...

Dat dergelijke preconceptionele zorg daadwerkelijk een gunstige invloed heeft voor een optimale start van de zwangerschap is in België nog niet door praktische meting bewezen. Om dit na te gaan richten wij deze ondervraging in. Er wordt gebruik gemaakt van een uit het Engels vertaalde vragenlijst die gebruikt wordt binnen een Europese studie die momenteel loopt over preconceptiezorg. Bij het invullen van deze vragenlijst is het voor ons belangrijk om te weten of u al dan niet voorbereidende maatregelen genomen hebt voor uw zwangerschap. Er zijn in deze vragenlijst geen juiste of foute antwoorden. Voor de waarde van het onderzoek is het wel belangrijk dat de antwoorden oprecht zijn.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de masterproef van Sylvie De Baere binnen de opleiding Master of Science in de Verpleegkunde en de Vroedkunde.

Graag willen we u vragen aan deze studie deel te nemen en de vragenlijst in te vullen. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer gerespecteerd worden. De ingevulde vragenlijst zal anoniem en apart verzameld worden zodat er geen associatie is aan namen bij een gegeven antwoord. De data die identificerende informatie bevatten worden veilig opgeslagen en bewaard in de Universiteit van Gent. Data worden enkel anoniem en vertrouwelijk aan derden overgemaakt.

U bent uiteraard volledig vrij om aan de studie deel te nemen. Ook nadat u toegestemd hebt, kunt u op elk ogenblik de toestemming terug intrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Indien u deelneemt, vragen wij u een toestemmingsformulier te ondertekenen zoals het Ethisch Comité vereist.

Hoewel het in geen geval te verwachten is dat u door het onderzoek schade zou kunnen oplopen, is er een verzekering afgesloten zoals de wet op de patiëntenrechten vereist. Er zijn aan de deelname geen kosten verbonden.

Mocht u vragen hebben, dan kan u die altijd stellen aan een van de onderzoekers. Deze studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit Gent. In geen geval dient u dergelijke goedkeuring te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie. Vragen over uw rechten kunnen gericht worden aan deze Commissie.

Wij danken u bij voorbaat voor de aandacht die u aan ons onderzoek hebt gegeven.

Met vriendelijke groeten,

Sylvie De Baere

Contactpersonen

Sylvie De Baere

Vroedvrouw

Studente Master of Science in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Email: smadbaer.DeBaere@UGent.be

Onder supervisie van:

Dr. Ilse Delbaere

Vroedvrouw

Postdoctoraal onderzoeker vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Tel: 09 332 48 53

Email: Ilse.Delbaere@UGent.be

Joline Goossens

Vroedvrouw

Wetenschappelijk medewerker vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Tel: 09 332 05 89

Email: jolgooss.Goossens@UGent.be

Bijlage 8: Informed consent

VERKLARING VOOR TOESTEMMING TOT DEELNAME AAN HET ONDERZOEK

Ik, ondergetekende, heb de 'informatiebrief voor deelnemers aan de studie' gelezen en er ook een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan deze studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier. Ik heb uitleg gekregen over de aard en het doel van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik ben geïnformeerd dat deze studie voor mij geen risico's inhoudt. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie. Indien van toepassing heb ik op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik weet dat de studie ter beoordeling en controle aan Ethisch Comité van de Universiteit Gent is voorgelegd en dat een gunstig advies gegeven werd. In geen geval dien ik dergelijke goedkeuring te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Ik kan me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit een invloed zal hebben op mijn verder relatie met de arts.

Men heeft mij ingelicht dat alle gegevens vertrouwelijk en anoniem behandeld zullen worden. In geen geval zullen de antwoorden aan de deelnemers gekoppeld worden. Alle gegevens zullen gedurende minstens 20 jaar bewaard worden. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende arts, die verantwoordelijk is voor de verwerking. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit

betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Ethische Commissie of bevoegde overheden mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren.

Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deelname aan het onderzoek. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

(naam deelnemer)

(datum)

(handtekening deelnemer)

Gelieve deze brief samen met de ingevulde vragenlijst in de voorziene doos te steken.

VERKLARING VOOR TOESTEMMING TOT DEELNAME AAN HET ONDERZOEK

Ik, ondergetekende, heb de 'informatiebrief voor deelnemers aan de studie' gelezen en er ook een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan deze studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier. Ik heb uitleg gekregen over de aard en het doel van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik ben geïnformeerd dat deze studie voor mij geen risico's inhoudt. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie. Indien van toepassing heb ik op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik weet dat de studie ter beoordeling en controle aan Ethisch Comité van de Universiteit Gent is voorgelegd en dat een gunstig advies gegeven werd. In geen geval dien ik dergelijke goedkeuring te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Ik kan me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit een invloed zal hebben op mijn verder relatie met de arts.

Men heeft mij ingelicht dat alle gegevens vertrouwelijk en anoniem behandeld zullen worden. In geen geval zullen de antwoorden aan de deelnemers gekoppeld worden. Alle gegevens zullen gedurende minstens 20 jaar bewaard worden. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende arts, die verantwoordelijk is voor de verwerking. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit

betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Ethische Commissie of bevoegde overheden mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren.

Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deelname aan het onderzoek. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

(naam deelnemer)

(datum)

(handtekening deelnemer)

Deze kopij mag u zelf houden.

Bijlage 9: Overzicht verspreide vragenlijsten per prenataal centrum

Plaats	Centrum	Aantal	Code	Ingevuld en teruggekregen
Menen	Zelfstandige vroedvrouw	20	ZM1	8
De Kaai	Wijkgezondheidscentrum	20	DK1	0
De Heirnis	Groepspraktijk	20	DH1	3
Knokke	Prenataal Centrum	60	OLVK1	12
Sint-Lucas Brugge	Prenataal Centrum	100	SLB1	26
	Totaal	220		49

Bijlage 10: Nieuwsbrief 1 (18 maart 2013)

18 maart 2013

Nieuwsbrief



Alvast bedankt voor uw enthousiaste medewerking aan

'het onderzoek naar de incidentie van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen'

Het is de bedoeling om aan de hand van vragenlijsten na te gaan wat de incidentie is van ongeplande zwangerschap en welke factoren hiermee gerelateerd zijn. Alle Nederlandstalige zwangere vrouwen tijdens een eerste prenatale raadpleging komen in aanmerking om een vragenlijst in te vullen.

De opstart van het onderzoek is in alle centra vlot verlopen! De deelnemende centra zijn een zelfstandige vroedvrouwpraktijk in Menen, wijkgezondheidscentrum 'De Kaai' te Gent, huisartsenpraktijk 'De Heirnis' te Gent, OLV Ter Linden te Knokke-Heist en het AZ St-Lucas te Brugge.

De eerste vragenlijsten zijn ondertussen binnengekomen. Wanneer ik resultaten beschikbaar heb, zal ik deze in een volgende nieuwsbrief vermelden. Ik zal op regelmatige basis vragenlijsten komen ophalen. Bij eventuele problemen mag u me steeds contacteren.

Hartelijk bedankt voor de vlotte medewerking!

Sylvie De Baere
smadbaer.DeBaere@UGent.be

0473 39 25 07

Dr. Ilse Delbaere
Ilse.Delbaere@UGent.be

Joline Goossens
jolgooss.Goossens@UGent.be

Bijlage 11: Nieuwsbrief 2 (1 mei 2013)

1 mei 2013

Nieuwsbrief

'Het onderzoek naar de incidentie van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen'



Wij willen u bedanken voor de goede medewerking want we hebben reeds 31 ingevulde vragenlijsten ontvangen!

Niet alleen in prenatale centra, maar ook in abortuscentra treffen we vrouwen aan met een ongeplande zwangerschap. Vandaar werd de studie uitgebreid en werd via het Ethisch Comité van het UZ Gent de goedkeuring gekregen om ook abortuscentra in het onderzoek te betrekken. Het betreft alle Vlaamse abortuscentra, namelijk 'Kollektief Antikonceptie' te Gent, 'Centrum voor Verantwoord Ouderschap' te Oostende, 'Dr. Willy Peers Centrum' te Antwerpen, 'Bourgognecentrum' te Hasselt en 'Sjerp-Dilemma' te Brussel. In deze centra zal gedurende twee maand een turflijstje verspreid worden waarop gezondheidswerkers kunnen aanduiden of de zwangerschap al dan niet gepland is.

Het zal een meerwaarde zijn om de resultaten verkregen van de prenatale centra en de resultaten verkregen uit abortuscentra samen te evalueren om zo een beeld te kunnen geven van de incidentie van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen.

Bij eventuele problemen mag u me steeds contacteren. Hartelijk bedankt voor de vlotte medewerking!

Sylvie De Baere
smadbaer.DeBaere@UGent.be

0473 39 25 07

Dr. Ilse Delbaere
Ilse.Delbaere@UGent.be

Joline Goossens
jolgooss.Goossens@UGent.be

Bijlage 12: Nieuwsbrief 3 (1 augustus 2013)

1 augustus 2013

Nieuwsbrief

Hartelijk bedankt voor uw medewerking aan

'Het onderzoek naar de incidentie

van ongeplande zwangerschap in Vlaanderen'



De studie is afgerond en de resultaten zijn gekend! Dankzij jullie medewerking hebben we 49 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Ondanks de relatief kleine respons van deze vragenlijst, leverde die toch belangrijke data op. De turflijstjes die verspreid werden in abortuscentra kenden een hogere responsrate. Zo werden 807 turflijstjes teruggestuurd, welke zeker en vast representatief zijn voor de onderzoekspopulatie.

Graag wil ik jullie de belangrijkste resultaten meedelen. Deze masterproef toont aan dat binnen prenatale centra 32,7% van de zwangerschappen als ongepland gedefinieerd kunnen worden. Er werden significante verbanden gevonden tussen een ongeplande zwangerschap en het drinken van alcohol, het preconceptioneel opzoeken van informatie en het innemen van foliumzuur en vitaminen vóór de zwangerschap. Vooral vrouwen die ongepland zwanger zijn, zoeken geen informatie op vóór de zwangerschap en nemen geen foliumzuur of vitaminen in vóór het begin van hun zwangerschap. Vrouwen met een ongeplande zwangerschap zijn minder geneigd dan vrouwen met een geplande zwangerschap om hun alcoholgebruik te minderen. Hiernaast is 95,8% van de vrouwen die zich aanmelden in abortuscentra ongepland zwanger. Opmerkelijk is dat 51,1% van hen toch nog een kinderwens heeft.

Sylvie De Baere

Dr. Ilse Delbaere

Joline Goossens

smadbaer.DeBaere@UGent.be

Ilse.Delbaere@UGent.be

jolgooss.Goossens@UGent.be

0473 39 25 07

Bijlage 13: Informatiebrief abortuscentra

Onderzoek naar de incidentie van ongeplande zwangerschappen in Vlaanderen

Achtergrond

Uit internationale literatuur blijkt dat een groot deel van de zwangerschappen niet gepland is. Zo toonde een recente studie aan dat 40% van de zwangerschappen in Europa ongepland was. Cijfermateriaal rond het voorkomen van ongeplande zwangerschappen varieert sterk, wat kan verklaard worden door het verschil in voorkomen per land/regio, verschillende meetmethodes, het taboe rond ongeplande zwangerschap, ...

In Vlaanderen is echter weinig cijfermateriaal beschikbaar. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in het voorkomen van ongeplande zwangerschappen in Vlaanderen. Dit door middel van een vragenlijst die verspreid wordt onder vrouwen die voor het eerst op prenatale consultatie gaan bij hun huisarts of gynaecoloog. In deze vragenlijst wordt op een indirecte manier bevraagd of de zwangerschap al dan niet gepland was. Op deze manier wordt vermeden dat patiënten sociaal wenselijk zullen antwoorden.

Het aantal abortussen per jaar kan ook een indicatie zijn voor het aantal ongeplande zwangerschappen. Echter, niet elke abortus was in eerste instantie ongepland. Sommige vrouwen ondergaan een zwangerschapsonderbreking binnen een abortuscentrum die in eerste instantie gepland en gewenst was, bijvoorbeeld omwille van een medische reden. Om een schatting te maken van het aantal ongeplande zwangerschappen op basis van het aantal abortussen, is het noodzakelijk om in eerste instantie na te gaan wat de proportie geplande/ongeplande zwangerschappen zijn die eindigen in een zwangerschapsonderbreking.

Doelstelling

Onderzoek naar de proportie geplande/ongeplande zwangerschappen die eindigen in een zwangerschapsonderbreking binnen Vlaamse abortuscentra.

Methode

Gedurende twee maanden wordt er voor elke uitgevoerde abortus genoteerd of de zwangerschap gepland of ongepland was. Dit aan de hand een korte checklist (zie 'checklist').

Deze checklist kan ingevuld worden tijdens het intakegesprek en wordt zo opgesteld dat het invullen van het formulier een beperkte tijdsinvestering vraagt.

Bijlage 14: Overzicht aantal checklists per abortuscentrum

Centrum	Adres	Aantal
Gent	Kollektief Antikonceptie Lieven De Winnestraat 65/001 9000 Gent 09 233 64 92	200 60
Oostende	Centrum voor Verantwoord Ouderschap Prinses Stefanieplein 19 8400 Oostende 059 80 57 11 info@cevo-oostende.be	100
Antwerpen	Dr. Willy Peers Centrum tav Nora Seynaeve Fr. Rooseveltplaats 12 4e verdieping 2060 Antwerpen	250 80
Hasselt	Bourgognecentrum Gouverneur Roppesingel 81 3500 Hasselt 011 23 29 91	200
Brussel	Sjerp-Dilemma (VUB) Pleinlaan 2 1050 Brussel Postadres!	100
	Totaal	990

Bijlage 15: Score volgens Barrett et al. (2004)

Appendix: The London Measure of Unplanned Pregnancy

CIRCUMSTANCES OF PREGNANCY

Below are some questions that ask about your circumstances and feelings around the time you became pregnant. Please think of your current (or most recent) pregnancy when answering the questions below.

- Scoring:
- 1) In the month that I became pregnant.....
(Please tick the statement which most applies to you):
- 2 I/we were not using contraception
- 1 I/we were using contraception, but not on every occasion
- 1 I/we always used contraception, but knew that the method had failed (i.e. broke, moved, came off, came out, not worked etc) at least once
- 0 I/we always used contraception
- 2) In terms of becoming a mother (*first time or again*), I feel that my pregnancy happened at the.....
(Please tick the statement which most applies to you):
- 2 right time
- 1 ok, but not quite right time
- 0 wrong time
- 3) Just before I became pregnant.....
(Please tick the statement which most applies to you):
- 2 I intended to get pregnant
- 1 my intentions kept changing
- 0 I did not intend to get pregnant
- 4) Just before I became pregnant....
(Please tick the statement which most applies to you)
- 2 I wanted to have a baby
- 1 I had mixed feelings about having a baby
- 0 I did not want to have a baby
- In the next question, we ask about your partner - this might be (or have been) your husband, a partner you live with, a boyfriend, or someone you've had sex with once or twice.*
- 5) Before I became pregnant....
(Please tick the statement which most applies to you)
- 2 My partner and I had agreed that we would like me to be pregnant
- 1 My partner and I had discussed having children together, but hadn't agreed for me to get pregnant
- 0 We never discussed having children together

6) Before you became pregnant, did you do anything to improve your health in preparation for pregnancy?

(Please tick all that apply)

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> | took folic acid |
| 2 = 2 or more actions | <input type="checkbox"/> | stopped or cut down smoking |
| 1 = 1 action | <input type="checkbox"/> | stopped or cut down drinking alcohol |
| | <input type="checkbox"/> | ate more healthily |
| | <input type="checkbox"/> | sought medical/health advice |
| | <input type="checkbox"/> | took some other action, please describe _____
or |
| 0 | <input type="checkbox"/> | I did not do any of the above <u>before</u> my pregnancy |

Bijlage 16: Interpretatie van Kappa volgens Landis & Koch

Goed	$K > 0.80$
Substantieel	$0.61 \leq \kappa \leq 0.80$
Matig	$0.41 \leq \kappa \leq 0.60$
Redelijk	$0.21 \leq \kappa \leq 0.40$
Zwak	$K \leq 0.20$

Bron: De Moor & Van Maele, 2009.

