



**KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN**

**FACULTEIT GENEESKUNDE**

Departement Neurowetenschappen

Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen

# **DE BELEVING VAN HET OUDERSCHAP NA EICELDONATIE**

**Een kwalitatief onderzoek naar de wijze van communiceren door ouders na  
eiceldonatie en de beleving van de asymmetrie in het ouderschap**

Masterproef aangeboden  
tot het behalen van de graad van  
Master in de seksuologie  
door  
**Ingeborg VAN SOYE**

Promotor: prof. dr. Peter ROBER  
Faculteit: Geneeskunde  
Departement: Neurowetenschappen

Leuven, 2014



*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk worden gerefereerd, mits schriftelijke toelating van de promotor(en) die met naam op de titelpagina is/zijn vermeld.*





**KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN**

**FACULTEIT GENEESKUNDE**

Departement Neurowetenschappen

Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen

# **DE BELEVING VAN HET OUDERSCHAP NA EICELDONATIE**

**Een kwalitatief onderzoek naar de wijze van communiceren door ouders na  
eiceldonatie en de beleving van de asymmetrie in het ouderschap**

Masterproef aangeboden  
tot het behalen van de graad van  
Master in de seksuologie  
door  
**Ingeborg VAN SOYE**

Promotor: prof. dr. Peter ROBER  
Faculteit: Geneeskunde  
Departement: Neurowetenschappen

Leuven, 2014



**Ingeborg Van Soye**, De beleving van het ouderschap na eiceldonatie. Een kwalitatief onderzoek naar de wijze van communiceren door ouders na eiceldonatie en de beleving van de asymmetrie in het ouderschap.

Masterproef tot het behalen van de graad van 'Master in de Seksuologie', september 2014.  
Promotor: prof. dr. Peter Rober

---

Tot op heden is er in de literatuur weinig onderzoek geleverd naar de beleving van de asymmetrie binnen het ouderschap na eiceldonatie. Objectief gezien schuilt er een asymmetrie tussen het genetisch (sociaal-biologisch) ouderschap van de vader en het sociaal-biologisch ouderschap van de moeder. Rapportages belichten voornamelijk de rol van het keuzeproces om donorconceptie al dan niet te vertellen aan de nakomelingen. Bij dit proces heeft men geen kennis over de langetermijneffecten voor het kind en het gezin.

Vanuit dit gedachtegoed werd in deze masterproef getracht een antwoord te vinden op de vraag naar de beleving van het ouderschap na eiceldonatie, meer bepaald hoe ouders praten over het ouderschap na eiceldonatie en wat de beleving is van de asymmetrie in het ouderschap.

De vier participanten in ons onderzoek zijn twee ouderparen. De vrouwen werden eerder gediagnosticeerd met primaire amenorroe of prematuur ovarieel falen. Bij de mannen werd er geen oorzaak gevonden van verminderde vruchtbaarheid. Aan de hand van een kwalitatief onderzoek met behulp van ongestructureerde face-to-face diepte-interviews werden de ervaringen van de moeder en de vader grondig bestudeerd. Het betreft een longitudinale studie over een periode van twee jaar. De interviews werden gezamenlijk en apart afgenomen. Dit kort vóór en na de bevalling, en op de leeftijd van twee jaar wanneer het kind een eigen karakter heeft ontwikkeld. Door deze methode konden veranderingen opgemerkt worden binnen en tussen de ouderparen. De gegevens werden geanalyseerd op basis van de Grounded Theory benadering.

Moeders na eiceldonatie praten beduidend meer over hun infertiliteit en over de procedure van eiceldonatie. Echter, wanneer het gezin gevormd is, vermindert de noodzaak om het donorverhaal naar buiten te brengen. Het verlies van hun vruchtbaarheid blijft hun dagelijks leven op diverse wijzen beïnvloeden. Uitspraken over de al dan niet genetische verwantschap zijn hierbij van belang.

De ouders in deze studie geven aan geen asymmetrie te ervaren in het ouderschap. Het genetisch niet gerelateerd zijn van de moeder wordt gedeeltelijk gecompenseerd door het zwanger zijn en de bevalling. Ook wordt de klemtoon gelegd op het opvoedingsproces van het kind. De vaders beschouwen hun partners als gelijkwaardig in hun functie als ouder. Doch ervaren deze moeders meerdere bezorgdheden, zowel tijdens de zwangerschap als bij de bevalling alsook bij het grootbrengen van hun kind. Er is sprake van multi-pele complicaties en faalervaringen. Over het algemeen zijn deze moeders meer ongerust in vergelijking met vrouwen na een natuurlijke zwangerschap. Dit uit zich onder meer in de zorg om het kind al dan niet in te lichten over zijn of haar afkomst. De onvoorwaardelijke steun van de partner wordt door beide ouderfiguren als elementair geacht.

Het zou een meerwaarde bieden om na te gaan of de waargenomen patronen terug te vinden zijn in verder onderzoek.

*Sleutelwoorden:*

*Onvruchtbaarheid – eiceldonatie – ouderschap – communicatie over donorconceptie – counseling*

**Ingeborg Van Soye**, The experience of the parenthood after egg donation. A qualitative study of the way of communicating by parents after egg donation and the experience of the asymmetry in the parenthood.

Master thesis presented to obtain the degree of 'Master of Sexology', September 2014.

Promotor: prof. dr. Peter Rober

---

Until present, little research has been conducted in literature concerning the experience of the asymmetry within the parenthood after egg donation. Objectively, there lurks an asymmetry between the genetic (socio-biological) parenthood of the father and the socio-biological parenthood of the mother. Reports highlight mainly the role of the decision making process to decide whether or not to tell the descendants about the donor conception. In this process, one has no knowledge about the long-term consequences, neither for the child nor the family.

From this range of ideas, this master thesis tries to answer the question about the experience of the parenthood after egg donation, particularly how parents talk about the parenthood after egg donation and their experience of the asymmetry in the parenthood.

The four participants in our research are two parental couples. The women were previously diagnosed with primary amenorrhea or premature ovarian failure. Among the men, there was no cause of reduced fertility. By means of qualitative research using unstructured face-to-face in-depth interviews, the experiences of both mother and father were studied thoroughly. This concerns a longitudinal study over a period of two years. The interviews were conducted together and separately shortly before and after childbirth, and at the age of two years when the child has developed an individual character. By this method, it was possible to notice changes in the parenthood and between the parents. The data were analysed based on the Grounded Theory approach.

Mothers, who have had an egg donation, talk significantly more about their infertility and about the egg donation procedure. However, when the family is formed, the necessity to talk about the donor story diminishes. The loss of their fertility continues to influence their daily lives in many ways. Statements about whether or not being genetically related are of importance in this respect.

The parents in this study indicate not to experience an asymmetry in the parenthood. The mother's genetic unrelatedness is partially compensated by the events of pregnancy and childbirth. The process of raising the child is emphasised. The fathers consider their partners to be equal in their role as parents. Nonetheless, these mothers do experience several concerns, both during pregnancy and childbirth and in raising their child. There is talk of multiple complications and failure experiences. In general, these mothers are more anxious in comparison to women who have had a natural pregnancy. This expresses itself amongst other in the concern whether or not to inform the child about his or her origins. The unconditional support of the partner is considered elementary by both parent figures.

It would be an added value to determine whether the observed patterns are reflected in further research.

*Keywords:*

*Infertility – egg donation – parenthood – communication about donor conception – counselling*



# VOORWOORD

Het schrijven van een masterproef is geen eenvoudige opdracht. Vanuit één welbepaald thema moet een volledig werk groeien. Dit omvat een heel proces.

Graag wil ik dan ook een aantal personen bedanken die mij doorheen dit proces hebben gesteund.

Eerst en vooral wil ik een woord van dank richten aan mijn promotor Peter Rober. Bij het uitwerken van mijn thesis gaf hij mij de nodige vrijheid zodat ik er een persoonlijk werk van kon maken. Zijn richtlijnen en tips waren een grote hulp. Ik wil hem ook danken voor het vertrouwen in mij.

Woorden schieten mij tekort om de ouders te bedanken die hun bijdrage wilden geven aan dit onderzoek.

Ik wil mijn waardering uitdrukken naar gynaecoloog-oncoloog Carine De Rop, psycholoog Els Van Bastelaer en toegepast taalkundige Francis De Baere, die dit werk ter correctie hebben nagelezen.

Dank aan psycholoog-seksuoloog Astrid Indekeu en gynaecologen Thomas D'Hooghe en Jan Bosteels voor de interessante referenties.

Ook een welgemeende dank je wel aan Joris voor de vormgeving van mijn thesis en aan Leentje voor de verbetering van het abstract in het Engels.

Een masterproef schrijven gaat soms gepaard met een traan. Ik wil graag mijn vrienden en familie bedanken die mij steunden, in het bijzonder de bemoedigende woorden van mijn mama en papa, mijn broer Michaël en schoonzus Katrien, mijn zus Katlijn en schoonbroer Simon, en niet te vergeten de warme knuffels en blije gezichtjes van mijn hartendiefjes Klaas, Lili, Sies en Lena.

Van harte bedankt!

Ingeborg Van Soye

Leuven, september 2014



# INHOUDSOPGAVE

<b>INLEIDING .....</b>	<b>1</b>
<b>DEEL 1: LITERATUURSTUDIE .....</b>	<b>3</b>
<b>INLEIDEND HOOFDSTUK: ONDERZOEKSVRAAG .....</b>	<b>3</b>
<b>HOOFDSTUK 1: ONVRUCHTBAARHEID .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Inleiding .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Wat is onvruchtbaarheid? .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Prevalentiecijfers .....</b>	<b>4</b>
1.3.1 Cijfers in België .....	4
1.3.2 Cijfers in Europa .....	5
<b>1.4 Vruchtbaarheid bij vrouwen .....</b>	<b>6</b>
<b>1.5 Oorzaken van verminderde vruchtbaarheid bij vrouwen .....</b>	<b>6</b>
1.5.1 Problemen met de cyclus .....	6
1.5.1.1 Anovulatie .....	6
1.5.1.2 Hyperprolactinemie .....	6
1.5.1.3 Polycystisch ovariumsyndroom .....	7
1.5.1.4 Luteale insufficiëntie .....	7
1.5.1.5 Prematuur ovarieel falen .....	7
1.5.2 Afwijkingen aan de eileiders en de baarmoeder .....	8
1.5.2.1 Stoornissen in de functie van de eileiders .....	8
1.5.2.2 Pelvic Inflammatory Disease .....	8
1.5.2.3 Aangeboren afwijkingen aan de vagina of de baarmoeder .....	8
1.5.3 Problemen door een verstoorde inplanting .....	8
1.5.4 Problemen met het baarmoederhalslijm .....	9
1.5.5 Endometriose .....	9
1.5.6 Leeftijd .....	9
1.5.7 Coïtusfrequentie .....	10
1.5.8 Stress .....	10
1.5.9 Ernstige ziektes .....	10
1.5.10 Roken .....	11
1.5.11 Alcohol .....	11
1.5.12 Gewicht .....	11
1.5.13 Voeding .....	11
<b>1.6 Onvruchtbaarheid individueel bekeken .....</b>	<b>12</b>
1.6.1 Het verwerkingsproces van de onvruchtbare vrouw .....	12
1.6.1.1 De kinderwens herkaderen .....	12
1.6.1.2 Infertiliteit is een voortdurend gegeven .....	13
1.6.2 Faalervaringen met betrekking tot onvruchtbaarheid .....	13
1.6.2.1 Complicaties .....	13
1.6.2.1.1 Tijdens de zwangerschap en bij de bevalling .....	13
1.6.2.1.2 Na de bevalling .....	15
<b>1.7 Onvruchtbaarheid in verhouding tot de relatie .....</b>	<b>15</b>
<b>1.8 Besluit .....</b>	<b>15</b>

<b>HOOFDSTUK 2: EICELDONATIE .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Inleiding .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Definitie.....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Eiceldonatie .....	16
2.2.1.1 Voorwaarden van de eiceldonor .....	16
2.2.2 Eicelreceptie .....	17
2.2.2.1 Voorwaarden van de recipiëntmoeder.....	17
<b>2.3 Belgische wet omtrent eiceldonatie en sociaal moederschap .....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 Anonieme versus gekende donatie .....</b>	<b>18</b>
2.4.1 Soorten donaties .....	18
2.4.2 Motieven voor het kiezen van anonieme versus gekende donatie .....	19
2.4.3 Keuze voor eiceldonatie .....	20
<b>2.5 Aanwezigheid van de donor .....</b>	<b>20</b>
2.5.1 Gedachten en gevoelens met betrekking tot de donor .....	20
2.5.1.1 Bij anonieme donatie .....	20
2.5.1.2 Bij gekende donatie .....	21
2.5.2 Contact met de donor .....	21
<b>2.6 Besluit.....</b>	<b>22</b>
 <b>HOOFDSTUK 3: OUDERSCHAP .....</b>	 <b>22</b>
<b>3.1 Inleiding .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Beleving van het ouderschap door de onvruchtbare vrouw .....</b>	<b>22</b>
3.2.1 Bekommernissen.....	23
3.2.1.1 Tijdens de zwangerschap .....	23
3.2.1.2 Na de bevalling .....	23
3.2.2 Steun van de partner .....	24
<b>3.3 Genetisch ouderschap.....</b>	<b>24</b>
3.3.1 Betekenis van de genetische band door de sociale ouder.....	24
<b>3.4 Genetisch en sociaal-biologisch ouderschap bestudeerd door professor Golombok et al..</b>	<b>24</b>
<b>3.5 Besluit.....</b>	<b>26</b>
 <b>HOOFDSTUK 4: COMMUNICATIE OVER DONORCONCEPTIE .....</b>	 <b>26</b>
<b>4.1 Inleiding .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Het al dan niet vertellen .....</b>	<b>26</b>
4.2.1 Aan de buitenwereld in het algemeen .....	27
4.2.1.1 NIET vertellen .....	27
4.2.1.2 WEL vertellen.....	27
4.2.2 Aan het kind in het bijzonder .....	27
4.2.2.1 NIET vertellen .....	28
4.2.2.2 WEL vertellen.....	29
4.2.2.2.1 <i>WANNEER het verhaal over de donoroorstprong vertellen?</i> .....	30
4.2.2.2.2 <i>HOE het verhaal van de donoroorstprong vertellen?</i> .....	30
<b>4.3 Taalgebruik omtrent het moederschap .....</b>	<b>31</b>
<b>4.4 Besluit.....</b>	<b>31</b>
 <b>HOOFDSTUK 5: COUNSELING .....</b>	 <b>31</b>
<b>5.1 Inleiding .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2 Vaststellingen in de Vlaamse fertiliteitscentra .....</b>	<b>31</b>
<b>5.3 Verklaringen voor de hiaten in de counseling.....</b>	<b>32</b>

5.4 Het belang van oudergroepen.....	33
5.5 Besluit.....	33
<b>HOOFDSTUK 6: KRITISCHE BESPREKING VAN DE LITERATUURSTUDIE .....</b>	<b>33</b>
<b>HOOFDSTUK 7: DE TE FORMULEREN ONDERZOEKSVRAAG .....</b>	<b>35</b>
<b>DEEL 2: METHODOLOGIE .....</b>	<b>37</b>
<b>HOOFDSTUK 1: HET ONDERZOEKSPLAN.....</b>	<b>37</b>
<b>1.1 Verantwoording voor een kwalitatieve methodologie .....</b>	<b>37</b>
1.1.1 Reflexiviteit .....	38
1.1.2 Betrouwbaarheid .....	38
1.1.3 Validiteit .....	38
1.1.4 Constant Vergelijkende methode .....	39
<b>HOOFDSTUK 2: UITVOERING VAN DE METHODE .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1 Inleiding .....</b>	<b>39</b>
<b>2.2 Participanten.....</b>	<b>40</b>
<b>2.3 Dataverzameling .....</b>	<b>40</b>
<b>2.4 Data-analyse .....</b>	<b>42</b>
2.4.1 Coderen en analyseren .....	42
2.4.2 Hulpmiddel bij de interviewthema's .....	42
2.4.3 Uitleg van de drie tijdsperiodes .....	43
<b>DEEL 3: BEVINDINGEN .....</b>	<b>44</b>
<b>CASUS GEZIN A .....</b>	<b>44</b>
<b>CASUS GEZIN B .....</b>	<b>44</b>
<b>CODEBOOM .....</b>	<b>45</b>
<b>THEMA 1: ONVRUCHTBAARHEID.....</b>	<b>45</b>
<b>1.1 Individueel.....</b>	<b>45</b>
1.1.1 Verwerkingsproces van de onvruchtbare vrouw .....	45
1.1.1.1 Wenen.....	45
1.1.1.2 Behoefte om te praten .....	45
1.1.2 Kinderwens herkaderen.....	46
1.1.2.1 Het moederschap trachten te vervullen met behulp van een donor .....	46
1.1.3 Onvruchtbaarheid is een voortdurend gegeven .....	46
1.1.3.1 Het is niet opgelost na eiceldonatie .....	46
1.1.3.2 De donor is altijd aanwezig.....	46
1.1.4 Faalervaringen met betrekking tot onvruchtbaarheid .....	46
1.1.4.1 Zich minder vrouwelijk (aantrekkelijk) voelen .....	47
1.1.4.2 Complicaties .....	47
1.1.4.2.1 Tijdens de zwangerschap .....	47
1.1.4.2.2 Tijdens de bevalling .....	47
1.1.4.3 Moeizame borstvoeding.....	47
<b>1.2 Relationeel .....</b>	<b>47</b>
1.2.1 Tijdstip van het ontdekken van de onvruchtbaarheid .....	47

1.2.1.1 Vóór de relatie.....	47
1.2.2 Verwerkingsproces van de partner.....	48
1.2.2.1 Alleen verwerken.....	48
1.2.2.2 Opluchting.....	48
1.2.2.3 Oplossingsgericht handelen.....	48
1.2.3 Samen een gezin willen vormen.....	48
1.2.3.1 Samen verantwoordelijkheid dragen.....	48
<b>THEMA 2: EICELDONATIE .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1 Keuze voor eiceldonatie .....</b>	<b>49</b>
2.1.1 Geen voorkeur voor adoptie.....	49
2.1.1.1 Belang van de zwangerschap.....	49
2.1.1.2 Nadelen aan adoptie.....	49
2.1.1.2.1 <i>Procedureel</i> .....	49
2.1.1.2.2 <i>Groter risico op probleemkinderen</i> .....	49
2.1.2 Keuze voor anonieme donatie, meer bepaald wisseldonatie.....	50
2.1.2.1 Opluchting.....	50
<b>2.2 Aanwezigheid van de donor .....</b>	<b>50</b>
2.2.1 Dankbaarheid.....	50
2.2.1.1 Dankbaarheid voor de zelf aangebrachte donor.....	50
2.2.1.2 De laatste kans.....	51
2.2.1.2.1 <i>Het aantal pogingen is beperkt</i> .....	51
2.2.1.2.2 <i>Leeftijdsgebonden beperking</i> .....	51
2.2.1.3 Kind als een mirakel.....	51
2.2.2 De donor als een persoon.....	51
2.2.2.1 NIET nadenken over de donor.....	52
2.2.2.1.1 <i>NIET nadenken over de donor: de doneuze = een eicel</i> .....	52
2.2.2.1.2 <i>Nadenken over de donor als persoon = soort van vreemdgaan</i> .....	52
2.2.2.1.3 <i>Angst voor het beeld dat moeder niet meer de moeder is</i> .....	52
2.2.2.2 WEL nadenken over de donor.....	52
2.2.2.2.1 De doneuze = een persoon met eigenschappen.....	52
2.2.2.2.2 De doneuze = de zelf aangebrachte donor.....	53
2.2.3 Contact met de donor.....	53
2.2.3.1 Objectieve informatie voor beeldvorming.....	53
2.2.3.1.1 <i>Praktisch nut</i> .....	53
2.2.3.1.2 <i>Medisch gerelateerd</i> .....	53
2.2.3.1.3 <i>Uit interesse</i> .....	53
2.2.3.2 Begrensd contact.....	54
2.2.3.2.1 <i>Geen hechttingsband</i> .....	54
<b>THEMA 3: OUDERSCHAP .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1 Het ouderschap ervaren .....</b>	<b>54</b>
3.1.1 Beleving van het moederschap door de vrouw.....	54
3.1.1.1 Bekommernissen.....	55
3.1.1.1.1 <i>Tijdens de zwangerschap</i> .....	55
3.1.1.1.2 <i>Na de bevalling</i> .....	55
3.1.1.2 Biologisch en sociaal ouderschap (MIJN kind).....	56
3.1.1.2.1 <i>De zwangerschap</i> .....	56
3.1.1.2.2 <i>De bevalling</i> .....	56
3.1.1.2.3 <i>De opvoeding</i> .....	56
3.1.1.3 Angst voor afwijzing.....	56

3.1.1.4 Steun van de partner .....	57
3.1.1.5 Vraag naar erkenning .....	57
3.1.2 Beleving van het moederschap door de partner .....	57
<b>3.2 Genetisch ouderschap .....</b>	<b>57</b>
3.2.1 Betekenis van de genetische band .....	57
3.2.2 Belang van de erfelijkheid .....	58
3.2.2.1 Door de genetische ouder .....	58
3.2.2.2 Door de sociaal-biologische ouder .....	58
3.2.2.2.1 <i>Genetisch gerelateerde uitspraken van derden</i> .....	58
3.2.2.2.2 <i>Nadenken over donorconceptie en de mogelijke gevolgen</i> .....	58
3.2.2.2.3 <i>Communiceren van het donorverhaal naar het kind</i> .....	58
3.2.2.2.4 <i>Belang van de genetische verwantschap van de partner</i> .....	58
3.2.3 Opmerkingen van buitenstaanders .....	59
3.2.3.1 Zoeken naar gelijkenissen .....	59
3.2.3.1.1 <i>Geen gelijkenissen met de moeder</i> .....	59
3.2.3.1.2 <i>Gelijkenissen met de moeder</i> .....	60
3.2.3.2 Het stuk van eiceldonatie wordt soms vergeten .....	60
3.2.3.2.1 <i>Door anderen</i> .....	60
3.2.3.2.2 <i>Door de onvruchtbare vrouw zelf</i> .....	61
3.2.4 Genetisch ouderschap na sociaal ouderschap .....	61
<b>THEMA 4: COMMUNICATIE OVER DONORCONCEPTIE .....</b>	<b>61</b>
<b>4.1 Al dan niet vertellen .....</b>	<b>61</b>
4.1.1 Een keuzeproces .....	61
4.1.1.1 Aan de buitenwereld .....	61
4.1.1.1.1 <i>NIET vertellen</i> .....	61
4.1.1.1.2 <i>WEL Vertellen</i> .....	62
4.1.1.2 Aan het kind .....	63
4.1.1.2.1 <i>NIET vertellen</i> .....	63
4.1.1.2.2 <i>WEL vertellen</i> .....	64
4.1.2 Keuze.....	67
4.1.2.1 Het al dan niet vertellen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid .....	67
4.1.2.2 Het al dan niet vertellen wordt beslist door de onvruchtbare persoon .....	67
<b>4.2 De donor .....</b>	<b>68</b>
4.2.1. Anders omschrijven: de donor als... ..	68
4.2.1.1 De derde persoon .....	68
4.2.1.2 De biologische moeder .....	68
4.2.1.3 De donormoeder .....	68
4.2.1.4 De moeder .....	68
<b>4.3 De sociaal-biologische moeder .....</b>	<b>68</b>
4.3.1 Anders omschrijven: de moeder als... ..	68
4.3.1.1 Een 'draagmoeder' om het eenvoudiger uit te leggen aan de ander .....	68
<b>THEMA 5: COUNSELING .....</b>	<b>69</b>
<b>5.1 Hiaten in de counseling .....</b>	<b>69</b>
<b>5.2 Welke counseling? .....</b>	<b>69</b>
<b>DEEL 4: DISCUSSIE.....</b>	<b>70</b>
<b>HOOFDSTUK 1: BESPREKING VAN DE GEZINNEN .....</b>	<b>70</b>

<b>HOOFDSTUK 2: EIGEN REFLECTIES OVER HET ONDERZOEK EN AANBEVELINGEN.....</b>	<b>79</b>
<b>BESLUIT .....</b>	<b>81</b>
<b>REFERENTIES .....</b>	<b>83</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>90</b>
Bijlage 1: Tabel ESHRE .....	91
Bijlage 2: Omschrijving van het eigen onderzoek en de geïnformeerde toestemming .....	92
Bijlage 3: Advertentie in magazine 'Libelle' .....	105
Bijlage 4: Vragen bij weigering .....	106
Bijlage 5: CODEBOOM .....	108
Bijlage 6: Frequentie van codes .....	113
Bijlage 7: Transcripties op cd-rom .....	117



# LIJST MET AFKORTINGEN

**ART:** Assisted Reproductive Technology

**BELRAP:** Belgian Register for Assisted Reproduction

**BMI:** Body Mass Index

**DES:** diethylstilbestrol

**ESHRE:** European Society of Human Reproduction and Embryology

**HCG:** Humaan Choriongonadotrofine

**ICSI:** Intracytoplasmatische sperma-injectie

**IUI:** Intra-uteriene inseminatie

**IVF:** in-vitrofertilisatie

**KID:** Kunstmatige Inseminatie met Donorzaad

**LHRH:** Luteïniserend hormoon

**LUFC:** Leuvens Universitair Fertiliteitscentrum

**LUF-syndroom:** Luteinized Unruptured Follicle syndroom

**PCOS:** Polycystisch ovariumsyndroom

**PID:** Pelvic Inflammatory Disease

**PIF:** Prolactin-Inhibiting Factor

**POF:** Prematuur Ovarieel Falen

**TRF:** Thyrotropin-Releasing Factor

# LIJST VAN DE TABELLEN

**TABEL 1:**

**De leeftijd van de vrouw in verhouding tot de kans op zwangerschap binnen een bepaalde tijd  
(Dienst communicatie UZ Leuven, 2012)**

**TABEL 2:**

**De kans op een zwangerschap stijgt met coïtusfrequentie  
(Dienst communicatie UZ Leuven, 2012)**

**TABEL 3:**

**Een tabel naar analogie van de cursustekst van D'Hooghe (2013)**

# INLEIDING

In de opleiding tot seksuoloog en als educatief medewerker bij VZW Vonx<sup>1</sup> viel het op dat seksuele voorlichting en vorming een belangrijke klemtoon leggen op het onderdeel van anticonceptiva. Kinderen en jongeren worden grootgebracht met het denkbeeld over hoe een zwangerschap te voorkomen. We leven in een maatschappij die ons voorziet van de nodige anticonceptie in verschillende vormen en gebruiksmethoden. Dit is fantastisch en hiervoor zijn we als toekomstige seksuologen zeer dankbaar. Er schuilt echter een bezorgdheid over het steeds wijzen op de 'dreiging' van een zwangerschap en het wegcijferen van de periode aan maximale fertiliteit. Het is niet meer abnormaal dat een 24-jarige met het oog op een carrière zegt "wij wachten wel nog even om aan kinderen te beginnen". De kinderwens wordt uitgesteld op het moment dat de vruchtbaarheid, althans voor een vrouw, het meest optimaal is. Naast het bestaan van medische oorzaken gerelateerd aan fertiliteit, hangt verminderde vruchtbaarheid nauw samen met tal van factoren die elkaar beïnvloeden. Met deze zorg in het achterhoofd, werd er mee gebouwd aan het onderzoeksproject over ouders die te maken kregen met onvruchtbaarheid bij de vrouw. Met welke gevoelens en gedachten worden deze ouderparen geconfronteerd die zwanger zijn geraakt met behulp van eiceldonatie?

Deze masterproef bestaat uit vier grote delen.

In een eerste deel wordt er een literatuuroverzicht gegeven waarbij de meest relevante onderwerpen worden besproken: onvruchtbaarheid, eiceldonatie, ouderschap, communicatie over donorconceptie en counseling. Vervolgens wordt de literatuur kritisch bekeken. Het literatuuroverzicht is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur uit databanken zoals Google Scholar, LIMO, PubMed, Web of Science en PsycINFO met zoektermen als 'infertility', 'oocyte/egg donation', 'oocyte recipient', '(social) motherhood/parenthood', 'disclosure decisions', 'third party reproduction', en combinaties hiervan. Tot slot komt men tot de onderzoeksvraag die betrekking heeft op de ervaring van de asymmetrie in het ouderschap na eiceldonatie en de manier van communiceren over eiceldonatie binnen het ouderpaar.

Het tweede deel handelt over de methodologie waarin verklaard wordt waarom er gekozen is voor een kwalitatief onderzoek, meer bepaald in het onderzoeksplan. Aansluitend wordt de uitvoering van de onderzoeksmethode gedetailleerd weergegeven in de omschrijving van de participanten, en het verzamelen en analyseren van de data. De ongestructureerde face-to-face interviews werden op verschillende tijdstippen zowel gezamenlijk als individueel afgenomen.

Deel drie bevat de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek. Voorafgaand krijgt de lezer een kort beeld geschetst van gezin A en gezin B. Vervolgens worden de resultaten nauwkeurig geanalyseerd aan de hand van een wetenschappelijk gericht codesysteem, passend bij het eerdere

---

<sup>1</sup> Vorming geven over relaties en seksualiteit bij kinderen en jongeren met een gedragsstoornis, en aan personen met een mentale beperking.

literatuuroverzicht. Hierbij worden letterlijke citaten van de participanten gebruikt als illustratief materiaal.

In deel vier, tevens het laatste onderdeel van deze masterproef, wordt de huidige literatuur gekoppeld aan het eigen onderzoek. Vanuit diverse perspectieven wordt de bijdrage van elk gezin aan het onderzoek belicht: de stem van het ouderpaar tezamen, apart en over de tijd heen. Deze gegevens worden vervolledigd met de gelijkenissen en de verschillen tussen de twee gezinnen. Ten slotte wordt er stilgestaan bij de mogelijkheden en beperkingen van het eigen onderzoek met aanbevelingen voor later onderzoek.

Het hele werk wordt afgerond met een algemeen besluit. Dit besluit herhaalt de belangrijkste conclusies van het werk en omvat een boodschap die gericht is aan de lezer.

# DEEL 1: LITERATUURSTUDIE

*“Als een zwangerschap niet eindigt zoals verwacht”*

*(onbekend, 2014)*

## INLEIDEND HOOFDSTUK: ONDERZOEKSVRAAG

In deze masterproef willen we nagaan hoe ouders zich verhouden tot vrouwelijke infertiliteit, in het bijzonder:

***“Hoe ervaren moeders en vaders het ouderschap na beroep te doen op de geassisteerde voortplantingstechniek van eiceldonatie?”***

Het kind wordt op een bijzondere wijze verwekt. Het komt niet tot conceptie vanuit de coïtus van een man en een vrouw, maar met de medewerking van een fertilitiedeskundige die een eikel van een donor met het sperma van de partner van de onvruchtbare vrouw technisch bijeenbrengt. De basis van het ouderschap wordt niet gevormd door geslachtsgemeenschap van de ouders. Het zich voortplanten wordt losgekoppeld van seksualiteit (Edwards, 1991).

Het ouderschap kan men artificieel opsplitsen in drie dimensies namelijk het genetisch, het biologisch en het sociaal ouderschap. Bij het holistisch vaderschap is het genetisch ouderschap tevens het biologische ouderschap. Het erfelijk materiaal wordt doorgegeven aan zijn nakomelingen. Het sociaal ouderschap impliceert het gehele opvoedingsproces. Dit omvat het zorg dragen voor het kind totdat het meerderjarig wordt geacht (microniveau), maar ook de erkenning van de maatschappij als ouder (macroniveau). Het volledig biologisch moederschap wordt geconstrueerd op basis van het genetisch en het dragend ouderschap. Bij onvruchtbare vrouwen die hun kinderwens verwezenlijken door de toepassing van eiceldonatie ontbreekt een genetische band met hun kind. Echter, zij zijn wel biologisch gelinkt aan hun kind door middel van de zwangerschap en de bevalling. Daarbij genieten zij de status van sociale moeder (Colpin, 1994).

Alvorens een kwalitatief onderzoek uit te voeren, wordt eerst de literatuur betreffende deze thematiek grondig bestudeerd. Hierbij worden volgende onderwerpen besproken: onvruchtbaarheid, eiceldonatie, ouderschap, communicatie over donorconceptie en counseling. Na het kritisch evalueren van de literatuurstudie, wordt de onderzoeksvraag geherformuleerd.

# HOOFDSTUK 1: ONVRUCHTBAARHEID

## 1.1 Inleiding

Onvruchtbaarheid is een ruim begrip. Aangezien onze masterproef hieromtrent is opgebouwd, is het belangrijk dat de lezer weet wat er juist bedoeld wordt met de term onvruchtbaarheid. Eerst wordt het begrip gedefinieerd en vervolgens worden de prevalentiecijfers weergegeven en de factoren aangehaald die verminderde vruchtbaarheid beïnvloeden. Daarna wordt infertiliteit vanuit individuele en relationele invalshoek bekeken.

## 1.2 Wat is onvruchtbaarheid?

Volgens D'Hooghe (2013, p. 2) luidt de definitie van onvruchtbaarheid als volgt:

*Indien de kinderwens niet binnen het jaar vervuld is, spreekt men over verminderde vruchtbaarheid (subfertiliteit) of volledige onvruchtbaarheid (infertiliteit/steriliteit)<sup>2</sup>, naargelang de oorzaak die na diagnostisch onderzoek aan het licht komt. In de meerderheid van de gevallen gaat het om verminderde vruchtbaarheid.*

## 1.3 Prevalentiecijfers

### 1.3.1 Cijfers in België

De Belgian Register for Assisted Reproduction (BELRAP) is een registratiesysteem dat gehanteerd wordt in de Belgische fertiliteitscentra. Elk jaar publiceert het College van Geneesheren Reproductieve Geneeskunde deze cijfers. Het laatste rapport dateert van 2006. In alle Belgische fertiliteitscentra hebben toen in totaal 25.039 IVF<sup>3</sup>/ICSI<sup>4</sup>-behandelingen plaatsgevonden, hetzij met vers materiaal, hetzij met ingevroren embryo's. Daar zijn 3.500 geboorten uit gevolgd. De bedoeling van het registratiesysteem is de omvang van vruchtbaarheidsproblemen en –behandelingen in kaart te brengen. Het wordt echter in eerste instantie gebruikt om de medische praktijk in de centra en hun effectiviteit te bestuderen. Een nadeel van het systeem is dat zowel het aantal patiënten als het percentage aan Belgische patiënten niet achterhaald kan worden. Patiënten kunnen per jaar meer dan één behandelingscyclus ondergaan en de grote Belgische fertiliteitscentra zijn populair voor de immigratie van buitenlanders die in hun eigen land niet (kunnen) geholpen worden (Instituut Samenleving & Technologie, 2009; Register for Assisted Reproduction, 2011).

---

<sup>2</sup> Doorheen de masterproef wordt het woord 'infertiliteit' verkozen boven 'subfertiliteit' aangezien er bij de vrouwelijke deelnemers (zie Deel 3 Bevindingen) een medische oorzaak aan de basis ligt van hun vruchtbaarheidsprobleem. De partner van elk van deze vrouwen heeft geen vastgestelde verminderde vruchtbaarheid. Daarenboven verwijzen de vrouwen telkens naar hun onvruchtbaarheid of infertiliteit.

<sup>3</sup> In-vitrofertilisatie: "Of in-vitrobevruchting. Techniek waarbij de bevruchting van de eicel buiten het lichaam plaatsvindt, meer bepaald in het lab. Vandaar de term reageerbuisbevruchting of proefbuisbevruchting." (D'Hooghe, Enzlin & Vanderschueren, 2005, p. 208)

<sup>4</sup> Intracytoplasmatische sperma-injectie: wanneer er onvoldoende beweeglijke zaadcellen zijn, wordt er één zaadcel rechtstreeks in de eicel geïnjecteerd. De kans op een zwangerschap is vergelijkbaar met IVF (D'Hooghe, 2013).

Uit het Studiecentrum voor Prenatale Diagnostiek blijkt dat ongeveer 5% van alle kinderen in België geboren zijn na medisch begeleide voortplanting (Instituut Samenleving & Technologie, 2009).

### 1.3.2 Cijfers in Europa

In 2013 is er het dertiende jaarlijkse European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) rapport verschenen over de Europese data van de geassisteerde reproductieve technologie. We belichten in deze thesis enkel de gegevens over eiceldonatie en de daaruit volgende zwangerschappen en/of levendgeborenen. Het rapport includeert behandelingen die gestart zijn tussen 1 januari 2009 en 31 december 2009. Gegevens over zwangerschapsuitkomsten zijn afkomstig uit de follow-up van de cohorte die behandeld werd gedurende deze periode (Ferraretti et al., 2013).

Van de 47 Europese landen namen 34 landen deel aan de registratie. Tweeëntwintig landen (zie **Bijlage 1** Tabel ART in European countries in 2009) die gebruik maakten van eiceldonatiecyclussen werden geselecteerd. Het totaal aantal geregistreerde eiceldonatiecyclussen bedraagt 21.604. In vergelijking met het rapport van 2008 is eiceldonatie gestegen met 7.995 cyclussen. De landen met het hoogste aantal registraties zijn Spanje, Servië, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en België. In de meeste landen zonder gerapporteerde cijfers is het gebruik van eiceldonatie nog steeds illegaal. Het is de eerste maal dat het rapport een onderscheid maakt tussen verse en ingevroren/ontdooide cyclussen van de donor en de acceptor. De ingevroren/ontdooide cyclussen bevatten een oöcyt of embryo cryopreservatie. De gemiddelde zwangerschapscijfers bedroegen bij de transfers met verse eicellen 45.7% en bij die met ontdooide eicellen 31.3%. Er zijn 9.086 klinische zwangerschappen<sup>5</sup> als het resultaat van 21.499 embryo transfers met een zwangerschapscijfer van 42.3% per transfer (vergeleken met het rapport van 2008: 43.2%). De gemiddelde bevallingscijfers waren 30.2% per transfer en 30.0% per donatie in de landen die bevallingen rapporteren. Er is 15% te wijten aan uitval. In 30 landen is er melding gemaakt van 109.239 pasgeborenen na medisch geassisteerde voortplanting, waarvan 7.344 (6.7%) geboren zijn na de toepassing van eiceldonatie (Ferraretti et al., 2013).

Enkel zes landen (Kroatië, IJsland, Ierland, Macedonië, Polen en Spanje) rapporteerden data over patiënten die beroep deden op eiceldonatie buiten hun land van herkomst. Van een totaal van 6.248 geregistreerde cyclussen, maakten 15.5% gebruik van eiceldonatie. Enkel in Spanje beschikte men over volledige informatie over het land van herkomst (63% van Italië, 16% Frankrijk, 11% Duitsland, 4% Verenigd Koninkrijk en 6% van andere landen) (Ferraretti et al., 2013).

Er moet opgemerkt worden dat de beschikbare data met enige voorzichtigheid dienen geïnterpreteerd te worden. De methode van rapporteren varieert onder de verschillende landen en de registraties van enkele landen geven geen relevante informatie betreffende de eerste cyclussen en bevallingscijfers. Doch onthullen deze bevindingen belangrijke tendensen in de praktijk van Europa. Ze schetsen een duidelijk beeld van de bestaande verschillen tussen deze landen (Ferraretti et al., 2013).

---

<sup>5</sup> Definitie van klinische zwangerschap: "De aanwezigheid van intra- of extra uteriene zakjes op een echografie." (Belgian Register for Assisted Reproduction, 2011)

## **1.4 Vruchtbaarheid bij vrouwen**

Onze masterproef gaat over onvruchtbare vrouwen waardoor er niet uitgeweid wordt over de menstruele cyclus bij de vruchtbare vrouw. Daar volgende paragraaf oorzaken geeft van verminderde vruchtbaarheid bij vrouwen, wordt er onder andere gerefereerd naar stoornissen in deze cyclus. Voor een beter begrip van de menstruele cyclus verwijzen wij naar andere naslagwerken zoals D'Hooghe et al. (2005) en Heineman, Bleker, Evers en Heintz (2005). Dit geldt evenzeer voor de vruchtbaarheidsanalyse (anamnese, gynaecologisch onderzoek met endovaginale echografie, evaluatie van de menstruele cyclus, bloedanalyse) die wordt afgenomen om mogelijke vrouwelijke infertiliteit op te sporen (D'Hooghe, 2013).

## **1.5 Oorzaken van verminderde vruchtbaarheid bij vrouwen**

### **1.5.1 Problemen met de cyclus**

Problemen met de cyclus komen voor bij ongeveer 20% van alle vrouwen met vruchtbaarheidsstoornissen (Heineman et al., 2005).

#### **1.5.1.1 Anovulatie**

Verschillende hormonen spelen een belangrijke rol in de menstruatiecycclus. Indien er zich een defect voordoet tijdens de hormoonproductie, is het mogelijk dat er geen eikel uitrijpt en bijgevolg geen eisprong (anovulatie) optreedt. Anovulatie kan veroorzaakt worden door verschillende factoren: hormonale stoornissen, leeftijd, vroegtijdige menopauze, ... Het niveau van de oorzaak situeert zich:

- In de hersenen (hypothalamus of hypofyse, verhoogd prolactineniveau);
- Verstoord evenwicht tussen de hypofyse en de eierstokken (bv. polycystisch ovarium syndroom, verhoogd prolactineniveau);
- In de eierstokken (bv. vroegtijdige menopauze).

Bij disovulatie verlaat de eikel te vroeg de eierstok waardoor de onrijpe eikel gevangen blijft in de follikel. Disovulatie wordt ook het LUF-syndroom genoemd (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).

#### **1.5.1.2 Hyperprolactinemie**

Bij hyperprolactinemie produceert de hypofyse een teveel aan het hormoon prolactine. Dit hormoon bevordert de melkvorming. Hyperprolactinemie remt het werkingsmechanisme van de hypothalamus waardoor de eisprong uitblijft. Het wordt onder andere veroorzaakt door:

- Hypofysair micro of macroadenoom;
- Schildklieraandoeningen: teveel TRF (Thyrotropin-Releasing Factor) of te weinig PIF (Prolactin-Inhibiting Factor);
- Medicatie (bv. psychotrope farmaca, oestrogenen, antihypertensiva, ...);
- Fysiologisch (zwangerschap en borstvoeding);
- Transiënt (stress);



- Chronisch nierfalen (Heineman et al., 2005; MSD Be Well, 2011).

### 1.5.1.3 Polycystisch ovariumsyndroom

Polycystisch ovariumsyndroom (PCOS) is een aandoening waarbij de eierstokken weinig of geen eicellen vrijgeven en te weinig oestrogeen produceren. Deze vrouwen hebben licht uitgezette eierstokken met kleine cystes. De pathofysiologie van PCOS is complex. Een specifieke oorzaak kan niet worden aangeduid. Vele veranderingen in de stofwisseling spelen een rol:

- Een relatieve verhoging van de productie van luteïniserend hormoon (LH) door de hypofyse met als gevolg de toename van androgenen in de theca cellen van de eierstokken. De androgenen worden in verhoogde mate omgezet in androsteendion, wat dan omgevormd wordt tot testosteron. Insuline versterkt dit proces;
- Een enzymdefect in de steroïdenproductie door de eierstokken;
- Insulineweerstand.

Bijgevolg kunnen de follikels niet volledig rijpen en is er geen eisprong. De onrijpe eicel sterft af. De follikel kan zich met vocht vullen waardoor er microcystes ontstaan (De Rop, 2012).

### 1.5.1.4 Luteale insufficiëntie

De tweede helft van de menstruatiecycclus wordt de luteale fase genoemd. De luteale fase is de tijdsperiode tussen de ovulatie en het begin van de volgende cyclus. Na de ovulatie blijft er een lege follikel over (= corpus luteum of het geel lichaam). Het corpus luteum produceert progesteron en is van fundamenteel belang bij het voorbereiden van het baarmoederslijmvlies op de innesteling en het behoud van de zwangerschap. Wanneer er te weinig progesteron wordt geproduceerd of bij een te korte luteale fase, dan spreekt men over luteale insufficiëntie (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012; MSD Be Well, 2011).

### 1.5.1.5 Prematuur ovarieel falen

Prematuur ovarieel falen (POF) of vroegtijdige menopauze is het voortijdig stoppen van de werking van de eierstokken voor de normale gemiddelde leeftijd van de menopauze tussen de 45 en 55 jaar. De vrouw stopt met menstrueren voor haar 40 jaar. POF komt voor bij 1/100 vrouwen. Hoewel er vaak geen oorzaak te vinden is, kan POF veroorzaakt worden door:

- Beschadiging of verwijdering van de eierstokken;
- Enzymafwijking;
- Erfelijke afwijking;
- Auto-immuunziekte (Heineman et al., 2005).

## 1.5.2 Afwijkingen aan de eileiders en de baarmoeder

### 1.5.2.1 Stoornissen in de functie van de eileiders

Het bewegen van de eicel naar en in de eileider kan worden gehinderd door:

- Volledige afsluiting van de eileider (proximaal of distaal);
- Gedeeltelijke afsluiting: de eileider is wel doorgankelijk maar het ei-opvang-mechanisme is verstoord door vergroeiingen van de fimbriae (eierstokweefsel);
- Tubo-ovariële adhesies (verklevingen rond de eileider en/of de eierstokken).

Door afgesloten eileiders kunnen de eicel en zaadcellen niet meer bewegen. Een eventuele zwangerschap wordt hierdoor verhinderd. De belangrijkste oorzaak van afgesloten eileiders is PID (zie hieronder) (Heineman et al., 2005).

### 1.5.2.2 Pelvic Inflammatory Disease

Pelvic Inflammatory Disease (PID) is een ontsteking van het kleine bekken. Meestal is de oorzaak een infectie die zich vanuit de vagina via de baarmoeder naar de eileiders en buikholte uitbreidt. De laatste jaren is er een toename van onder andere chlamydia-infecties. Bij ongeveer 10% is het een gevolg van een medische handeling zoals het uitvoeren van een curettage of het inbrengen van een spiraaltje. PID kan gepaard gaan met onder meer abnormale bloedingen en pijn (De Rop, 2012).

### 1.5.2.3 Aangeboren afwijkingen aan de vagina of de baarmoeder

Aangeboren afwijkingen aan de vagina of de baarmoeder (Mulleriaanse afwijkingen) kunnen ertoe leiden dat de vrouw moeilijker zwanger wordt of niet in staat is om zwanger te zijn. Voorbeelden van Mulleriaanse afwijkingen zijn: tweehoornige baarmoeder, eenhoornige baarmoeder, geen baarmoeder, geen baarmoederhals, geen eileiders, ... Deze afwijkingen treden ook op bij dochters van moeders die het geneesmiddel DES (diethylstilbestrol) innamen tijdens hun zwangerschap in de jaren vijftig om miskramen te voorkomen. Het gebruik van DES is heden ten dage verboden (MSD Be Well, 2011).

## 1.5.3 Problemen door een verstoorde inplanting

Een goede inplanting vereist een normale baarmoeder en baarmoederslijmvlies. De aanwezigheid van poliepen uitgaande van het baarmoederslijmvlies of het voorkomen van myomen in de baarmoederspier (vooral de submucosale<sup>6</sup>) kunnen de innesteling verhinderen. Ook een ontsteking van het baarmoederslijmvlies verkleint de kans op een innesteling (Heineman et al., 2005).

---

<sup>6</sup> Onder het baarmoederslijmvlies (Heineman et al., 2005).

#### 1.5.4 Problemen met het baarmoederhalsslijm

De baarmoederhals produceert baarmoederhalsslijm om de zaadcellen te helpen bij de eicel te komen. Indien de kwaliteit en/of kwantiteit gering is, hebben de zaadcellen weinig kans om de eicel te bevruchten. Problemen met het baarmoederhalsslijm worden veroorzaakt door onder andere hormonale stoornissen (bv. bij een aangetast oestrogeengehalte), infecties, de inname van sommige geneesmiddelen of de aanwezigheid van antilichamen (MSD Be Well, 2011).

#### 1.5.5 Endometriose

Het endometrium is de weefsellaag die de binnenkant van de baarmoeder bekleedt. Wanneer de vrouw menstrueert, wordt het baarmoederslijmvlies buiten het lichaam uitgestoten. Endometriose is het abnormaal aanwezig zijn van het endometrium op plaatsen buiten de baarmoeder, bijvoorbeeld in de buikholte. Bij bijna elke vrouw komt het bloed en het baarmoederslijmvlies tijdens de menstruatie niet alleen naar buiten via de vagina, maar komt ook een kleine hoeveelheid in de bekkenholte terecht (= retrograde menstruatie). Symptomen als pijn bij seksuele betrekkingen, pijnlijke en overvloedige menstruatie kunnen een gevolg zijn. Soms verloopt het asymptomatisch. Afhankelijk van de plaats van de letsels zijn de symptomen anders. Deze letsels kunnen gevolgen hebben voor de vruchtbaarheid. Endometriose kan een volledige ondoorgankelijkheid van de eileiders veroorzaken zodat de zaadcel niet tot bij de eicel kan komen om deze te bevruchten. Bij de onderzoeken voor een verklaring van de subfertiliteit vindt men bij 30-40% van de vrouwen endometriose (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012; Heineman et al., 2005).

#### 1.5.6 Leeftijd

De leeftijd van de vrouw is een zeer belangrijke factor met betrekking tot subfertiliteit. De meest vruchtbare leeftijd ligt bij vrouwen tussen de 20 en 30 jaar. Nadien neemt de vruchtbaarheid stelselmatig af en stijgt de kans op het aantal miskramen. Na de leeftijd van 35 jaar worden deze tendensen nog sterker. Tevens wordt het risico op erfelijke en aangeboren afwijkingen bij het kind groter. In Vlaanderen, in 2005, kregen 40% van de vrouwen hun eerste kind na de leeftijd van 30 jaar, 10% na de leeftijd van 35 jaar. Deze percentages zijn een verdubbeling in vergelijking met 1990. Vrouwen beginnen later aan kinderen door een latere keuze van een vaste partner, een toenemende scholingsgraad, prioriteit van carrière en een kinderwens binnen een tweede relatie (op latere leeftijd). Het uitstellen van de eerste zwangerschap tot een latere leeftijd leidt tot een groeiend aantal vrouwen met een kinderwens op een moment dat de biologische vruchtbaarheid afneemt. De daling van de vruchtbaarheid is waarschijnlijk te wijten aan een verminderde kwaliteit van eicellen. De kwaliteit van de eicellen neemt af door mogelijke beschadigingen en niet zozeer door verouderingsprocessen. Het is onbekend door welke invloeden de eicellen worden aangetast. Een vrouw heeft bij de geboorte een bepaalde voorraad aan eicellen. De kwantiteit van de eicellen daalt met een toenemende leeftijd. De menopauze breekt aan wanneer de voorraad is uitgeput (D'Hooghe, 2013; Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).

Bij eiceldonatie is het van doorslaggevend belang dat de eicellen afkomstig zijn van een jonge doneuze omdat de kans op bevruchting en het optreden van een spontane abortus verbonden zijn met de leeftijd van de donor en niet met de leeftijd van de vrouw die de eicellen laat inplanten. De capaciteit van de baarmoeder voor de innesteling en de groei van een vrucht blijft tot op oudere leeftijd intact (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).

*Tabel 1: De leeftijd van de vrouw in verhouding tot de kans op zwangerschap binnen een bepaalde tijd (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).*

Leeftijd van vrouw	Kans op zwangerschap	Wachtduur
25 jaar	60%	6 maanden
	85%	1 jaar
35 jaar	60%	1 jaar
	85%	2 jaar

### 1.5.7 Coïtusfrequentie

Jongere koppels hebben meer seksuele betrekkingen dan oudere, waardoor de kans op zwangerschap bij hen toeneemt. De grootste kans op een zwangerschap, zonder rekening te houden met de dag van de cyclus en het moment van de eisprong, is wanneer men om de twee dagen seks heeft. Indien de coïtusfrequentie daalt (bv. door stress, vermoeidheid of drukke professionele activiteiten) kan dit een oorzakelijke factor vormen in de subfertiliteit (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).

*Tabel 2: De kans op een zwangerschap stijgt met coïtusfrequentie (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).*

Seks per week	Zwangerschap binnen 6 maand
< 1 x	16%
1 x	30%
2 x	45%
3 x	50%

### 1.5.8 Stress

Vrouwen die in hoge mate stress ervaren (zowel acuut als chronisch) zijn vatbaar voor een verstoorde hormonenhuishouding die op zijn beurt kan zorgen voor een onregelmatige eisprong of krampen ter hoogte van de eileiders en bijdragen tot onvruchtbaarheid (MSD Be Well, 2011).

### 1.5.9 Ernstige ziektes

Bij kanker van de eierstokken, de baarmoederhals of het baarmoederslijmvlies is het soms levensnoodzakelijk om operatief gedeeltelijk of volledig het orgaan weg te nemen met als gevolg dat het voortplantingsstelsel wordt aangetast. Bovendien kunnen bepaalde behandelingen zoals chemotherapie en bestraling het voortplantingsweefsel beschadigen. Tot hiertoe is het mogelijk om ingevroren embryo's succesvol te laten ontdooien. Daarentegen lukt dit niet altijd bij ingevroren eicellen en eierstokweefsel (MSD Be Well, 2011).

### 1.5.10 Roken

Vrouwen die roken hebben een snellere uitputting van hun eicelvoorraad, een vermindering van gezonde eicellen en meer kans op een vervroegde menopauze. Rokers moeten langer op een zwangerschap wachten vergeleken met niet-rokers. Ook hebben ze een hoger risico op miskramen, vroeggeboorten en een laag geboortegewicht. Het aantal vrouwen na een rookstop van vijf jaar dat niet zwanger geraakt, is nog steeds meer dan dubbel zo hoog als bij niet-rokers. Rokende vrouwen hebben twee maal meer IVF-behandelingen nodig dan niet-rokers (Instituut Samenleving & Technologie, 2009).

### 1.5.11 Alcohol

Alcoholmisbruik heeft een schadelijk effect op de vruchtbaarheid en op de ontwikkeling van het embryo in de baarmoeder. Vrouwen met een alcoholprobleem hebben meer last van onregelmatige cycli en een verhoogd risico op miskramen. Een beperkt gebruik kan zelfs leiden tot verminderde vruchtbaarheid. Paren die problemen hebben om zwanger te geraken, worden aangeraden hun alcoholgebruik te matigen in de periode van de kinderwens en te stoppen met drinken tijdens de zwangerschap (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).

### 1.5.12 Gewicht

Vrouwen met een normaal lichaamsgewicht worden gemiddeld sneller zwanger dan vrouwen met een te laag of een te hoog gewicht. De ideale Body Mass Index (BMI) ligt tussen de 20 en 25. Een te laag gewicht (bv. anorexia of een psychiatrische aandoening in de vorm van mentale anorexia) zorgt ervoor dat er geen eisprong is met tot gevolg het uitblijven van de menstruatie. Extreem sporten verstoort evenzeer het hormonaal evenwicht. Vrouwen met overgewicht (bv. obesitas) hebben een onregelmatige of geen eisprong. Er bestaat een verband tussen obesitas en de aanwezigheid van polycystische eierstokken (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).

Alvorens zwanger te worden, moet men rekening houden met deze factor. Tijdens de zwangerschap drastisch afvallen is niet gezond voor de aanstaande moeder en de baby. Er is een verhoogd risico op een miskraam of vroeggeboorte (MSD Be Well, 2011).

### 1.5.13 Voeding

Een gevarieerde en evenwichtige voeding is zeker aan te raden voor vrouwen met een kinderwens. Het is belangrijk om één maand vóór en ten minste drie maanden na de bevruchting extra vitamine B11 (foliumzuur) in te nemen om het risico op spina bifida bij de vrucht te verkleinen. Risicodraagsters (bv. vrouwen met diabetes of epilepsie) dienen een hogere dosis in te nemen (4 mg in plaats van 0.4 mg) (Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).

## **1.6 Onvruchtbaarheid individueel bekeken**

### **1.6.1 Het verwerkingsproces van de onvruchtbare vrouw**

De diagnose van infertiliteit heeft een diepgaand effect op de eigenwaarde van de vrouw. In de literatuur wordt onvruchtbaarheid omschreven als het ontwrichten van het identiteitsgevoel tot een levenscrisis (Becker, 2000; Monach, 1993; Olshansky, 1987). Infertiliteit is een emotioneel uitdagende ervaring (Tan et al., 2008) gepaard gaande met hoogte- en dieptepunten (Carter et al., 2011). Het kan leiden tot een mate van distress te vergelijken met deze gepaard gaande met ernstige ziekten zoals kanker of aids (Domar, Zuttermeister & Friedman, 1993). Daarenboven wordt onvruchtbaarheid geassocieerd met psychosociale gevolgen (Greil, 1997), inclusief schuld en stigma (Donkor & Sandall, 2007; Murray & Golombok, 2003), angst en depressie (Carter et al., 2011; Chen, Chang, Tsai & Juang, 2004; Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni & Garzaro, 2002), seksuele disfuncties (Millheiser et al., 2010; Wischman, 2010) en een verminderde kwaliteit van leven (Montazeri, 2007; Rashidi et al., 2008). De kwaliteit van leven wordt voornamelijk bepaald door het hebben van een goede gezondheid, gelukkig zijn en sociaal gesteund worden. Het kunnen ervaren van het ouderschap neemt hierbij een belangrijke plaats in. Het geeft een diepere betekenis aan het leven (Carter et al., 2011).

De literatuur onderscheidt uiteenlopende reacties bij het verlies van vruchtbaarheid gaande van het kalm aanvaarden tot schok en ongeloof (Hershberger, 2007). Deze onvruchtbare vrouwen zijn opgegroeid met een narratieve identiteit als moeder. De plannen die ze maken voor het toekomstig ouderschap worden abrupt verstoord door hun onvruchtbaarheid. Ze voelen zich hopeloos, verward en sociaal uitgesloten. Zij zeggen geen grip meer te hebben op het leven (Kirkman, 2008a). Er heersen intense gevoelens van verlies en machteloosheid. Hun infertiliteit creëert een situatie waarin zij zich kwetsbaar en onzeker voelen (Stuart-Smith, Smith & Scott, 2011; Stuart-Smith, Smith & Scott, 2012). Het wordt bijzonder pijnlijk als medisch personeel meteen denkt aan technologische mogelijkheden om de infertiliteit te omzeilen. Vrouwen in het onderzoek drukten indirect nood uit om eerst het verdriet te mogen verwerken vooraleer over te gaan tot het bedenken van oplossingen (Hershberger, 2007; Kirkman, 2008a).

#### **1.6.1.1 De kinderwens herkaderen**

Het beroep doen op eiceldonatie om een zwangerschap tot stand te laten komen, zorgt ervoor dat vrouwen hun representatie over het moederschap dienen te hervormen. Beïnvloedende factoren zijn hierbij bijvoorbeeld de rol van de donor (zowel in de fantasie als in werkelijkheid) en de specifieke wijze van bevruchten. Deze vrouwen moeten een dubbele psychische beweging maken. Eerst gaan ze doorheen een aantal rouwprocessen (omgaan met hun onvruchtbaarheid, kinderloos bestaan) en vervolgens beseffen ze toch zwanger te kunnen worden zodat hun kinderwens waargemaakt wordt (Cochini, Letur-Könirsch, Granet, Wainer & Cupa, 2011). Een vruchtbaarheidsbehandeling via eiceldonatie wordt niet enkel gezien als het vervullen van de kinderwens, maar ook als een poging om de schade aan de eigenwaarde te herstellen (Stuart-Smith et al., 2011).

### 1.6.1.2 Infertiliteit is een voortdurend gegeven

Tijdens de zwangerschap durven de meeste moeders na eiceldonatie niet te genieten van hun zwangerschap of afspraken te maken omtrent de komst van hun eerste kind omdat ze niet geloven dat ze toch een kind gaan krijgen. Ondanks de zwangerschap zijn ze niet genezen van hun steriliteit. Bovendien hebben ze een groter risico op mogelijke tegenslagen tijdens het zwanger zijn wat maakt dat het onmogelijk is voor hen om de onvruchtbaarheid weg te denken (Kirkman, 2008a). Het voortdurend gegeven van onvruchtbaarheid komt ook naar voor in het onderzoek van Applegarth en Riddle (2007) waarbij de ouders aangeven dat de donor altijd aanwezig is (bv. gelaatsuitdrukking van het kind dat vreemd is).

### 1.6.2 Faalervaringen met betrekking tot onvruchtbaarheid

Naast onvruchtbaarheid trotseren moeders na eiceldonatie andere faalervaringen. Zij voelen zich bijvoorbeeld slecht na een mislukte IVF-poging of een moeizame borstvoeding. Vaak getuigen deze moeders dat medisch professionelen hun faalervaringen bekrachtigen:

*X who reported that her obstetrician wondered aloud whether a pregnancy from a donor egg would lead to a normal labour, and that the paediatrician expressed doubts about lactation being possible after a donor egg conception. The woman thought at the time: Thank you, thanks a lot, that really doesn't help to make me feel like a normal mother.”* [anonieme vrouw] (Kirkman, 2008a, p. 245)

Door de professionele nadruk op abnormaliteit is het niet verrassend dat sommige vrouwen het moeilijk vinden om een normale moederschap te ontwikkelen (Kirkman, 2008a).

In de narratieve revisie van Kirkman wensen alle recipiëntmoeders hun identiteit als 'moeder' te vervullen, maar sommige vrouwen blijven vastzitten in een gevoel van persoonlijk falen omdat ze geen kind op de wereld kunnen zetten met hun eigen erfelijk materiaal (Kirkman, 2008a). Door hun infertiliteit voelen zij zich geen 'echte vrouw' (Murray & Golombok, 2003). Raoul-Duval, Letur-Könirsch en Frydman (1992) spreken over een dubbele mislukking: ze voelen zich noch moeder, noch vrouw.

#### 1.6.2.1 Complicaties

##### *1.6.2.1.1 Tijdens de zwangerschap en bij de bevalling*

De literatuur betreffende verloskundige en perinatale uitkomsten geeft tegenstrijdige resultaten, doch zijn de meest geobserveerde complicaties overeenkomstig. Vrouwen die moeder worden met behulp van een eiceldonor hebben een hoger risico op:

- Vaginale bloedingen in het eerste trimester van de zwangerschap;
- Vaginale bloedingen in het tweede trimester van de zwangerschap;
- Een verhoogde bloeddruk geïnduceerd door de zwangerschap;
- Zwangerschapsdiabetes;
- Keizersneden.

Deze complicaties zijn onafhankelijk van de leeftijd, pariteit en pluraliteit van de recipiëntmoeder, alsook van de leeftijd van de donor of partner (Sheffer-Mimouni, Mashiach, Dor, Levran & Seidman, 2002; Stoop et al., 2004).

De meest gerapporteerde complicatie, opgemaakt vanuit het medisch dossier en uit rapportage door middel van interviews, zijn vaginale bloedingen in het eerste trimester van de zwangerschap. De oorzaak zou kunnen liggen door het afsterven van één of meerdere foetussen (Shaw & Sauer, 1995), maar dit lijkt onwaarschijnlijk aangezien er slechts twee eicellen per cyclus worden teruggeplaatst bij zwangerschappen na eiceldonatie. Daarenboven wordt deze beperking ingezet om prematuriteit, een laag geboortegewicht en groeiachterstand te voorkomen (Söderström-Anttila, 2001; Söderström-Anttila, Sajaniemie, Tiitinen & Hovatta, 1998). Verder krijgt de patiënt hormonen die niet altijd de beste endocrinologische omgeving vormen voor de ontwikkeling van een embryo. Volgende oorzaken worden opgesomd door Weiss et al. (2004): disfunctie aan de placenta, placenta loslating of pre-eclampsie. Het hoge percentage aan eerstetrimesterbloedingen is tot op heden nog niet volledig verklaard. Deze complicatie heeft geen nadelige perinatale gevolgen. Vaginale bloedingen in het tweede trimester worden geassocieerd met prematuur geboorten en een laag geboortegewicht (Sheffer-Mimouni et al., 2002).

De tweede meest voorkomende complicatie is hypertensie. Ondanks de multifactoriële pathofysiologie van hypertensie, voorzien recentere studies de ondersteuning van de hypothese dat de ontwikkeling van een hogere bloeddruk het gevolg kan zijn van een gewijzigde of inadequate immuunbescherming van de placenta van de moeder, te wijten aan de korte blootstelling aan niet-maternele antigenen (Salha et al., 1999; Wang et al., 2002).

Zwangerschapsdiabetes komt meer voor bij vrouwen die zwanger zijn met behulp van eiceldonatie (23.9%) tegenover de algemene bevolking (2.5%) (Xiong, Saunders, Wang & Demianczuk, 2001). Het wordt niet veroorzaakt door de doorgaans oudere leeftijd van deze vrouwen, maar er is een associatie tussen zwangschapsdiabetes en een verhoogde kans op een bevalling met een keizersnede (72.3%) (Sheffer-Mimouni et al., 2002).

Keizersneden hangen meestal samen met risicofactoren zoals de aanwezigheid van een door de zwangerschap geïnduceerde hypertensie, zwangschapsdiabetes en oudere maternelle leeftijd en een eerder litteken aan de baarmoeder. Eiceldonatie vormt een bijkomende onafhankelijke risicofactor voor keizersneden (Dulitzki et al., 1998).

In vergelijking met de algemene bevolking treden er niet meer prematuur geboorten op bij vrouwen na eiceldonatie (Sheffer-Mimouni et al., 2002).

De percentages van congenitale (2%) en chromosomale (1%) afwijkingen liggen niet hoger bij kinderen die geboren zijn na IVF. Bij ICSI is er een risico van 2% op chromosomale aandoeningen. Dit is een verdubbeling in vergelijking met de natuurlijk tot stand gekomen zwangerschappen (1%). Het is niet duidelijk of er een verhoogd risico bestaat op congenitale afwijkingen of psychomotorische retardatie bij kinderen geboren na ICSI (D'Hooghe, 2013).



Ongeacht de grote kans op obstetrische complicaties, is de perinatale uitkomst gunstig. Onvruchtbare vrouwen die beroep willen doen op eiceldonatie dienen op voorhand geadviseerd te worden over de mogelijke risico's. Tijdens de zwangerschap moeten deze vrouwen nauwkeurig worden opgevolgd (Sheffer-Mimouni et al., 2002; Söderström-Anttila, Foudila & Hovatta, 2001; Stoop et al., 2004).

#### *1.6.2.1.2 Na de bevalling*

Met uitzondering van één rapport, vindt men geen informatie terug over borstvoeding geven na eiceldonatie. In een onderzoek van 59 ouderparen, doen 95% van de moeders een poging tot borstvoeding geven waarvan 84% hierin slaagt. Degenen waarbij de borstvoeding moeizaam verloopt, geven volgende redenen: ze ervaren pijn, hebben het te druk door de komst van een meerling of de pasgeborene heeft een zwakke zuigreflex (Applegarth et al., 1995).

### **1.7 Onvruchtbaarheid in verhouding tot de relatie**

In het onderzoek van Applegarth et al. (1995) komt tot uiting dat de ervaring van infertiliteit en het ondergaan van een vruchtbaarheidsbehandeling partners dicht bij elkaar brengt. Het zou de kwaliteit van de echtelijke relatie verbeteren (Carter et al., 2011). Ook Repokari et al. (2007), Söderström-Anttila, Sälevaara, & Suikkari (2010) en Blake, Casey, Jadva & Golombok (2012) vermelden dat onvruchtbaarheid van de vrouw niet leidt tot meer scheidingen binnen de partnerrelatie. Ze omschrijven deze als sterke relaties die bestand zijn tegen de voortdurende druk van de behandelingen die eigen zijn aan eiceldonatie. Deze partners delen stress en verschillende teleurstellingen.

### **1.8 Besluit**

Er zijn meer en meer onvruchtbare vrouwen die een zwangerschap tot stand brengen via een vruchtbaarheidsbehandeling met het erfelijk materiaal van een doneuze. Vrouwelijke infertiliteit kent verschillende oorzaken waarbij multi-pele factoren onderling met elkaar verweven zijn. Het verwerken van infertiliteit is een rouwproces dat blijvende invloed kan uitoefenen op het dagelijkse leven. Naast het onvruchtbaar zijn hebben deze vrouwen een groter risico op complicaties zowel tijdens de zwangerschap als bij de bevalling. Ook na de bevalling komen ze frequent in aanraking met faalervaringen. Over het algemeen is de partnerrelatie bestand tegen het doorleefde verdriet.

## HOOFDSTUK 2: EICELDONATIE

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we de lezer een huidig beeld geven van wat eiceldonatie impliceert. Eerst worden de begrippen van eiceldonatie en eicelreceptie gedefinieerd, gekaderd binnen de Belgische wetgeving. Dan wordt anonieme versus gekende donatie toegelicht. Ten slotte wordt er ook aandacht besteed aan de aanwezigheid van de donor bij de recipiëntouders door het beschrijven van de gedachten en gevoelens die hierbij gepaard gaan en wordt er stilgestaan bij het potentiële contact met de donor.

### 2.2 Definitie

#### 2.2.1 Eiceldonatie

Sinds 1984 bestaat de techniek eiceldonatie. Volgens D'Hooghe et al. (2005, p. 203) luidt de definitie van deze vruchtbaarheidsbehandeling als volgt:

*Eiceldonatie is het proces waarbij eicellen van een donor in het lab worden bevrucht met sperma van de partner van een vrouw met vruchtbaarheidsproblemen. Het hieruit ontstane embryo wordt naderhand overgebracht in de baarmoeder van de vrouw met vruchtbaarheidsproblemen. Zij zal het kind dragen en baren maar zal niet biologisch verwant zijn met haar kind. De vader zal wel biologisch verwant zijn met het kind.*

Een eiceldonor ondergaat een ovariële stimulatie met gonadotrofines (= hormonale kuur) zoals bij een standaard IVF-behandeling. Om premature ovulatie te inhiberen, worden ook LHRH (luteïniserend hormoon)-agonisten of LHRH antagonisten bijgegeven. Nadien wordt er een ovulatie geïnduceerd door middel van een intramusculaire injectie met HCG (Humaan Choriongonadotrofine). Na 36u worden meerdere eicellen via een transvaginale pick-up onder lokale of volledige verdoving weggenomen. Op dezelfde dag wordt er een spermastaal van de partner van de onvruchtbare vrouw gevraagd (D'Hooghe, 2013).

#### 2.2.1.1 Voorwaarden van de eiceldonor

Eiceldonatie verloopt vrijwillig en anoniem. Volgens de wet van 6 juli 2007 inzake medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en gameten (= voortplantingscellen) mag een doneuze tot maximaal zes keer doneren. Deze beperking is ingezet om zoveel mogelijk bloedverwantschap te voorkomen (Dienst communicatie UZ Leuven (2012); Indekeu, 2013a). De donor wordt slechts aanvaard in een medisch goede conditie (vooraf gescreend op infectieziekten en erfelijke ziekten). De minimumleeftijd om te mogen doneren bedraagt 18 jaar. In de praktijk wordt de leeftijd meestal verhoogd naar 25 jaar. Tot de leeftijd van 35 jaar mag men als doneuze fungeren. Zij

heeft bij voorkeur een volbrachte kinderwens (Indekeu, 2013a; Laruelle, Place, Demeestere, Englert & Delbaere, 2011).

### 2.2.2 Eicelreceptie

De vrouw die de eicellen ontvangt ('de acceptor') moet tevens een hormonenbehandeling ondergaan om haar lichaam (baarmoederslijmvlies) voor te bereiden op een toekomstige zwangerschap. Nadat de eicellen van de doneuze via IVF of ICSI bevrucht worden met de zaadcellen van de partner van de acceptor, wordt de bevruchte eicel teruggeplaatst in de baarmoeder van de onvruchtbare vrouw (= embryotransfer na 48 tot 80 uur). Na de embryotransfer wordt de luteale fase ondersteund door progesteronsupplementen (vaginaal of intramusculair) van HCG.

De zwangerschapskans is afhankelijk van de implantatiekans van het embryo en het aantal teruggeplaatste embryo's. De transfer van meer dan één embryo kan resulteren in een meerling met derhalve een verhoogd risico op complicaties (bv. vroegtijdige contracties en geboorte, verhoogde bloeddruk en verminderd geboortegewicht) (D'Hooghe, 2013).

*Tabel 3: Een tabel naar analogie van de cursustekst van D'Hooghe (2013).*

<b>Leeftijd van de vrouw</b>	<b>Implantatiekans per embryo</b>
< 36 jaar	30%
36 – 39 jaar	20%
> 40 jaar	15% of lager

#### 2.2.2.1 Voorwaarden van de recipiëntmoeder

De behandelingen moeten worden uitgevoerd bij vrouwen voordat ze 48 jaar worden (= niet ouder dan 47 jaar). Fertiliteitscentra mogen hierbij hun eigen leeftijdsgrenzen hanteren. Tot en met 43 jaar worden de IVF-cycli vergoed (Pennings, 2007). Vrouwen boven de 40 jaar kunnen niet opgenomen worden op de wachtlijst van donoren en dienen altijd zelf een donor aan te brengen (Afdeling Reproductieve Geneeskunde UZ Gent, 2009).

### **2.3 Belgische wet omtrent eiceldonatie en sociaal moederschap**

Sinds de wet van 6 juli 2007 inzake medisch begeleide voortplanting wordt eiceldonatie in België geregulariseerd. Omwille van ethische redenen verbiedt deze wet commercialisering van lichaamseigen materiaal. Voor eiceldonatie geldt dat de doneuze niet vergoed mag worden voor haar gedoneerde eicellen en bijgevolg kan de acceptor niet in staat gesteld worden om te betalen voor het genetisch materiaal. Doch worden de onkosten ten gevolge van de ingreep betaald. Dit wil zeggen dat de verplaatsingskosten of het loonverlies gedurende de behandeling vergoed kunnen worden en dat de acceptor deelt in de kosten van de behandeling van de doneuze (Laruelle et al., 2011; Pennings, 2007). Vanaf het moment van de implantatie gelden de regels van het burgerlijk recht inzake het ouderschap en het erfrecht bij de wensouders (Pennings, 2007). Artikel 198 van het Burgerlijk Wetboek uit 1997 schrijft voor dat "de moeder van het kind de vrouw is uit wie het kind is geboren of

die het kind heeft geadopteerd". [24-12-1997, Stb. 772, i.w.tr. 01-04-1998/kamerstukken 24649] (Verschelden, 2004). Daarbij voegt men de betekenis van het concept 'baren' toe:

*De moeder van het kind is de vrouw die het kind heeft gebaard, ook als het genetisch materiaal niet van haar afkomstig is. Het gegeven dat de vrouw met genetisch vreemd materiaal een kind wilde krijgen, de zwangerschap en de geboorte vormen voldoende grondslag voor de opvatting dat het moederschap een rechtsfeit is.* [MvT, Kamerstukken II 1995/96, 24 649, nr. 3, p. 7] (Verschelden, 2004).

## **2.4 Anonieme versus gekende donatie**

### **2.4.1 Soorten donaties**

Er zijn vier soorten donaties

- *Gekende donatie*

Het fertiliteitscentrum heeft de plicht om de anonimiteit van de donor te garanderen. In de wetgeving (artikel 57) is er ruimte vrij gekomen voor gekende donatie op voorwaarde dat beide partijen toestemmen (Pennings, 2007). Het paar dat donoreicellen nodig heeft, brengt zelf een vrijwillige eiceldonor aan. De doneuze doneert rechtstreeks haar eicellen aan de acceptor. Deze vorm van eiceldonatie komt het meest voor daar er een tekort is aan vrijwillige anonieme donoren. Het zijn voornamelijk zussen, schoonzussen of vriendinnen die uit verbondenheid of vriendschap de onvruchtbare vrouw helpen met haar voortplantingsproces (Baetens, Devroey, Camus, Van Steirteghem & Ponjaert-Kristoffersen, 2000; D'Hooghe et al., 2005). Bij gekende donatie wordt vereist dat de doneuze reeds kinderen heeft en maximum 35 jaar oud is. Eventueel worden doneuzes aanvaard die ouder zijn (36-39 jaar) na een aangepaste begeleiding (Laruelle et al., 2011).

- *Kruisdonatie of wisseldonatie*

De acceptor brengt een eigen donor aan. De eicellen worden niet rechtstreeks gedoneerd. Voorbeeld: koppel A brengt donor A aan en krijgt gedoneerde eicellen van de doneuze (B) van koppel B. Op deze manier blijft de anonimiteit gewaarborgd en komt het recipiëntpaar bovenaan de wachtlijst waardoor ze slechts drie tot zes maanden moeten wachten. Een gemiddelde wachttijd is anderhalf à twee jaar (Baetens et al., 2000; Raoul-Duval et al., 1992)

- *Anonieme donatie*

Wanneer paren zelf geen donor meebrengen, krijgen ze een vrijwillige anonieme donor aangeboden (Baetens et al., 2000).

- *Gedeeltelijke donatie (= egg sharing)*

De doneuze ondergaat zelf een IVF-behandeling en schenkt haar overtallige eicellen weg (Ahuja et al., 1996).

In sommige ziekenhuizen bestaat er een eicelbank waar de eicellen worden ingevroren totdat ze een match gevonden hebben. In andere ziekenhuizen (bv. in Gent) gaan de eicellen van de donor rechtstreeks naar de acceptor ('verse' eicellen). Deze laatste strategie wordt beoordeeld als meer

succesvol omdat het ontdooien van bevroren eicellen een verlies van 50% met zich meebrengt (Baetens et al., 2000; Centrum voor Reproductieve Geneeskunde UZ Brussel, 2014; Laruelle et al., 2011).

#### 2.4.2 Motieven voor het kiezen van anonieme versus gekende donatie

In de literatuur is er terug te vinden dat ouders anonieme donatie boven gekende donatie verkiezen (Cochini et al., 2011; Greenfeld, Greenfeld, Mazure, Keefe & Olive, 1998; Greenfeld & Klock, 2004; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Hallebone, 1991; Hershberger, Klock & Barnes, 2007; Klock & Greenfeld, 2004; Laruelle et al., 2011; Murray & Golombok, 2003; Stuart-Smith et al., 2011; Stuart-Smith et al., 2012). Een mogelijke invloed hierbij is dat anonieme donatie soms de enige beschikbare keuze is (Greenfeld et al., 1998). Indien ze voor gekende donatie gaan, is het meestal onder de vorm van een zelf aangebrachte donor via wisseldonatie (bv. een kennis) zodat het nog steeds anoniem verloopt. Ouders die voor gekende donatie opteren met een rechtstreekse donor kiezen een bloedverwant (bv. een zus of nicht) of een vriendin als kandidaat-doneuze (Hershberger, 2007; Laruelle et al., 2011; Pettee & Weckstein, 1993; Weil, Cornet, Sibony, Mandelbaum & Salat-Baroux, 1994; Yee, Blyth & Tsang, 2011).

Het al dan niet kiezen voor anonieme donatie komt voort uit verschillende motieven. De ouders die de voorkeur geven aan een anonieme donor zeggen dat het hen helpt een relatie met de foetus te krijgen. Door het anonieme karakter van de donatie worden ze niet voortdurend geconfronteerd met het gezicht van de genetische moeder. Vanaf de zwangerschap voelen deze vrouwen zich de moeder van hun kind. Mocht de identiteit van de doneuze bekend zijn, dan denken zij dat de status van het moeder zijn zou wijzigen. Door de anonimiteit blijft de persoon achter de doneuze een figuur om over te fantaseren. Het bekend maken van de identiteit zou het plaatje van de ideale (genetische) moeder doorprikken (Cochini et al., 2011; Stuart-Smith et al., 2012). Alternatieve beweegredenen die worden aangegeven zijn: de wens voor expliciete grenzen, onafhankelijk van de donor en zijn gezin of vanwege een praktisch motief (bv. een beter slaagpercentage) (Baetens et al., 2000; Laruelle et al., 2011; Stuart-Smith et al., 2012), meer controle over het al dan niet vertellen aan derden en/of het kind, en het vermijden van ingewikkelde relaties (Hershberger et al., 2007). Vrouwen die hun zus of vriendin als doneuze selecteren, doen dit vanuit de motivatie dat ze het aangenaam vinden de achtergrond van hun toekomstige baby te kennen (Blake & Golombok, 2011; Hershberger, 2007; Jadva, Casey, Readings, Blake & Golombok, 2011) en hechten meer belang aan het hebben van een genetische link met hun nakomelingen (Baetens et al., 2000; Greenfeld et al., 1998). Verder worden ook motieven teruggevonden als vertrouwen in hun eigen donor, fysieke gelijkens tussen donor en recipiënt of omwille van een praktisch motief (bv. bewezen fertiliteit) (Baetens et al., 2000; Hershberger, 2007; Jadva et al., 2011). In de literatuur wordt ook verwezen naar gekende donatie of kruisdonatie om de wachttijden in te perken door zelf een donor aan te brengen of dat de recipiënt door de donor zelf gevraagd is geweest om als doneuze te fungeren (Baetens et al., 2000; Cochini et al., 2011; Jadva et al., 2011; Laruelle et al., 2011). Het is niet duidelijk of de attitudes over disclosure de keuze van gekende of anonieme donatie beïnvloedt of vice versa (Baetens et al., 2000; Greenfeld et al., 1998; Greenfeld & Klock, 2004; Hershberger et al., 2007). Echter, Laruelle et al. (2011) beschrijven dat

ouders bij gekende of anonieme donatie het meest geneigd zijn tot geheimhouding naar hun kind, terwijl ouders van de wisseldonatie groep meer neigen tot openheid. Deze laatstgenoemde ouders kenmerken zich met de grootste onzekerheid. Alle ouders hebben het aan minstens één of meerdere familieleden of vrienden verteld.

Soms dienen ouders hun voorkeuren qua soort donatie aan te passen aan de mogelijkheden binnen het fertiliteitscentrum. Baetens et al. (2000) rapporteren dat het om die reden is dat Belgische fertiliteitscentra met een liberaal imago een open deur zijn voor diverse buitenlanders die in hun eigen land omwille van de huidige legislatuur niet geholpen kunnen worden. Bijvoorbeeld Franse koppels komen naar België omdat gekende donatie in hun land verboden is.

### 2.4.3 Keuze voor eiceldonatie

Tijdens het beslissingsproces om al dan niet over te gaan tot het gebruik van eiceldonatie is ambivalentie het meest gemeenschappelijk kenmerk bij alle aanstaande moeders. Aan de ene kant willen ze een baby, maar aan de andere kant voelen ze zich verdrietig omdat ze niet zwanger kunnen geraken met hun eigen erfelijk materiaal (Kirkman, 2008a; Pettee & Weckstein, 1993; Stuart-Smith et al. 2011). Op korte termijn passen deze vrouwen hun waarden aan en herkennen zij de voordelen van eiceldonatie. Ze kunnen het zwanger zijn ervaren en het vormt een belangrijke meerwaarde aan het moederschap, ze voelen zich terug 'normaal', hebben een band met het kind tijdens de prenatale periode en zijn tevreden dat het kind een genetische band heeft met hun levensgezel (Hershberger, 2007; Kirkman, 2008a; Snowdon, 1994).

## 2.5 Aanwezigheid van de donor

### 2.5.1 Gedachten en gevoelens met betrekking tot de donor

#### 2.5.1.1 Bij anonieme donatie

Vrouwen die gebruik maken van anonieme donoren vinden het vaak bewonderenswaardig dat doneuzes die ze nog nooit hebben gezien, zoveel moeite doen en hun gezondheid riskeren om hun eigen eicellen af te staan aan vreemde lichamen. Aangezien deze moeders de donor niet zelf kunnen bedanken, geloven zij in de wederdienst van zichzelf aan een volgende persoon in nood. Veel moeders beschouwen ongekende donoren als weldadige fantasiefiguren. Deze karakterschets vloeit mogelijkerwijs voort uit een gebrekkige rationale beoordeling van het geïdealiseerde individu of uit een verantwoordelijkheidsgevoel naar de donor toe (Kirkman, 2008a; Konrad, 2005). Het beeld van de doneuze kan tevens negatief ingekleurd worden als een soort heks of freak uit een sprookjesverhaal. De ongekende donor functioneert dan als een scherm waar moeders hun angsten op projecteren. Bij een natuurlijke zwangerschap wordt de angst voor het vreemde opgeheven door het eigen erfelijk materiaal dat geruststellende gedachten kan vergemakkelijken (Stuart-Smith et al., 2012). Het geheimzinnige karakter van de donor leidt soms tot imaginaire ontmoetingen met de doneuze. Er domineert onzekerheid in de opvoeding door het gemis aan een genetische achtergrond van de

donor. Zowel de ouders als de nakomelingen weten niet met welke uitdagingen ze geconfronteerd zullen worden (Hershberger, 2007).

### 2.5.1.2 Bij gekende donatie

Een gekende donatie via een (schoon)zus of een vriendin roept bij moeders sterke gevoelens op zoals vreugde en dankbaarheid. De donatie wordt dikwijls omschreven met de metafoor van 'een geschenk geven'. Deze taaluiting kan problematisch zijn aldaar het verwijst naar de wederkerigheid (tussen de donor en de acceptor) en de onmogelijkheid van de moeder om terug te geven aan de doneuze. Bij gekende donatie wordt het verhaal van de moeder beïnvloed door de relatie tussen hen beiden. Het verhaal kan resulteren in een symbiose van dankbaarheid en wrok (Kirkman, 2008a; Konrad, 2005; Lessor, 1993; Pettee & Weckstein, 1993). Het volgende voorbeeld toont deze discrepantie aan:

*You don't have any rights as a recipient. You don't have any right to express anger, you don't have any right to be upset, no one supports you. I should just be damn grateful. My sister can treat me however she likes. That's her right, because she doesn't have to do this incredibly generous thing for me.* [recipiënt, eicel via zus, voor de geboorte] (Kirkman, 2008a, p. 246)

Na de komst van de baby reflecteert de moeder, met meer vertrouwen als ouder zijnde, de situatie vanuit een nieuw perspectief:

*I feel a bit ashamed and guilty that I reacted as I did. I feel more kindly towards her now. Given the happiness that's come to us, I really do think that the pain and anger will continue to diminish. I also think that I overemphasised my fears about my sister's motives...*[recipiënt, eicel via zus, na de geboorte] (Kirkman, 2008a, p.246)

### 2.5.2 Contact met de donor

Het contact met de donor kan tweezijdig ingevuld worden. Aan de ene kant is er het nadenken over de donor en de mogelijk toekomstige reële ontmoetingen. Aan de andere kant heeft de donatie plaatsgevonden met een rechtstreekse donor via een zus of een vriendin. In een studie van Kirkland et al. (1992) antwoordt 90% van de deelnemers tegen het contact te zijn met de doneuze, evenwel duidt 84% aan hun donorroorsprong te willen weten mochten zij zich verplaatsen in de denkwereld van hun nakomelingen.

Voor de komst van het kind maken sommige moeders en donoren concrete afspraken over het onderling contact tussen de doneuze en het kind. Dit kan zowel expliciet als impliciet (bv. "het is niet nodig") gebeuren. Andere ouders wensen na het eiceldonatieprogramma het contact met de donor af te sluiten en willen verdergaan met het idee dat het donorgegeven nooit heeft plaatsgevonden. "Het is ONS kind en de doneuze behoort zich niet in te mengen in de opvoeding" (Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007). In eerder onderzoek van Baetens et al. (2000) treedt er frequent contact op vóór de behandeling in 65% van de gevallen. En 34% van de ouders beschrijft weinig of geen contact te hebben met hun doneuze.

Van Berkel et al. (2007) illustreren in hun onderzoek dat de helft van de moeders na gekende donatie hun donor dagelijks of één keer per week ziet. Tevens werd dit in voorgaand onderzoek bevestigd (Pettee & Weckstein, 1993). De relatie tussen de moeder en de doneuze wordt beschreven als (erg) goed en vriendelijk (ook bevestigd in de studies van Golombok et al., 2004; Jadva et al., 2011; Weil et al., 1994). In enkele gevallen duiken er problemen op vanwege te veel interferentie van de donor in het leven van het kind of omwille van te hoge verwachtingen vanuit het perspectief van de doneuze. Dit wordt ook bevestigd in het onderzoek van Hershberger (2007, p. 165). Een gekende donor in volgend voorbeeld vreest voor de inmenging van haar zus in de opvoeding:

*And all along I thought, well, as I'm raising this child I can't be yelling at this child in front of her because she's going to think, you can't be mean. Not that I would be, but she's going to question how I'm raising her child.*

## **2.6 Besluit**

Het liberale karakter van de Belgische wetgeving zorgt ervoor dat ouders de mogelijkheid hebben om hun voorkeur te geven aan anonieme of gekende donatie. Tevens is wisseldonatie een mogelijke optie. Binnen het ouderpaar is de keuze voor het soort eiceldonatie een gezamenlijke beslissing onderbouwd met verscheidene argumentaties. Het contact met de doneuze kan leiden tot imaginair en reële ontmoetingen.

# **HOOFDSTUK 3: OUDERSCHAP**

## **3.1 Inleiding**

De klemtoon van deze masterproef ligt op de ervaring van het ouderschap bij moeders en vaders na het gebruik maken van eiceldonatie. In dit hoofdstuk exploreren we in het bijzonder de beleving van het ouderschap door de onvruchtbare vrouw gekoppeld aan de betekenis van de afwezigheid van de genetische band met haar kind. Tot slot wordt de bijdrage van professor Golombok en haar onderzoeksteam met betrekking tot het genetisch en sociaal-biologisch ouderschap uiteengezet.

## **3.2 Beleving van het ouderschap door de onvruchtbare vrouw**

Moeders na eiceldonatie kunnen het moederschap als gelijkwaardig evalueren in vergelijking met moeders na een natuurlijke zwangerschap. Ze twijfelen niet aan hun moederrol. Deze moeders definiëren de ouder-kind relatie onafhankelijk van de manier waarop het kind is verwekt. Het gaat voor hen om de wijze van grootbrengen, hoe je het kind liefhebt en dingen aanleert (Greenfeld & Klock, 2004; Kirkman, 2008a; Pettee & Weckstein, 1993).

In het onderzoek van Van Berkel et al. (2007) betuigt bijna 70% van de moeders dat het gebruik van eiceldonatie geen invloed uitoefent op de relatie met het kind. Ze postuleren motieven zoals “het is



mijn kind en ik ben de echte moeder” (vaak ondersteund met hoofdletters, uitroeptekens of met het onderlijnen ervan), “ik heb het zelf gedragen” (zwangerschap) en/of “ik heb het zelf op de wereld gezet” (bevalling) (ook bevestigd in Murray & Golombok, 2003; Murray, MacCallum & Golombok, 2006; Weil et al., 1994). De overige moeders zeggen dat eiceldonatie wel een invloed heeft, al dan niet negatief. Positieve invloeden kenmerken zich door een zeer grote dankbaarheid, “het kind als een mirakel”, een zeer intense en meer bewuste relatie met het kind. Negatieve effecten bestaan uit de onzekerheid en het angstig zijn van ouders, in het bijzonder voor de toekomst wanneer het moment aanbreekt om het kind te informeren over zijn herkomst. Hahn en Craft-Rosenberg (2002) beweren dat dit samenhangt met het gebrek aan de genetische connectie langs moeders kant.

### 3.2.1 Bekommernissen

Het ouderschap bij moeders na eiceldonatie kenmerkt zich vaak met diverse bezorgdheden:

#### 3.2.1.1 Tijdens de zwangerschap

Hershberger (2007) duidt op de bezorgdheid van onvruchtbare moeders over het toekomstig contact en de betrokkenheid van de doneuze in hun verder leven, de belangrijkheid en de toegang tot genetische informatie en het effect van hun gevorderde leeftijd op het moederschap.

#### 3.2.1.2 Na de bevalling

In het onderzoek van Kirkman (2008a) wordt ‘het kind al dan niet informeren’ aangehaald als de meest verontrustende kwestie omdat het hen opnieuw waardeloos en minderwaardig maakt. Een bijkomende bekommernis is het schuldgevoel uitgelokt door moederlijke frustraties samengaand met het aanhoudende opgestapelde leed van hun jarenlange infertiliteit. Een typerend voorbeeld van een vrouw die zichzelf streng beoordeelt:

*It isn't difficult to think of people who are really bad parents but who, unfortunately, are very fertile. Time will tell if I've worked through it. I doubt it, actually. Intellectually I can see it all. I can understand how huge that baggage load really is and that I could not really be expected to just suddenly behave like that load has miraculously vanished. (Kirkman, 2008a, p. 244)*

De angsten van moeders na eiceldonatie omwille van het gebrek aan de genetische band met hun kind en hun intense wens om een kind te hebben, kunnen resulteren in gevoelens om de grote ouderlijke last op zich te nemen. Deze vrouwen rapporteren dat hun partners minder de ouderlijke last met hen delen (Murray et al., 2006).

Indien ouders hun kind later gaan informeren, deinzen de meeste moeders terug voor het idee dat het kind zegt: “jij bent mijn échte mama niet!”. Deze moeders zijn bezorgd dat het gebrek aan genetische connectie het ouderlijk gezag zou ondermijnen. Deze ouders hopen dat de sterke relaties die ze trachten te ontplooiën hen toelaten om zulke crisissen te begrijpen en te overwinnen (Kirkman, 2008a). Hahn en Craft-Rosenberg (2002) voegen eraan toe dat moeders bang zijn dat hun kind een meer hechte relatie gaat hebben met diens echtgenoot.

### 3.2.2 Steun van de partner

Naast de sociale steun van familie en vrienden, vrouwen met gelijkaardige vruchtbaarheidsproblemen en artsen, wordt de steun van de partner als primair gezien (Carter et al., 2011). Vaders beklemtonen de wezenlijke bijdrage van de moeder met de woorden “het is ONS kind” en beide ouders voelen zich als de ouder van hun kind (Kirkman, 2008a; Söderström-Anttila, 2001).

### 3.3 Genetisch ouderschap

#### 3.3.1 Betekenis van de genetische band door de sociale ouder

Sommige moeders na eiceldonatie missen de genetische investering in hun kinderen. Zij drukken uit dat het pijn doet dat anderen steevast opmerkingen maken die betrekking hebben op de genetische verwantschap. Bijvoorbeeld: op wie lijkt de baby? Ze worden voortdurend geconfronteerd met het feit dat het kind genetisch niet van hen is. Zij zeggen te willen weten wat het betekent om een genetische ouder te zijn (Kirkman, 2008a).

Andere moeders missen geen genetische band met hun kind. De zwangerschap op zich heeft hen tot moeder gemaakt. Zij vinden het genetisch moederschap ondergeschikt aan het biologisch moederschap via het zwanger zijn. De ervaring van de bevalling en het kind borstvoeding geven begunstigen de hechting tussen de moeder en de pasgeborene (Baetens et al., 2000; Greenfeld et al., 1998; Jadvá et al., 2011; Kirkland et al., 1992; Raoul-Duval et al., 1992; Snowdon, 1994). Hahn en Craft-Rosenberg (2002) vermelden dat moeders het gebrek aan genetische connectie herstellen door het zelf ervaren van de zwangerschap als een biologische verbinding met hun kind. De resultaten uit het onderzoek van Applegarth en Riddle (2007) tonen aan dat het gebrek aan de genetische band tussen moeder en kind na een tijd minder belangrijk wordt, doch blijven moeders hierover nadenken.

#### 3.4 Genetisch en sociaal-biologisch ouderschap bestudeerd door professor Golombok en haar onderzoeksteam

Professor Golombok, verbonden aan de universiteit van Cambridge, is een zeer belangrijke sleutelfiguur geweest in de studie naar het genetisch en sociaal-biologisch ouderschap bij ouders na eiceldonatie. Om een overzicht te krijgen over haar verschillende onderzoeken wordt het hier in een aparte sectie besproken.

In haar onderzoeken bestudeert professor Golombok het gezinsfunctioneren en de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen na eiceldonatie. Ze vergelijkt eiceldonatiegroepen met natuurlijke controlegroepen. Ook bekijkt ze andere categorieën zoals ouderparen na spermadonatie, draagmoederschap, adoptie en IVF met eigen gameten. In deze masterproef worden voornamelijk de uitkomsten vermeld inzake het ouderschap na eiceldonatie.

Er is een algemene trend terug te vinden in de onderzoeken van Golombok. In haar laatste studies (2011 en 2013) komen er meer negatieve resultaten tevoorschijn in vergelijking met de studies die een decennium eerder gepubliceerd werden.

Vanuit haar onderzoek in 1999 kan samengevat worden dat er meer positieve bevindingen zijn met betrekking tot het emotioneel welzijn van ouders na eiceldonatie. De moeders zijn meer tevreden met hun huwelijk en ze beleven minder ouderlijke distress. De vaders zijn daarentegen minder angstig en beter stressbestendig aangaande het ouderschap, alsook zijn ze minder geneigd om sociaal wenselijk te reageren. Op het gebied van de parameters 'angst bij de moeders', 'tevredenheid in het huwelijk bij de vaders' en 'depressie bij beide ouders' zijn er geen verschillen met andere groepen ouders. Op het vlak van de kwaliteit van het ouderschap hebben beide ouders meer coördinatie wat betreft de discipline ten aanzien van hun kind. Deze moeders vertonen meer warmte vergeleken met moeders uit gezinnen na spermadonatie. Niettemin laten zij ernstige geschillen met hun kinderen zien. Onvruchtbare paren na eiceldonatie beschouwen hun kind als een grotere uitdaging en hierdoor kunnen zij zelfs meer toegewijd zijn tot het ouderschap en vinden het opvoeden een meer deugddoende ervaring. De afwezigheid van een genetische link met één van beide ouders leidt op zichzelf niet tot problemen voor de ouders of de kinderen. Kinderen na eiceldonatie hebben geen behoefte om relaties te vormen met hun donoren (Golombok, Murray, Brinsden & Abdalla, 1999)

In 2004 voert Golombok een nieuwe studie uit met een longitudinaal karakter (2004, 2005, 2006, 2011). De uitkomsten tonen een gelijkaardig beeld met voorgaand onderzoek. Zo tonen moeders na eiceldonatie meer warmte, vreugde, plezier en nabijheid. De vaders hierbij brengen meer tijd door met hun kinderen en bespreken minder belangrijke zaken op een adequate manier. Beide ouders zijn meer emotioneel betrokken en beschouwen hun kind als meer kwetsbaar. Het zijn toegewijde en liefdevolle ouders en omschrijven hun kind als 'zeer kostbaar'. Doorgaans zijn deze ouders meer bezorgd over het welzijn van hun kind. Er zijn geen verschillen waar te nemen tussen de gezinstypes op het gebied van angst, depressie, stress geassocieerd met het ouderschap of huwelijkse satisfactie. De gezinnen stemmen overeen met betrekking tot de kwaliteit van de vader-kindrelatie en het psychologisch welzijn van het kind. Wanneer het kind drie jaar is (Golombok et al., 2006) rapporteren ouders na gametendonatie meer ouderlijke distress. Daarnaast interageren moeders na eiceldonatie meer ten opzichte van natuurlijke moeders of moeders na spermadonatie. Deze vrouwen spannen zich meer in en/of willen de afwezigheid van een genetische link compenseren. Als het kind zeven jaar is (Golombok et al., 2011) en reeds zijn afkomst kent, scoren deze gezinnen enkel lager op de moeder-kind reciprociteit. Non-disclosing gezinnen<sup>7</sup> hebben zowel lagere scores op de 'moeder-kind interactie' als op de 'maternele positiviteit'.

In haar laatste studie van 2013 bespreekt Golombok een nieuwe steekproef van gezinnen met kinderen op de leeftijd van drie, zeven en tien jaar oud. De verschillende gezinstypes evenaren elkaar betreffende de kwaliteit van het ouderschap (bv. maternele positiviteit, negativiteit en distress). In gezinnen die de donorconceptie niet aan het kind vertellen, heerst er meer maternele stress. Als het kind zijn afkomst kent, worden er meer aanpassingsproblemen geobserveerd op de leeftijd van zeven jaar, en niet op de leeftijd van drie en tien jaar. Wanneer zowel de moeder maternele distress ervaart alsook het kind kennis heeft van zijn afkomst, zijn er meer aanpassingsproblemen bij het kind. Een

---

<sup>7</sup> Gezinnen die niet van plan zijn om de donorafkomst aan het kind te onthullen.

verklaring hiervoor is dat kinderen zich minder veilig voelen wanneer ze geconfronteerd worden met emotionele problemen van hun moeder (Golombok, Blake, Casey, Roman & Jadva, 2013).

### **3.5 Besluit**

Objectief gezien verschillen 'sociaal-biologische moeders' niet zozeer van moeders die genetisch verwant zijn aan hun nakomelingen. In de besproken studies wordt er op het eerste zicht een bovenmatig positieve representatie van deze ouders afgespiegeld. Niettemin worden later, gedurende het opvoedingsproces, ook minpunten zichtbaar. Elke infertiele moeder ervaart het ouderschap op een eigen manier, evenwel gekenmerkt met meer zorgen zowel tijdens het zwanger zijn als wanneer het kind lijfelijk aanwezig is. De partner als steunbron is hierbij van wezenlijk belang.

## **HOOFDSTUK 4: COMMUNICATIE OVER DONORCONCEPTIE**

*“A baby is not an empty vessel, it is born with an inheritance and a corresponding right to know its origins.”*

[Een moeder die graag informatie wil over de doneuze in het belang van haar kind]  
(Kirkman, 2008b, p. 10)

### **4.1 Inleiding**

Het debat over het al dan niet communiceren over donorconceptie door de ouders wordt in de literatuur uitvoerig behandeld. Dit hoofdstuk verduidelijkt wat dit beslissingsproces met zich meebrengt. De open versus gesloten houding ten aanzien van derden in het algemeen en aan het kind in het bijzonder, wordt telkens vergezeld met pro's en contra's. Eveneens worden de zorgen over 'wanneer' en 'hoe' het kind best wordt ingelicht aangegeven. Er wordt kort melding gemaakt van het taalgebruik omtrent het moederschap.

### **4.2 Het al dan niet vertellen**

Het al dan niet vertellen van de donorroorsprong aan de buitenwereld in het algemeen en aan het kind in het bijzonder, is niet het eenvoudigweg delen van informatie maar het hangt ook samen met een emotionele component die beïnvloed wordt door een complex, multifactorieel en dynamisch proces (Wrobel, Kohler, Grotevant & McRoy, 2003). De uiteindelijke beslissing is niet strikt een bewuste keuze, maar eerder een evolutie van het sociale proces doorheen infertiliteit. Zowel jonge als oudere aanstaande moeders vrezen voor stigmatisering. Echter, zij vullen het gestigmatiseerd zijn anders in. Jonge vrouwen voelen een stigma omwille van hun onvruchtbaarheid, terwijl oudere vrouwen veeleer het gevoel ervaren een te oude moeder te zijn. Hoe meer support zij ondervinden vanuit hun sociale omgeving, des te meer zij een open houding aannemen (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Hershberger

et al., 2007). Beslissingen omtrent mogelijke onthulling zijn meer complex bij gekende donatie aldaar donor en recipiënt beiden actief betrokken zijn (Yee et al., 2011).

#### 4.2.1 Aan de buitenwereld in het algemeen

In de meeste literatuur is terug te vinden dat ouders het donorverhaal aan ten minste één ander (familielid, vriend en/of kennis) hebben verteld. Bovendien wordt niet altijd de volledige waarheid meegedeeld. Soms vertelt men enkel het gedeelte van de IVF of eiceldonatie maar wordt de donor verzwegen (bv. in het geval van intrafamiliale donatie tussen zussen) (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Kirkland et al., 1992; Klock & Greenfeld, 2004; Laruelle et al., 2011; Murray et al., 2006; Murray & Golombok, 2003; Pettee & Weckstein, 1993; Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok, 2011; Van Berkel et al., 2007). Een aantal onderzoeken vermeldt dat de onvruchtbare vrouw minder geneigd is om het aan de schoonzus of schoonmoeder te vertellen (Baetens et al., 2000; Hallebone, 1991; Murray & Golombok, 2003)

##### 4.2.1.1 NIET vertellen

Ouders die de wijze van conceptie geheimhouden aan derden argumenteren dit vanuit:

- Angst voor gebrek aan begrip;
- Een fertiliteitsprobleem is iets privé;
- Verwarring vermijden betreffende de identiteit van de moeder;
- In het belang van het welzijn van het kind;
- Religieuze of culturele motieven;
- Onbeslist om het kind al dan niet te informeren (Baetens et al., 2000).

##### 4.2.1.2 WEL vertellen

Ouders die de wijze van conceptie vertellen, verklaren dit aan de hand van:

- Geen reden om het niet te vertellen;
- Op zoek naar steun bij de familie en de nabije omgeving;
- Het fertiliteitsprobleem is gekend bij familie en vrienden;
- De zoektocht naar een geschikte donor;
- Er is een zichtbaar etnisch verschil tussen de donor en de recipiënt (Baetens et al., 2000).

#### 4.2.2 Aan het kind in het bijzonder

In de literatuur is er geen eenduidig beeld te vinden in de onderzoeken wat betreft het al dan niet vertellen aan het kind. In het ene onderzoek zwijgt het merendeel van de ouders (Golombok et al., 1999; Hallebone, 1991; Murray et al., 2006; Murray & Golombok, 2003), in het andere onderzoek is men pro vertellen (Applegarth & Riddle, 2007; Cochini et al., 2011; Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2006; Golombok et al., 2011; Golombok et al., 2013; Golombok, Jadvá, Lycett, Murray & MacCallum, 2005; Greenfeld & Klock, 2004; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Hershberger et al., 2007;

Jadva et al., 2011; Pettee & Weckstein, 1993; Snowdon, 1994; Yee et al., 2011). Soms is de keuze geheimhouden-vertellen gelijklopend. Over beide groepen zijn de meesten het erover eens dat het kind recht heeft op de waarheid (Baetens et al., 2000; Klock & Greenfeld, 2004; Laruelle et al., 2011; Van Berkel et al., 2007).

Voor ouders na eiceldonatie is het al dan niet vertellen over donorconceptie één van de moeilijkste beslissingen. Ze twijfelen wat de beste oplossing is (Hallebone, 1991). Het is het meest besproken topic (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Pettee & Weckstein, 1993; Van Berkel et al., 2007).

Sommige ouders hebben het reeds verteld aan derden (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Jadva et al., 2011; Laruelle et al., 2011; Murray et al., 2006; Murray & Golombok, 2003; Van Berkel et al., 2007) en voelen zich gedwongen het kind in te lichten omdat ze niet willen dat hun kind het verneemt via een ander. Hierbij uiten moeders een schuldgevoel en zijn ze bezorgd dat ze niet de eerste informant van hun kind zullen zijn (Van Berkel et al., 2007). Bovendien is er in toenemende mate de toepassing van genetische testen in de geneeskunde (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Murray et al., 2006).

#### 4.2.2.1 NIET vertellen

Ouders die het donorverhaal willen verzwijgen voor het kind stellen volgende argumentaties:

- Het is MIJN kind, beïnvloed door mijn bloed, lichaam en emotionele belangen of het kind het gevoel te geven volledig bij het gezin te behoren;
- Ter bescherming van het kind, de moeder of de vader;
- Geen behoefte om het te vertellen, ondanks kennis van de donorconceptie door derden;
- Het is niet belangrijk;
- Het is meer schadelijk dan goed;
- Risico op een identiteitscrisis verkleinen of ellende vermijden;
- Het wordt moeilijker aanvaard door anderen;
- Bang voor roddels van buitenaf;
- Contract afgesloten met doneuze of de wens om de behandeling te vergeten;
- Toegang tot de donor belemmeren;
- Omwille van de donoranonimiteit;
- Ouders hebben recht op privacy;
- Omwille van religieuze of culturele motieven.

(Baetens et al., 2000; Golombok et al., 1999; Greenfeld et al., 1998; Greenfeld & Klock, 2004; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Hallebone, 1991; Hershberger et al., 2007; Jadva et al., 2011; Laruelle et al., 2011; Murray et al., 2006; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Van Berkel et al., 2007).

In de literatuur wordt er vastgesteld dat degenen die niet deelnemen aan onderzoek meer geneigd zijn om te zwijgen (Gottlieb, Lalos & Lindblad, 2000; Klock & Greenfeld, 2004; Nachtigall, Pitcher, Tschann, Becker & Szkupinski Quigora, 1997; Söderström-Anttila et al., 2010; Yee et al., 2011). Ouders die onzeker zijn over het al dan niet vertellen aan het kind of die niet van plan zijn het te

vertellen, zwijgen meer tegen derden. Daarentegen zijn ouders die de intentie hebben om hun kind in te lichten, meer open ten aanzien van familie en vrienden (Baetens et al., 2000). Moeders die onzeker zijn in hun beslissing om het al dan niet te vertellen aan hun kind, zijn dat ook als hun kind ouder wordt en hebben bijgevolg een grotere kans om het finaal niet te vertellen (Readings et al., 2011).

#### 4.2.2.2 WEL vertellen

Ouders die het donorverhaal aan hun kind vertellen, motiveren het vanuit:

- Recht op de waarheid;
- Recht op informatie;
- Geen familiegeheimen;
- Voorkomen dat het kind ingelicht wordt door een derde;
- Toegang tot de donor;
- Een ander (meestal een familielid of een vriend) heeft er kennis van;
- Omwille van medische of psychologische redenen;
- Het is verkeerd te zwijgen;
- Bezorgdheid dat verzwijgen een negatieve impact op het kind zal hebben;
- Omwille van een etnisch verschil tussen donor en recipiënt.

(Baetens et al., 2000; Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2005; Golombok et al., 2006; Golombok et al. 2011; Golombok et al., 2013; Greenfeld & Klock, 2004; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Jadva et al., 2011; Laruelle et al., 2011; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Snowdon, 1994; Van Berkel et al., 2007)

Een interessante bevinding is dat ouders met jongere kinderen (1 – 3 jaar) meer geneigd zijn het kind het donorverhaal te vertellen tegenover ouders met oudere kinderen (10 – 14 jaar) (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Söderström-Anttila et al., 1998). Hiervoor zijn er verschillende verklaringen. Ten eerste, indien een kind zeer jong is, is het niet moeilijk om disclosure te plannen. Eens het kind ouder wordt, wordt de drempel groter om het onderwerp aan te snijden. Ten tweede is er over de jaren heen een gewijzigde trend vast te stellen van het 'zwijgen' naar het 'vertellen' in het beste belang van het kind. Ten derde zijn de oudste recipiënten die tijdens de jaren '90 behandeld zijn geweest, niet gewijzigd in hun attitudes over hun disclosure gedrag (Söderström-Anttila et al., 1998). Ten vierde, de aard van counseling is afgelopen jaren veranderd door de kennis over de voordelen van geleidelijke disclosure beginnend op een jonge leeftijd. Meer en meer hebben professionelen ouders aangespoord om een open houding tegenover hun kind aan te nemen (Laruelle et al., 2011; Rumball & Aidar, 1999;).

Echter, oudere koppels verkiezen gekende donatie boven anonieme donatie. Ze geven aan niet veel tijd meer te hebben om zelf een ouder te worden (Baetens et al., 2000) en zijn meer geneigd professionelen te informeren over hun gebruik van eiceldonatie (Hershberger et al., 2007).

Ongeacht de open houding van ouders ten aanzien van hun kind blijft er ontbrekende informatie bestaan (Stuart-Smith et al., 2012). Cochini et al. (2011) verwijzen naar Bayle (2003) om aan te duiden dat 'geheimhouding' een dubbele betekenis met zich meedraagt. De ouders hebben de keuze om het verhaal al dan niet aan hun kind mee te geven. Desalniettemin wordt de volledige waarheid nooit blootgelegd door de wettelijke verplichte geheimhouding van de identiteit van de doneuze.

#### *4.2.2.2.1 WANNEER het verhaal over de donorroorsprong vertellen?*

Wat is de meest geschikte leeftijd om het aan een kind uit te leggen? Deze vraag staat op de voorgrond bij ouders die hun kind willen inlichten (Van Berkel et al., 2007). De gemiddelde leeftijd om het kind te informeren over zijn afkomst is vier à vijf jaar (Golombok et al., 2011; Golombok et al., 2013). Er wordt gesuggereerd dat kinderen onder de zeven jaar een beperkte cognitieve capaciteit hebben om de informatie omtrent onthulling te begrijpen (Blake, Casey, Readings, Jadvá & Golombok, 2010). Sommige ouders geven aan af te wachten tot het kind de volledige materie van voortplanting begrijpt. Tussen het van plan zijn te vertellen en het effectief verteld hebben, schuilt er een tegenstrijdigheid. In de onderzoeken ligt het percentage van het effectief verteld hebben beduidend lager dan de intentie om het te vertellen (Cochini et al., 2011; Golombok et al., 2006; Hershberger et al., 2007; Van Berkel et al., 2007). De biologische band via zwangerschap en geboorte zorgt er niet voor dat moeders het eerder vertellen in vergelijking met hun tegenhangers na spermadonatie (Murray et al., 2006).

#### *4.2.2.2.2 HOE het verhaal van de donorroorsprong vertellen?*

Pennings (1997) expliciteert het belang van de manier van het vertellen om mogelijke negatieve gevolgen te beperken. Het inlichten dient te gebeuren in de aanwezigheid van beide ouders, vroeg (bv. als het kind naar de voortplanting in het algemeen vraagt) en aangepast aan het ontwikkelingsniveau. De ouders nemen een zodanige houding aan zodat het kind steeds in een klimaat vertoeft waar vragen stellen geen belemmeringen vormen. De persoon achter de donor moet voorgesteld worden als iemand die een andere vrouw hielp en niet als een moederfiguur. Dit komt eveneens terug bij Hahn en Craft-Rosenberg (2002) om de maternele identiteit van de recipiëntmoeder te ondersteunen.

In de literatuur wordt er melding gemaakt van twee diverse strategieën. Enerzijds de 'seed-planting' strategie, anderzijds de 'right timing' benadering. De eerste aanpak is gebaseerd op het gradueel en leeftijdsadequaat vertellen aan het kind over de wijze van de donorconceptie. Bij de tweede methode wordt er vertrouwd op het eigen inzicht over wanneer het het meest geschikte moment is om het te vertellen (MacDougall, Becker, Scheib & Nachtigall, 2007).

In de studies van Baetens et al. (2000) en Hahn en Craft-Rosenberg (2002) komt naar voor dat onbesliste ouders zich meer zorgen maken over het hoe en wanneer vertellen aan hun nakomelingen. Deze gegevens worden niet bevestigd in het later onderzoek van Hershberger et al. (2007). Een verklaring hiervoor is dat de vrouwen uit deze laatstgenoemde studie ondervraagd zijn geweest



gedurende hun zwangerschap. Moeders bij wie het kind actueel aanwezig is in de dagelijkse omgeving uiten meer zorg over het al dan niet vertellen.

### **4.3 Taalgebruik omtrent het moederschap**

Zowel moeders na eiceldonatie als doneuzes zijn het erover eens dat de 'echte' moeder degene is die het kind opvoedt. De dichotome indeling van 'genetische moeder' en 'niet-genetische moeder' of de verwoording van "een kind heeft twee moeders" geeft aan dat de taal ontoereikend is om een nieuw fenomeen te beschrijven. Het woord 'moeder' is emotioneel geladen en draagt verschillende associaties met zich mee die niet van elkaar gescheiden kunnen worden. Bijgevolg is het ongeschikt om het 'moederschap' te herleiden tot een smalle biologische definitie. Om het moederschap in te vullen is niet enkel het sociaal ouderschap van belang, maar ook een emotionele of psychologische factor die bepaalt of de vrouw zichzelf als een moeder benoemt (Snowdon, 1994). Snowdon (1994) refereert naar de notie van de 'procreative intent' van Stumph (1986). Zij beargumenteert dat als een vrouw noch genetische, noch biologische, noch sociale connecties heeft, zij nog steeds een procreative rol vertolkt naar haar kind toe aangezien er op haar aansporen een nieuw leven wordt verwekt.

### **4.4 Besluit**

Uit de literatuur is er duidelijk vast te stellen dat het disclosure debat gefundeerd is op een doordachte keuze. Deze ouders worden geconfronteerd met het ethisch dilemma: vertellen wij het aan de buitenwereld, ja of neen? Het beslissingsproces naar het kind toe schetst een beeld dat ouders, jong of oud, kiezen in het beste belang voor het welzijn van het kind. Het moederschap wordt uitgedragen door die vrouw die zichzelf als moeder benoemt.

## **HOOFDSTUK 5: COUNSELING**

### **5.1 Inleiding**

In de wet van 6 juli 2007 inzake de medisch begeleide voortplanting staat te lezen dat fertiliteitscentra verplicht zijn om patiënten psychologische begeleiding aan te bieden zowel voor als tijdens de behandeling (Laruelle et al., 2011). Dit hoofdstuk bespreekt achtereenvolgens de vaststellingen in de Vlaamse fertiliteitscentra, de verklaringen voor de hiaten in de counseling en het belang van oudergroepen.

### **5.2 Vaststellingen in de Vlaamse fertiliteitscentra**

In Vlaanderen wordt er slechts in één ziekenhuis (centrum voor reproductieve geneeskunde in het Genkse Ziekenhuis Oost-Limburg) systematisch een consultatie bij de psycholoog aangeboden voor ieder paar dat gebruik maakt van een IVF-behandeling. De bedoeling van het gesprek is gericht op de

beleving, weg van het puur medische. In dit consult tracht men drempelverlagend te werken en stigmatisering te voorkomen. Het heeft een preventieve functie. Koppels die een IUI<sup>8</sup>-behandeling starten, worden niet naar de psycholoog doorverwezen omdat het een eerstelijnsbehandeling dient te zijn. In 14-19% (1/5 van de totale IVF-populatie in het Genks Instituut voor FertiliteitsTechnologie) van de gevallen komen patiënten terug voor verdere begeleiding. Uit Brits-Canadees onderzoek '*Why are infertile patients not using psychosocial counseling?*' (Boivin, Scanlan & Walker, 1999) wordt vastgesteld dat er slechts 8.5% van de vrouwen en 6.1% van de mannen beroep doen op psychologische counseling. De onderzoekster geeft hiervoor twee mogelijke verklaringen: ofwel vindt men voldoende steun bij familie en vrienden ofwel is de stap naar de psychologische hulpverlening te groot. Sinds de wet van 2003 voor de terugbetaling van de IVF-kosten wordt er in het UZ Gasthuisberg geen counseling meer aangeboden (Instituut Samenleving & Technologie, 2009).

Elk fertiliteitscentrum schakelt een 'fertiliteitsconsulent' in, maar dit impliceert geen eenduidig begrip. In het ene centrum slaat de term op een vroedvrouw die vooral medische informatie aanbrengt (bv. praktische vragen wat betreft de inname van de medicatie), in het andere centrum wordt de taak van fertiliteitsconsulent ingevuld door een psycholoog. Vaak zijn deze psychologen niet specifiek opgeleid inzake fertiliteit en werken elk op hun eigen manier (bv. systeemtherapeutisch of psychoanalytisch). Elk Vlaams fertiliteitscentrum beschikt hooguit over 1 ½ voltijds psycholoog. De grote centra geven aan dat dit aantal te weinig is, zeker door het feit dat psychologen in universitaire ziekenhuizen een deel van hun tijd besteden aan onderzoek en publicaties. De meeste psychologen worden voornamelijk ingezet voor screening. Bepaalde groepen patiënten (alleenstaanden en patiënten die behandelingen volgen waarbij een derde partij betrokken is zoals eiceldonatie) moeten zich aanmelden alvorens de behandeling te kunnen starten. Het doel van dit gesprek is om na te gaan of het koppel in kwestie voorbereid is op de behandeling (Instituut Samenleving & Technologie, 2009).

Patiënten die nood hebben aan een psycholoog hebben doorgaans zelf hulp gezocht. Wanneer het fertiliteitscentrum het paar doorverwijst voor therapeutische begeleiding gebeurt het pas naar aanleiding van een crisis (Instituut Samenleving & Technologie, 2009).

### **5.3 Verklaringen voor de hiaten in de counseling**

Uit het voorgaande blijkt dat de meeste Vlaamse fertiliteitscentra voor verbetering vatbaar zijn. De relatief beperkte aandacht voor psychologische begeleiding is te wijten aan twee verklaringen. Een aantal artsen en psychologen zijn van mening dat het niet noodzakelijk is. Ze willen de mensen niet extra belasten met een bezoek aan de psycholoog en veronderstellen dat hun sociaal netwerk voor de nodige ondersteuning zorgt. De meeste artsen en psychologen duiden echter dat het beter zou zijn mochten er meer psychologen beschikbaar zijn. Een andere reden is dat er te weinig middelen voorhanden zijn (Instituut Samenleving & Technologie, 2009).

---

<sup>8</sup> Intra-uteriene inseminatie: de zaadcellen worden via een specifieke katheter rechtstreeks in de baarmoeder gebracht voor bevruchting (D'Hooghe, 2013).

#### **5.4 Het belang van oudergroepen**

In Vlaanderen zijn er vijf privépraktijken van psychiaters en psychologen die ervaring hebben met fertiliteitsproblematiek. Daarnaast bestaan er fertiliteitsnetwerken, bijvoorbeeld De Verdwaalde Ooievaar vzw, die tot stand zijn gekomen op vrijwillige basis. Lotgenoten worden bij elkaar gebracht om elkaar te steunen. Sinds 2013 is Donorfamilies vzw opgericht. Het is een eerste oudervereniging voor donorgezinnen in België. Het is een ondersteunend netwerk voor gezinnen die kinderen hebben gekregen met behulp van sperma-, eicel- of embryodonatie, alsook aan paren die in behandeling zijn of die overwegen om zwanger te geraken via een donorbehandeling (De Verdwaalde Ooievaar vzw, 2014; Donorfamilies vzw, 2013).

#### **5.5 Besluit**

Het counselen van personen die beroep hebben gedaan op eiceldonatie staat heden ten dage in zijn kinderschoenen. De ziekenhuizen en fertiliteitscentra hebben geen vast geïmplementeerd protocol om deze mensen te begeleiden waar nodig. Het beluisteren van de verhalen en de ervaringen van moeders en vaders na conceptie met donormateriaal vraagt bijzondere aandacht.

## **HOOFDSTUK 6:**

### **KRITISCHE BESPREKING VAN DE LITERATUURSTUDIE**

Deze masterproef handelt over onvruchtbare vrouwen die tegemoet kunnen komen aan hun kinderwens met behulp van de techniek van eiceldonatie. Jammer genoeg wordt er in de literatuur steevast verwezen naar de procedure van 'eiceldonatie' terwijl wij een gedetailleerd beeld willen vormen van vrouwen die behoren tot de groep van 'eicelreceptie'. Hoewel eiceldonatie de lading dekt, blijft de klemtoon liggen op de donor, terwijl wij ons specifiek willen richten tot de wensmoeder en niet degene die het mogelijk gemaakt heeft om een kind te concipiëren.

De meest recente prevalentiecijfers uit België van de BELRAP dateren reeds vanuit 2006. Men kan zich hierbij de vraag stellen hoe up-to-date deze cijfers nog zijn. Subfertiliteit en infertiliteit worden meer zichtbaar door de technologische vooruitgang van medisch geassisteerde voortplantingstechnieken. Er wordt dus meer gebruik gemaakt van de toepassing van eiceldonatie, maar dit wil niet zeggen dat er in aantal meer onvruchtbare vrouwen zijn. Verder is het louter een schatting van de prevalentie aangezien een deel van de vrouwen buiten het registratiesysteem vallen.

In tegenstelling tot de literatuur over ouderparen na kunstmatige inseminatie met donorzaad waarbij ouders een verhoogd risico hebben op een meer negatieve, afstandelijke relatie met hun kind, weerspiegelt de literatuur over eiceldonatie zeer gunstige resultaten over de ouder-kind relatie. Hierbij moet er rekening gehouden worden met de factor van 'sociale wenselijkheid' (Murray et al., 2006). Deze ouders beschrijven zichzelf en hun kind als positief om het stigma rond gedoneerd erfelijk

materiaal zo veel mogelijk te minimaliseren. De meerderheid van de studies betreft het gesprek van de moeder tijdens de zwangerschap of kort na de bevalling. Bij een aantal onderzoeken is het kind ouder (> 7 jaar) en komen ook negatieve bevindingen aan bod. Deze follow-up studies zijn een nuttige meerwaarde. Soortgelijke onderzoeken zouden vaker moeten gebeuren om een representatief beeld van deze gezinnen te kunnen schetsen. Door de kwetsbaarheid van het onderwerp blijft het moeilijk een groot aantal participanten te bereiken die bereid zijn deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek. De hoge response rates in de onderzochte studies dienen met de nodige zorg bekeken te worden. Het is belangrijk om de vaderfiguur te blijven beluisteren. Tevens zou de stem van het kind (meer bepaald de preadolescent) nieuw licht kunnen werpen op voorgaand bestudeerd materiaal (Murray et al., 2006).

Het debat over het al dan niet vertellen is in de literatuur uitvoerig aan de gang. Men moet opmerken dat er een duidelijk onderscheid bestaat tussen het vertellen aan de buitenwereld en het al dan niet vertellen aan het kind. Vrouwen bij eiceldonatie zijn, in vergelijking met vaders en moeders na spermadonatie, meer open. Deze openheid heeft zowel betrekking op het openlijk praten over hun onvruchtbaarheid als over hun open houding tegenover het al dan niet vertellen aan het kind. Vaders na spermadonatie zouden eerder zwijgen om zich te beschermen tegen het stigma rond onvruchtbaarheid, terwijl moeders zich meer comfortabel voelen als ze het vertellen aan het kind. Het gebrek aan een genetische band wordt bij hen gedeeltelijk opgevangen door het zwanger zijn en het baren van het kind (Golombok et al., 2006; Greenfeld et al., 1998). Sommige moeders en/of vaders drukken nadien spijt uit omdat ze reeds een derde partij hebben ingelicht (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Klock & Greenfeld, 2004; Murray et al., 2006). Mochten ze opnieuw gebruik maken van eiceldonatie zou de meerderheid van de ouders de donorconceptie aan derden verzwijgen. Als men vraagt naar de argumentatie van de spijt drukken deze ouders uit dat het donorverhaal een privéaangelegenheid is waarbij het kind het recht heeft om eerst geïnformeerd te worden door zijn ouders (Greenfeld & Klock, 2004; Klock & Greenfeld, 2004). De literatuur beschrijft narratieven over moeders en vaders na eiceldonatie die het nog niet verteld hebben aan hun kind. De intentie hebben om het te vertellen komt niet noodzakelijk overeen met ernaar te handelen (Golombok et al., 2004; Readings et al., 2011). Vervolgonderzoek is hierbij onontbeerlijk om wetenschappelijk verantwoorde conclusies te kunnen trekken. Uit een overzicht in de literatuur over adoptie is gebleken dat kinderen die op een vroege leeftijd geïnformeerd worden over hun afkomst een betere band hebben met hun adoptiefouders. Studies van donorinseminatie gezinnen vermelden vijandige en wantrouwige reacties bij kinderen wanneer zij laattijdig (i.c.: de late kindertijd of de volwassenheid) op de hoogte worden gesteld van hun donoroorsprong (Murray et al., 2006). Deze uitkomsten mogen niet veralgemeend worden naar het model van eiceldonatie (Greenfeld et al., 1998; Klock, Jacob & Maier, 1994). In de literatuur vindt men veelal de dichotome indeling van 'openheid' versus 'geheimhouding'. Het zou beter zijn om het disclosure debat in termen van 'lagen van onthulling' uit te drukken. In het verleden heeft Haines (1993) het onderscheid gemaakt in drie categorieën gaande van volledige geheimhouding, over het vertellen van de methode van conceptie afgezien van het verwijzen naar de identiteit van de donor, naar het volledig vertellen. Bij gedeeltelijke disclosure wordt er gerefereerd naar hetzij het naar buiten brengen van het IVF-verhaal zonder het te hebben over het stuk van

eiceldonatie, hetzij het openlijk delen van de eiceldonatie bij uitsluiting van de donoridentiteit. Ouders zitten vaak in verschillende niveaus van openheid bij diverse mensen (Readings et al., 2011). Daniels (1997) spreekt over 'informatie delen' en 'informatie uitwisselen' om de complexiteit van dit thema te erkennen.

Men dient er rekening mee te houden dat opvattingen van ouders onderhevig zijn aan veranderingen in de tijd. Het betreft studies die gebaseerd zijn op zelfrapportage en het merendeel van de ondervraagde doelgroep zijn vrouwen (Murray & Golombok, 2003; Yee et al., 2011) die behoren tot de 'beste populatie' met als karakteristieken tussen de 34 – 41 jaar, blank, hooggeschoold, financiële zekerheid, een goede huwelijkse satisfactie en binnen het normale bereik van psychiatrische symptomatologie en/of lage niveaus van distress of depressie (Applegarth et al., 1995; Bartlett, 1991; Blake et al., 2012; Bertrand-Servais, Letur-Könirsch, Raoul-Duval & Frydman, 1993; Carter et al., 2011; Golombok et al., 1999). De recipiëntmoeders hebben een goed demografisch, educationeel, sociaal en psychologisch profiel. Over het algemeen leveren de studies een kleine steekproef op (Blake et al., 2012; Carter et al., 2011; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Hershberger et al., 2007; Jadva et al., 2011; Klock & Greenfeld, 2004; Murray & Golombok, 2003; Pettee & Weckstein, 1993; Stuart-Smith et al., 2012; Yee et al., 2011) waardoor er geen representatief beeld kan gegeven worden van de grotere populatie van onvruchtbare vrouwen. Evenwel stelt het ons in staat om patronen terug te vinden bij ons eigen kwalitatief onderzoek. Het merendeel van de onderzoeken is tevens van cross-sectionele aard (Carter et al., 2011; Greenfeld et al., 1998; Greenfeld & Klock, 2004; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Hershberger et al., 2007; Laruelle et al., 2011; Yee et al., 2011) met uitzondering van het longitudinale karakter bij de overige studies (Blake et al., 2012; Golombok et al., 1999; Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2005; Golombok et al., 2011; Golombok et al., 2013; Golombok, Jadva, Lycett, MacCallum & Rust, 2006; Jadva et al., 2011).

## HOOFDSTUK 7: DE TE FORMULEREN ONDERZOEKSVRAAG

Onze onderzoeksvraag ***“Hoe ervaren moeders en vaders het ouderschap na beroep te doen op de geassisteerde voortplantingstechniek van eiceldonatie?”*** wordt na het bestuderen van de literatuur gespecificeerd tot:

***“Hoe praten partners over het ouderschap na eiceldonatie? Wat is de beleving van de asymmetrie in het ouderschap?”***

We zijn van mening dat deze onderzoeksvraag beter aansluit op ons kwalitatief onderzoek. Ten eerste is er reeds veel bekend omtrent de communicatie over donorconceptie waardoor we deze elementen nauwgezet kunnen bevragen bij onze participanten. Ten tweede is de beleving van de asymmetrie in het ouderschap tot op heden schaars bestudeerd geweest. Wij willen ons expliciet richten tot de belevingswereld van de recipiëntmoeders waarbij diens partner ook een zeer belangrijke plaats

inneemt. De toekomstige vader is genetisch gerelateerd aan het kind en de moeder niet. Er is sprake van een asymmetrie in de ouder-kind relatie die mogelijk een spanning creëert binnen het gezinsfunctioneren (Landau, 1998). Hoe wordt de asymmetrie van het genetisch versus het sociaal-biologisch ouderschap weergegeven in de taaluitingen bij deze vrouwen en mannen? De wijze van donorconceptie werpt unieke uitdagingen en heeft gevolgen voor het kind en het gezin in zijn geheel.

# DEEL 2: METHODOLOGIE

In dit onderdeel wordt het methodologische luik van het eigen kwalitatief onderzoek uitgebreid verantwoord. In het eerste hoofdstuk (Het onderzoeksplan) wordt aan de hand van wetenschappelijke literatuur verklaard waarom men kiest voor een kwalitatieve methodologie. Het tweede hoofdstuk (Uitvoering van de methode) gaat dieper in op het eigen onderzoek. Hierbij wordt een voorstelling gegeven van de onderzochte participanten en hoe de data verzameld en geanalyseerd werden.

## HOOFDSTUK 1: HET ONDERZOEKSPLAN

### 1.1 Verantwoording voor een kwalitatieve methodologie

Deze masterproef wil een beter begrip krijgen over hoe ouders na eiceldonatie betekenis geven aan het ouderschap, zowel op genetisch, biologisch als sociaal vlak. Met een kwalitatieve opzet wordt deze complexe en gevoelige kwestie geanalyseerd. Hierbij wordt een binair perspectief belicht. Enerzijds het perspectief van het onderzoeksteam met zijn theoretisch kader (= 'understanding') en anderzijds het perspectief van de onderzochte doelgroep door het identificeren van hun invalshoeken met betrekking tot de onderzoeksvraag (= 'verstehen') (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Dit onderzoeksproject is gericht op de benaderingswijze van het 'verstehen'. Het beoogt een gedetailleerd beeld te geven van het ouderschap vanuit het oogpunt van de recipiëntmoeder en diens partner door gebruik te maken van hun eigen woorden en concepten binnen hun eigen context. Om diepgaand te kunnen werken wordt een kwalitatief onderzoeksdesign aangewend met een kleine steekproef. Een kwalitatief onderzoek is niet bestemd om hypothesen te testen of om veralgemeningen te maken, het impliceert echter een interpretatieve benadering van de wereld. Het houdt zich bezig met het perspectief van de deelnemer ('het perspectief van binnenuit') in zijn historische, culturele, sociale en persoonlijke context ('het intersubjectieve perspectief') rekening houdend met het feit dat hun ervaren werkelijkheid ingebed is in subjectiviteit (Denzin & Lincoln, 2008). In overeenstemming met Charmaz (2006) wordt er een constructivistische gefundeerde theoriebenadering (Grounded Theory) gehanteerd. Een constructivistische methode theoretiseert het interpretatieve werk verricht door het onderzoeksteam en onderkent de resulterende theorie als een interpretatie (Charmaz, 2000). De gefundeerde theoriebenadering wordt geconstrueerd vanuit het verleden, actuele relaties en interacties van de onderzoeker. Een theoretische vormgeving biedt een interpretatieve weergave van de bestudeerde wereld (Charmaz, 2006).

### 1.1.1 Reflexiviteit

Reflexiviteit in kwalitatief onderzoek houdt in dat de onderzoeker bewust reflecteert over zichzelf, meer bepaald over zijn rol en acties, om potentiële invloeden op het onderzoeksproces te expliciteren. Men onderscheidt persoonlijke en interpersoonlijke reflexiviteit. Persoonlijke reflexiviteit betekent dat een kwalitatieve onderzoeker reflecteert over zijn subjectiviteit. De invloed van zijn sociale achtergrond (bv. aannames en gedrag) op het onderzoeksproject. Daarentegen is interpersoonlijke reflexiviteit het reflecteren over hoe de onderzoekssetting en de interpersoonlijke dynamiek tussen de onderzoeker en zijn participanten het creëren van kennis kan beïnvloeden (Hennink et al., 2011). Doorheen de verschillende stappen van zijn onderzoeksproces (bv. onderzoeksdesign, dataverzameling, data-analyse, rapporteren van onderzoeksresultaten) dient de onderzoeker reflexiviteit te bewaren.

### 1.1.2 Betrouwbaarheid

Volgens Silverman (2006) verwijst betrouwbaarheid naar de mate van consistentie waarbij voorbeelden zijn toegekend aan dezelfde categorie door verschillende observatoren of door dezelfde observator bij verschillende gelegenheden. Er zijn twee varianten van betrouwbaarheid te differentiëren: interne en externe betrouwbaarheid (Seal, 1999; Spencer, Ritchie, Lewis & Dillon, 2003; Van Zwieten & Willems, 2004). Interne betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek is het gebruik maken van meerdere methoden en onderzoekers (Spencer et al., 2003). Externe betrouwbaarheid handelt over de herhaalbaarheid van het onderzoek (Seal, 1999). Het gaat over de vraag of toekomstige onderzoekers het onderzoeksproject kunnen herhalen met dezelfde resultaten, interpretaties en conclusies. Dit wordt bereikt door het onderzoeksproces transparant te maken. In een onderzoeksrapport komen volgende aspecten aan bod: het duidelijk formuleren van de keuzes betreffende dataverzameling, langdurig engagement en observatie aantonen, interviews opnemen met een dictafoon en deze vervolgens letterlijk transcriberen, een nauwkeurig coderingssysteem hanteren enzovoort.

### 1.1.3 Validiteit

Interne validiteit refereert naar de vraag 'Heeft men datgene onderzocht wat men beweert te hebben onderzocht?' (Van Zwieten & Willems, 2004). De conclusies en interpretaties zijn gegrond in de data en het verwijst naar de impact van de onderzoeker op de setting, de waarden van de onderzoeker en de mate van het authentieke antwoord van de respondent (zie ook 'reflexiviteit'). Een vorm van interne validiteit is analytische inductie. Dit is een cyclus van 'heen en weer bewegen naar de data' waarbij de ideeën gecontroleerd worden of ze verband houden met de data. Indien niet, worden de ideeën geherformuleerd. Het is een voortdurende vergelijkingsmethode binnen één ouderpaar, tussen alle participanten en tussen verschillende tijdsmomenten.

In kwantitatief onderzoek wordt generaliseerbaarheid (externe validiteit) beschouwd als een belangrijk criterium om de kwaliteit van een studie te evalueren (Polit & Beck, 2010). Een kwalitatieve onderzoeker houdt zich niet zozeer bezig met generaliseerbaarheid. Het doel is immers om uitvoerig begrip te krijgen van menselijke ervaringen door intensieve studie van specifieke gevallen. Dit wil niet



zeggen dat veralgemening onmogelijk is in kwalitatief onderzoek. Firestone (1993) spreekt over 'analytische generaliseerbaarheid' waarbij de onderzoeker conceptualisering van processen en menselijke ervaringen ontwikkelt aan de hand van diepgaand onderzoek en abstractie van een hoger niveau (Polit & Beck, 2010). Kwalitatief onderzoek is geschikt voor het onthullen van concepten en theorieën op een hoger niveau die niet uniek zijn aan een bijzondere participant of setting en die kunnen veralgemeend worden naar andere relevante onderwerpen (Glaser & Strauss, 1967). Door het ontwikkelen van een theoretisch model wordt analytische generaliseerbaarheid nagestreefd.

#### 1.1.4 Constant Vergelijkende methode (Grounded Theory)

De Constant Vergelijkende methode bestaat uit systematische en flexibele richtlijnen voor het verzamelen en het analyseren van kwalitatieve data om theorieën te construeren uit de data zelf. Het gelijktijdig verzamelen en analyseren van de data vindt plaats met behulp van kwalitatief coderen. Coderen betekent dat stukjes data voorzien worden van een label dat aantoont voor wat elk stukje staat. Het biedt handvaten om andere stukken data te vergelijken. Er worden ideeën gedefinieerd die het best passen bij de data. Het categorisch zoeken naar data om een nieuwe theorie te ontwikkelen wordt theoretisch sampling genoemd. Het primaire doel bij theoretische sampling is om categorieën uit te werken en te verfijnen om een theorie te vormen. Het is een herhalend proces waarbij de categorieën meer theoretisch worden. De opeenvolgende niveaus van analyse worden meer abstract. Ten slotte leidt dit tot een gefundeerde theoriebenadering of een analytisch begrip van de bestudeerde ervaring (Charmaz, 2006).

## HOOFDSTUK 2: UITVOERING VAN DE METHODE

### 2.1 Inleiding

Ter voorbereiding van deze masterproef heeft studente Ingeborg Van Soye zestien transcripties uitgetypt om voeling te krijgen met het thema van onvruchtbaarheid<sup>9</sup>. Deze masterproef maakt deel uit van de doctoraatsverhandeling van onderzoeker Astrid Indekeu. Zij verdiept zich in de verhalen van heteroseksuele paren die beroep hebben gedaan op spermadonatie, eiceldonatie of op embryodonatie om een zwangerschap tot stand te brengen. De focus van dit onderzoek ligt op het nagaan van de beleving van het ouderpaar na eiceldonatie. Het volledige onderzoeksprotocol samen met de geïnformeerde toestemming van de participanten is terug te vinden in **Bijlage 2**. Het doctoraat werd ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie Medische Ethiek aan het universitair ziekenhuis van Leuven (referentienummer: B32220108778, goedgekeurd op 17.05.2010). Door middel van een advertentie in het tijdschrift 'Libelle' (zie **Bijlage 3**) werden de ouderparen gerekruteerd via het Leuven Universitair Fertiliteitscentrum (LUFC).

---

<sup>9</sup> Deze interviews bestonden uit veertien transcripties met betrekking tot het onderwerp van spermadonatie, en twee over eiceldonatie.

## **2.2 Participanten**

Onderzoeker Astrid Indekeu contacteerde de vrouwen nadat ze hun toestemming aan de vroedvrouwen van het LUFV gaven of haar rechtstreeks hadden ge-e-mailed of gebeld. Vervolgens ging Astrid Indekeu op huisbezoek om haar studie gedetailleerd voor te stellen. Hiervan kregen de ouderparen een schriftelijke neerslag. Het doel van het huisbezoek was om een vertrouwelijke sfeer te creëren en om beide partners te overtuigen van de deelname aan het onderzoek. De interviews werden afgenomen tussen juli 2010 en september 2012. In overleg met de promotor Peter Rober gaat de masterproef over twee ouderparen. Voor een verdere beschrijving van de koppels verwijzen wij u door naar Deel 3 Bevindingen (situatieschets paar A en paar B).

## **2.3 Dataverzameling**

Om de deelnemers te verzekeren van de kennis en de vertrouwdheid met het onderwerp werd door Astrid Indekeu, met haar professionele expertise in de medische psychologie en seksuologie, voorgesteld om de interviews thuis bij de respondent af te nemen. Face-to-face interviews zouden de bias van sociale wenselijkheid verminderen (Dhillon, Cumming & Cumming, 2000; Indekeu et al., 2012). Men gaat tevens uit van het idee dat als interviews in de thuisomgeving plaatsvinden er een veilige omgeving gecreëerd wordt waarbij de geïnterviewden zich meer comfortabel voelen en waardoor er meer tijd en energie geïnvesteerd wordt om over het onderwerp te reflecteren (Hennink et al., 2011).

Om de participatie te maximaliseren werden de interviews 's avonds en in het weekend uitgevoerd. Het betreft een longitudinaal onderzoek met drie tijdsperiodes:

- *Tijdstip 1 (T1) Tijdens het laatste trimester van de zwangerschap*  
Door de groei van moeders buik wordt de baby lichamelijk meer zichtbaar en aanwezig in het leven van het ouderpaar.
- *Tijdstip 2 (T2) 3 maanden na de geboorte*  
Wanneer de ouders tijd gevonden hebben om een eerste balans op te maken van hun gezinsleven.
- *Tijdstip 3 (T3) 1,5 – 2 jaar na de geboorte*  
Omwille van tijdsbeperkingen verbonden aan de masterproef wordt het moment gekozen waarop het kind de peuterleeftijd heeft bereikt. Aanvankelijk ging het interview plaatsvinden wanneer het kind 3 à 4 jaar zou zijn. Het zou meer informatie geven aangezien het kind dan verbaal begint te interageren met zijn of haar ouders.

Door het longitudinaal onderzoek is het mogelijk om veranderingen op te sporen in hetgeen de respondenten vertellen. Rijke data worden verkregen daar de deelnemers reflecteren over eerdere gedachten en gevoelens. Er is gekozen om gebruik te maken van ongestructureerde diepte-interviews om de betekenissen van het ouderschap te begrijpen. Een ongestructureerd interview zorgt voor het verhaal van de respondent die het ritme van het interview bepaalt en faciliteert een gevoel van

relatieve belangrijkheid van het besproken onderwerp (Kvale & Brinkmann, 2009; Smith, Flowers and Larkin, 2009).

Eerst werd er een gezamenlijk interview afgenomen met beide partners, daarna (meestal de dag nadien) werd elke ouder afzonderlijk beluisterd. De koppelinterviews werden opgenomen met een videorecorder, het individuele interview met een dictafoon.

Een gezin vormen met behulp van eiceldonatie is een gedeelde ervaring binnen het koppel. Het afnemen van gezamenlijke interviews maakt het mogelijk om de gedeelde constructie van de werkelijkheid vast te leggen (Hargreaves, 2006). Het interviewen van een koppel geeft patronen van communicatie tussen de partners weer, maar ook verbale als non-verbale observationele data (fysieke interacties, oogcontact, omgang met elkaar). Traditioneel gezien zijn mannen minder open over hun gevoelens aldaar zij gesocialiseerd worden om hun emoties te maskeren, terwijl vrouwen meer emotioneel sensitief zijn (Brucker & McKenry, 2004; Harrison, Maguire & Pitceathly, 1995). Het doel van de gezamenlijke interviews is om de betrouwbaarheid en de validiteit van de gegevens te verbeteren. In overeenkomst met Hargreaves (2006) worden volgende voordelen van gezamenlijk interviewen gegeven: elkaars geheugen opfrissen en elkaar steunen in het bespreken van infertiliteit vanuit een mannelijk en vrouwelijk perspectief. Volgens Bjørnholt en Farstad (2012) zouden koppels zich inspannen om een consistent verhaal te brengen wanneer ze geïnterviewd worden over koppelervaringen.

Doch bestaat het risico dat één van de partners de bovenhand neemt tijdens het gesprek en dat het verhaal van de ander over het hoofd wordt gezien. Deze leemte tracht men op te vullen door het gebruik van een individueel interview. Elke ouder heeft individuele gedachten en gevoelens die bijdragen aan de gedeelde constructie van de werkelijkheid. Een voordeel van het individueel interviewen is het vrijuit kunnen praten (Bjørnholt & Farstad, 2012). Het afzonderlijke interview vraagt naar verduidelijking en gaat in op details van het eerder afgenomen gezamenlijke interview. Men doet dit door middel van getoonde videofragmenten die geselecteerd zijn door Astrid Indekeu op basis van:

- Verbale expressies die verduidelijking vragen;
- Verduidelijking over gezichtsexpressies;
- Reactie op de bijdrage van hun partner.

De gezamenlijke interviews afnemen voor het individuele interview heeft een positief effect op de verzamelde data. Enerzijds geeft het de respondent de tijd om zich aan te passen aan de interviewsetting en de onderzoeker. Anderzijds onthult het vaak informatie die nieuw was voor de andere partner. Deze informatie kan verder bediscussieerd worden in de individuele interviews. Het individuele interview voor het gezamenlijke interview afnemen zou het aantal ethische kwesties verhogen (bv. kan alle informatie van het individuele interview gebruikt worden in het koppelinterview?) (Indekeu, 2013b).

De interviews namen anderhalf tot twee uur tijd in beslag. De volledige transcripties van de twaalf interviews<sup>10</sup> zijn te vinden op de cd-rom, toegevoegd aan deze masterproef.

## **2.4 Data-analyse**

Alle data zijn gecodeerd en geanalyseerd door studente Ingeborg Van Soye. Om mogelijke bias te verkleinen en de replicatie te vergroten, werden de coderingen en analyses gecontroleerd door promotor Peter Rober.

### **2.4.1 Coderen en analyseren**

Na het handmatig coderen, werden de data kwalitatief geanalyseerd vanuit de Grounded Theory benadering. Het centrale kenmerk binnen deze theorie is het cyclisch te werk gaan. Vanuit het cyclisch data verzamelen en analyseren wordt voortdurend naar de data teruggekeken om eerdere coderingen en analyses aan te passen en te verfijnen. Bij de Grounded Theory worden drie soorten van coderen toegepast: open, axiaal en selectief. De eerste fase wordt het 'open coderen' genoemd. De data worden in stukjes gesplitst en er worden namen of 'labels' aan de stukken tekst gevoegd. De onderzoeker gaat relevante betekenisgehelen met betrekking tot de onderzoeksvraag isoleren. Aan het einde van deze fase krijgt men een uitgebreide set van verschillende codes. In de tweede fase, bij het 'axiaal coderen', worden de losse codes of labels die bij elkaar horen, aan elkaar verbonden in grotere gehelen. Er worden thema's, categorieën of concepten opgebouwd. Bij de laatste fase wordt één centrale categorie gekozen waaraan andere categorieën gerelateerd worden. Dit wil zeggen dat er relaties worden gelegd tussen de verschillende categorieën. Telkens doorlopen de data deze drie fasen. De theorie wordt gevormd vanuit de data (= inductief) en dient er gefundeerd in te blijven (Charmaz 2006; Mortelmans, 2011). Men kan de gedetailleerde codeboom terugvinden in **Bijlage 5**.

### **2.4.2 Hulpmiddel bij de interviewthema's**

*Op tijdstip 1 (T1): "Kan je mij jouw verhaal vertellen?"*

- Ervaring van de infertiliteit;
- Keuze en ervaring van de recipiënt doorheen zwangerschap;
- Ervaring en waarneming van de donor;
- Vraag met betrekking tot het al dan niet vertellen.

*Op tijdstip 2 (T2): "Kan je mij vertellen hoe het met jou gaat sinds ik jou voor het laatst zag?"*

- Ervaring van de geboorte;
- Ervaringen van de reactie van anderen op de baby (uiterlijke kenmerken, opmerkingen);
- Ervaring van een gezin te zijn;
- Ervaring en waarneming van de donor;
- Vraag met betrekking tot het al dan niet vertellen.

---

<sup>10</sup> Deze zijn, met uitzondering van twee interviews, verschillend van de zestien transcripties voorafgaand aan deze masterproef.

Op tijdstip 3 (T3): “Kan je mij vertellen hoe het met jou gaat sinds ik jou voor het laatst zag?”

- Ervaring van de ontwikkeling van de nakomelingen, en zichzelf als een gezin;
- Reacties vanuit hun nabije omgeving en ruimere sociale context;
- Ervaring en waarneming van de donor;
- Vraag met betrekking tot het al dan niet vertellen.

### 2.4.3 Uitleg van de drie tijdsperioden

*Fase 1: Binnen het koppel, het gezamenlijk en individueel interview op één tijdstip:*

De gezamenlijke en individuele interviews van één koppel op één moment worden gelezen om zich te verzekeren van de verhaallijn. Daaropvolgend worden hoofdthema's geselecteerd om bewust te blijven van specifieke omgevingsinvloeden. De belangrijkste codes zijn: onvruchtbaarheid, ouderschap (genetisch, biologisch, sociaal), donor en nakomelingen.

*Fase 2: Binnen het koppel, over de tijd:*

Fase 2 is een longitudinale analyse gericht op veranderingen en consistenties van een bepaald thema over de tijd heen (tussen T1 en T2, T2 en T3, T1 en T3) binnen één koppel.

*Fase 3: Tussen de koppels, over de tijd:*

De derde fase richt zich op de vergelijking van de gelijkenissen of verschillen bij veranderingen tussen beide koppels om patronen te ontdekken over de tijd heen.

Volgende categorieën worden opgemerkt in elke interviewfase (T1, T2 en T3):

- Ervaring van het sociaal ouderschap (A);
- Ervaring van het sociaal ouderschap met betrekking tot de donor (B);
- Ervaring van het sociaal ouderschap met betrekking tot de nakomelingen (C).

Elke categorie (A, B, C) heeft subcategorieën (bv. de donor is een bedreiging, sociaal ouderschap is makkelijk breekbaar). Binnen A, B en C worden verbindingen gemaakt tussen de verschillende subcategorieën op één tijdstip en over de tijd heen. Bij een tweede stap worden verbindingen gemaakt tussen deze categorieën van A, B en C (Indekeu, 2013b).

Een verdere uitwerking van de analyse vindt de lezer terug in de rapportage, zie Deel 4 Discussie.

# DEEL 3: BEVINDINGEN

Alvorens de resultaten te bespreken, bieden we graag een korte schets van het gezin aan om de lezer een duidelijker beeld te geven van wie zij zijn. Enkel de gegevens die nuttig zijn voor de masterproef worden vermeld ten einde de anonimiteit te waarborgen.

## Casus gezin A

Wanneer mevrouw 31 jaar is wil ze een vriendin die onvruchtbaar is en graag moeder wenst te worden, bijstaan door haarzelf op te geven als doneuze. Bij de voorbereidende onderzoeken om als donor aanvaard te worden, komt men tot de conclusie dat mevrouw zelf lijdt aan prematuur ovarieel falen (POF). Haar wereld stort ineen. Ze voelt zich ook enorm schuldig ten aanzien van haar vriendin. Mevrouw laat weten dat het niet de eerste keer is dat ze met groot verdriet te maken heeft. Immers heeft ze op de leeftijd van 23 jaar haar toenmalige partner verloren in een auto-ongeval. Ze zegt “ik had evengoed een jonge moeder kunnen zijn met mijn eigen erfelijk materiaal”. In haar werk als vroedvrouw wordt ze dagelijks geconfronteerd met zwangere vrouwen die zich vaak afvragen waarom ze nog geen moeder is, want zoals ze zegt “een vroedvrouw die moeder is lijkt meer overtuigingskracht te hebben”. Naast haar doorzettingsvermogen, tracht ze een luisterend oor te zijn voor de vrouwen die in een soortgelijke situatie als haar verkeren. Op de leeftijd van 36 jaar, leert mevrouw haar echtgenoot kennen. Zij heeft hem onmiddellijk verteld wat er aan de hand is. Hij, die tevens in de hulpverlenende sector werkt, staat open voor haar verhaal en spreekt haar toe niet bij de pakken te blijven neerzitten en gebruik te maken van de alternatieven om zwanger te geraken. Met de woorden “zo kunnen we ons later niks verwijten” doorlopen ze het fertiliteitscircuit. Na een moeizaam parcours van mislukte donaties en miskramen, worden ze na drie jaar fiere mama en papa van een gezonde zoon.

## Casus gezin B

Ten huize gezin B heerst er een drukke sfeer. Op het moment dat we mevrouw (35 jaar) en mijnheer (37 jaar) leren kennen, speelt er een guitige jongen van 1,5 jaar in de woonkamer. Mevrouw doet haar verhaal. Ze heeft primaire amenorroe. Op haar 17 jaar gaat ze naar de gynaecoloog omdat ze niet menstrueert. Deze dokter diagnosticeert te kleine eierstokken en vernauwde eileiders. Het onvruchtbaar zijn is een zware klap om te verwerken. Een paar jaar later maakt ze kennis met haar partner. Na twee maanden bekent ze haar infertiliteit. Naderhand willen ze werk maken van hun kinderwens en besluiten ze over te gaan tot de procedure van eiceldonatie. Intussen hebben ze een ‘fertiliteitscarrière’ opgebouwd van tien zware jaren. Zij hebben door een tekort aan donormateriaal twee verschillende doneuzes moeten inschakelen. Mevrouw hoopt dat ze als een ‘normaal’ gezin door het leven kan gaan en wenst nu het donorverhaal te laten rusten. Na een gezonde zoon (4 jaar) en een tweeling (meisje en jongen van 1,5 jaar) is hun gezinnetje compleet.

# CODEBOOM

Na het afnemen van de ongestructureerde diepte-interviews die deel uitmaken van ons kwalitatief onderzoek, willen we een antwoord bieden op onze onderzoeksvraag **“Hoe praten partners over het ouderschap na eiceldonatie? Wat is de beleving van de asymmetrie in het ouderschap?”**. In **Bijlage 5** vindt u een uitgebreid codesysteem, geconstrueerd aan de hand van de Grounded Theory (zie Deel 2: Methodologie) en de concepten uit de literatuur. Elk thema voorziet men van uitspraken die bij de tekst aanleunen, vergezeld van voorbeeldfragmenten<sup>11</sup>. Het is de bedoeling de lezer meer voeling te laten krijgen met deze kwetsbare onderwerpen. Het is mogelijk de volledige transcripten na te lezen. Hiervoor refereren wij naar de cd-rom, toegevoegd aan de masterproef.

## THEMA 1: ONVRUCHTBAARHEID

*“Geen kind is zo aanwezig als het kind dat er niet is”  
(Freya vzw, 2013)*

### 1.1 Individueel

#### 1.1.1 Verwerkingsproces van de onvruchtbare vrouw

Hoe verwerken vrouwen het verlies van hun fertiliteit? Eén van de vrouwen wilde zelf doneuze zijn om een onvruchtbare vriendin te helpen. Tijdens de voorbereiding om een eikel af te staan, komt men tot de ontdekking dat mevrouw zelf onvruchtbaar is.

##### 1.1.1.1 Wenen

*F: Ik dacht van “hoe moet ik dat gaan uitleggen?”. Ik wenen, wenen en wenen onderweg. (...) Ik ben op het werk gecrasht. (...) Ik heb de eerste dokter aangesproken en gezegd van “boem, dat is het probleem” en ben dan beginnen wenen, wenen en wenen. [Interview 5.1 (deel 1)]*

In tegenstelling tot deze vrouw met POF, heeft de andere vrouw geen menstruaties gekend waardoor zij meer voorbereid was op het verdict met betrekking tot de diagnose van infertiliteit.

##### 1.1.1.2 Behoeftte om te praten

Beide vrouwen zeggen behoefte te hebben om over hun onvruchtbaarheid te praten. Op deze manier krijgt het verdriet een plaats.

---

<sup>11</sup> Deze voorbeeldfragmenten bestaan uit citaten van de moeders (F = female) en de vaders (M = male). Er werden op drie tijdstippen interviews afgenomen, zowel gezamenlijk als apart. ‘Deel 1’ verwijst naar het gezamenlijke gedeelte, ‘Deel 2’ naar het aparte gedeelte. Cijfer ‘5’ heeft betrekking op gezin A, cijfer ‘6’ op gezin B. De interviews werden op deze manier bij aanvang van het doctoraat benoemd. Het eerste moment wordt aangeduid met een ‘1’, tweede met een ‘2’ en derde met een ‘3’. Bv. [Interview 5.1 (deel 1)] = Interview uit gezin A, op het eerste tijdstipmoment, moeder én vader tezamen.

*F: Als wij (onvruchtbare vriendin en zichzelf) elkaar zien, hebben we daar altijd behoefte aan om erover te praten. Soms is dat lang, soms is dat heel diep. [Interview 5.1 (deel 1)]*

*F: Op dat punt hebben wij (haar partner en zichzelf) het er nooit over gehad met elkaar, maar ik moet mijn problemen wel kunnen 'verbabbelen'. [Interview 6.2 (deel 2)]*

## 1.1.2 Kinderwens herkaderen

### 1.1.2.1 Het moederschap trachten te vervullen met behulp van een donor

Deze vrouwen vertellen dat ze bij het opgroeien een beeld gecreëerd hebben om metertijd kinderen groot te brengen. Ze vernemen dat ze onvruchtbaar zijn en hun droom om moeder te worden stort in als een kaartenhuisje. Zich aanpassen aan het denkbeeld van een 'baby krijgen' naar 'geen baby krijgen' gaat over een lange periode. Deze vrouwen zijn moeder kunnen worden met behulp van een eiceldonor waardoor ze op negen maanden tijd hun beeld terug dienden bij te sturen.

*F: In het begin had ik vooral ongeloof. Ik had me bijna acht jaar wijsgemaakt dat ik dat nooit zou kunnen ervaren of ik had me er bijna bij neergelegd. Je hebt toch negen maanden tijd nodig om te denken "er zit een baby'tje in mijn buik", om dus mijn beeld aan te passen. Ik moest dat terug klikken, maar dat gaat wel gemakkelijker dan andersom. Gelukkig. [Interview 5.1 (deel 2)]*

## 1.1.3 Onvruchtbaarheid is een voortdurend gegeven

Ondanks dat onvruchtbaarheid een plaats in hun leven gekregen heeft, brengen deze moeders onder woorden dat ze hun verdriet voor altijd met zich meedragen.

*F: Ik denk dat dat nooit weg gaat gaan. Misschien dat dat een beetje gaat vervagen en positiever is in de toekomst (...). Zeker met mijn beroep, ik werd daar elke dag mee geconfronteerd. [Interview 5.2 (deel 2)]*

Zij leven midden in een wereld van vruchtbare vrouwen waarbij ze getroffen worden met de vraag "waarom ik niet?". Gevoelens van onrechtvaardigheid worden zichtbaar.

### 1.1.3.1 Het is niet opgelost na eiceldonatie

Hoewel ze moeder zijn, blijft hun verleden hen achtervolgen. In hun nabije omgeving houden gevoelens van zich te moeten verantwoorden aan.

*F: Mensen die het slecht menen of die iets hebben opgevangen, en u dan altijd moeten verdedigen. [Interview 5.2 (deel 2)]*

### 1.1.3.2 De donor is altijd aanwezig

*F: Ik heb X (kind) op de wereld gezet, maar de buitenwereld zou kunnen zien dat X (kind) misschien niet van mij is omdat het geen fysieke kenmerken van mij heeft. (...) Ik heb er geen spijt van hoor, zeker niet van de fysieke ongemakken, maar ik ga mij precies moeten blijven verantwoorden naar de buitenwereld toe. Ik denk dat dat nooit gaat vervagen. Dat gaat iets zijn dat ik constant meedraag. [Interview 5.2 (deel 2)]*

## 1.1.4 Faalervaringen met betrekking tot onvruchtbaarheid

Deze moeders voelen zich in zekere zin gefaald als vrouw omdat zij niet vruchtbaar zijn.



#### 1.1.4.1 Zich minder vrouwelijk (aantrekkelijk) voelen

*F: Omdat die menopauze de kop opstak hé? Ik voelde mij minder seksueel en aantrekkelijk als vrouw (...). Dat maakte het toch moeilijker om een nieuwe relatie aan te knopen. [Interview 5.1 (deel 2)]*

#### 1.1.4.2 Complicaties

Door hun infertiliteit hebben ze bijgevolg een veel hoger risico op complicaties zowel tijdens de zwangerschap als bij de bevalling.

##### 1.1.4.2.1 Tijdens de zwangerschap

*F: Het is een gecompliceerde zwangerschap. Er is gemanipuleerd. Mijn leeftijd werkt een beetje in mijn nadeel. Het was dan een tweelingzwangerschap die dan een eenling is geworden. Ik heb last van galstenen. Ik heb er alles bij gekregen en hij bleef altijd lachen "komaan, ge moogt de moed niet verliezen". Het zwanger zijn is toch anders dan ik verwacht had. [Interview 5.1 (deel 1)]*

*F: Toen had ik zo wel van "er zal niets meer gebeuren, ik ben al zo ver, het is te hopen dat er nu niets gebeurt". Ik was terug in orde, maar zo twee à drie weken later kreeg ik precies terug die symptomen. Weer die schrik van "oh man, wat gebeurt er hier?". [Interview 6.2 (deel 1)]*

##### 1.1.4.2.2 Tijdens de bevalling

*F: Ik hoorde zelf dat het niet goed ging. Ik had zoveel pijn dat ik in een roes was, maar ik hoorde die harttonen slecht gaan. [Interview 5.2 (deel 1)]*

#### 1.1.4.3 Moeizame borstvoeding

Een moeder legt uit dat het gaat om tal van faalervaringen. Ten eerste de diagnose van onvruchtbaarheid, ten tweede de complexe zwangerschap en ten derde de moeizame borstvoeding. Wanneer ze bij de geboorte haar kind in haar armen neemt, hoopt ze op een vlotte borstvoeding zodat er toch "iets lukt". Ze verduidelijkt met "dan voel ik me precies meer mama". Doordat ze vroedvrouw is, weet ze van tevoren dat een lichaam dat niet gemaakt is om zich voort te planten, een minieme kans heeft op een makkelijke borstvoeding. Wanneer ze hierover aan het praten is, komen de tranen in haar ogen. Haar collega's van wie ze steun verwachtte, reageerden niet empathisch.

*F: Ik deed zo mijn best, ik wrong mij uit tot de laatste druppel om toch maar in het rijtje te passen. [Interview 5.2 (deel 2)]*

*F: Ik heb mij echt als een citroen uitgeperst, voor elke druppel moedermelk in dat potje te krijgen. Je hebt dan zo collega's, die nog geen moeder zijn, en die dat zo kunnen weglachen. Dan denk ik van "je mag dat niet doen!". [Interview 5.3 (deel 1)]*

## **1.2 Relationeel**

### **1.2.1 Tijdstip van het ontdekken van de onvruchtbaarheid**

#### 1.2.1.1 Vóór de relatie

Beide vrouwen hebben hun onvruchtbaarheid ontdekt alvorens ze in een relatie waren. Zij denken dat het een andere dimensie met zich meebrengt. De start van de relatie kent een andere basis. Ze hoeven zich geen zorgen te maken om zwanger te geraken. Er heerst seksuele vrijheid. Doordat men

beseft dat het zwanger worden niet vanzelfsprekend is, gaat men sneller overgaan tot het bespreken van de kinderwens vergeleken met een doorsnee relatie.

*F: Wij zijn vrij snel over kinderen beginnen praten, zo van “wat gaan we ermee doen?”, “Gaan we nog een tijd wachten?” of “gaan we gewoon ervoor gaan?”. [Interview 5.1 (deel 2)]*

Een moeder vraagt zich af of haar partner haar zou verlaten hebben mochten ze kinderloos gebleven zijn.

### 1.2.2 Verwerkingsproces van de partner

De vaders hebben evenveel verdriet omwille van de onvruchtbaarheid van hun partner. Hun droom van het ‘perfecte gezin’ valt in duigen.

#### 1.2.2.1 Alleen verwerken

Eén vader beschrijft dat hij het liever op zichzelf verwerkt en geen nood heeft om het met anderen te delen.

#### 1.2.2.2 Opluchting

Beide vaders zijn opgelucht dat hun partner het zo snel mogelijk verteld heeft bij de aanvang van de relatie. Ze menen dat het averechts zou uitgedraaid zijn mochten ze het later (cf. een jaar) vernomen hebben.

*M: Nee, had ze het nu... al is het maar na een jaar gezegd, dan had dat niet goed gekomen. Ik ben blij dat ze het zo snel gezegd heeft. [Interview 6.1 (deel 2)]*

#### 1.2.2.3 Oplossingsgericht handelen

De vaders hebben begrip voor hun partner en handelen oplossingsgericht.

*M: Ik vond dat niet heel erg want er bestaan middelen voor, “we kunnen daar hulp voor zoeken”. Ik ben nooit negatief geweest. In het begin wist ik niet wat de opties waren, maar zij heeft me dat goed uitgelegd. [Interview 5.1 (deel 1)]*

### 1.2.3 Samen een gezin willen vormen

Van zodra de infertiliteit opgenomen is binnen de relatie, is er een verandering te merken van ‘het is mijn probleem’ naar ‘het is ons probleem’.

#### 1.2.3.1 Samen verantwoordelijkheid dragen

*M: Als we samen waren als koppel, dan was het niet meer haar maar ons probleem. Je staat er met twee voor. We hebben daar altijd goed met elkaar over kunnen praten. [Interview 6.1 (deel 2)]*

## THEMA 2: EICELDONATIE

### 2.1 Keuze voor eiceldonatie

*M: Eiceldonatie is een strohalm waar dat je u aan vastklampt. [Interview 6.1 (deel 2)]*

Wanneer men de onvruchtbaarheid voor een deel verwerkt heeft, gaat men nadenken over de alternatieven om een gezin te stichten. De mogelijkheden bestaan uit het kiezen tussen adoptie of eiceldonatie. Na het wikken en wegen komen deze ouders tot een doordachte beslissing.

#### 2.1.1 Geen voorkeur voor adoptie

Beide koppels prefereren eiceldonatie boven adoptie.

##### 2.1.1.1 Belang van de zwangerschap

Deze onvruchtbare vrouwen vinden het belangrijk om het zwanger zijn te kunnen meemaken. Ze omschrijven het als het meest waardevolle doel in het leven waarvoor een vrouw geschapen is. Ze verlangen mee te gaan in de “stroom van zwangere vrouwen”. Tevens zijn de partners ervan overtuigd dat de zwangerschap een cruciale mijlpaal is. Hun buikgevoel sprak dat ze niet voor adoptie mochten kiezen.

*M: Die beleving van die zwangerschap zoals ik dat nu beleef, dat vind ik een geweldig gevoel. Bij adoptie heb je dat niet. Dan heb je precies een stuk gemist. Dat wou ik niet. Ik wou echt alles van in het begin meemaken zoals het nu loopt. Het hele verhaal. [Interview 5.1 (deel 1)]*

##### 2.1.1.2 Nadelen aan adoptie

Naast het gevoel een stuk gemist te hebben, denken beide paren dat adoptie meer nadelen met zich meebrengt.

###### 2.1.1.2.1 Procedureel

Zij beschouwen de procedure om als adoptiefouder aanvaard te worden, veel meer ingrijpend.

*M: Met wat bemoeien die mensen zich? De grootste landloper kan morgen kinderen krijgen bij wijze van spreken zonder dat iemand zich vrijgesteld heeft. Mensen die dan echt kinderen willen, maar door één of andere toestand er zelf niet aan geraken, die moeten het achterste van hun tong helemaal laten zien... Dat vind ik een beetje raar... [Interview 6.3 (deel 2)]*

###### 2.1.1.2.2 Groter risico op probleemkinderen

Als de selectieprocedure afgerond is, moet het kind letterlijk van het vliegtuig worden gehaald. Dat zag een moeder niet zitten. Beide paren menen dat er bij adoptie een groter risico is op probleemkinderen en vermoeden dat deze meer geneigd zijn hun biologische ouders te gaan opzoeken.

## 2.1.2 Keuze voor anonieme donatie, meer bepaald wisseldonatie

Zowel bij het ene als het andere ouderpaar is er gebruik gemaakt van een anonieme eiceldonatie via een aangebrachte donor.

### 2.1.2.1 Opluchting

Beide vaders zijn opgelucht dat de genetische moeder onbekend is. Eén koppel heeft eerst beroep gedaan op donatie via een rechtstreekse donor (een zus en een vriendin), maar deze pogingen waren mislukt.

*M: Toen indertijd stond je daar niet goed bij stil. Nu dat je zelf kinderen hebt met een anonieme donor, sta je daar wel stil bij. Al een geluk dat het toen niet gelukt is. [Interview 6.1 (deel 1)]*

Beide vaders zijn tevreden dat het een anonieme doneuze betreft omdat er anders een gevoel van inmenging ontstaat.

*M: Ik wou een kruisdonatie en niets anders. Zij kon ook rechtstreeks eicellen krijgen van een collega, dan waren we nog sneller geholpen, maar dat wou ik niet. Als je dan bijvoorbeeld naar een feestje gaat en die collega is daar ook. Dan is dat een stukje van haar en dat vond ik geen plezante gedachte. Ik wou gewoon iemand anoniem hebben. Dan hoef ik me daar geen zorgen over te maken. [Interview 5.1 (deel 1)]*

Ook de moeders bekrachtigen hetgene van hun partners.

*F: Je weet dan niet van wie het komt. Ook als het van uw zus zou zijn, ge gaat op bezoek bij de familie, kindje luistert niet en je geeft die een pak slaag op de billen... Nu kom ik er goed mee overeen, maar dat wil niet zeggen dat ik binnen zoveel jaar er nog goed mee overeenkom. Dat is ook een struikelblok. [Interview 6.1 (deel 1)]*

## 2.2 Aanwezigheid van de donor

### 2.2.1 Dankbaarheid

Beide moeders uiten hun dankbaarheid naar hun onbekende doneuze. Ze bedanken haar omdat zij de persoon is die de kans heeft gegeven op nieuw leven en omdat zij zelf heeft moeten afzien en er niks voor in ruil kreeg.

*F: Als hij dan in mijn schoot ligt, dan denk ik van "wie had dat ooit kunnen dromen?". Zo ongeloof van "het is ons toch gelukt". Dat is toch onrechtstreeks door die donor hé. Zonder die donor was er niets geweest, had ik geen kans gekregen. Soms flitst dat door mijn hoofd van "dat is niet te beschrijven hoe dankbaar ik haar ben" of "we mogen ons toch gelukkig prijzen". [Interview 5.2 (deel 1)]*

#### 2.2.1.1 Dankbaarheid voor de zelf aangebrachte donor

Het is ook merkwaardig dat de moeders in hun narratieven vooral hun dankbaarheid getuigen naar de doneuze die ze zelf hebben aangebracht.

*F: Onze doneuze (mijn collega) was ook aanwezig op de verloskamer als hij juist geboren was. Die moest op dat moment ook werken en ik vind dat wel emotioneel als die ons komen gelukwensen is. Zij stond buiten te wachten toen hij begon te schreeuwen en dan is ze even komen zien. Ik vond dat zo intens. Achteraf is ze ook op de kamer nog eens gekomen en dan hebben we haar toch nog eens bedankt enzo. Zonder haar had die donatie er niet geweest hé. [Interview 5.2 (deel 1)]*

### 2.2.1.2 De laatste kans

Deze moeders spreken beiden van 'de laatste kans'. Hieraan is een tweevoudige betekenis gekoppeld. Enerzijds is er een limiet op het aantal pogingen en anderzijds wordt er een maximale leeftijdsgrens gehanteerd voor terugplaatsing van embryo's.

#### 2.2.1.2.1 Het aantal pogingen is beperkt

*F: Een andere zwangere zal ook wel bepaalde momenten hebben van angst, twijfel en ongemak. Er was zoveel druk van "dit is de laatste keer". Het gaat dan even goed en dan krijgt ge zo een tegenslag, dan denk je van "oei, het is ons niet gegund". [Interview 5.1 (deel 1)]*

#### 2.2.1.2.2 Leeftijdsgebonden beperking

*F: Ik vind niet dat je tot aan je 40 à 50 jaar moet liggen proberen. Dat is onnozel want dan ben je een versleten moeder bij wijze van spreken (...) We hadden gezegd van "laten we na die twee mislukte pogingen nog één keer verder gaan en dan zien we wel". Moest dat niet gelukt zijn, was ik heel blij. We hebben het geprobeerd. Je kunt uzelf niets verwijten. [Interview 6.1 (deel 2)]*

#### 2.2.1.3 Kind als een mirakel

Beide moeders zijn geconfronteerd geweest met een aantal miskramen en niet geslaagde eiceldonaties waardoor zij alle twee benadrukken hoe kostbaar een kind voor hen is. Een doorsnee moeder zegt "ik probeer het opnieuw, volgende keer beter", maar die mogelijkheid is bij hen niet van tel. Ze schetsen hun kind als 'een mirakel', 'een diamant', 'meer dan een lotje uit de loterij'.

*F: Ik ben toch heel hard op mijn hoede geweest zo van dat er niks kan gebeuren. Dat is onze diamant hé. Dat is ja once in a lifetime hé. Iemand anders zegt "ja, ik zal nog eens proberen". Bij ons gaat dat niet. [Interview 5.2 (deel 1)]*

### 2.2.2 De donor als een persoon

Er treedt een duidelijk verschil op tussen de moeders en de vaders als men vraagt of er over de doneuze wordt nagedacht. De moeders denken beduidend meer aan de doneuze in vergelijking met de vaders. Als we kijken naar de verhalen van de moeders over de tijd heen, dan verdwijnt het beeld van de donor meer naar de achtergrond op het moment dat het laatste interview wordt afgenomen. Hoe verder in de tijd, hoe minder dat er over de doneuze wordt gereflecteerd. De moeder met één kind houdt zich meer vast aan het beeld van de doneuze, terwijl deze vader zo goed als het bestaan van de donor ontkent.

*M: Ik heb nog nooit aan die doneuze gedacht zo van "amai, wie zou dat zijn?". Zelfs niet bij de bevruchting. Ik weet niet hoe dat komt, het is ons kind. [Interview 5.2 (deel 2)]*

*M: Dat is misschien stout gezegd, maar die doneuze bestaat niet voor mij. [Interview 5.3 (deel 1)]*

De andere moeder en vader herkennen de gezinsdrukke van drie kinderen. Zij geven toe dat er nauwelijks tijd overblijft om grondig stil te staan bij de persoon achter de doneuze.

## 2.2.2.1 NIET nadenken over de donor

### 2.2.2.1.1 NIET nadenken over de donor: de doneuze = een eicel

Als men niet nadenkt over de donor, wordt de doneuze niet als een persoon gezien, maar wordt de eiceldonatie beschreven als een transitie van een lichaamsvreemde eicel naar de baarmoeder van de receptormoeder.

### 2.2.2.1.2 Nadenken over de donor als persoon = een soort van vreemdgaan

Waarom wenst deze vader niet na te denken over de doneuze? Hij verwoordt het als een soort van 'vreemdgaan'.

*M: Dan komt die andere persoon in het spel en dat wil ik niet. Dat is gewoon van ons. Die derde persoon past er voor mij niet bij. [Interview 5.1 (deel 2)]*

### 2.2.2.1.3 Angst voor het beeld dat moeder niet meer de moeder is

Deze vader heeft schrik dat als hij erover begint na te denken of als hij de doneuze zou ontmoeten dat hij dan zijn partner niet meer gaat zien als de 'volledige' moeder. Er niet over nadenken is de meest eenvoudige oplossing aangezien hij zich er dan ook geen zorgen over hoeft te maken.

*M: Nu is alles van X (zijn partner) en als ik die gezien heb, dan ga ik misschien het gevoel hebben van "het is nu niet meer allemaal van haar" (...). Daar heb ik misschien schrik voor dat ik dat zo ga denken en dat ik mij daar helemaal niet goed ga bij voelen. Nu voel ik mij daar heel goed bij. [Interview 5.3 (deel 2)]*

Wanneer hij over dit thema praat, geeft hij reeds aan een benard gevoel te krijgen.

## 2.2.2.2 WEL nadenken over de donor

De ouders die zeggen dat ze nadenken over de donor, nuanceren dat dit af en toe gebeurt, kortstondig, en meestal uitgelokt door een specifieke situatie. Bijvoorbeeld bij een bezoek aan het fertiliteitscentrum.

*M: Toen ik in X (centrum) ben geweest om mijn staal af te geven, zit ge even in die wachtzaal. Er zit dan bijvoorbeeld een vrouw of een koppel te wachten. "Zou die het zijn?". Dan denk je "maar nee, daar zijn ze lang mee bezig". Op dat moment zit je daar echt mee in je hoofd. [Interview 6.1 (deel 1)]*

Het nadenken over de donor wordt eveneens bevorderd wanneer het kind handelingen uitvoert die niet gemeenzaam zijn aan de karakterisering van vader. Ook uiterlijke kenmerken vallen hieronder.

*M: Af en toe denk je wel eens van "tiens, wat doet hij nu? Dat heeft hij toch niet van mij?". Ge denkt dan wel van "hij zal het van de donor hebben". [Interview 6.3 (deel 2)]*

### 2.2.2.2.1 WEL nadenken over de donor: doneuze = een persoon met eigenschappen

Wanneer men nadenkt over de donor, dan blijft de eicel niet iets zakelijks, maar wordt het beschouwd als een persoon met eigenschappen. Bijvoorbeeld "het was een moeder" of "dat moet wel een goede persoon geweest zijn anders doe je dat niet".

*F: Bij mij was het belangrijk dat ik een eicel kreeg. Ik denk dat de doneuze ook een zachte persoon is geweest. Anders doet ge die stap niet. Dat is genoeg voor mij. Of die nu krulletjes of donkere haren had, dat maakt niet uit. Het is gewoon de drijfveer waarom je dat wilt doen. [Interview 5.3 (deel 1)]*

#### 2.2.2.2 WEL nadenken over de donor: de doneuze = de zelf aangebrachte donor

Eén moeder rapporteert dat ze voornamelijk nadenkt over haar aangebrachte donor.

*F: Ik zou die persoon nooit moeten zien hé, maar ik denk wel vaak aan mijn collega die voor ons donor is geweest, die ons de kans gegeven heeft op een kruisdonatie. [Interview 5.3 (deel 1)]*

### 2.2.3 Contact met de donor

#### 2.2.3.1 Objectieve informatie voor beeldvorming

Deze ouders, met uitzondering van één vader, zouden het wel fijn vinden mochten ze objectieve informatie over de doneuze verkrijgen. Als ouders in verwachting zijn, kunnen ze zich in grote lijnen een beeld vormen van hoe hun kind eruit gaat zien. Deze ouders missen de helft van het DNA van hun toekomstig kind waardoor ze er niet in slagen om op basis van enige informatie een fictieve schets te maken van hun kind. Na de komst van het kind, resteert er een tekortkoming om verdere beeldvorming van de doneuze toe te laten. Het zijn slechts fantasieën en geen realistische weergaven.

##### 2.2.3.1.1 Praktisch nut

*F: Ik vond zo wel de kleur ogen en/of het haar, dat zijn echt kenpunten. Dat mogen ze eventueel weten van mij. Dat ge er iets of wat kunt bij voorstellen. [Interview 6.3 (deel 2)]*

##### 2.2.3.1.2 Medisch gerelateerd

Eén moeder vertelt dat ze de leeftijd van de doneuze kent omdat zij in het begin van haar zwangerschap in verwachting was van een meerling. Door haar hoge leeftijd werd ze aangewezen op een vruchtwaterpunctie. Aangezien het gevaarlijk is om bij een tweeling dergelijk onderzoek uit te voeren, adviseerde de gynaecoloog om de leeftijd van de doneuze na te vragen. Het gaat om een vrouw die tien jaar jonger is dan zichzelf.

*F: Ik kreeg dan ineens de leeftijd van de doneuze te horen. Ik kan mij daar toch iets bij voorstellen. Ik was ook blij om te weten dat het om een 29-jarige vrouw ging. Dat gaf me iets meer... Dat was ook voldoende. [Interview 5.1 (deel 2)]*

##### 2.2.3.1.3 Uit interesse

Behalve dat objectieve informatie van de donor een praktisch nut behelst, is er een vader die uit interesse een foto zou willen ontvangen.

*M: Dat is misschien verregaand een foto dat ge kunt weten hoe die eruit ziet (...) Dat zou vooral interessant zijn een keer te weten, dat ge zo een beetje de achtergrond weet. Voor mijn eigen, maar ook voor de kinderen (...). Nu is dat één leegte, een zwart gat eigenlijk hé. [Interview 6.3 (deel 2)]*

### 2.2.3.2 Begrensd contact

Wordt het kind toegestaan contact te hebben met zijn genetische moeder als de wetgeving wordt nageleefd? De koppels hebben er geen problemen mee indien het kind zoekt naar de andere helft van zijn biologische oorsprong. Echter, het contact behoort begrensd te zijn, dit wil zeggen dat er een afstand moet gecreëerd worden. Briefwisseling vormt geen obstakel. Ontmoetingen bestaan enkel uit sporadische contacten.

#### 2.2.3.2.1 Geen hechtingsband

Men wil een hechtingsband tussen het kind en diens doneuze beletten. Evenwel drukken zij uit dat dit een momentopname is en onderhevig is aan potentiële veranderingen in de tijd.

*F: Het is niet dat je elkaar iedere week of maand ziet hé. Zo eens sporadisch een keer zien (...) Maar ik zou niet graag hebben dat die hier iedere maand over de vloer komt. Dan wordt die band te close en te hecht. [Interview 6.3 (deel 1)]*

In volgende illustraties geven de vaders weer dat ze toch moeite zouden hebben indien het contact tussen hun kind en de doneuze persoonlijk wordt.

*M: Als hij zegt van "ik zou ze eens willen zien", dan moet ik die ook zien en dat wil ik niet. Nee, dat zou ik echt niet willen omdat ik mij dan een gezicht kan vormen van wie dat die donatie gedaan heeft. Daar zou ik me niet goed bij voelen. [Interview 5.3 (deel 2)]*

*M: Zo een donor die je kent, ik zou dat niet graag hebben eigenlijk. Als die dan uw kinderen zien en die misdoen iets, en ge straft die een keer. Ik denk dat dat voor die persoon zelf dan ook niet gemakkelijk is. Dat is eigenlijk een stuk van mij. Ik zou dat misschien ook wel moeilijk vinden. [Interview 6.3 (deel 2)]*

## THEMA 3: OUDERSCHAP

### 3.1 Het ouderschap ervaren

#### 3.1.1 Beleving van het moederschap door de vrouw

*F: Ik wist dat ik mijn kind doodgraag ging zien, maar hoe graag dat ik dat ging zien, dat gevoel weet ik nu pas als ik mijn kindje in mijn handen heb. Ik kon dat in de verste verte niet inschatten hoe graag dat ik hem ging zien want dat was er niet. [Interview 5.2 (deel 2)]*

Voor de komst van het kind voelen de moeders zich meteen moeder doordat ze de zwangerschap beleven en het kind op de wereld zetten. Zij vinden het anders dan spermadonatie bij een onvruchtbare man omdat deze geen enkele binding heeft met de pasgeborene. Ongeacht het feit dat zij zich als de moeder van hun kind voelen, worden ze meer geconfronteerd met zorgen en twijfels tijdens de zwangerschap, maar ook van zodra het kind lijfelijk aanwezig is. In het volgende onderdeel worden deze bekommernissen nauwkeurig toegelicht, samen met specifieke thema's eigen aan moeders na eiceldonatie.



### 3.1.1.1 Bekommernissen

De buitenwereld ziet de zwangere vrouw en denkt dat het probleem van onvruchtbaarheid opgelost is. Niettemin wordt infertiliteit slechts omzeild door beroep te doen op de technologie van eiceldonatie en in-vitrofertilisatie. Het lichaam van de onvruchtbare vrouw blijft onderworpen aan de wetten van de natuur.

#### 3.1.1.1.1 Tijdens de zwangerschap

##### A. De geforceerde zwangerschap

Het houdt een risicovolle zwangerschap in. Het wordt extra gevaarlijk bij een toenemende leeftijd. Deze toekomstige moeders kunnen worden geconfronteerd met ethische vragen. Doe ik er wel goed aan om de zwangerschap door te zetten? Drijf ik het niet te ver? Ben ik egoïstisch als ik kies voor een leven op een onnatuurlijke manier? Ik heb toch ook recht om moeder te worden? Een moeder definieert het als een 'geforceerde zwangerschap'.

*F: Gewoon omdat het geforceerd was. Zo niet op voorhand durven blij zijn. Dan met de bevalling ook zo voorzichtig blijven, niet uitbundig. Soms het gevoel van "stel u voor dat er iets mis gaat". [Interview 5.2 (deel 1)]*

#### 3.1.1.1.2 Na de bevalling

##### A. Fysiek en mentaal

Ook na de bevalling geven deze moeders mee dat het moederschap gepaard gaat met verwarring. Een zwangerschap na eiceldonatie is niet enkel fysiek zwaar, maar ook geestelijk een uitputtende strijd.

*F: Ik zag zo uit naar die zwangerschap en naar de baby en als ik thuis kwam... Ik was heel blij met de baby, maar dat strookte niet met het gevoel in mijn hoofd. Ik weet niet hoe dat kwam. Ik denk hormonaal. Ik denk toch dat het zwaar voor mijn lichaam was, zowel mentaal als lichamelijk is de zwangerschap zwaarder geweest dan dat ik verwacht had. [Interview 5.3 (deel 1)]*

##### B. Relationeel

Relationeel gezien wordt de liefdesrelatie op de proef gesteld. Een moeder gelooft dat de relatie onderhevig is aan meer spanning. Zo legt ze uit dat het probleem van onvruchtbaarheid te wijten is aan één partij. Dat brengt dan wel eens een schuldgevoel met zich mee. Tegelijkertijd vindt ze dat de vruchtbare persoon de situatie van de ander niet beleeft zoals zijzelf.

*F: Ik denk dat de persoon waar het probleem zich situeert dat anders ervaart dan de partner. Het is niet altijd makkelijk als koppel om het op dezelfde hoogte te beleven. Ik versta als hij zegt "je moet dat niet zeggen want je doet mij daar verdriet mee", maar langs mijn kant heb ik dan zoiets van "ik wil mij ook gesteund weten in mijn gevoel". [Interview 5.3 (deel 2)]*

##### C. Opvoedingsgericht

Deze moeders getuigen dat ze in vergelijking met een doorsnee moeder in het opvoedingsgebeuren korter op de bal gaan spelen. Bijvoorbeeld sneller een dokter raadplegen van zodra het kind ziek lijkt

te zijn. Ze voelen zich ongeruster omdat ze bijvoorbeeld geen medische informatie bezitten van de genetische moeder. Een ander voorbeeld:

*F: Daar gaat echt een tijd komen dat X (meisje van tweeling) haar maandstonden gaat krijgen. Ik heb dat nooit moeten vragen aan ons mama. Dat is zo van "ik heb nooit mijn maandstonden gehad, hoe moet ik dat aan de hand leggen?". Daar zit ik zo wel nog mee in de knoop. [Interview 6.3 (deel 2)]*

Deze moeders willen het ook even goed doen als andere moeders en hopen voor altijd de moeder van hun kind te mogen zijn.

### 3.1.1.2 Biologisch en sociaal ouderschap (MIJN kind)

Deze moeders ervaren hun kind als hun 'eigen' kind. "Het kind dat van mij is" steunt bij hen op drie pijlers: zwangerschap, bevalling en opvoeding. Het moederschap wordt ingevuld, ten eerste doordat ze zelf het kind voorzien hebben van een voldragen zwangerschap. Ze hebben het vruchtje gevoed tot een levensvatbaar individu. Vervolgens hebben ze het kind zelf ter wereld gebracht, al dan niet met een sectio. Finaal is deze vrouw medeverantwoordelijk voor het uitgroeien van een kind tot een volwassen persoon tijdens het gehele proces van opvoeden.

#### 3.1.1.2.1 De zwangerschap

*F: Ik zie ze echt als mijn eigen kinderen. Ik heb ze zelf gedragen. Het is niet dat ze van het vliegtuig zijn gestapt en ik ze daar ben gaan halen. [Interview 6.3 (deel 1)]*

Eén van de moeders oefent het beroep uit als vroedvrouw. Haar zwangerschap gaf een meerwaarde aan haar beroep.

#### 3.1.1.2.2 De bevalling

*F: Je voelt je niet ideaal als je net bevallen bent. Ik dacht echt van "amai nooit meer". Mijn lichaam was totaal uitgeput door de zwangerschap. Ik had niet veel reserve meer om te bevallen. Het was echt de limiet. Ik was geradbraakt (...). Toch heeft me dat een ander gevoel gegeven dat ik dat toch heb kunnen doen. Ik was niet alleen de verpakking voor het dragen van mijn kind. [Interview 5.2 (deel 2)]*

#### 3.1.1.2.3 De opvoeding

*F: Bij momenten schiet dat me wel eens te binnen van "dat wil ik niet meemaken". Je geeft ze dan ook alle liefde. [Interview 6.3 (deel 1)]*

### 3.1.1.3 Angst voor afwijzing

In een standaard gezin is het mogelijk dat strubbelingen in het slechtste geval leiden tot het uit huis gaan van de kinderen. Het thema 'angst voor afwijzing' is gedurende het longitudinale onderzoek meermaals opgetreden. Het is een bijzonder thema dat specifiek is aan moeders die niet genetisch verwant zijn aan hun kinderen. Ze zijn er gevoeliger voor. De angst om afgewezen te worden als moeder wordt scherp afgebeeld in volgende getuigenissen.

*F: Met momenten zo als onze X (oudste zoon) zo echt dat hij kwaad is op mij, die kan dat zo... die heeft dat eens één keer gezegd "ik zie u niet graag". Goh man, dat moederhart begint te bloeden op dat moment en dan begin je zo 's avonds na te denken en te praten met X (partner), dan is dat zo van "ja het is te hopen dat hij later..." want nu kunnen ze eigenlijk niet weten wat ze zeggen... [Interview 6.3 (deel 2)]*

*F: Moesten ze nu zeggen van "ik heb ze gevonden" en ze willen toch naar ginder vertrekken. Ik zou niet weten wat doen. Ik zou dan heel veel schreeuwen. [Interview 6.3 (deel 2)]*

Dit thema verschijnt niet bij de vaders van de besproken koppels.

#### 3.1.1.4 Steun van de partner

Mochten er later mogelijk conflicten resulteren ten gevolge van het sociaal ouderschap, verwacht één van de moeders blijvende steun van haar partner.

*F: Ik denk dat hij mij altijd zal blijven steunen zolang dat we alle twee weten hoe onze kinderen te willen opvoeden en zolang dat het tussen ons goed gaat. Maar stel dat ze echt hun boekje te buiten gaan, en van mij mogen ze dat wel en van hem niet. Ge moet als ouder allebei een lijn trekken (...). Als er momenten komen dat hij dan toch altijd iets meer aan mijn kant gaat staan. Hij mag ook achter zijn kinderen staan. [Interview 6.3 (deel 2)]*

#### 3.1.1.5 Vraag naar erkenning

Eén van de moeders hoopt steevast als moeder geëvalueerd te worden door haar eigen kinderen. Ze vraagt naar erkenning.

*F: Je hebt al zoveel jaren met die ouders geleefd en niemand anders gekend dan de moeder en de vader. Ze mogen dat van mij doen, maar ik hoop toch in hun ogen hun moeder te blijven, dat ze me daarvoor appreciëren. [Interview 6.3 (deel 2)]*

### 3.1.2 Beleving van het moederschap door de partner

Bij de echtgenoten van de onvruchtbare vrouwen wordt er hetzelfde onderscheid gemaakt in de definiëring van het moederschap (zwangerschap, bevalling en opvoeding). Deze vaders hebben geen enkel moment getwijfeld aan het ouderschap van hun partner en denken in termen van 'ons' kind. De derde persoon komt hier niet aan bod.

*M: Zij is mama, ik ben papa en voor de rest moet er niemand tussenkomen. [Interview 5.1 (deel 2)]*

Eén vader uit expliciet dat hij zijn partner zal steunen wanneer zijn kinderen haar niet zouden respecteren als moeder zijnde.

*M: Ze kunnen boven mijn hoofd groeien, maar niet boven mijn hand. [Interview 6.3 (deel 1)]*

## **3.2 Genetisch ouderschap**

### 3.2.1 Betekenis van de genetische band

Beide vaders maken over de interviews heen geen enkele opmerking over het feit dat er een verschil zou bestaan tussen het genetisch (en sociaal-biologisch) van de vader en het sociaal-biologisch ouderschap van de moeder. Zij zijn van mening dat het ene niet meer betekent dan het andere en beschouwen het sociaal-biologisch ouderschap evenwaardig als het genetisch ouderschap. Eén van

de moeders verwijst naar de beginperiode vóór de bevalling waar ze moeite heeft met de situatie dat het niet haar eigen genetisch materiaal betreft. Ondanks het DNA van een andere persoon, denkt zij dat haar kind karaktertrekken kan ontwikkelen die afkomstig zijn van haar zelf.

*F: Dat is iets dat in mijn achterhoofd speelt. Ik weet dat het mijn genen niet heeft, maar ik denk dat het op de duur bepaalde trekken van mij gaat krijgen. Ik denk dat het karakterieel wordt beïnvloed (lacht), maar ik heb daar geen verwachtingen over. [Interview 5.1 (deel 2)]*

### 3.2.2 Belang van erfelijkheid

#### 3.2.2.1 Door de genetische ouder

Eén vader zegt dat hij niet bezig is met het denken over erfelijkheid. Hij beweert dat zijn vrouw als vroedvrouw de kennis en kunde heeft om tal van biologische linken te maken, die hij, door een gebrek aan informatie, niet overweegt. De andere vader benadrukt zijn vaderrol in het volgende voorbeeld:

*M: Ik ben nog altijd zijn echte vader dus hij zal sowieso moeten luisteren. Ik ga dan toch wel zeggen "luister manneke, dat is uw moeder". [Interview 6.3 (deel 2)]*

#### 3.2.2.2 Door de sociaal-biologische ouder

Allebei de moeders hebben het moeilijker dan verwacht met betrekking tot erfelijkheid.

##### 3.2.2.2.1 Genetisch gerelateerde uitspraken van derden

Eén moeder geeft toe dat het haar dagelijks bezighoudt. Het komt op de voorgrond bij genetisch gerelateerde uitspraken van anderen.

*F: Het is voor mij zwaarder dan ik gedacht had. Daar gaat geen dag voorbij dat ik daar niet aan denk. Mensen kunnen bijvoorbeeld zo zeggen van "amai die heeft blauwe ogen, jullie hebben beiden bruine ogen". Dan gaat precies mijn haar omhoog staan. Die mensen weten dat niet en toch ben ik op mijn quivive. Als mensen zoeken naar iets van "oei, die trekt helemaal niet op u". Ik zoek naar kleine vergelijkingen (...). Hij heeft daar geen last van. Hij zegt "dat is ons kind, punt". [Interview 5.3 (deel 1)]*

##### 3.2.2.2.2 Nadenken over donorconceptie en de mogelijke gevolgen

*F: Je weet ook niet wie dat die ooit tegen gaat komen (...) Je zou maar tegenslag hebben en dat die verliefd wordt op een meisje dat genetisch eigenlijk zijn halfzusje is, en als ze dan aan kinderen beginnen en heel veel problemen gaan krijgen. Die erfelijkheid weegt door. Voor mij toch. Hij kent dat niet en is daar niet mee bezig. [Interview 5.3 (deel 1)]*

##### 3.2.2.2.3 Communiceren van het donorverhaal naar het kind

*F: Gewoon om mezelf en mijn kind te beschermen want ik wil niet dat mijn kindje daarop gepakt wordt als ik het niet zou vertellen, zo van "uw mama is uw mama niet hé". Daar heb ik wel angst voor. Daarom denk ik dat die erfelijkheid toch wel zwaarder in mijn hoofd zit dan ik verwacht had. [Interview 5.3 (deel 2)]*

##### 3.2.2.2.4 Belang van de genetische verwantschap van de partner

De andere moeder geeft blijk dat ze waarde hecht aan de genetische verwantschap van haar kinderen met haar partner.

*F: Het is altijd plezant dat er nog iets inzit zo van “goh dat kind trekt op zijn vader” (R<sup>12</sup>: wat voor een gevoel is dat?). Vlinders in je buik hebben, alsof je voor de eerste keer verliefd zijt. Dat je toch kunt zeggen van “het heeft toch nog iets van hem (haar partner)”. [Interview 6.2 (deel 2)]*

### 3.2.3 Opmerkingen van buitenstaanders

#### 3.2.3.1 Zoeken naar gelijkenissen

##### 3.2.3.1.1 Geen gelijkenissen met de moeder

Bij de geboorte gaat de omgeving steeds op zoek naar gelijkenissen tussen het kind en zijn ouders. Daar de moeder genetisch niet verwant is, komen er soms opmerkingen die waarheid spreken. Een doodgewone “hij lijkt niet op u” kan diepgaande emoties triggeren. Het doet de moeders pijn, maar ze gaan hun gekwetst zijn verbergen achter een gekunstelde glimlach (bijvoorbeeld “ik moet dan mijn gezicht in de plooi leggen” [Interview 5.2 (deel 2)]). Ze verwoorden het zelf als een soort van weglachen “omdat de ander niet beter weet”. Zowel de moeders als de vaders reageren niet op zulke uitspraken. Indien hun ouders dergelijke commentaren zouden spuien, zegt één vader dat hij hierop zou antwoorden met een forse uitbrander. Toch is hij er zeker van dat zijn of haar ouders dit uit respect niet zouden doen. De vrouw van deze man durft geregeld zelf aan te geven dat haar zoon geen eigenschappen van haar gaat hebben. Over de verschillende interviews heen is de respons van haar partner meer en meer stringenter.

#### A. Dat mag niet gezegd worden

Op tijdstip één vindt de man dat zij dat niet mag zeggen omdat ze zichzelf verdriet aandoet en hij omschrijft het als een negatief denken.

*M: Als zij zo zegt van “dat gaat niet op mij trekken”, dat vind ik negatief denken. Dat is niet goed. Ze mag dat zo niet denken, ze heeft daar zoveel moeite voor gedaan. Dan mag ze zo niet denken. Ze moet positief denken zo van “dat gaat misschien niet op mij trekken, maar het is toch mijn kind”. Ik vind het belangrijk dat ze zo denkt. [Interview 5.1 (deel 2)]*

#### B. Dat wil ik niet horen

Bij tijdstip twee wenst hij niet te horen dat zij zich daarover uitspreekt.

*M: Dat doet ze nu nog en ik wil dat niet horen. Ze heeft dat nog. Ik vind dat niet goed. Dat is niet juist. Het is van ons, voilà. [Interview 5.2 (deel 1)]*

#### C. Kwaad

Tijdens het interview op tijdstip drie vertelt hij kwaad te worden als zij daarover begint te vertellen. Hij beklemtoont dat hij niet wil dat zij zich minderwaardig zou voelen.

*M: Dat maakt mij kwaad. Ik maak mij daar echt in mijn binnenste kwaad van. Je mag dat niet zeggen dat is uw eigen verdriet aandoen. Je moet nu blij zijn en genieten van wat dat we nu hebben. [Interview 5.3 (deel 2)]*

---

<sup>12</sup> R = researcher (de interviewer).

Deze vader heeft overigens niet graag dat buitenstaanders keer op keer hem genetisch linken aan het kind.

### 3.2.3.1.2 Gelijkenissen met de moeder

Hoewel buitenstaanders weet hebben van het verleden voor de keuze van eiceldonatie, krijgt de moeder wel eens het compliment dat het kind op haar lijkt.

*F: Als mijn collega die het 100% weet zegt van "ik vind toch wel dat hij uw bovenlipje heeft". Ik vond dat zo charmant. Dat deed me echt wel iets. [Interview 5.2 (deel 1)]*

*F: Er zijn nieuwe collega's bijgekomen die niet het hele verhaal kennen, en ze zien hem (kind), dan is dat van "dat ben jij toch helemaal!". Dan komen mijn haren wel recht omhoog te staan. Dat doet u wel iets. (...) Ja dan begin je wel zo een beetje te fonkelen. [Interview 6.1 (deel 1)]*

Niet alleen voor deze moeders klinkt het als een zege om dit te horen, ook de vaders delen mee in de vreugde.

*M: Ja, dat doet mij ook iets. Ik was daarbij toen die collega dat zei. Dat vond ik de mooiste geste ooit. Je zag ze zo opfleuren. Dat vond ik echt knap dat ze dat zei. [Interview 5.3 (deel 2)]*

Beide koppels merken op dat individuen regelmatig verwijzen naar karakteriële invloeden van de moederfiguur.

*F: Ik hoor dikwijls van vrienden en collega's "goh de X (oudste zoon), hij heeft toch veel weg van u". Dat zijn zo meestal de handelingen of hoe zeg je dat? De kinderen nemen die handelingen over. Dat is toch leuk aan de ene kant dat dat dan toch ja... [Interview 6.2 (deel 2)]*

Bij een negatief kenmerk wordt eerder naar de moeder dan naar de vader verwezen.

### 3.2.3.2 Het stuk van eiceldonatie wordt soms vergeten

#### 3.2.3.2.1 Door anderen

Soms wordt de achtergrond van eiceldonatie vergeten door de omgeving. Dit brengt ambivalente gevoelens bij een moeder teweeg. Enerzijds vindt ze het fijn dat het kind als haar eigen kind wordt gezien, maar anderzijds wil zij erkend worden in haar gedragen leed.

*F: Mijn moeder die spreekt over dat het kind ook genetisch van mij is. Dan denk ik van "ben je dat vergeten?". Langs de ene kant vind ik dat jammer. Ik heb daar moeten doorgaan en heb de consequenties gekend. Langs de andere kant vind ik het wel goed zo van "dat is gewoon ons kindje". [Interview 5.1 (deel 2)]*

*F: Sommigen doen een uitspraak van "met een tweede gaat het vlotter zijn". Dan denk ik van "je weet toch dat een tweede nooit vanzelfsprekend zal zijn voor mij of niet aan de orde gaat zijn". Dan heb je toch niet nagedacht als je die uitspraak doet. Dan denk ik van "hoe kan je nu zo grof/ongevoelig zijn?". [Interview 5.2 (deel 2)]*

Deze moeder gaat ervan uit dat het stuk van eiceldonatie vervaagt bij buitenstaanders en schrijft het toe aan de drukte van het gezinsleven.

### 3.2.3.2.2 Door de onvruchtbare vrouw zelf

Een andere moeder laat het gedeelte van eiceldonatie verbleken in haar taal over de karakteristieken van haar kind.

*F: Hij (haar partner) vond examens de plezantste tijd van heel het jaar. Hij moest bij wijze van spreken zijn boeken niet opendoen tegenover mij. Ik ging echt niet graag naar school. Ja, dan heeft hij dat van mij hé... We zien wel. [Interview 6.3 (deel 1)]*

### 3.2.4 Genetisch ouderschap na sociaal ouderschap

Eén van de moeders beeldt zich in dat ze voor een tweede keer zwanger geraakt op een natuurlijke manier. Ze verwoordt hierbij een schuldgevoel.

*F: Stel u voor dat ik nu wel zwanger word, dan voel ik mij schuldig ten opzichte van X (kind). Zo over het genetische, versta je wat ik wil zeggen? [Interview 5.2 (deel 2)]*

## **THEMA 4: COMMUNICATIE OVER DONORCONCEPTIE**

### **4.1 Al dan niet vertellen**

#### **4.1.1 Een keuzeprocess**

##### 4.1.1.1 Aan de buitenwereld

Gaat men het verhaal van onvruchtbaarheid en het gebruik van eiceldonatie om zwanger te geraken vertellen aan buitenstaanders? Hierbij wordt er een gradatie gehanteerd. Beide koppels maken een onderscheid tussen het 'niet vertellen', een 'beetje vertellen' en het 'helemaal vertellen'.

##### 4.1.1.1.1 NIET vertellen

###### A. Niet-volwassen reactie

Om een welbepaalde reden vertelt één vader het niet op zijn werk. Hij omschrijft deze leefomgeving als niet-volwassen waarbij seksistische moppen bij wijze van spreken hoogtij vieren.

*M: Bij mij op het werk heeft dat veel te maken met hoe volwassen ze zijn. De brandweerwereld is een wereld waar je over seks praat. Hoe groter je het kan verwoorden, hoe meer macho je bent. Ik haat dat. Als ik dan zoiets zeg, wil ik niet dat daarover grapjes worden gemaakt. Dat is een ernstige zaak. Die mensen zouden er wel grapjes over maken, daarmee dat ik het hen niet vertel. [Interview 5.1 (deel 1)]*

###### B. Taboe

Doch geeft hij aan dat als collega's oprecht interesse tonen dat hij dan meer geneigd is om open te zijn. In de verhalen schuilt er steevast een verwevenheid van het openlijk vertellen naar het meer verdoezelen van de waarheid. Het is complex om daar één vaste lijn door te trekken. Dikwijls speelt het buikgevoel een belangrijke rol in het communiceren over onvruchtbaarheid. Een moeder indiceert

op de invloed van het taboe dat rondom eiceldonatie schuilt. Ze refereert hierbij naar de analogie van spermadonatie.

*F: Er blijft een taboe over hangen. Je voelt dat ook want dan schrikken mensen zo, terwijl bij een spermadonor is het eerder van "ah ja". Je bent dan ook niet meer geneigd om nog iets meer te zeggen als je zo'n reactie krijgt. Zo van "dat is toch wel niet niks" of "je hebt met de natuur gespeeld" of "alles tegen de natuur in, was dat wel zo een goed gedacht?". [Interview 5.3 (deel 2)]*

## C. Privé aangelegenheid

*M: Dat is echt volledig interne keuken. Ik ga er niet mee te koop lopen. [Interview 6.1 (deel 2)]*

### 4.1.1.1.2 WEL Vertellen

#### A. WAT/HOEVEEL vertellen

##### a) Volledig vertellen

- *Gebaseerd op een vertrouwensband*

Het volledige verhaal doen is gebaseerd op een vertrouwensband, zoals deze bij familie en vrienden, vaak collega's alsook de chefs van hun werk. Door eerlijk te zijn, komt er meer begrip van de (ploeg)bazen en verloopt het aanvragen van bijvoorbeeld verlof om behandelingskuren te volgen vlotter.

*F: Ik moet het niet tegen alle mama's van zijn kameraadjes op de school gaan uitleggen (...). Ik weet tegen wie ik dat kan vertellen, tegen wie ik kan vertrouwen. Dat is een gevoel zo van "tegen die kan ik het vertellen, maar niet tegen die...". Je kunt zo mensen hebben die echt de pieren uit uw neus halen (...) tegen die mensen vertel ik het niet. [Interview 6.2 (deel 1)]*

*M: Mijn bazen die mijn diensten regelden, wisten dat hoe dat het bij ons was gegaan. Dat er complicaties konden ontstaan. Ik denk dat ze daarom ook voor mij wat soepeler waren. [Interview 5.2 (deel 1)]*

##### b) Een gedeelte vertellen

Als men niet de gehele waarheid beschrijft, gaat men 'elementen' van waarheden prijsgeven. De grote verhaallijnen typeren dat men beroep heeft moeten doen op in-vitrofertilisatie. Het gedeelte van de doneuze wordt dan verzwegen. Soms verhullen ze zo goed als alles door aan te geven dat ze een ouder worden ondanks het feit dat het niet op een natuurlijke wijze is gebeurd. Eén koppel heeft drie kinderen van twee verschillende doneuzes. Ook dit komt niet steeds ter sprake.

- *Niet op een natuurlijke manier*

*F: Als ze [de collega's] er nu echt achter vragen dan zeg ik van "het is voor ons een hele inspanning geweest om kinderen te krijgen". Op zo'n manier leg ik het uit, we gaan er niet verder op in, tenzij ze vragen van "hoe?", dan wil ik dat wel uitleggen. [Interview 6.3 (deel 1)]*

- *IVF*

*M: De mensen van de kazerne wisten dat niet. Ik zei enkel dat het via IVF was. [Interview 5.1 (deel 1)]*



- *Eén donor*

*M: Als de mensen vragen van “is het van dezelfde donor als X (oudste zoon)?”, dan zal ik daar wel op antwoorden, maar ik ga dat niet zomaar aan hun neus hangen van “het is van een andere doneuze”.  
[Interview 6.1 (deel 2)]*

- *Gezin is gevormd*

Het is opvallend dat eens ze hun gezin gevormd hebben, ze het minder noodzakelijk vinden om hun achtergrond van eiceldonatie met anderen te delen. Eén koppel omschrijft het als een soort van ‘uitdoven’ nadat ze jarenlang in het fertiliteitscircuit hebben gezeten.

*M: Dat ge het een beetje kunt laten rusten. Onze X (oudste zoon) is nu vier jaar. We zijn acht jaar voortdurend met IVF bezig geweest. Dat ge zo stilletjes aan een keer alles kunt laten rusten en zeggen van “nu is het genoeg geweest”. Nee, we zijn tien jaar bezig, van 2001.  
[Interview 6.2 (deel 1)]*

- *Na een voldragen zwangerschap*

Wanneer er minstens één zwangerschap is geweest, wordt de behoefte aan communiceren ook minder prioritair. Een doorslaggevende factor hierbij is dat een zwangerschap na de toepassing van eiceldonatie meer risico’s impliceert waardoor ze een meer behoedzame houding gaan aannemen.

#### 4.1.1.2 Aan het kind

Voor de bevalling zijn de ouders ervan overtuigd dat ze zo eerlijk mogelijk moeten zijn ten aanzien van zijn of haar kind. Men gaat het kind inlichten. De reden die telkens naar voor komt is dat het kind recht heeft op de waarheid. De waarde van ‘eerlijkheid’ wordt hoog in het vaandel gedragen. Er wordt zelfs aangegeven dat men nog niet eens gedacht heeft om het te verzwijgen. In dit tijdsbestek zijn deze ouders nog niet bezig met feit van ‘wanneer’ en ‘hoe’ ze de boodschap gaan overbrengen aan hun toekomstig kind. Een vader wijst op het gegeven dat er niet veel keuze bestaat om het al dan niet te vertellen aangezien de nabije omgeving op de hoogte is gebracht en omdat ze een derde persoon hebben moeten inschakelen.

Na de komst van het kind, begint één ouderpaar zich af te vragen of het vertellen wel de moeite waard is. Deze twijfel ontstaat wanneer familieleden hen hierop aanwijzen.

##### 4.1.1.2.1 NIET vertellen

###### A. Redenen

###### a) Het niet terug oprakelen van het gedragen leed

*F: Als ik dan bevallen was, merkte ik bij mijn mama zo van “dat is nu allemaal goed gekomen en achter de rug, we gaan dat snel vergeten”. Mijn zus zegt dat ook zo van “kun je dat niet afsluiten?”, zo precies van “mag ik dat niet vertellen?” (...) “Waarom ga je dat binnen tien jaar zeggen? Dit is alle miserie waar we doorgegaan zijn?”. Daardoor komt er misschien wat twijfel naar boven. [Interview 5.3 (deel 2)]*

## b) Verder gaan als een 'gewoon' gezin

*M: Dat is ons gezinnetje en ik wil dat zo houden. Dat is toch belangrijk voor mij. [Interview 5.3 (deel 2)]*

### 4.1.1.2.2 WEL vertellen

#### A. Redenen

##### a) Recht op de waarheid

*M: Ik vind eerlijkheid toch belangrijk. Ik vind dat een belangrijke waarde. Als ik mijn zoon of dochter ga opvoeden, dan staat eerlijkheid hoog in het vaandel. Als je het niet gaat vertellen, en achteraf komt hij/zij zeggen van "ah, je hebt mij niet helemaal de waarheid gezegd en jij vindt dat eerlijk zijn?". Dat is niet juist hé. Dan ga je iets verzwijgen wat toch wel belangrijk is. [Interview 5.1 (deel 1)]*

##### b) De ander voor willen zijn

Indien ze later het verhaal aan hun kind vertellen, hopen beide koppels dat zij de eerste informant zullen zijn, doch drukken zij hun besef uit dat zij hun kind niet volledig kunnen beschermen van uitspraken die door een ander gereveleerd worden.

*F: Ik hoop dat we het zelf tegen hen kunnen vertellen, en niet dat het per ongeluk uit iemand anders zijn mond moet komen. "Uw moeder is eigenlijk uw moeder niet", dat zou ik precies erger vinden tegenover dat ik het zelf wil vertellen. [Interview 6.2 (deel 1)]*

#### B. Twijfels bij het vertellen

##### a) Angst voor afwijzing

*F: Onlangs was ik wel zo aan het denken van als we dat dan moeten gaan vertellen, dan is het te hopen dat ze het huis niet gaan verlaten. [Interview 6.2 (deel 1)]*

##### b) Hoe reageren bij reactie van het kind?

Angst om afgewezen te worden, wordt niet opgemerkt bij de vaderfiguren. Beide mama's en papa's uiten echter onzekerheden over mogelijke reacties bij het kind.

*F: Hoe ga ik reageren als mijn kind dan vraagt "ik wil meer weten over die mevrouw"? Misschien ga ik wel in paniek raken? [Interview 5.3 (deel 1)]*

*M: Als hij (zoon) zegt van "nu wil ik die toch wel leren kennen". Ik weet niet goed hoe dat ik zou reageren. Langs de ene kant vind ik dat hij dat niet moet doen, maar langs de andere kant mag ik dat hem ook niet afnemen. Dat is een tweestrijd voor mij (...) Ik weet echt niet hoe ik daarop moet gaan reageren. Ik ga het op het moment zelf moeten zien, denk ik. [Interview 5.3 (deel 2)]*

##### c) Steeds ontbrekende informatie

Ondanks het vertellen blijft er steeds een bron van ontbrekende informatie.

*F: Ook als er later iets gebeurt met hen, en we hebben echt het DNA of bloed nodig, dan zullen wij daar nooit kunnen achter komen. Dat gaan we hen ook moeten zeggen. Ze zullen nooit hun biologische moeder kunnen opzoeken. Dat zijn punten die we allemaal moeten uitleggen aan onze kinderen. [Interview 6.1 (deel 2)]*

#### d) Ernst van de erfelijkheid

De twijfel om het al dan niet aan het kind te vertellen wordt eveneens in de hand gewerkt door de ernst van de mededeling. Deze ouders beschouwen erfelijkheid als een zwaar thema. In geen geval willen ze hun kind opzadelen met enige vorm van verdriet.

*F: Maar ik vind ook, als je het zegt, mag je uw kind ook niet belasten met zo'n zware materie van erfelijkheid. Dat is niet niks. Je moet je kind daar nu ook niet van ongelukkig maken door het te zeggen. Dus het is wel heel moeilijk... [Interview 5.3 (deel 1)]*

#### C. WANNEER?

Beide koppels zijn het er over eens dat de boodschap op een vroege leeftijd moet verteld worden. Het ene paar geeft geen concrete invulling van de leeftijd aan. De moeder van het andere paar spreekt over het aanbrengen wanneer het kind zijn adolescentie bereikt, terwijl de vader hierbij duidt op de leeftijd van acht à negen jaar. Ieder ouderpaar is eensgezind dat de leeftijd afhangt van de maturiteit van het kind. Allen gaan ze ervan uit dat als het kind het pas in zijn jonge volwassenheid te weten komt, het een averechts effect zou teweegbrengen.

##### a) Vroeg, maar afhankelijk van de maturiteit van het kind

*F: Er zal wel een moment zijn als dat bespreekbaar wordt, bijvoorbeeld als hij of zij gaat vragen wanneer er een broertje of zusje komt (M: dat is wel een moment dat ze misschien het besef gaan krijgen). Dan is hij of zij er rijp voor. We gaan hem of haar vertellen dat het niet zomaar kon en waarom. [Interview 5.1 (deel 1)]*

##### b) Wanneer het buikgevoel spreekt

De moeder van de drie kinderen denkt dat het moment van het vertellen een soort van aanvoelen is. Tussen het oudste kind en de tweeling zit er een leeftijdsverschil op van vier jaar. Zij wil wachten totdat de tweeling kennis heeft van enige vorm van voortplanting. Haar partner en zichzelf geven bovendien toe dat ze door de drukte van het gezinsleven er nog niet toegekomen zijn om het te vertellen.

*F: Ik denk dat dat beter is tegenover dat we het eerst aan onze X (oudste zoon) zouden vertellen en dat ge het achteraf nog eens moet vertellen tegen hen. Ik weet het niet. We zullen zien. [Interview 6.2 (deel 2)]*

##### c) Tegenstrijdige informatie van de fertiliteitscentra

*F: In alle centra zeggen ze iets anders (...) Het ene zei dat je het vroeg moest zeggen en het andere plakte er geen leeftijd op. [Interview 5.1 (deel 1)]*

#### D. HOE?

##### a) Leeftijdsadequaat

Als men vraagt naar 'hoe' ze het gaan vertellen, geven de ouders te kennen dat ze nog geen concreet plan voor ogen hebben, maar dat het leeftijdsadequaat behoort te zijn.

*F: Je moet nu niet gaan zeggen “ons moeke heeft problemen met kindjes te krijgen, zij heeft geen eicellen meegekregen en dit en dat” (...). Maar zeggen “er zijn mama’s die problemen hebben voor zwanger te geraken, dat gaat niet zo gemakkelijk”, dat ge dat op zo’n manier kunt aanbrengen. [Interview 6.3 (deel 2)]*

Zij tonen het belang van de donor als noodzakelijke derde partij.

*M: Je moet zeker zeggen dat er een andere mevrouw is geweest, een andere moeder die kindjes heeft en die ons ook heeft willen helpen. [Interview 6.3 (deel 2)]*

#### b) Belang van een vertrouwensband

Eén vader drukt expliciet de relevantie van de basis van een vertrouwensband.

*M: Zien dat je altijd met je kinderen goed overeenkomt, dat je elkaar goed verstaat... dat is al een heel groot begin, en dan vind ik dat je de helft al hebt gewonnen. [Interview 6.2 (deel 2)]*

#### c) Fasisch ('zware' materie)

Eén paar acht dat het vertellen in fasen moet gebeuren omdat je anders het kind in één keer “opzadelt” met een teveel aan informatie.

*F: Dat het toch genetisch niet mijn materiaal is. [Interview 5.1 (deel 2)]*

*F: Ik zou het wel op een eenvoudige, simplistische manier vertellen. En als er met de jaren vragen komen, dat het dan meer uitgroeit naar de volledige waarheid... hoe het uiteindelijk is verlopen. [Interview 5.3 (deel 2)]*

#### E. Geslachtsverschil tussen zoon en dochter bij het vertellen?

##### a) Geslachtsverschil tussen zoon en dochter

Eén van de moeders (gezin A) vindt het vertellen tegenover een dochter moeilijker dan tegenover een zoon. Ze weet niet goed hoe dit te verklaren, maar ze denkt dat erfelijkheid gevoeliger ligt bij een meisje omdat zij hetzelfde geslacht delen. Ze beschrijft dat haar dochter zich misschien dan oncomfortabel zou kunnen voelen mocht zij op een natuurlijke manier aan kinderen geraken.

*F: Ik kan niet zo goed verwoorden waarom. Ik denk dat als zijzelf moeder gaat worden, dat zij daar een beetje last van zou kunnen hebben naar mij toe. “Je bent verwekt door een eikel van een andere mama”. Als ze dan zelf beginnen te puberen, dan denk ik dat het voor een jongen minder consequenties geeft. Zo lijkt het. Ik denk dat het dan ook moeilijker voor mij is om dat over te brengen. Ik ga het wel zeggen, maar het ligt gevoeliger. [Interview 5.1 (deel 1)]*

Ook geeft mevrouw aan dat POF erfelijk belast is. Ze stelt zich even voor dat ze zwanger zou geraakt zijn met haar eigen erfelijk materiaal en dat ze haar onvruchtbaarheid zou overgedragen hebben op haar dochter. Ze zou zich dan enorm schuldig voelen tegenover haar dochter omdat ze maar al te goed beseft wat ze doormaakt. Deze moeder vraagt zich af of het hier gaat om een faalgevoel.

*F: Ik hoop dat mijn kind niet hetzelfde leed als mij gaat hebben. Daarom vind ik het makkelijker dat het nu een zoon is. Dan gaat die misschien toch niet hetzelfde probleem hebben als mij. [Interview 5.2 (deel 2)]*

## b) Geen geslachtsverschil tussen zoon en dochter

Voor de partner van deze vrouw zou het geslacht van het kind geen invloed uitoefenen op het vertellen aan het kind, maar hij gelooft dat het voor een moeder-dochter relatie veel emotioneler ligt omdat een dochter in het algemeen een hechtere band heeft met haar moeder.

De moeder van gezin B meent dat er geen geslachtsverschil bestaat in het al dan niet vertellen aan haar of zijn kind, maar ze is ervan overtuigd dat meisjes in het algemeen nieuwsgieriger zijn dan jongens en er bijgevolg eerder naar vragen.

## F. Extra boodschap: verschillende donoren

Het ene koppel heeft beroep moeten doen op twee verschillende donoren. Dit brengt een extra moeilijke boodschap met zich mee. Ten eerste is er de mededeling dat de eicel van een andere vrouw komt en ten tweede stammen de kinderen genetisch gezien niet van elkaar af. Toch drukt de moeder haar vreugde uit omdat ze voor een tweede maal de zwangerschap zelf kon beleven.

*F: (...) iets spookte in mijn hoofd rond "de tweeling is een halfbroer en halfzus van X (oudste zoon)". Dat was zo van "ha ja, dat moet ik hen later ook nog eens vertellen, dat het niet van dezelfde moeder komt". Dat vond ik (...) een beetje spijtig dat het niet van dezelfde moeder was geweest. Maar ik ben al heel blij dat ik met een andere donor terug zwanger ben geraakt. [Interview 6.2 (deel 1)]*

### 4.1.2 Keuze

#### 4.1.2.1 Het al dan niet vertellen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid

Is het al dan niet vertellen aan de buitenwereld een gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen een koppel? Beide paren bespreken voorafgaand tegen wie ze hun verhaal doen. De vaders hechten er belang aan omdat zij vinden dat het meer gevoelig ligt voor hun onvruchtbare partner. Uit respect vragen ze aan hun echtgenotes wat ze al dan niet mogen zeggen tegen bepaalde personen.

*M: Ik vind dat ook heel belangrijk dat zij weet of dat zij vindt wat ik mag zeggen op mijn werk. Bijvoorbeeld het liever niet zeggen als mensen dat in het belachelijke gaan trekken. Daarmee dat ik graag met haar overleg. Toch zeker over zo'n belangrijk onderwerp. Wat ik zeg en niet zeg tegen bepaalde mensen. Ik vind dat vooral naar haar toe heel belangrijk. [Interview 5.1 (deel 2)]*

*M: We hebben daar een beetje met elkaar over gesproken zo van "die mogen dat wel weten en die niet". [Interview 6.2 (deel 2)]*

#### 4.1.2.2 Het al dan niet vertellen wordt beslist door de onvruchtbare persoon

Wordt het al dan niet vertellen aan het kind beslist door de onvruchtbare persoon? Deze vraag wordt verschillend beantwoord tussen de twee paren. Het ene koppel vindt het vanzelfsprekend dat dit een gezamenlijke beslissing inhoudt. Bij het andere koppel legt de vader de verantwoordelijkheid bij zijn onvruchtbare partner. Hij vindt dat zij hierover mag beslissen aangezien het probleem bij haar ligt.

*M: Hoe dat ik dat zie, is dat zij mag beslissen of we het gaan vertellen of niet. Zij is er het meest gevoelsmatig bij betrokken. Ik vind dat ook maar het eerlijkste ook. Als zij zich daar niet goed bij voelt om dat te zeggen, dan zal ik daar ook niet over beginnen. Voor mij part, ligt die beslissing bij haar. Ik heb dat ook altijd zo van in het begin gezegd. Zij moet zich er goed bij voelen. Van mij mag dat gezegd worden, maar dat hoeft niet. Ik zal altijd achter haar beslissing staan. [Interview 5.3 (deel 2)]*

## **4.2 De donor**

### **4.2.1. Anders omschrijven: de donor als...**

In het taalgebruik wordt er niet altijd de opsplitsing gemaakt tussen de biologische en de sociale moeder.

Eén van beide koppels benoemt de donor niet als 'de donor', maar geeft er andere benamingen aan zoals 'de derde persoon', 'de biologische moeder', 'de donormoeder' en 'de moeder'. Dit koppel gaat er vanuit dat de doneuze in kwestie reeds een moeder is, zodoende scheidt dit bijkomende verwachtingen zoals bijvoorbeeld "het zal wel een zachte moeder geweest zijn". Als men als doneuze wil aanvaard worden, hoeft deze vrouw nog geen kinderen gebaard te hebben. Evenwel wordt het aangeraden om de kinderwens eerst te voltooien vooraleer men zich tot kandidaat-doneuze stelt omdat er een verhoogd risico is op complicaties bij een volgende zwangerschap na gefungeerd te hebben als eiceldonor.

#### 4.2.1.1 De derde persoon

*F: Ik heb altijd gedacht "we gaan voor ons kind" en hetgeen ik telkens aanhaal, "we moeten een derde persoon inschakelen om onze kinderwens te vervullen". [Interview 6.1 (deel 1)]*

#### 4.2.1.2 De biologische moeder

*F: Ik zit toch een beetje in mijn achterhoofd van "er zit een biologische moeder die we erbij moeten pakken", maar het is toch een kind van ons twee dat wij willen verwekken. [Interview 6.1 (deel 1)]*

#### 4.2.1.3 De donormoeder

*M: Als ge gaat nadenken over "wat zou hij van de donormoeder hebben?", dan kunt ge ver gaan met dat zoeken van dit en dat... [Interview 6.2 (deel 2)]*

#### 4.2.1.4 De moeder (geen opsplitsing tussen biologische en sociale moeder)

*F: Daar kun je nu ook niets aan doen omdat je al een kind hebt, maar ik vind het spijtig dat ze niet van dezelfde moeder zijn. [Interview 6.1 (deel 1)]*

## **4.3 De sociaal-biologische moeder**

### **4.3.1 Anders omschrijven: de moeder als...**

#### 4.3.1.1 Een 'draagmoeder' om het eenvoudiger uit te leggen aan de ander

Het koppel waarbij de doneuze omschreven wordt als 'de moeder', introduceert de sociale moeder een bijzonder begrip. Ze benoemt haarzelf als 'een draagmoeder'. Haar partner vond dit in het begin even schrikken, maar hij begrijpt deze term als zij de drijfveer verduidelijkt. Zij attribueert een nieuwe invulling bij het woord 'draagmoeder' om het eenvoudiger uit te leggen aan een ander.

*F: Het woord 'draagmoeder' heb ik boven gehaald om de mensen het een beetje makkelijker uit te leggen wat dat is voor onze kinderen, wat ik betekenen voor hen. Maar ik ben daar niet mee begonnen van bij de zwangerschap. [Interview 6.2 (deel 2)]*

## THEMA 5: COUNSELING

### 5.1 Hiaten in de counseling

Alvorens de eiceldonatie kan plaatsvinden, zijn ouders verplicht om langs te gaan bij een psycholoog. Aan de hand van twee gesprekken onderzoekt deze of ouders voorbereid zijn op het nakende ouderschap. Tijdens de interviews lichten de ouders toe dat ze de gesprekken eerder evaluatief vinden in plaats van helpend. Zij markeren belangrijke lacunes in het verloop van de counseling. Zo zijn ze naarstig op zoek naar een luisterend oor op verschillende tijdsmomenten. Zowel vóór, tijdens als na de behandeling willen zij kunnen terugvallen op begeleiding. Dit wil zeggen na het vaststellen van de onvruchtbaarheid, na een mislukte eiceldonatie of miskraam en na het afronden van de eiceldonatieprocedure.

*F: Je wordt eerst wat gescreend om te zien of je al dan niet in aanmerking komt om ouder te worden. Maar eens je er ingestapt bent, dan word je een beetje aan je lot overgelaten. Dan wordt dat psychische een beetje uit het oog verloren. Dat vind ik wel jammer. [Interview 5.3 (deel 1)]*

### 5.2 Welke counseling?

Op de vraag bij wat deze ouders het meest baat zouden hebben, zijn zij het er unaniem over eens dat ze de voorkeur geven aan informatie van ervaringsdeskundigen boven professioneel advies. Zij zijn van oordeel dat je bij psychologen terecht kunt voor meer algemene adviezen, terwijl je bij ervaringsdeskundigen meer concrete handvatten toegereikt krijgt. Bovendien hebben ze meer vertrouwen in een persoon die het zelf heeft meegemaakt dan in een psycholoog die het “enkel maar van horen zeggen heeft”. Zij omschrijven ervaringsdeskundigen als een betere leerschool en staan open voor oudergroepen.

*F: Ik zou misschien gedachten en ervaringen willen uitwisselen. Wij zitten nog met jonge kinderen, maar er zijn koppels met al wat oudere kinderen. Dat die dan zouden zeggen van “wij hebben het op zo'n manier gezegd en op die leeftijd”. Dat je wat ervaringen kunt bij opdoen. [Interview 6.3 (deel 1)]*

# DEEL 4: DISCUSSIE

In de discussie krijgt de lezer een overzicht van de belangrijkste besproken onderwerpen doorheen de gehele masterproef. Bij Hoofdstuk 1 worden de Bevindingen uit Deel 3 gekoppeld aan de Literatuurstudie behandeld in Deel 1. Tevens wordt de gehanteerde structuur uit Deel 1 en Deel 3 behouden. Achtereenvolgens komen volgende thema's aan bod: onvruchtbaarheid, eiceldonatie, ouderschap, communicatie over donorconceptie en counseling. De codes tussen de haakjes verwijzen naar de gebruikte codes volgens het codesysteem (zie codeboom in **Bijlage 5**). Hoofdstuk 2 van deze discussie bestaat uit de eigen reflecties over het onderzoek en er worden suggesties gegeven voor toekomstig onderzoek.

## HOOFDSTUK 1: BESPREKING VAN DE GEZINNEN

### Onvruchtbaarheid

De medische oorzaak van infertiliteit is bij beide vrouwen verschillend van aard. Zo heeft de moeder van het gezin A op 31-jarige leeftijd de diagnose gekregen van prematuur ovarieel falen (POF). Haar menstruaties zijn vroegtijdig gestopt. Ze zit reeds in haar menopauze (Heineman et al., 2005). Daarentegen heeft de moeder van gezin B een afwijking aan de eileiders waardoor ze, in tegenstelling tot mevrouw A, nooit menstruaties heeft gekend (Heineman et al., 2005). Een cruciale factor met betrekking tot infertiliteit is de leeftijd van de vrouw. Beide vrouwen zijn eind de dertig. De vrouw met POF wilde aanvankelijk een jonge moeder zijn. Dit is echter niet gelukt omwille van het verlies van haar voormalige partner wanneer ze 23 jaar was. Misschien was het toen mogelijk geweest om met haar eigen erfelijk materiaal een kind te krijgen, daar haar eicelvoorraad nog niet uitgeput was (D'Hooghe, 2013; Dienst communicatie UZ Leuven, 2012).

In het verwerken van hun onvruchtbaarheid drukken (code 1.1.1) ze allebei uit dat ze nood hebben om hierover te praten. Doch geeft de vrouw van gezin A aan dat ze lange huilperiodes heeft doorstaan omdat de diagnose van POF onverwacht aankwam (Hershberger, 2007 en code 1.1.1.1).

De meeste meisjes groeien op met het idee om later kinderen te krijgen. Dit was ook het geval bij deze vrouwen. Door hun infertiliteit wordt het idee om moeder te worden niet realiseerbaar. Men gaat van het vervullen van een kinderwens naar een 'niet-vervullen'. Met behulp van een donor wordt hun kinderwens toch uitvoerbaar. Het herkaderen van de kinderwens verloopt zonder problemen. Zo zegt de vrouw van gezin A *"Ik moest dat [beeld] terug klikken, maar dat gaat wel gemakkelijker dan andersom"* [Interview 5.1 (deel 2)]. (Cochini et al., 2011 en code 1.1.2.1).



Ondanks de geboorte van een kind blijft de onvruchtbaarheid voor de vrouw een bestendig gegeven, zowel in het omgaan met het verdriet als het gevoel zich te moeten blijven verantwoorden naar de buitenwereld toe omdat ze gebruik gemaakt hebben van een doneuze (Applegarth & Riddle, 2007 – code 1.1.3 en code 1.1.3.2).

Er worden bij beide moeders faalervaringen gerapporteerd op verscheidene gebieden: ze voelen zich minder vrouwelijk (Murray & Golombok, 2003; Stuart-Smith et al., 2012; code 1.1.4.1), hebben complicaties tijdens de zwangerschap en de bevalling (9x in frequentietabel, zie **Bijlage 6** – code 1.1.4.2.1 en code 1.1.4.2.2) en bij één vrouw verloopt de borstvoeding na de bevalling moeizaam. Beide moeders hebben eerder het verlies van een miskraam moeten ervaren (Shaw & Sauer, 1995). De kinderen van de vrouw uit gezin B zijn allen ter wereld gekomen via een keizersnede (Dulitzki et al., 1998). Tijdens hun zwangerschap melden zij tegenslagen zoals een galcrisis, urineweginfectie en een verhoogde bloeddruk (Salha et al., 1999; Wang et al., 2002). Bij de bevalling beschrijven ze allebei dat hun kind problemen vertoont met de hartslag. Nauwgezette opvolging van het begin van de zwangerschap tot het einde is een must (Sheffer-Mimouni et al., 2002; Söderström-Anttila et al., 2001; Stoop et al., 2004). Voor de bevalling (T1) is de vrouw van gezin A als vroedvrouw nuchter wat betreft het verloop van borstvoeding geven bij infertiele vrouwen. Ze weet van tevoren dat ze zich mag verwachten aan een niet zorgeloze borstvoeding. Op T2 en T3 schetst mevrouw dat ze afziet van het geven van de borstvoeding (Applegarth et al., 1995), maar geeft ze tegelijkertijd toe dat ze niet wil ophouden met borstvoeding geven omdat dit een belangrijke meerwaarde voor haar betekent. Ze zegt “om toch iets te doen lukken”. Haar emoties zijn sterker dan haar rationeel vermogen: *“Ook al wist ik op voorhand dat dat bij mij totaal niet kon lukken omdat ik geen melkproductie ging hebben en omdat mijn lichaam daar ook niet op voorbereid was, dat ik die hormonen niet had”* [Interview 5.3 (deel 2)]. Ze voelt zich tegelijkertijd niet gesteund door haar vroedvrouw-collega's (code 1.1.4.3).

De literatuur spreekt zich niet uit over het tijdstip van het ontdekken van de onvruchtbaarheid. In ons onderzoek zijn beide ouders reeds tezamen nadat de infertiliteit aan het licht kwam. Het is niet duidelijk of het ontdekken van de infertiliteit tijdens de relatie negatieve gevolgen zou hebben op de relatie (code 1.2.1.2). Wel uiten beide vaders dat ze opgelucht zijn dat hun partner het “zo snel mogelijk” gezegd heeft want het verzwijgen zou de relatie schaden (code 1.2.2.2).

Tot op heden is er in de literatuur niet geschreven geweest over het rouwproces van de partner van de vrouw met een vruchtbaarheidsprobleem. Er wordt slechts melding gemaakt dat partners doorheen het parcours van de vruchtbaarheidsbehandeling dicht bij elkaar komen door het gezamenlijk delen van meerdere ontgoochelingen (Applegarth et al., 1995; Blake et al., 2012; Repokari et al., 2007; Söderström-Anttila et al., 2010). In ons onderzoek verwerken de vaders het verdriet op zichzelf (code 1.2.2.1) en willen zij zo snel mogelijk een oplossing vinden voor HUN probleem (code 1.2.2.3) en dragen ze samen verantwoordelijkheid (code 1.2.3.1).

## Eiceldonatie

Beide ouders verkiezen eiceldonatie boven het adopteren van een kind. Net zoals bij Applegarth en Riddle (2007) vinden de ouders, en in het bijzonder de partner, dat adoptie oncomfortabel aanvoelt. Doch mag het adoptiemodel niet zomaar vergeleken worden met eiceldonatie aldaar de kinderen na het gebruik van eiceldonatie niet opgegeven worden door de moeder. Ze zijn daarentegen zeer gewenst en biologisch gelinkt aan de moeder door de gebeurtenis van de bevalling (Murray & Golombok, 2003 en code 2.1.1.1). Beide vaders zijn opgelucht (code 2.1.2.1) dat de zwangerschap tot stand werd gebracht via een wisseldonatie (Baetens et al., 2000; Raoul-Duval et al., 1992). Deze variant van anonieme donatie zorgt ervoor dat er geen gevoel van inmenging van de doneuze ontstaat. De moeders voegen eraan toe dat het anonieme karakter hen in staat stelt om niet voortdurend geconfronteerd te worden met het gezicht van de genetische moeder. Indien niet, zouden zij blijvend herinnerd worden aan hun onherstelbare infertiliteit (Cochini et al., 2011; Stuart-Smith et al., 2012).

De ouders wijzen op het belang van “alles geprobeerd te hebben zodat ze zich achteraf niks hoeven te verwijten”. Dit komt terug in Tymstra (2007) die spreekt over ‘geanticiperde beslissingsspijt’ die een primaire rol speelt in reproductieve besluitvorming. Eerder is dit in de literatuur beschreven geweest als een uiting van ‘intolerantie van spijt’ (Becker, 2000; Daniluk & Hurtig-Mitchell, 2003; Franklin, 1997; Sandelowski, 1991). Op deze manier wordt de totale druk van spijt beheerst door het verplaatsen van gevoelens van verlies naar een toekomst waar ze ten minste voor een deel gecontroleerd kunnen worden (Stuart-Smith et al., 2011).

Het aanwenden van eiceldonatie wordt door de twee vrouwen gezien als ‘de laatste kans benuttigen’ (code 2.2.1.2). In de studie van Stuart-Smith et al. (2011) wordt het beroep doen op een doneuze beschreven als ‘een laatste redmiddel’. Het zwanger worden is het belangrijkste doel, ook al gaat dit gepaard met het nemen van risico's. Ook de moeders van ons onderzoek vertellen “door bijna alles te gaan om een kind te krijgen”. Bijvoorbeeld, het aantal mislukte pogingen (code 2.2.1.2.1) alvorens zwanger te zijn (Stuart-Smith et al., 2012). Deze ouders beschouwen hun kind als ‘een mirakel’ of ‘een diamant’ (code 2.2.1.3). Tevens wordt er bij Van Berkel et al. (2007) verwezen naar ‘het kind als een mirakel’ waarbij beide ouders meer emotioneel betrokken zijn. Het kind wordt gezien als meer kwetsbaar en is zeer kostbaar. De moeders betuigen zeer grote dankbaarheid naar hun doneuzes, in het bijzonder naar de vrouw die de kans heeft gegeven op een eiceldonatie oftewel de zelf aangebrachte donor (code 2.2.1.1).

De literatuur beschrijft dat onvruchtbare vrouwen meer nadenken over de donor en de eiceldonatie vergeleken met hun partners, inclusief na de geboorte van het kind (Applegarth & Riddle, 2007; Stuart-Smith et al., 2012). Dit wordt door beide moeders eveneens bekrachtigd, evenwel geven ze aan dat het nadenken over de donor na een tijd afneemt naarmate het kind een eigen karakter ontwikkelt (code 2.2.2). Murray en Golombok (2003) stellen vast dat de geboorte van het kind het makkelijker maakt de donor te vergeten. Het nadenken over de doneuze wordt versterkt door opvallende kenmerken die niet eigen zijn aan de vader (code 2.2.2.2). In de studie van Stuart-Smith et al. (2012)

zagen alle moeders de donor in hun kind op basis van een speciale lach of een bepaalde gevoeligheid. De moeder uit gezin A vindt de drijfveer achter de eiceldonatie belangrijker dan de uiterlijke verschijning van de doneuze (code 2.2.2.2.1). Dit is in tegenspraak met de literatuur die weerspiegelt dat het uiterlijk van de donor het belangrijkste kenmerk vormt voor recipiëntmoeders (Greenfeld & Klock, 2004). De vader uit het gezin A wil niet nadenken over de donor omdat hij de procedure van eiceldonatie beschouwt als een uitwisseling van een eicel die leven krijgt dankzij de bijdrage van zijn vrouw door middel van de zwangerschap. Tijdens het interview, als er gevraagd wordt na te denken over de persoon achter de doneuze, krijgt hij een wrang gevoel. Hij omschrijft het als een ‘andere persoon die in het spel binnendringt’ (code 2.2.2.1.2). Hij zegt “niet vreemd te willen gaan” en is bang zijn vrouw niet meer te zien als de ‘gehele’ moeder van zijn kind. Alsook bij Stuart-Smith et al. (2012) vinden de meeste participanten bij anonieme donatie het moeilijk om de doneuze te verpersoonlijken. De vader gaat nog een stap verder door het bestaan van de donor te ontkennen met de woorden “die bestaat voor mij niet”. We willen hierbij opmerken dat het opvallend is dat deze vader wel contact zou toelaten tussen zijn kind en de doneuze (zie volgende alinea).

Het contact maken met de donor (code 2.2.3) kan artificieel opgesplitst worden in ‘objectieve informatie verkrijgen om een beeld van de doneuze te vormen’ (code 2.2.3.1) en ‘het reële contact’ (code 2.2.3.2). Met uitzondering van één vader (gezin A) willen de ouders objectieve informatie krijgen in de vorm van een aantal kernpunten (bv. de oog- en haarkleur) van de doneuze. Het hoeft weliswaar geen letterlijke weergave te zijn (code 2.2.3.1.1). Volgens de Belgische wetgeving blijft de anonimiteit bij wisseldonatie gewaarborgd waardoor het niet mogelijk is om enige informatie te verkrijgen (Baetens et al., 2000; Raoul-Duval et al., 1992). Als we hen vragen of het kind de donor zou mogen ontmoeten, antwoorden ze allen dat ze contact zouden toelaten (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002), zolang er maar afstand is (bv. vermijden dat er een hechtingsband ontstaat). De moeder van gezin B verplaatst zich in de denkwereld van haar kind met de woorden “*Maar moest ik in die situatie zitten, zou ik het ook willen weten*” [Interview 6.3 (deel 1)] (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002). Toch stelt ze zichzelf gerust dat reële ontmoetingen überhaupt niet kunnen lukken daar de wet het niet toestaat. Wij vragen ons hierbij af in welke mate het Belgisch wettelijk kader onderhevig is aan trends in openheid met betrekking tot eiceldonatie (zie Hoofdstuk 2: Eigen reflecties over het onderzoek en aanbevelingen).

## **Ouderschap**

De vrouwen voelen zich de moeder van hun kind. Dit gevoel heerst reeds voor de geboorte. Na de geboorte ervaart de moeder van gezin A het ouderschap moeilijker dan verwacht. In de laatste interviews (T3) geeft ze toe dat ze na de bevalling een postnatale depressie doormaakte. In de literatuur is er geen bewijs te vinden van correlatieve of causale verbanden tussen het ouderschap na een eiceldonatie en een postnatale depressie. De moeder gelooft dat deze gebeurtenissen onafhankelijk van elkaar werken. Behalve in deze paragraaf, wordt hierover niet verder uitgeweid. Beide moeders denken dat ze in vergelijking met een gemiddelde moeder geconfronteerd worden met meerdere bezorgdheden, zowel tijdens de zwangerschap als na de bevalling. ‘Een geforceerde zwangerschap’ (code 3.1.1.1.1) wordt iteratief aangehaald door één van de moeders om te

omschrijven dat deze soort zwangerschap veel risico's (bv. complicaties, gevorderde leeftijd, ...) met zich meebrengt. Op voorhand durven ze hun blijdschap niet te uiten omdat ze bang zijn dat er toch iets fout zou lopen (Hershberger, 2007). Eens het kind aanwezig is, gaat de literatuur jammer genoeg vooral in op de kwestie of het kind al dan niet geïnformeerd moet worden (Kirkman, 2008a).

In ons onderzoek worden zorgen op diverse gebieden aangetoond: fysiek en mentaal, relationeel en opvoedingsgericht. Het lichaam van een bevallen vrouw na eiceldonatie is zeer ontvankelijk voor diepe emoties. Dit wordt onder andere verklaard door de verplichte hormonenkuren voor de bevalling (code 3.1.1.1.2.1 en D'Hooghe, 2013). Relationeel gezien voelen deze vrouwen, ondanks de aanhoudende steun van hun partners, zich soms niet begrepen in hun verdriet omtrent infertiliteit (Carter et al., 2010 - code 3.1.1.1.2.2 en code 3.1.1.4). Tijdens het opvoedingsgebeuren voelen zij zich in het algemeen ongeruster (code 3.1.1.1.2.3). Dit komt terug bij Golombok et al. (2004, 2005, 2006, 2011). Een belangrijk thema hierbij is de 'angst voor afwijzing' (frequentie: 6x) (Van Berkel et al., 2007). Het is om die reden dat het afzonderlijk besproken wordt (code 3.1.1.3). Ofschoon zij zich als moeder ervaren, "ik heb het gedragen... op de wereld gezet... ik breng hem groot, geef het kind liefde" (code 3.1.1.2.1 tot en met 3.1.1.2.3) (Greenfeld & Klock, 2004; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Kirkman, 2008a; Murray et al., 2006; Murray & Golombok, 2003; Pettee & Weckstein, 1993; Van Berkel et al., 2007; Weil et al., 1994), zijn ze heel bang om verworpen te worden door hun eigen kind omdat het niet hun eigen erfelijk materiaal is. Bij Hahn en Craft-Rosenberg (2002) wordt de afwezigheid van een genetische binding gegeven als verklaring voor de onzekerheid en het angstig zijn. Stuart-Smith et al. (2012) nuanceren dat de angst voor verwerping van het kind zich voornamelijk voor de geboorte manifesteert. Na de geboorte zou er meer angst zijn voor de reactie van het kind op de gehanteerde soort donatie.

De vaders benadrukken dat hun partner de moeder van het kind is. Het is ONS kind (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002 en code 3.1.2) "omdat zij het gedragen heeft, bevallen is en omdat wij het samen opvoeden" (code 3.1.2). Zijn genetische (en sociaal-biologische) verwantschap met het kind is niet superieur aan haar sociaal-biologisch moederschap. Het belang van de erfelijkheid wordt één keer geciteerd door de vader uit gezin B. Hij zegt *"Als hij niet naar haar wil luisteren, dan zal ik wel zeggen dat hij moet luisteren want ik ben de echte vader"* [Interview 6.3 (deel 2)]. Wij gaan ervan uit, onder meer door het observeren van de non-verbale toon (hier: de toon in zijn stem), dat hij niet opzettelijk een asymmetrie wil creëren door het benoemen van het woord 'echt' (cf. echte vader) (code 3.2.2.1). Verder worden alle citaten van het belang aan erfelijkheid gemaakt door de moeders (code 3.2.2.1 tot en met code 3.2.2.2.4 – 8x in de frequentietabel, zie **Bijlage 6**). De ernst van erfelijkheid weegt voor hen beiden door, meer dan verwacht. Eén van de grootste zorgen is het communiceren van het donorverhaal naar het kind (zie uitwerking volgend thema) (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Pettee & Weckstein, 1993; Van Berkel et al., 2007).

Het is opvallend dat opmerkingen van buitenstaanders met betrekking tot 'geen gelijkenissen met de moeder' en 'gelijkenissen met de moeder' even frequent voorkomen, respectievelijk 8x en 9x (**Bijlage 6**). Het doet ons vermoeden dat het genetisch en het sociaal-biologisch ouderschap door derden als gelijkwaardig wordt beschouwd. Ondanks het gegeven dat de moeder niet op haar kind kan gelijken,

maken buitenstaanders al dan niet bewust een uiterlijke verbinding tussen moeder en kind (code 3.2.3.1.2), bijvoorbeeld “hij lijkt helemaal op jou!”. Beide moeders beleven dit als iets zeer positief (“*Dat vind ik charmant*” [Interview 5.2 (deel 1)] of “*Ik begin te fonkelen*” [Interview 6.1 (deel 1)]). Hun partners delen in hun vreugde. In Applegarth et al. (1995, p. 580) wordt er een dergelijke passage voorgesteld: “*In fact, I’m amused at how often people say the babies/children look like their mother. They both seem ‘mine’ in every way even though ½ the genes are not.*” [anonymous]. Hoewel er genetisch niks kan doorgegeven zijn, merken beide moeders op dat hun kind meer en meer op hen gaat gelijken door handelingen over te nemen. Negatieve eigenschappen worden doorgaans geattribueerd aan de doneuze in plaats van aan de vader. Applegarth en Riddle (2007) nemen het omgekeerde waar: negatieve kenmerken worden aan de opvoeding toegeschreven, en positieve aan de donor. Wanneer het kind opgroeit, vervaagt het gedeelte van eiceldonatie, zowel bij de ouders als bij derden (code 3.2.3.2). De moeder van gezin A ervaart hierbij tegenstrijdige gevoelens: blij dat het kind als haar kind wordt gezien, maar teleurgesteld dat mensen vergeten waar ze doorheen is moeten gaan. Over dit onderwerp wordt in de literatuur niet gerefereerd.

Opmerkingen van buitenstaanders met betrekking tot ‘geen gelijkenissen met de moeder’ kunnen soms moeilijk te verwerken zijn. Bijvoorbeeld: “het lijkt echt niet op u hé!”. Tijdens de interviews laat de moeder uit gezin A geregeld vallen dat haar zoon niet op haar gaat gelijken (T1, T2 en T3). Op T1 reageert de vader hierop met “dat mag je niet zeggen” (code 3.2.3.1.1.1), op T2 “dat wil ik niet horen” (code 3.2.3.1.1.2) en op T3 “ik word kwaad als je dat zegt” (code 3.2.3.1.1.3). Langzamerhand laat de vader minder ruimte voor de gedachten en gevoelens van zijn partner. De vader wil goedbedoeld beklemtonen dat ze haarzelf geen extra verdriet moet aandoen, maar tegelijkertijd vraagt de moeder hiervoor aandacht met de woorden “*Ik wil mij ook gesteund weten in mijn gevoel*” [Interview 5.3 (deel 2)]. Hier lijkt een gemis te schuilen. Dit wordt in de literatuur niet beschreven. In Kirkman (2008a) wordt er enkel de melding gemaakt dat sommige moeders de afwezigheid van de genetische band uitleggen aan de hand van een troostend plot (bv. het niet overerven van slechte eigenschappen van de moeder).

### **Communicatie over donorconceptie**

Er wordt de opsplitsing gemaakt tussen het al dan niet communiceren over de donorroosprong, enerzijds aan de buitenwereld en anderzijds aan het kind.

Zowel de vaders als de moeders in ons onderzoek geven aan minstens één iemand ingelicht te hebben (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Kirkland et al., 1992; Klock & Greenfeld, 2004; Laruelle et al., 2011; Murray et al., 2006; Murray & Golombok, 2003; Pettee & Weckstein, 1993; Readings et al., 2011; Van Berkel et al., 2007). Niet iedereen heeft kennis van het donorverhaal (voorbeeld bij code 4.1.1.1.2.1.1.1), maar bij een oprechte interesse (bv. een vraag over wat eiceldonatie of IVF impliceert), nemen zij een open houding aan (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Hershberger et al., 2007). Dit wordt op voorhand onderling afgesproken door beide koppels (code 4.1.2.1). In vergelijking met de vaders, zijn de moeders meer geneigd openlijk te zijn, tevens is de hoeveelheid informatie die ze meedelen uitgebreider (Blake et al., 2010). Het volledige verhaal wordt verteld aan personen

waarmee ze een vertrouwensband hebben (code 4.1.1.1.2.1.1.1). Wanneer men niet de volledige waarheid ter sprake brengt, worden stukjes van de werkelijkheid meegedeeld, zoals bijvoorbeeld open zijn over IVF, maar niet over de procedure van eiceldonatie (code 4.1.1.1.2.1.2.2) (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Kirkland et al., 1992; Klock & Greenfeld, 2004; Laruelle et al., 2011; Murray et al., 2006; Murray & Golombok, 2003; Pettee & Weckstein, 1993; Readings et al., 2011; Van Berkel et al., 2007). Readings et al. (2011) verduidelijken dat het aanwenden van gedeeltelijke onthulling als een rookgordijn fungeert bij eventuele commentaren of vragen die argwaan oproepen. Eén vader (gezin A) vertelt het donorverhaal niet aan buitenstaanders als hij het gevoel heeft dat de ander het niet au sérieux zou nemen (code 4.1.1.1.1.1). Baetens et al. (2000) beargumenteren dit vanuit angst voor het gebrek aan begrip. Eens het gezin gevormd is, uiten de ouders weinig behoefte om het donorverhaal aan de buitenwereld mee te geven (code 4.1.1.1.2.1.2.4).

Beide ouders delen elkaars mening om het kind te informeren over zijn donorafkomst (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Klock & Greenfeld, 2004). Herhalende motivaties hierbij zijn (T1, T2 en T3): dat het kind recht heeft op waarheid en informatie. Bijgevolg willen zij de eerste informant zijn naar hun kind toe om te vermijden dat het ingelicht wordt door een derde van buitenaf (Van Berkel, 2007 - code 4.1.1.2.2.1.1 en 4.1.1.2.2.1.2) (Baetens et al., 2000; Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2005; Golombok et al., 2006; Golombok et al. 2011; Golombok et al., 2013; Greenfeld & Klock, 2004; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Jadva et al., 2011; Laruelle et al., 2011; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Snowdon, 1994; Van Berkel et al., 2007). Echter wanneer het kind bij het gezin A lijfelijk aanwezig is, begint men te twifelen of het donorverhaal vertellen wel de moeite waard is. Voor de bevalling (T1) zijn de ouders ervan overtuigd hun kind in te lichten. Na de komst van de baby (T3) slaat de twijfel toe. De vader geeft aan dat de moeder definitief mag beslissen of het al dan niet verteld wordt daar de moeder het meest gevoelsmatig betrokken is omwille van haar vruchtbaarheidsprobleem (code 4.1.2.2). We vermoeden dat de verantwoordelijkheid van de keuze volledig bij de vrouw wordt gelegd. In Readings et al. (2011) wordt beschreven dat moeders die onzeker zijn in hun beslissing ook onzeker zijn bij het opgroeien van hun kind waardoor de kans toeneemt dat het kind nooit op de hoogte wordt gesteld van zijn donorafkomst. Het keuzeprocess wordt beïnvloed door de nabije omgeving. De familieleden (i.c.: de moeder en zus van de recipiënt) wijzen erop dat het gedragen leed niet opnieuw moet opgerakeld worden (code 4.1.1.2.1.1.1). Voorts willen ze verdergaan als een 'gewoon gezin' (Snowdon, 1994 en code 4.1.1.2.1.1.2). Doch verschijnen er bij beide ouderparen twijfels bij het vertellen (Laruelle et al., 2011). De moeders zijn bang om afgewezen te worden (code 4.1.1.2.2.2.1) en elke ouder maakt zich zorgen over de mogelijke reactie van hun kind (Hershberger et al., 2007 en code 4.1.1.2.2.2.2). Indien ze beslissen om het te vertellen, blijft er steeds een bron van ontbrekende informatie bestaan (Bayle, 2003; Yee et al., 2011 en code 4.1.1.2.2.2.3).

Als de ouders het gaan vertellen, rijzen er twee soorten vragen: wanneer en hoe moet men het kind informeren? Deze zorgen treden ook op in gelijkaardige studies (Blake et al., 2010; Greenfeld & Klock, 2004; Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Yee et al., 2011). Beide ouders volgen de 'seed-planting' strategie: ze willen het langzaam vertellen, passend bij het ontwikkelingsniveau (MacDougall et al.,

2007; Pennings, 1997 – code 4.1.1.2.2.3.1, code 4.1.1.2.2.4.1 en code 4.1.1.2.2.4.3). Desalniettemin zouden ze ook voor een deel de ‘right timing’ toepassen, aldaar zij wijzen op het spreken van het buikgevoel (MacDougall et al., 2007 en code 4.1.1.2.2.3.2). Ze zijn het erover eens dat het laattijdig inlichten, dit wil zeggen op (jong) volwassen leeftijd, een nadelige impact heeft op de ouder-kind relatie. De ouders beklemtonen het belang van een vertrouwensband met hun kind. In de literatuur wordt hiervoor een verklaring gegeven: onthullen dient te gebeuren bij gezinscohesie. Er moeten sterke ouderlijke en gezinsrelaties zijn om onvoorzienbare reacties van het kind te kunnen weerstaan (Yee et al., 2011 en code 4.1.1.2.2.4.2). De moeder van gezin A duidt op het fasisch vertellen omdat het gaat over erfelijkheid wat voor haar een moeilijke boodschap omvat (code 4.1.1.2.2.4.3). In Yee et al. (2011) drukken de ouders de behoefte uit aan educatieve materialen. Zij willen graag een script als voorbeeld om het kind later te informeren. Het zou kunnen dat onze ouders deze nood ook ervaren aangezien zij rapporteren geen concreet plan te hebben. Toch beschikt gezin A reeds over educatief materiaal in de vorm van een kinderboek over eiceldonatie. De moeder van dit gezin heeft het boekje meegegeven aan haar infertiele vriendin. Deze vrouw heeft een zoon van twaalf jaar. Na het vertellen heeft hij op een positieve manier gereageerd. Dit stelt onze moeder enigszins gerust.

De moeder van gezin A (T1) vindt dat het vertellen aan het kind over de donorafkomst verschilt bij het hebben van een dochter of een zoon (code 4.1.1.2.2.5.1). Ze kan het niet goed in woorden omzetten, maar intuïtief refereert ze naar het delen van hetzelfde geslacht bij een dochter waardoor de boodschap moeilijker over te brengen is op een dochter. De moeder denkt dat een dochter zich dan oncomfortabel voelt. Nergens in de literatuur wordt er gesproken over een mogelijk geslachtsverschil bij het vertellen aan het kind. Bij T2 is mevrouw bevallen van een zoon.

Bij gezin B is er gebruikt gemaakt van twee verschillende doneuzes (ene donor voor de oudste zoon en een andere donor voor de tweeling). De vader hierbij is van mening dat een buitenstaander dit niet hoeft te weten. Het betreft een privaat domein (*“Echt volledig interne keuken”* [Interview 6.1 (deel 2)]) (Baetens et al., 2000; code 4.1.1.1.1.3 en 4.1.1.1.2.1.2.3). Het zoontje en de tweeling zijn elkaars halfbroers/zus. Er moet een dubbele boodschap verteld worden: aan de ene kant is de moeder niet de genetische moeder en aan de andere kant zijn ze genetisch niet aan elkaar gelinkt (code 4.1.1.2.2.6). Stuart-Smith et al. (2012) beschrijven dat het belang van eenzelfde donor geen grote betekenis heeft bij aanvang van de behandeling. Pas wanneer men voor een tweede kind wil gaan, komt men tot de pijnlijke confrontatie dat ze niet meer beroep kunnen doen op dezelfde donor. Het impliceert twee moeilijk te verzoenen kwesties. Enerzijds is er opnieuw angst voor het vreemde aan een anonieme donor en anderzijds komt er een extra boodschap bij in het vertellen van het donorverhaal. De moeders in deze studie drukten de wens uit om een heterogeen gezin te voorkomen. Dit zou een aandachtspunt moeten betekenen in de counseling die voorafgaat aan de behandeling.

De moeder uit gezin B omschrijft zichzelf als een ‘draagmoeder’ (T2 en T3). Op het eerste zicht lijkt dit frappant. Per definitie is een draagmoeder een vrouw die een baby draagt voor een wensmoeder zonder een functionele baarmoeder. Doorgaans wordt de eikel van de wensmoeder ingeplant in de draagmoeder. Na de bevalling staat de draagmoeder het kind af aan de wensouders. De moeder in ons onderzoek geeft er weliswaar een nieuwe betekenis aan. Ze definieert zichzelf als het ‘oventje’

voor haar baby en houdt het kindje na de bevalling bij. Ze vindt dit makkelijker uit te leggen aan anderen (code 4.3.2.1). De donor benoemt ze als 'derde persoon' (code 4.2.2.1), 'biologische moeder' (code 4.2.2.2), 'donormoeder' (code 4.2.2.3) en 'moeder' (code 4.2.2.4). Ook in de literatuur is terug te vinden dat moeders de donor voorstellen op verschillende manieren: 'een andere vrouw' of 'door iemand anders'. Bij spermadonatie koppels wordt er tevens verwezen naar 'een andere vader'. Wensouders gaan er derhalve vanuit dat de donor reeds kinderen heeft (Blake et al., 2010 en code 4.2.1).

## **Counseling**

De ouders in ons onderzoek vinden dat de huidige counseling eerder een evaluatief karakter heeft in plaats van een ondersteunende functie. Ze vragen naar begeleiding vóór, tijdens als na de behandeling met donormateriaal (code 5.1.1 tot en met 5.1.4). Deze leemten in de counseling worden ook naar voor gebracht bij Söderström-Anttila et al. (2010) waarbij de recipiëntmoeders nood hebben aan een counselor meteen na de geboorte als op het ogenblik dat ze hun kind moeten inlichten betreffende de wijze van donorconceptie. Volgens Carter et al. (2011) dienen psycho-educatieve interventies helpend te zijn, zowel in het omgaan met betrekking tot de infertiliteit als het toekomstgericht werken.

Beide ouderparen menen dat lotgenotencontact meer verrijkend is dan de standaard verkregen informatie bij een bezoek aan de psycholoog (code 5.2.1 en 5.2.2). Ervaringsdeskundigen delen hetzelfde leed en geven bijgevolg kans op het uitwisselen van ervaringen en het verstrekken van bruikbare tips (bv. wanneer en hoe het kind inlichten?) (code 5.2.2.1). Bij Hershberger et al. (2007) stellen de vrouwen de disclosure aanbevelingen gemaakt door de geestelijke gezondheidszorg openlijk in vraag. Sommige ouders in het onderzoek van Hahn en Craft-Rosenberg (2002) rapporteren dat het een persoonlijke keuze betreft onafhankelijk van de gesprekken tijdens de counseling. Andere ouders wensen counseling na de behandeling om hen te begeleiden in hun keuzeprocess. Hierbij markeren Klock en Greenfeld (2004) de belangrijkheid van neutraliteit van de therapeut opdat het koppel zelf tot een beslissing kan komen.



## HOOFDSTUK 2:

### EIGEN REFLECTIES OVER HET ONDERZOEK EN AANBEVELINGEN

Elk onderzoek heeft zijn mogelijkheden en beperkingen. In volgende paragraaf wordt er stilgestaan bij het eigen onderzoek, zowel de sterktes als de zwaktes worden benoemd met aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Het is jammer dat we slechts informatie hebben verkregen van vier geïnterviewden. Op deze manier is het onmogelijk om veralgemeningen te maken naar de gehele bevolking die beroep hebben gedaan op eiceldonatie (Laruelle et al., 2011). Toch is het belangrijk te duiden dat het oorspronkelijke doctoraatsonderzoek van psycholoog-seksuoloog Astrid Indekeu acht personen betrof, namelijk vier ouderparen over een tijdsbestek van vijf jaar. Omwille van pragmatische redenen (bv. de beperkte omvang van een masterproef in de ruimte en in de tijd) en om confidentieel te werk te gaan, is er bewust geopteerd om de belevingen van louter twee ouderparen te exploreren.

Het dient een onderzoek te zijn dat een wetenschappelijke inslag behoudt, maar het blijft een kwetsbaar thema. Er zijn tal van personen die ten eerste niet gemakkelijk praten over hun infertiliteit en ten tweede niet willen teruggaan naar de periode van het geleden verdriet, eens er een gezin gesticht is. Daarenboven bestaat er geen genezing voor infertiliteit waardoor een moeder achtervolgd blijft worden door haar aandoening die haar hele persoonlijkheid raakt. Rekening houdend met deze gedachten en gevoelens is het vanzelfsprekend dat de participatiegraad niet hoog is. Daarnaast zijn er ouders die de wijze van conceptie niet willen bekend maken aan hun nageslacht. Het participeren aan onderzoek dat dergelijke invalshoek nader bestudeert, weerhoudt deze ouders om deel te nemen (Gottlieb et al., 2000; Klock & Greenfeld, 2004; Nachtigall et al., 1997; Söderström-Anttila et al., 2010; Yee et al., 2011).

Een sterkte aan deze masterproef is het longitudinale karakter van het onderzoek. Het geeft rijke gedetailleerde narratieve descripties (Blake et al., 2012). Wij zijn erin geslaagd om uitvoerige antwoorden te krijgen met betrekking tot het genetisch ouderschap, bekeken vanuit het standpunt van de recipiëntmoeder. Een extra pluspunt in ons onderzoek is de bijdrage van de vader in de beleving van het ouderschap na de eiceldonatie. Tot op heden is de stem van de vader summier onderzocht geweest.

Voor toekomstig onderzoek raden wij aan om nog dieper in te gaan op de ervaring van de mogelijke asymmetrie in het ouderschap. In de literatuur wordt het ouderschap veelal beperkt tot de communicatie over infertiliteit naar de buitenwereld en het kind toe. Wij adviseren om zich te richten op het verwerkingsproces van zowel de onvruchtbare vrouw als haar partner, om vervolgens het belang van erfelijkheid nader te bestuderen bij de genetische vader. In ons eigen onderzoek werd er naar het laatstgenoemde geen verwijzingen gemaakt. Er werd slechts vermeld dat de vader het genetisch ouderschap als gelijkwaardig beschouwt met het biologisch-sociaal ouderschap van de recipiëntmoeder. Wij vinden dat dit in verder onderzoek nader bekeken moet worden.

Wij hebben ons beperkt te schrijven over de ervaringen van de ouderparen. Het zou interessant zijn om ook de belevingen van preadolescentnakomelingen te onderzoeken.

In België is het heden ten dage niet toegelaten dat de wensouders toegang krijgen tot een aantal uiterlijke en/of persoonlijkheidskenmerken van de doneuze, zonder dat dit leidt tot het achterhalen van diens identiteit. Tevens is het niet mogelijk dat het kind, eens hij of zij achttien jaar is, contact opneemt met de donor (Laruelle et al., 2011). Doch is er een trend op te merken naar meer openheid. Eiceldonatie volgt niet de historische praktijk van anonimiteit bij KID (Kunstmatige Inseminatie met Donorzaad). Een verklaring hiervoor is het gestegen publiek bewustzijn en het comfort met medisch begeleide voortplantingstechnieken (Robinson et al., 1991). Haimes omschreef reeds in 1993 het verschil tussen eiceldonatie en spermadonatie. Eiceldonatie wordt gezien in een familiale, klinische en asexuele omgeving. Daartegenover staat spermadonatie in een individualistische ongeregelde context van dubbelzinnige seksuele connotatie. Het is vandaar dat eiceldonatie beoordeeld wordt als 'minder schandelijk'. Bijgevolg wijzigt de houding ten aanzien van anonimiteitskwesies als behandelingsprogramma's makkelijker met eiceldonatie omgaan (Braverman, 1993). Door het gegeven dat eiceldonatie meer sociaal aanvaard is, wordt er verwacht dat men meer open is. Redenen voor deze verwachtingen zijn: de compensatie van zwangerschap en bevalling voor de afwezigheid van de genetische band met het kind, of het groter aantal gekende donoren bij eiceldonatie in vergelijking met spermadonatie (Murray & Golombok, 2003; Vayena & Golombok, 2012). Sociale beleidsmakers ijveren voor meer openheid daar het gunstiger zou zijn voor het kind (Golombok, 1997). Toch zou er ook een manier moeten gevonden worden om het recht van de ouders te respecteren die geen intentie hebben om het kind in te lichten.

Met het benoemen van de lacunes in de counseling omtrent eiceldonatie en het belang van oudergroepen, zowel in de literatuur als in ons eigen kwalitatief onderzoek, hopen wij dat de toekomstige praktijk van psychologische begeleiding bij deze gezinnen hervormd wordt rekening houdend met het aanbieden van zorg op maat.

# BESLUIT

*“There is only one image in this culture of the ‘good mother’... She loves her children completely and unambivalently”*

(Jane Lazarre in Porter & Cervantes, 2006)

In deze masterproef werd getracht een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag: *“Hoe praten partners over het ouderschap na eiceldonatie? Wat is de beleving van de asymmetrie in het ouderschap”*. De focus van onze studie ging uit naar de beleving van het ouderschap door de moeder die zwanger werd met behulp van een eicel van een doneuze via wisseldonatie. Hierbij speelt tevens de partner, die genetisch verwant is, een voorname rol in het ouderschap.

Aan de hand van een kwalitatief onderzoek door middel van ongestructureerde diepte-interviews met een longitudinaal karakter verkregen wij gedetailleerde beschrijvingen van ouders die beroep hebben gedaan op de vruchtbaarheidsbehandeling met eiceldonatie. De twee ouderparen werden gezamenlijk en apart geïnterviewd over drie tijdstippen (T1: tijdens het laatste trimester van de zwangerschap – T2: 3 maanden na de geboorte – T3: 1,5 – 2 jaar na de geboorte). Met deze techniek was het mogelijk om veranderingen doorheen de tijd op te sporen: enerzijds binnen het koppel op één tijdstip en over de tijd heen, anderzijds tussen de koppels.

Gedurende de gehele masterproef, zowel in het literatuurgedeelte als in het eigen onderzoek, kwamen vijf grote thema's aan bod: onvruchtbaarheid, eiceldonatie, ouderschap, communicatie over donorconceptie en counseling.

*Hoe praten partners over het ouderschap na eiceldonatie?*

In het verwerkingsproces met betrekking tot de infertiliteit van de vrouw, hanteren de moeders en de vaders verscheidene copingstrategieën. In tegenstelling tot de vrouwen die hun gevoelens naar buiten brengen door te huilen en te praten (openlijk), verwerken de vaders het verdriet eerder op zichzelf zonder toedoen van buitenaf (gesloten) en zoeken zij naar een technische oplossing om de onvruchtbaarheid van hun vrouw te omzeilen. De moeders praten meer over hun infertiliteit en eiceldonatie met buitenstaanders ten opzichte van de vaders. Echter, wanneer het gezin gevormd is, blijkt de moeder minder behoefte te hebben om het donorverhaal naar buiten te brengen. Doch blijft het verlies van vruchtbaarheid het dagelijkse leven van deze vrouwen beïnvloeden. Er worden opmerkingen door anderen gemaakt over de gelijkenissen en verschillen tussen moeder en kind. Deze moeders zijn enorm kwetsbaar voor uitspraken zoals “het lijkt echt niet op u hé”. Het doet hen pijn en ze verschuilen zich achter een gekunstelde glimlach.

Beide ouderparen geven aan nood te hebben aan een goedgevormde psychologische begeleiding en duiden op de meerwaarde van oudergroepen waarin ze als lotgenoten elkaar kunnen steunen en van elkaar kunnen leren.

#### *Wat is de beleving van de asymmetrie in het ouderschap?*

De ouders in ons onderzoek ervaren geen asymmetrie in het ouderschap. De moeders zijn niet genetisch gelinkt, maar zijn wel biologisch verbonden door het zwanger zijn en het leven geven aan het kind door middel van de geboorte. Beide vaders beleven het genetisch (en sociaal-biologisch) ouderschap van de man gelijkwaardig met het sociaal-biologisch ouderschap van de vrouw. Het is 'hun' kind omdat zij samen verantwoordelijk zijn voor de opvoeding van het kind. Doch ervaren deze moeders, in vergelijking met moeders na een natuurlijke zwangerschap, meerdere bezorgdheden zowel tijdens de zwangerschap als wanneer het kind lijfelijk aanwezig is. Zo worden zij geconfronteerd met multipale complicaties en faalervaringen bij het zwanger zijn en na de bevalling. Tijdens het opvoedingsgebeuren voelen zij zich meer ongerust. Ze zijn bang om later als moeder afgewezen te worden. De vaders benadrukken de nodige steun te verlenen mocht het ooit zover komen. De angst bij de moeders wordt versterkt door de bezorgdheid om het kind al dan niet te informeren over zijn of haar afkomst. De ouderparen zijn in eerste instantie van mening dat het kind het recht heeft op de waarheid: het kind wordt ingelicht. Bij het laatste interview geeft één moeder aan te twifelen of het vertellen wel de moeite waard is. In het andere gezin wordt de boodschap zeer complex aldaar er gebruik gemaakt is van twee verschillende doneuzes waardoor de nakomelingen niet volledig verwant zijn met elkaar.

#### *Tot slot*

Om op een wetenschappelijke wijze te kijken naar het ouderschap na eiceldonatie hebben wij artificieel thema's uit elkaar gehaald om ze daaropvolgend terug aan elkaar te weven. Graag willen wij de lezer op het hart drukken dat dit een uitermate gevoelig onderwerp is waarbij alle kleine onderdelen voortdurend in interactie met elkaar staan. In de literatuur is er tot op heden weinig gesproken over de beleving van een mogelijke asymmetrie binnen het ouderschap. De teruggevonden rapportages handelen voornamelijk over het keuzeproces om de donorconceptie al dan niet te vertellen aan het kind. Daarenboven heeft men meestal geen kennis over de langetermijngevolgen. De stem van het kind of de jongere wordt buiten beschouwing gelaten. Naast deze lacune, is er onze bezorgdheid over de psychologische begeleiding van deze ouderparen. Het counselen moet inboeten op het wetenschappelijk onderzoek wat betreft fertiliteit. Er zijn te weinig middelen en een tekort aan psychologen die specifiek opgeleid zijn om deze personen te helpen in het omgaan met hun infertiliteit en in het toekomstgericht werken. Elk ziekenhuis of fertiliteitscentrum zou een vast protocol moeten kunnen voorleggen afgestemd op de bijzondere behoeftes van deze ouderparen.

# REFERENTIES

- Afdeling Reproductieve Geneeskunde UZ Gent. (2009). *Info voor de acceptor. Eiceldonatie: een bouwsteen voor een nieuw leven* [Brochure]. Gent: UZ Gent.
- Ahuja, K., Simons, E.G., Fiamanya, W., Dalton, M., Armar, N.A., Kirkpatrick, P. & et al (1996). Egg-sharing in assisted conception: ethical and practical considerations. *Human Reproduction*, 11, 1126-1131.
- Applegarth, L., Goldberg, N., Cholst, I., McGoff, N., Fantini, D., Zellers, N. et al. (1995). Families created through ovum donation: a preliminary investigation of obstetrical outcome and psychosocial adjustment. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 12, 574-580.
- Applegarth, L. & Riddle, M. (2007). What do we know and what can we learn from families created through egg donation? *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 6, 90-96.
- Baetens, P., Devroey, P., Camus, M., Van Steirteghem, A.C. & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2000). Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Human Reproduction*, 15, 476-484.
- Bartlett, J.A. (1991). Psychiatric issues in non-anonymous oocyte donation. *Psychosomatics*, 32, 433-437.
- Bayle, G. (2003). *L'embryon sur le divan: psychopathologie de la conception humaine*. Paris: Masson.
- Becker, G. (2000). *The elusive embryo: how men and women approach new reproductive technologies*. Berkley: University of California Press.
- Belgian Register for Assisted Reproduction (2011). *Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy*. Belgium 2014 [Intern document]. Bonheiden: Imelda ziekenhuis.
- Bertrand-Servais, M., Letur-Könirsch, H., Raoul-Duval, A. & Frydman, R. (1993). Psychological considerations of anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, 8, 874-879.
- Bjørnholt, M. & Farstad G.R. (2012). 'Am I rambling?' On the advantages of interviewing couples together. *Qualitative Research* 2014, 14, 3-19.
- Blake, L., Casey, P., Jadva, V. & Golombok, S. (2012). Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: a follow-up study. *Reproductive BioMedicine Online*, 25, 678-683.
- Blake, L., Casey, P., Readings, J., Jadva, J. & Golombok, S. (2010). 'Daddy ran out of tadpoles': how parents tell their children that they are donor conceived and what their 7-year-olds understand. *Human Reproduction*, 25, 2527-2534.
- Boivin, J., Scanlan, L.C. & Walker, S.M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction*, 14, 1384-1391.
- Brucker, P.S. & McKenry, P.C. (2004). Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 597-603.
- Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R.E. & Rosenwaks, Z. (2011). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertility and Sterility*, 95, 711-716.
- Centrum voor Reproductieve Geneeskunde UZ Brussel (2014). *Er zit meer in u!* Opgehaald 9 juni 2014, van <http://www.eiceldonor.be>

- Charmaz, K. (2000). Constructivist and objectivist grounded theory. In N., Denzin & Y., Lincoln, Y. (Eds.) *Handbook of qualitative research* (pp. 509-535). California: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. UK: Sage.
- Chen, T.H., Chang, S.P., Tsai, C.F. & Juang, K.D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19, 2313-2318.
- Cochini, A., Letur-Könirsch, H., Granet, P., Wainer, R. & Cupa, D. (2011). Le vécu des patientes et les représentations maternelles au fil des étapes d'un don d'ovocytes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39, 533-537.
- Colpin, H. (1994). *Het opvoeden van een kind na medisch begeleide bevruchting. Onderzoeksinstrumentarium* [Intern onderzoeksrapport]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Gezinspedagogiek.
- Daniels, K., (1997). The controversy regarding privacy versus disclosure among patients using donor gametes in assisted reproductive technology. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14, 373-375.
- Daniels, K., Gillet, W. & Grace, V. (2009). Parental information sharing with donor insemination conceived offspring: a follow-up study. *Human Reproduction*, 5, 1099-1105.
- Daniluk, J.C. & Hurtig-Mitchell, J. (2003). Themes of hope and healing: infertile couples' experiences of adoption. *Journal of Counselling and Development*, 18, 389-399.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2008). *The landscape of qualitative research*. US: Sage.
- De Rop, C. (2012). *Cursus gynaecologie* [Cursustekst]. Lier: Hogeschool Thomas More Lier.
- De Verdwaalde Ooievaar vzw // Netwerk Fertiliteit (2014). *De verdwaalde ooievaar*. Opgejaald 9 juni 2014, van <http://www.deverdwaaldeooievaar.be>
- Dhillon, R., Cumming, C.E. & Cumming, D.C. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74, 702-706.
- D'Hooghe, T. (2013). *Onderzoek en behandeling van verminderde vruchtbaarheid* [Cursustekst]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- D'Hooghe, T., Enzlin, P. & Vanderschueren, D. (2005). *Baby's gevraagd! Over de mogelijkheden en beperkingen van vruchtbaarheidsbehandelingen*. Leuven: Acco.
- Dienst communicatie UZ Leuven (2012). *Leuvens universitair fertiliteitscentrum: informatie voor patiënten* [Brochure]. Leuven: UZ Leuven.
- Domar, A., Zuttermeister, P.C. & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14, 45-52.
- Donkor, E.S. & Sandall, J.(2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science and Medicine*, 65, 1683-1694.
- Donorfamilies vzw (2013). *Hallo, welkom bij vzw Donorfamilies!* Opgehaald 9 juni 2014, van <http://www.donorfamilies.be>
- Dulitzski, M., Soriano, D., Schiff, E., Chetrit, A., Mashiach, S. & Seidman, D.S. (1998). Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 92, 935-939.
- Edwards, R. (1991). New conceptions: biosocial innovations and the family. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 349-360.

- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V. & Garzaro, L., (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17, 2986-2994.
- Ferraretti, A.P., Goossens, V., Kupka, M., Bhattacharya, S., de Mouzon, J., Castilla, J.A. et al. (2013). Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 28, 2318-2331.
- Firestone, W.A. (1993). Alternative arguments for generalizing from data as applied to qualitative research. *Educational Researcher*, 22, 16-23.
- Franklin, S. (1997). *Embodied progress: a cultural account of assisted conception*. UK: Routledge.
- Freya vzw (2013). *Vereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen*. Opgehaald 14 juli 2014, van <http://www.freya.nl>
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. US: Aldine de Gruyter.
- Golombok, S. (1997). Parenting and secrecy issues related to children of assisted reproduction. *Journal of Assisted and Reproductive Genetics*, 14, 375-378.
- Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G. & Jadvá, V. (2013). Children born through reproductive donation: A longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 653-660.
- Golombok, S., Jadvá, V., Lycett, E., MacCallum, F. & Rust, J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human Reproduction*, 21, 1918-1924.
- Golombok, S., Jadvá, V., Lycett, E., Murray, C. & MacCallum, F. (2005). Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Human Reproduction*, 20, 286-293.
- Golombok, S., Lycett, E., MacCallum, F., Jadvá, V., Murray, C., Rust, J. et al. (2004). Parenting infants conceived by gamete donation. *Journal of Family Psychology*, 18, 443-452.
- Golombok, S., Murray, C., Brinsden, P. & Abdalla, H. (1999). Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 519-527.
- Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Mellish, L., Marks, A. et al. (2011). Children conceived by gamete donation: psychological adjustment and mother-child relationships at age 7. *Journal of Family Psychology*, 25, 230-239.
- Gottlieb, C., Lalos, O. & Lindblad, F. (2000). Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples' attitudes. *Human Reproduction*, 9, 2052-2056.
- Greenfeld, D.A., Greenfeld, D.G., Mazure, C., Keefe, D. & Olive, D. (1998). Do attitudes toward disclosure in donor oocyte recipients predict the use of anonymous versus directed donation? *Fertility and Sterility*, 70, 1009-1014.
- Greenfeld, D.A. & Klock, S.C. (2004). Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertility and Sterility*, 81, 1565-1571.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychosocial distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45, 1679-1704.
- Hahn, S.J. & Craft-Rosenberg, M. (2002). The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 283-293.
- Haimes, E., 1993. Theory and methodology in the analysis of the policy process: a case study of the Warnock Committee on Human Fertilization and Embryology. In M., Hill, (Ed.), *New Agendas in the Study of the Policy Process* (pp.152-175). Hemel Hemstead, Harvester Wheatsheaf.

- Hallebone, E. (1991). Non-genetic mothers and their 'own' children: infertility and IVF donor birth. *Australian Journal of Social Issues*, 25, 122-136.
- Hansen, M., Kurinczuk, J.J., Bower, C. & Webb, S. (2002). The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. *The New England Journal of Medicine*, 346, 725-732.
- Hargreaves, K. (2006). Constructing families and kinship through donor insemination. *Sociology of Health & Illness*, 28, 261-283.
- Harrison, J., Maguire, P. & Pitceathly, C. (1995). Confiding in crisis: gender differences in pattern of confiding among cancer patients. *Social Science and Medicine*, 41, 1255-1260.
- Heineman, M.J., Bleker, O.P., Evers, J.L.H. & Heintz, A.P.M. (2005). *Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens* (5<sup>e</sup> druk). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2011). *Qualitative research methods*. London: Sage.
- Hershberger, P. (2007). Pregnant, donor oocyte recipient women describe their lived experience of establishing the 'Family lexicon'. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 36, 161-167.
- Hershberger, P., Klock, S.C. & Barnes, R.B. (2007). Disclosure decisions among pregnant women who received donor oocytes: a phenomenological study. *Fertility and Sterility*, 87, 288-296.
- Huys, J., Evers-Kiebooms, G. & d'Ydewalle, G. (1992). Decision making in the context of genetic risk: the use of scenarios. *Birth Defects Original Article Series*, 28, 17-20.
- Indekeu, A. (2013a). *Gametendonatie: ethische visies* [Powerpoint]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Indekeu, A. (2013b). *Parenthood by donor conception. Exploring (intended) parents' experiences and disclosure behaviour*. Doctoral dissertation, KU Leuven, 2013.
- Indekeu, A., D'Hooghe, T., De Sutter, P., Demyttenaere, K., Vanderschueren, D., Vanderschot, B & et al. (2012). Parenthood motives, well-being and disclosure among men from couples ready to start treatment with intrauterine insemination using their own sperm or donor sperm. *Human Reproduction*, 27, 159-166.
- Instituut Samenleving & Technologie (2009). *Fertiliteitsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie* [Brochure]. Brussel: Vlaams Parlement.
- Jadva, V., Casey, P., Readings, J., Blake, L. & Golombok, S. (2011). A longitudinal study of recipients' views and experiences of intra-family egg donation. *Human Reproduction*, 26, 2777-2782.
- Kirkland, A., Power, M., Burton, G., Baber, R., Studd, J. & Abdalla, H. (1992). Comparison of attitudes of donors and recipients to oocyte donation. *Human Reproduction*, 7, 355-357.
- Kirkman, M. (2008a). Being a 'real' mum: motherhood through donated eggs and embryos. *Women's Studies International Forum*, 31, 241-248.
- Kirkman, M. (2008b). Egg and embryo donation and the meaning of motherhood. *Women and Health*, 38, 1-18.
- Klock, S.C. & Greenfeld, D.A. (2004). Parents' knowledge about the donors and their attitudes toward disclosure in oocyte donation. *Human Reproduction*, 19, 1575-1579.
- Klock, S.C., Jacob, M.C. & Maier, D. (1994). A prospective study of donor insemination recipients, secrecy, privacy and disclosure. *Fertility and Sterility*, 62, 477-484.
- Konrad, M. (2005). *Nameless relations: anonymity, melanesia and reproductive gift exchange between British ova donors and recipients*. New York: Berghahn Books.



- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Lalos, A., Gottlieb, C. & Lalos, O. (2007). Legislated right for donor-insemination children to know their origin: a study of parental thinking. *Human Reproduction*, 22, 1759-1768.
- Landau, R. (1998). The management of genetic origins: secrecy and openness in donor assisted conception in Israel and elsewhere. *Human Reproduction*, 13, 3268-3273.
- Laruelle, C., Place, I., Demeestere, I., Englert, Y. & Delbaere, A. (2011). Anonymity and secrecy options of recipient couples and donors, and ethnic origin influence in three types of oocyte donation. *Human Reproduction*, 26, 382-390.
- Lessor, R. (1993). All in the family: social processes in ovarian egg donations between sisters. *Sociology of Health and Illness*, 15, 393-413.
- Lindblad, F., Gottlieb, C. & Lalos, O. (2000). To tell or not to tell? What parents think about telling their children that they were born following donor insemination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 193-203.
- MacDougall, K., Becker, G., Scheib, J.E. & Nachtigall, R.D. (2007). Strategies for disclosure: how parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes. *Fertility and Sterility*, 87, 524-533.
- Millheiser, L.S., Helmer, A.E., Quintero, R.B., Westphal, L.M., Milki, A.A. & Lathi, R.B. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and Sterility*, 94, 2022-2025.
- Monach, J.H. (1993). *Childless: no choice. The experience of involuntary childlessness*. UK: Routledge.
- Montazeri, A. (2007). Infertility and health related QOL: a mini review of the literature. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 1, 55-58.
- MSD Be Well (2011). *KinderWens.be*. Opgehaald 9 juni 2014, van <http://www.kinderwens.be/onvruchtbaarheid/belangrijkste-oorzaken-van-vrouwelijke-onvruchtbaarheid>
- Murray, C. & Golombok, S. (2003). To tell or not to tell: the decision-making process of egg-donation parents. *Human Fertility*, 6, 89-95.
- Murray, C., MacCallum, F. & Golombok, S. (2006). Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years. *Fertility and Sterility*, 85, 610-618.
- Nachtigall, R.D., Pitcher, L., Tschann, J.M., Becker, G. & Szkupinski Quigora, S. (1997). Stigma, disclosure and family functioning among parents of children conceived through donor insemination. *Fertility and Sterility*, 68, 83-89.
- Olshansky, E.F. (1987). Identity of self as infertile: an example of theory generating research. *Advances in Nursing Science*, 9, 54-63.
- Pennings, G. (1997). The 'double track' policy for donor anonymity. *Human Reproduction*, 12, 2839-2844.
- Pennings, G. (2007). Decision-making authority of patients and fertility specialists in Belgian law. *Reproductive BioMedicine Online*, 15, 19-23.
- Pettee, D. & Weckstein, L. (1993). A survey of parental attitudes toward oocyte donation. *Human Reproduction*, 8, 1963-1965.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1451-1458.

- Porter, D. & Cervantes, G. (2006). *All about mom: from Mark Twain to Maya Angelou: insights, thoughts, and life lessons on motherhood*. Avon: Adams Media.
- Raoul-Duval, A., Letur-Könirsch, H. & Frydman, R. (1992). Anonymous oocyte donation: a psychological study of recipients, donors and children. *Human Reproduction*, 7, 51-54.
- Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N. & Ashrafi, M. (2008). Health-related QOL in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, 8, 186.
- Readings, J., Blake, L., Casey, P., Jadva, V. & Golombok, S. (2011). Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive BioMedicine Online*, 22, 485-495.
- Repokari, L., Punamäki, R.L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J. et al. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22, 1481-1491.
- Rumball, A. & Aidar, V. (1999). Telling the story: parents' scripts for donor offspring. *Human Reproduction*, 14, 1392-1399.
- Salha, O., Sharma, V., Data, T., Nugent, D., Rutherford, A.J., Tomlinson, A.J. et al. (1999). The influence of donated gametes on the incidence of hypertensive disorders of pregnancy. *Human Reproduction*, 14, 2268-2273.
- Sandelowski, M. (1991). Compelled to try: the never-enough quality of conceptive technology. *Medical Anthropology Quarterly*, 5, 29-47.
- Scheib, J.E., Riordan, M. & Shaver, P.R. (2001). Choosing between anonymous and identity-release sperm donors: recipient and donor characteristics. *Reproductive Technologies*, 10, 50-58.
- Seal, C. (1991). Quality in qualitative research. *Qualitative inquiry*, 5, 465-478.
- Shaw, K.J. & Sauer, M.V. (1995). Obstetric care of surrogates and recipients of donor oocytes. *Seminars in Reproductive Endocrinology*, 13, 237-243.
- Sheffer-Mimouni, G., Mashiach, S., Dor, J., Levrán, D. & Seidman, D. (2002). Factors influencing the obstetric and perinatal outcome after oocyte donation. *Human Reproduction*, 17, 2636-2640.
- Shehab, D., Duff, J., Pasch, L.A., MacDougall, K., Scheib, J.E. & Nachtigall, R.D. (2008). How parents whose children have been conceived with donor gametes make their disclosure decision: contexts, influences, and couple dynamics. *Fertility and Sterility*, 89, 179-187.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction (third ed.)*. London: Sage.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage.
- Snowdon, C. (1994). What makes a mother? Interviews with women involved in egg donation and surrogacy. *Blackwell Scientific Publications, Inc.*, 21, 77-84.
- Söderström-Anttila, V. (2001). Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Human Reproduction Update*, 7, 28-32.
- Söderström-Anttila, V., Foudila, T. & Hovatta, O. (2001). Oocyte donation in infertility treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 191-199.
- Söderström-Anttila, V., Sajaniemi, N., Tiitinen, A. & Hovatta, O. (1998). Health and development of children born after oocyte donation compared with that in those born after in vitro fertilization, and the parents' attitudes regarding secrecy. *Human Reproduction* 1998, 13, 2009-2015.

- Söderström-Anttila, V., Sälevaara, M. & Suikkari, A.M. (2010). Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Human Reproduction*, 25, 2535-2542.
- Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J. & Dillon, L. (2003). *Quality in qualitative evaluation: a framework for assessing research evidence*.
- Stoop, D., Baumgarten, M., Haentjens, P., Polyzos, N., De Vos, M., Verheyen, G. et al. (2012). Obstetric outcome in donor oocyte pregnancies: a matched-pair analysis. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2012, 10, 1-9.
- Stuart-Smith, S.J., Smith, J.A. & Scott, E.J. (2011). Treatment decision making in anonymous donor egg in-vitro fertilisation: a qualitative study of childless women and women with genetically related children. *Human Fertility*, 14, 97-105.
- Stuart-Smith, S.J., Smith, J.A. & Scott, E.J. (2012). To know or not to know? Dilemmas for women receiving unknown oocyte donation. *Human Reproduction*, 27, 2067-2075.
- Stumph, A. (1986). Redefining mother: a legal matrix for new reproductive technologies. *Yale Law J*, 96, 187-208.
- Tan, S., Hahn, S., Benson, S., Janssens, O.E., Dietz, T., Kimmig, R. et al. (2008). Psychological implications of infertility in women with a polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 23, 2064-2071.
- Tymstra, T. (2007). 'At least we tried everything': about binary thinking, anticipated decision regret and the imperative character of medical technology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28, 131.
- Van Berkel, D., Candido, A. & Pijffers, W.H. (2007). Becoming a mother by non-anonymous egg donation: secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, 97-104.
- Van Zwieten, M. & Willems, D. (2004). Methodologie van kwalitatief onderzoek: waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 47, 631-635.
- Vayena, E. & Golombok, S. (2012). Challenges in intra-family donation. In M., Richards, G., Pennings & J. Appleby (Eds.), *Reproductive donation* (pp.168-188). Cambridge: Cambridge University Press.
- Verschelden, G. (2004). *Algemene praktische rechtsverzameling: afstamming*. Mechelen: Kluwer.
- Wang, J.X., Knottnerus, A.M., Schuit, G., Norman, R.J., Chan, A. & Dekker, G.A. (2002). Surgically obtained sperm, and risk of gestational hypertension and pre-eclampsia. *Lancet*, 359, 673-674.
- Weil, E., Cornet, D., Sibony, C., Mandelbaum, J. & Salat-Baroux, J. (1994). Psychological aspects in anonymous and non-anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, 9, 1344-1347.
- Weiss, J.L., Malone, F.D., Vidaver, J., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C.H. et al. (2004). Threatened miscarriage: risk factor for poor pregnancy outcome, a population based screening study. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 190, 745-750.
- Wischman, T.H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1868-1876.
- Wrobel, G., Kohler, J., Grotevant, H. & McRoy, R. (2003). The Family Adoption Communication (FAC) Model: identifying pathways of adoption related communication. *Adoption Quarterly*, 7, 53-84.
- Xiong, X., Saunders, L.D., Wang, F.L. & Demianczuk, N.N. (2001). Gestational diabetes mellitus: prevalence, risk factors, maternal and infant outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 221-228.
- Yee, S., Blyth, E. & Tsang, A.K.T (2011). Views of donors and recipients regarding disclosure to children following altruistic known oocyte donation. *Reproductive BioMedicine Online*, 23, 851-859.

# BIJLAGEN

**Bijlage 1: Tabel ESHRE**

**Bijlage 2: Omschrijving van het eigen onderzoek en de geïnformeerde toestemming**

**Bijlage 3: Advertentie in magazine 'Libelle'**

**Bijlage 4: Vragen bij weigering**

**Bijlage 5: CODEBOOM**

**Bijlage 6: Frequenties van codes**

**Bijlage 7: Transcripties op cd-rom**

# Bijlage 1: Tabel ESHRE

**Table 1 ART in European countries in 2009.**

country	Treatment cycles										Cycles/million <sup>a</sup>		
	IVF	ICSI	FER	ED	IVM	PGD	FOR	All	Women 15-45	Population			
Austria	26	1128	4638	511				6277	3750	765			
Belgium	18	4377	13 425	8409	1463			27 674	13 173	2574			
Bulgaria	17	431	1190	124	52		0	1797					
Croatia	12	1495	2367	218			216	4296	4819	957			
Cyprus	8	303	976	142				1421	5738	1310			
Czech Republic	30	2990	9640	4443	1883		475	19 431	9019	1903			
Denmark	19	6371	5167	3116	230		108	14 992	14 160	2726			
Finland	19	2621	1970	3245	404		19	8637	8967	1645			
France	106	21 123	35 111	17 153	641		393	74 475	6022	1153			
Germany	121	11 664	37 772	17 913				67 349	4378	823			
Greece	50	335	1658	210	103		4	2310					
Hungary	12	1230	5088	664	61		25	7068	3437	706			
Iceland	1	275	188	217	126		0	806					
Ireland	7	1987	1328	744	6		0	4065					
Italy	200	8407	39 504	1019			3102	52 032	4338	861			
Kazakhstan	10	691	250	295	214		20	1474					
Latvia	4	208	287	199	68			762					
Lithuania	4	61	54	16				131					
Macedonia	4	647	1325	66	27			2065	4531	999			
Moldova	1	255	370	0	0		0	625	728	166			
Montenegro	3	51	397	34				482	3334	717			
Norway	11	3139	3314	2076	15			8544	9300	1833			
Poland	31	285	7566	3534	272		280	12 068					
Portugal	24	1475	3405	804	274		107	6077	2796	568			
Romania	12	606	323	110	13			1052					
Russia	102	19 005	13 755	5456	2190		555	42 110					
Serbia	12	291	941					1232					
Slovenia	3	937	2001	719	14		6	3680	9002	1835			
Spain	166	4494	28 734	7901	10 982		1706	54 266					
Sweden	16	5797	5767	4893	140		117	16 714	9591	1845			
Switzerland	26	996	4201	3902				9099					
The Netherlands	13	8621	8148	5292				22 061	6849	1338			
Ukraine	21	2858	3057	1323	704		135	8077					
United Kingdom	70	20 467	22 167	9405	1737		439	54 314	4386	876			
All	1179	135 621	266 084	104 153	21 604		4389	537 463	5455	1067			

Treatment cycles in IVF and ICSI refer to initiated cycles. For Austria, Belgium, France, Germany, Iceland, Kazakhstan and Lithuania, treatment cycles refer to aspirations. For Austria in 833 cycles and for Germany in 692, it is not known whether IVF or ICSI was performed. For Belgium, there are 754 extra-aspiration cycles for which it is not known whether IVF or ICSI was performed.

Treatment cycles in FER refer to thawings. For Finland, France, Hungary and The Netherlands, treatment cycles refer to transfers.

Treatment cycles in ED refer to donation cycles and contain fresh and frozen cycles. For France, Iceland, Kazakhstan and Sweden, fresh ED treatment cycles refer to aspirations. For Iceland, Ireland, Kazakhstan, Slovenia, Spain and the UK, frozen ED treatment cycles refer to aspirations.

Treatment cycles in PGD contain both fresh and frozen cycles and refer to initiated cycles in the fresh cycles and aspirations in the frozen cycles. For Kazakhstan, fresh PGD cycles refer to aspirations. For France, frozen PGD treatment cycles refer to transfers. Treatment cycles in IVM refer to thawings. Treatment cycles in FOR refer to thawings. For Finland, ICSI, intracytoplasmic sperm injection; IVM, in vitro maturation; PGD, preimplantation genetic diagnosis.

<sup>a</sup>Cycles per million calculated for the countries with 100% clinics participating.

## **Bijlage 2:**

**Omschrijving van het eigen onderzoek en de geïnformeerde toestemming**



Beste dhr & mevr. ....,

Onder leiding van Prof. T. D'Hooghe (Leuvens Universitair Fertiliteitscentrum), Prof. P. Rober (Context, centrum voor relatie-, gezins-, en sekstherapie K.U.Leuven) en Prof. K. Dierickx (Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht K.U.Leuven), doe ik mijn doctoraatsonderzoek naar 'communicatie over donorconceptie, zowel binnen het koppel als naar derden'.

In de praktijk ervaren we dat zowel het behandelteam als paren, die met behulp van eicel-, zaadcel- of embryodonatie hun gezin vormen, geconfronteerd worden met fundamentele en uitdagende vragen. Met deze studie willen we beter begrijpen hoe, met wie, op welke manier partners praten over de conceptie met donormateriaal. Het is de grootste zorg van de artsen, vroedvrouwen, psychologen en overige hulpverleners van het behandelteam om ervoor te zorgen dat de begeleiding zo goed mogelijk is afgestemd op de noden van de paren zelf, die beroep doen op een fertiliteitscentrum. Deze studie helpt ons de fertiliteitscounseling verder te optimaliseren, waardoor toekomstige paren met meer kennis en vertrouwen deze keuze tegemoet kunnen gaan, hetgeen het verwerkingsproces en de relatie tussen de partners en het toekomstig kind positief kan beïnvloeden. Daar hebben wij uw hulp en ervaringen bij nodig.

De bijgevoegde brochure bevat informatie over de achtergrond, de doelstellingen en het verloop van het onderzoek. Daarnaast wordt ook informatie gegeven over wat u van het onderzoek kunt verwachten en welke uw rechten zijn indien u aan het onderzoek deelneemt. Neem alstublieft de tijd om de volgende informatie zorgvuldig door te lezen alvorens u beslist om deel te nemen.

Wij willen u alvast bedanken voor de tijd en moeite die u neemt om deze brochure door te nemen. Uw deelname is heel waardevol voor ons. Indien u bij het lezen van deze informatie bijkomende vragen of opmerkingen heeft, dan horen wij dit graag. Wij zijn bereikbaar op de volgende telefoonnummers: 016/33.29.22 (Astrid Indekeu), 016/336951 (secretariaat) of het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, of per mail: Astrid.Indekeu@med.kuleuven.be .

Alvast hartelijk dank voor uw tijd en hopelijk tot ziens!

Astrid Indekeu, onderzoeker

Prof. Peter Rober, promotor

Prof. Thomas D'Hooghe, co-promotor

Prof. Kris Dierickx, co-promotor



**UZ  
LEUVEN**

**Gynaecologie en Verloskunde**  
Leuven universitair fertiliteitscentrum



## Communicatie over donorconceptie

### Informatiebrochure voor de deelnemers

Studie in het kader van een doctoraatsproject 'gameten-, en embryodonatie: tussen sociaal en biologisch ouderschap' uitgevoerd aan het centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de Katholieke Universiteit Leuven.

Onderzoeker: Astrid Indekeu

Promotor: Prof. Peter Rober

Co-promotoren: Prof. Dr Thomas D'Hooghe & Prof. Kris Dierickx





## Voorstelling van de onderzoeker

Mijn naam is Astrid Indekeu en de afgelopen 10 jaar werkte ik als klinisch psychologe en seksuologe op medische afdelingen van ziekenhuizen. Sinds 2009 ben ik verbonden aan het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht aan de Katholieke Universiteit Leuven (CBMER) waar ik momenteel mijn doctoraatsproject voorbereid. Het onderzoek is een gezamenlijk project van het LUFC, CBMER en Context. Het doctoraatsproject, waarbinnen dit onderzoek valt, heeft tot doel meer inzicht te verkrijgen in de begrippen sociaal en biologisch ouderschap n.a.v. de nieuwe vruchtbaarheidsbehandelingen.

Het onderzoek wordt begeleid door Professor Thomas D'Hooghe (LUFC), Professor Peter Rober (Context: centrum voor relatie-, gezins- en sekstherapie) en Professor Kris Dierickx (CBMER).

## Achtergrond van het onderzoek

Je gezin stichten met hulp van zaadcel-, eicel-, of embryodonatie is voor geen enkel heteroseksueel paar hun eerste keuze. Het is een moeilijke beslissing, die tijd vraagt: het doet je nadenken over de ideeën die je hebt over wat je een ouder maakt, de betekenis die je geeft aan de biologische band en opvoeding die je jullie kind wil geven, ... je komt ineens voor allerlei onbekende vragen te staan.

Misschien hoorde jullie van de arts ook pas voor het eerst van het bestaan van deze vruchtbaarheidsbehandeling. Fertiliteitsbehandelingen met donormateriaal zijn nog relatief nieuw en minder bekend. Over deze behandelingsmethode wordt vaak niet openlijk gesproken (in tegenstelling tot vb. adoptie), er hangt nog steeds een taboe rond. Donatie (sperma, eicel of embryo) blijft maatschappelijk een moeilijk bespreekbaar thema. Juist op een moment dat jullie als partners met veel en ingrijpende vragen geconfronteerd worden, blijkt erover praten helemaal niet zo evident. Beslissen om ervoor te gaan is één stap. Beslissen om er al dan niet open over te zijn (naar je omgeving, je kind) een tweede. Beiden zijn echter onlosmakelijk met elkaar verbonden.



Wanneer je vervolgens op zoek gaat naar informatie, is dit ook niet zo eenvoudig: landen verschillen in wetgeving met betrekking tot donorinformatie (vb. anonieme donatie tegen bekende donatie, soort van informatie dat beschikbaar is van de donor, ...), hulpverleners geven verschillende en soms tegengestelde adviezen (wel of niet vertellen aan het kind, op welke leeftijd, hoe, ...), sociale contexten veranderen, etc. Omdat deze behandelingsmethode nog relatief nieuw is en onderzoek naar de psychologische impact eerder gering, is er nog maar weinig bekend. Tot slot kan jullie eigen sociale omgeving, cultuur, geloof verschillend zijn van anderen. Hoe moet je als paar dan tot een antwoord komen op al je vragen?

## Doel van het onderzoek

Omdat er zo weinig informatie beschikbaar is en adviezen soms tegengesteld zijn terwijl hulpverleners juist ervaren dat er veel vragen leven bij de toekomstige ouders, vinden we het belangrijk om meer en grondigere kennis te verkrijgen om zo meer gerichte counseling te kunnen bieden.

Aan de hand van dit onderzoek willen we meer zicht krijgen op de communicatie over donorconceptie: wat vertellen toekomstige ouders aan wie, hoe en wanneer of wat juist niet, etc. Voor sommige wensouders is de beslissing om er open over te zijn heel duidelijk van bij het begin, voor anderen is die beslissing niet zo eenvoudig. Soms zijn partners ervan overtuigd dat het het beste is het te vertellen aan hun kind, maar voelen ze zich emotioneel er niet klaar voor en stelt men het moment waarop men het wil vertellen uit. Soms ondervinden partners dat, hoewel ze het eens waren over de donorconceptie, ze het niet eens zijn over het onderwerp 'het vertellen'. Je denkt er als partners anders over, maar toch moet je tot een gemeenschappelijk standpunt komt. Hoe en met wie praat je er dan over? Hoe kom je tot een besluit?

Het is en blijft een zeer persoonlijke keuze die je maakt maar misschien zou je graag gesteund worden door professioneel advies. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om de begeleiding zoveel mogelijk af te stemmen op de behoeften van de paren die overwegen om beroep te doen op een fertiliteitscentrum.



De onderzoeksresultaten kunnen daarnaast bijdragen aan de internationale wetenschappelijke kennis over de psychologische impact van vruchtbaarheidsbehandelingen met donormateriaal.

## Woordverheldering

**Vruchtbaarheidsbehandeling met donormateriaal:** hieronder worden alle medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen verstaan die beroep doen op zaadcel, eicel- of embryodonatie.

## Verloop van het onderzoek

### Wat u van de studie kunt verwachten

Indien u en uw partner interesse heeft om deel te nemen aan onze studie, zal er, na uw bevestiging, telefonisch een afspraak worden gemaakt voor een interview. Het interview bestaat uit twee delen: een gemeenschappelijk deel en een tweede gedeelte met ieder van u afzonderlijk. Het interview zal ongeveer een uur duren en wordt op audio/video opgenomen. Nadien zal gevraagd worden om met ieder van u afzonderlijk, bepaalde momenten van het interview verder te verduidelijken. De video-opname dient om u te helpen herinneren wat er in het interview aan bod is gekomen. Gezien ieder persoon verschillend is en situaties anders ervaart, willen we elk van jullie in het tweede deel ruimte geven individuele ervaringen te verduidelijken aan de onderzoeker. Dit helpt ons een zo volledig mogelijke beeld te verkrijgen. De onderzoeker zal de informatie uit het individuele gedeelte niet met de andere partner bespreken maar u bent natuurlijk zelf volledig vrij onderling hierover te praten. Het tweede gedeelte van het interview vindt best plaats kort (bv. aansluitend of daags nadien) na het gezamenlijk interview. Wij begrijpen dat wij hiermee een grote tijdsinvestering van u vragen. Om u zo min mogelijk te belasten, is het daarom mogelijk dit interview bij u thuis te laten doorgaan op een tijdstip naar keuze. Het is belangrijk dat u *beiden* deelneemt aan het onderzoek.

We vinden het verrijkend om de ervaringen van u beiden te horen. Tijdens het interview kunt u vragen verwachten over uw persoonlijke ervaringen met betrekking tot communicatie over de



vruchtbaarheidsbehandeling met donormateriaal; hoe u hierover als partners hebt gesproken, maar ook naar derden (uw toekomstig kind, uw familie). U zal voornamelijk gevraagd worden hoe u dit in dagdagelijkse situaties ervaart, beleeft. De rol van de onderzoeker bestaat erin om naar u te luisteren. Er bestaan hierbij geen juiste of foute antwoorden. Er is ook geen één 'correcte manier' om hierover te praten. Alle paren zijn immers verschillend en men zal zijn eigen manier zoeken hoe men omgaat met en vertelt over het ontstaan/de vorming van zijn gezin.

U zal op drie verschillende momenten uitgenodigd worden voor een interview -zoals hierboven beschreven werd- rond week 24 van jullie zwangerschap, na de geboorte en wanneer jullie kind 1 à 2 jaar is.

We zijn juist geïnteresseerd in hoe jullie als paar het gegeven van donorconceptie in het dagdagelijks leven ervaren. Als u op bepaalde vragen niet wil antwoorden, dan vormt dit geen enkel probleem.

Daarnaast zal u gevraagd worden een aantal korte vragenlijsten in te vullen. Dit zal ongeveer een half uur duren en kan gebeuren in de tijd dat uw partner het interview afzonderlijk overloopt. Dit zijn vragenlijsten die uw algemeen en relationeel welbevinden, communicatiepatronen en sociale steun beschrijven. Deze vragenlijsten hebben tot doel de groep van alle deelnemers tezamen te kunnen schetsen.

## Uw rechten als deelnemer aan het onderzoek

### Vrijwillige deelname

De beslissing tot deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. U zult wel gevraagd worden om een formulier van vrijwillige deelname te ondertekenen. U heeft het recht om op elk moment van de studie uw deelname te beëindigen zonder dat u hiervoor verantwoording hoeft af te leggen. Tijdens het interview kunt u ook op elk moment aan de onderzoeker vragen om de bandopname, alsook het gesprek te onderbreken of stop te zetten. U bent niet verplicht om op elke vraag een antwoord te geven. Als u besluit om uw deelname aan het onderzoek te beëindigen, of bedenkingen heeft dan vragen wij om dit zo snel mogelijk aan de onderzoeker te laten weten.

Het wel of niet deelnemen aan de studie, of de beëindiging van uw deelname aan de studie brengt ook geen enkel risico of gevolg voor u mee met betrekking tot uw behandeling in het ziekenhuis.



### **Garantie privacy en vertrouwelijkheid**

Alle informatie die u verstrekt, wordt uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt en zal vertrouwelijk en respectvol worden behandeld. Uw naam en alle andere persoonlijke gegevens blijven tijdens en na het onderzoek geheim. U krijgt door de onderzoeker een codenummer toegewezen. Dit nummer wordt vermeld op de geluids- en videoband met het interview, en op de uitgeschreven tekst van het interview. De lijst met de codenummers en de namen worden op een afzonderlijke plaats bewaard. Enkel de onderzoeker en de promotor hebben toegang tot deze lijst en tot de geluids- en videobanden. De copromotoren van de studie hebben enkel inzage in de gegevens die u ons verstrekt, nadat deze ontdaan werden van identificeerbare gegevens of gecodeerd werden. Deze gegevens worden in geen geval doorgegeven aan derden.

Uw persoonlijke ervaringen zullen samen met ervaringen van andere ouders die eveneens een vruchtbaarheidsbehandeling met donormateriaal volgden, worden gebundeld en geanalyseerd. In wetenschappelijke publicaties van het onderzoek zullen fragmenten uit de interviews worden gebruikt om de resultaten van het onderzoek te staven. Er worden bij deze fragmenten géén persoonlijke namen of andere identificerende gegevens vermeld. Op deze wijze wordt ervoor gezorgd dat herkenning met bestaande personen louter op toeval is berust.

### **Voor- en nadelen van deelname**

Paren die hun kinderwens vervullen met hulp van donormateriaal geven aan dat het niet evident is mensen te ontmoeten die met dezelfde persoonlijke vragen zitten, die je ervaringen herkennen en begrijpen... Sociaal kan men meer of minder een taboe ervaren. Het interview biedt u de mogelijkheid om uw ervaringen te delen met een onderzoeker (klinisch psychologe, seksuologe), die vertrouwd is met de ervaringen en gevoelens die deze behandeling kan oproepen. Het praten met anderen over moeilijke gedachten en gevoelens kan aanvoelen als het nemen van een risico. Sommige mensen geven achteraf aan dat het deugd deed deze gevoelens eens te zeggen, te delen. Deze ervaring kan er ook toe leiden dat men ervaart dat 'het vertellen' uiteindelijk helemaal niet zo verschrikkelijk of moeilijk is, als voorgesteld.

U wordt gevraagd om persoonlijke ervaringen te vertellen. Indien het minder aangename ervaringen of belevingen betreft, kan dit ook mogelijks negatieve gevoelens oproepen of terug oproepen.



Daarom wordt nogmaals benadrukt dat u niet verplicht bent om op elke vraag te antwoorden, en dat u het gesprek op elk moment kan onderbreken of beëindigen zonder reden. Bovendien is er na het interview de mogelijkheid tot napraten met de onderzoeker of tot het plannen van een eventueel vervolgesprek.

### **Vergoeding**

Wij kunnen geen financiële vergoeding voorzien. Wel zult u na beëindiging van het interview, als blijk van waardering, een kleine attentie ontvangen. Indien u dit wenst, willen wij de algemene onderzoeksresultaten na afronding van het doctoraatsproject graag met u delen.

### **Ethische richtlijnen**

Het onderzoeksteam is gehouden aan de wettelijke richtlijnen ter bescherming van persoonlijke gegevens (Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens) en aan de geldende normen en richtlijnen van de plaatselijke commissie voor ethiek. Een gedetailleerd onderzoeksprotocol inclusief deze informatiebrochure werden goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van UZ Leuven.



## Wat te doen indien u wenst deel te nemen of vragen hebt

Indien u wenst deel te nemen aan ons onderzoek of nog vragen hebt, kan u mij mailen, bellen of kunt u het bijgevoegde formulier 'persoonsgegevens' invullen en dit met de bijgevoegde, gefrankeerde enveloppe posten. Vervolgens zal ik u contacteren om verdere afspraken te maken.

Indien u nog specifieke vragen heeft over het onderzoek, kunt u mij gerust contacteren.

Adres: Astrid Indekeu

Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht

Kapucijnenvoer 35/3, bus 7001

3000 Leuven

Telefoon: 016/ 33.29.22 (rechtstreeks), 016/336951(secretariaat)

E-mail: [Astrid.Indekeu@med.kuleuven.be](mailto:Astrid.Indekeu@med.kuleuven.be)

U mag ook contact opnemen met Prof. Dr. T. D'Hooghe, die binnen het Leuvens Universitair Fertiliteitscentrum voor deze studie verantwoordelijk is.

Ik dank u zeer hartelijk voor de tijd en moeite die u hebt genomen om deze brochure door te nemen, en hoop dat u wilt deelnemen aan dit onderzoek. Uw bijdrage zal ons helpen toekomstige paren nog beter te kunnen ondersteunen.

Astrid Indekeu



## Formulier geïnformeerde toestemming

Ik, ondergetekende, mijnheer .....(naam)

1. bevestig hierbij dat ik op vrijwillige basis deelneem aan dit onderzoek betreffende de communicatie over donorconceptie. Mijn deelname zal eruit bestaan om interviews (samen met mijn partner en individueel) met de onderzoeker te voeren en korte vragenlijsten in te vullen;
2. weet dat mijn gegevens strikt vertrouwelijk worden verwerkt;
3. weet dat mijn naam of andere identificerende informatie niet zal worden bekend gemaakt als de resultaten van deze studie worden voorgesteld of gepubliceerd;
4. weet dat mijn antwoorden geen enkele invloed zullen hebben op medische onderzoeken en behandelingen;
5. bevestig dat ik deze informatiebrochure heb gelezen en voldoende werd ingelicht over de doelstellingen van dit onderzoek.
6. Hierbij verleen ik mijn vrijwillige en geïnformeerde medewerking aan het onderzoek betreffende de communicatie over donorconceptie.

Datum

Naam en handtekening man





## Formulier geïnformeerde toestemming

Ik, ondergetekende, mevrouw .....(naam)

1. bevestig hierbij dat ik op vrijwillige basis deelneem aan dit onderzoek betreffende de communicatie over donorconceptie. Mijn deelname zal eruit bestaan om interviews (samen met mijn partner en individueel) met de onderzoeker te voeren;
2. weet dat mijn gegevens strikt vertrouwelijk worden verwerkt en korte vragenlijsten in te vullen;
3. weet dat mijn naam of andere identificerende informatie niet zal worden bekend gemaakt als de resultaten van deze studie worden voorgesteld of gepubliceerd;
4. weet dat mijn antwoorden geen enkele invloed zullen hebben op medische onderzoeken en behandelingen;
5. bevestig dat ik deze informatiebrochure heb gelezen en voldoende werd ingelicht over de doelstellingen van dit onderzoek.
6. Hierbij verleen ik mijn vrijwillige en geïnformeerde medewerking aan het onderzoek betreffende de communicatie over donorconceptie.

Datum

Naam en handtekening vrouw



### Formulier toezegging deelname

Mevrouw/Mijnheer .....

Wonende straat .....nr.....

Postcode.....gemeente.....

Telnr. ....GSM-nr.....

Wensen

0 deel te nemen aan het onderzoek en geven toestemming dat de onderzoekster Astrid Indekeu hen hiervoor contacteert.

Handtekening: .....

### Formulier vragen

Mevrouw/ Mijnheer .....

Wonende straat .....nr.....

Postcode.....gemeente.....

Telnr. ....GSMnr.....

Wensen

0 wensen nog bijkomende informatie en vragen dat de onderzoekster Astrid Indekeu hen hiervoor contacteert.

Handtekening:.....

## **Bijlage 3: Advertentie in magazine 'Libelle'**

Advertentie Libelle

**Gezocht:** Koppels die m.b.v. zaadcel/eicel/embryodonatie hun gezin vormen/vormden. Bent u onlangs begonnen met een fertiliteitsbehandeling met donormateriaal of deed u 8 tot 16 jaar geleden beroep op een donor? Context, het centrum voor relatie-, gezins-, en sekstherapie van de KULeuven, wil de impact daarvan onderzoeken en laat u graag aan het woord. Info: [astrid.indekeu@med.kuleuven.be](mailto:astrid.indekeu@med.kuleuven.be)

## Bijlage 4: Vragen bij weigering

### Vragen bij weigering

OK, u wenst niet deel te nemen aan het onderzoek, u hebt daar volledig de keuze in, en we respecteren dat ook. Het zou voor ons centrum echter nuttig/belangrijk zijn om te weten wat gemaakt heeft dat u beslist hebt niet deel te nemen:

- Relationele redenen:
  - Mijn partner wil niet en ik dus ook niet, ik wens niet alleen deel te nemen?
  - Ook geen deelname alleen als het een interview is
- Methode:
  - Ik zie geen groepsdiscussie zitten (maar het kan ook verrijkend zijn van anderen te horen en ze zitten in dezelfde situatie, er worden geen namen bekend gemaakt, alleen voornamen)
  - Wel een individueel interview met uw partner?
  - We zijn gescheiden ondertussen, ik wens mijn partner niet te zien, in dezelfde groep te zitten...
- Praktische redenen:
  - De afstand is te ver
  - Het uur past niet
  - Geen opvang voor het kind
  - Geen tijd
  - Ik wens geen contact meer met het centrum LUFC (ev tgv een negatieve ervaring)
- Topic-gerelateerde redenen:
  - Het is te pijnlijk
  - We hebben dat afgerond
  - Niemand weet er iets van, we hebben schrik voor onthulling en weten niet wat te vertellen aan anderen
  - We wens dit niet met onbekenden te bespreken/te persoonlijk

Als bv. 'ik heb geen interesse'? Bedoelt u dan geen interesse om aan een onderzoek mee te doen, of geen interesse in dit onderzoek/onderwerp?

Als 'geen interesse om aan een onderzoek mee te doen':

In het algemeen niet? (ik ben geen proefkonijn, zoo-aapje)

Deze vorm waarbij u in groep gevraagd wordt te discussiëren?

## **Bijlage 5: CODEBOOM**

## THEMA 1: ONVRUCHTBAARHEID

### 1.1 Individueel:

- 1.1.1 Verwerkingsproces van de onvruchtbare vrouw:
  - 1.1.1.1 Wenen
  - 1.1.1.2 Behoeftte om te praten
- 1.1.2 Kinderwens herkadere:
  - 1.1.2.1 Het moederschap trachten te vervullen met behulp van een doner
- 1.1.3 Onvruchtbaarheid is een voortdurend gegeven:
  - 1.1.3.1 Het is niet opgelost na eiceldonatie
  - 1.1.3.2 De doner is altijd aanwezig
- 1.1.4 Faalervaringen met betrekking tot onvruchtbaarheid:
  - 1.1.4.1 Zich minder vrouwelijk (aantrekkelijk) voelen
  - 1.1.4.2 Complicaties:
    - 1.1.4.2.1 Tijdens de zwangerschap
    - 1.1.4.2.2 Tijdens de bevalling
  - 1.1.4.3 Moeizame borstvoeding

### 1.2 Relatieveel:

- 1.2.1 Tijdstip van het ontdekken van de onvruchtbaarheid:
  - 1.2.1.1 Vóór de relatie
  - 1.2.1.2 Tijdens de relatie
- 1.2.2 Verwerkingsproces van de partner:
  - 1.2.2.1 Alleen verwerken
  - 1.2.2.2 Opluchting
  - 1.2.2.3 Oplossingsgericht handelen
- 1.2.3 Samen een gezin willen vormen:
  - 1.2.3.1 Samen verantwoordelijkheid dragen

## THEMA 2: EICELDONATIE

### 2.1 Keuze voor eiceldonatie:

- 2.1.1 Geen voorkeur voor adoptie:
  - 2.1.1.1 Belang van de zwangerschap
  - 2.1.1.2 Nadelen aan adoptie:
    - 2.1.1.2.1 Procedureel
    - 2.1.1.2.2 Groter risico op probleemkinderen
- 2.1.2 Keuze voor anonieme donatie, meer bepaald wisseldonatie:
  - 2.1.2.1 Opluchting

### 2.2 Aanwezigheid van de doner:

- 2.2.1 Dankbaarheid:
  - 2.2.1.1 Dankbaarheid voor de zelf aangebrachte doner
  - 2.2.1.2 De laatste kans:

- 2.2.1.2.1 Het aantal pogingen is beperkt
    - 2.2.1.2.2 Leeftijdsgebonden beperking
  - 2.2.1.3 Kind als een mirakel
- 2.2.2 De donor als een persoon:
  - 2.2.2.1 NIET nadenken over de donor:
    - 2.2.2.1.1 NIET nadenken over de donor: de doneuze = een eicel
    - 2.2.2.1.2 Nadenken over donor als persoon = een soort van vreemdgaan
    - 2.2.2.1.3 Angst voor het beeld dat moeder niet meer de moeder is
  - 2.2.2.2 WEL nadenken over de donor:
    - 2.2.2.2.1 De doneuze = een persoon met eigenschappen
    - 2.2.2.2.2 De doneuze = de zelf aangebrachte donor
- 2.2.3 Contact met de donor:
  - 2.2.3.1 Objectieve informatie voor beeldvorming:
    - 2.2.3.1.1 Praktisch nut
    - 2.2.3.1.2 Medisch gerelateerd
    - 2.2.3.1.3 Uit interesse
  - 2.2.3.2 Begrensd contact:
    - 2.2.3.2.1 Geen hechtingsband

## THEMA 3: OUDERSCHAP

### 3.1 Het ouderschap ervaren:

- 3.1.1 Beleving van het moederschap door de vrouw:
  - 3.1.1.1 Bekommernissen:
    - 3.1.1.1.1 Tijdens de zwangerschap:
      - 3.1.1.1.1.1 De geforceerde zwangerschap
    - 3.1.1.1.2 Na de bevalling:
      - 3.1.1.1.2.1 Fysiek en mentaal
      - 3.1.1.1.2.2 Relationeel
      - 3.1.1.1.2.3 Opvoedingsgericht
  - 3.1.1.2 Biologisch en sociaal ouderschap: (MIJN kind)
    - 3.1.1.2.1 De zwangerschap
    - 3.1.1.2.2 De bevalling
    - 3.1.1.2.3 De opvoeding
  - 3.1.1.3 Angst voor afwijzing
  - 3.1.1.4 Steun van de partner
  - 3.1.1.5 Vraag naar erkenning
- 3.1.2 Beleving van het moederschap door de partner:
  - 3.1.2.1 Biologisch en sociaal ouderschap: (ONS kind)
    - 3.1.2.1.1 Investering door zijn partner
    - 3.1.2.1.2 Opvoeding
  - 3.1.2.2 Opkomen voor zijn partner wanneer het nodig is

### 3.2 Genetisch ouderschap:

- 3.2.1 Betekenis van de genetische band:
  - 3.2.1.1 Door de genetische ouder:
    - 3.2.1.1.1 Geen verschil met het sociaal-biologisch ouderschap
    - 3.2.1.1.2 Verschil met het sociaal-biologisch ouderschap



- 3.2.1.2 Door de sociaal-biologische ouder
- 3.2.2 Belang van de erfelijkheid:
  - 3.2.2.1 Door de genetische ouder
  - 3.2.2.2 Door de sociaal-biologische ouder:
    - 3.2.2.2.1 Genetisch gerelateerde uitspraken van derden
    - 3.2.2.2.2 Nadenken over donorconceptie en de mogelijke gevolgen
    - 3.2.2.2.3 Communiceren van het donorverhaal naar het kind
    - 3.2.2.2.4 Belang van de genetische verwantschap van de partner
- 3.2.3 Opmerkingen van buitenstaanders:
  - 3.2.3.1 Zoeken naar gelijkenissen:
    - 3.2.3.1.1 Geen gelijkenissen met de moeder:
      - 3.2.3.1.1.1 Dat mag niet gezegd worden
      - 3.2.3.1.1.2 Dat wil ik niet horen
      - 3.2.3.1.1.3 Kwaad
    - 3.2.3.1.2 Gelijkenissen met de moeder
  - 3.2.3.2 Het stuk van eiceldonatie wordt soms vergeten:
    - 3.2.3.2.1 Door anderen
    - 3.2.3.2.2 Door de onvruchtbare vrouw zelf
- 3.2.4 Genetisch ouderschap na sociaal ouderschap

## THEMA 4: COMMUNICATIE OVER DONORCONCEPTIE

### 4.1 Al dan niet vertellen:

- 4.1.1 Een keuzeprocess:
  - 4.1.1.1 Aan de buitenwereld:
    - 4.1.1.1.1 NIET vertellen:
      - 4.1.1.1.1.1 Niet-volwassen reactie
      - 4.1.1.1.1.2 Taboe
      - 4.1.1.1.1.3 Privé aangelegenheid
    - 4.1.1.1.2 WEL vertellen:
      - 4.1.1.1.2.1 WAT/HOEVEEL vertellen:
        - ❖ 4.1.1.1.2.1.1 Volledig vertellen:
          - 4.1.1.1.2.1.1.1 Gebaseerd op een vertrouwensband
        - ❖ 4.1.1.1.2.1.2 Een gedeelte vertellen:
          - 4.1.1.1.2.1.2.1 Niet op een natuurlijke manier
          - 4.1.1.1.2.1.2.2 IVF
          - 4.1.1.1.2.1.2.3 Eén donor
          - 4.1.1.1.2.1.2.4 Gezin is gevormd
          - 4.1.1.1.2.1.2.5 Na een voldragen zwangerschap
  - 4.1.1.2 Aan het kind:
    - 4.1.1.2.1 NIET vertellen:
      - 4.1.1.2.1.1 Redenen:
        - ❖ 4.1.1.2.1.1.1 Het niet terug oprakelen van het gedragen leed
        - ❖ 4.1.1.2.1.1.2 Verder gaan als een 'gewoon' gezin
    - 4.1.1.2.2 WEL vertellen:
      - 4.1.1.2.2.1 Redenen:
        - ❖ 4.1.1.2.2.1.1 Recht op de waarheid
        - ❖ 4.1.1.2.2.1.2 De ander voor willen zijn

- 4.1.1.2.2.2 Twijfels bij het vertellen:
  - ❖ 4.1.1.2.2.2.1 Angst voor afwijzing
  - ❖ 4.1.1.2.2.2.2 Hoe reageren bij reactie van het kind?
  - ❖ 4.1.1.2.2.2.3 Steeds ontbrekende informatie
  - ❖ 4.1.1.2.2.2.4 Ernst van de erfelijkheid
- 4.1.1.2.2.3 WANNEER?
  - ❖ 4.1.1.2.2.3.1 Vroeg, maar afhankelijk van maturiteit van kind
  - ❖ 4.1.1.2.2.3.2 Wanneer het buikgevoel spreekt
  - ❖ 4.1.1.2.2.3.3 Tegenstrijdige informatie van de fertiliteitscentra
- 4.1.1.2.2.4 HOE?
  - ❖ 4.1.1.2.2.4.1 Leeftijdsadequaat
  - ❖ 4.1.1.2.2.4.2 Belang van een vertrouwensband
  - ❖ 4.1.1.2.2.4.3 Fasisch ('zware' materie)
- 4.1.1.2.2.5 Geslachtsverschil tussen zoon en dochter bij het vertellen:
  - ❖ 4.1.1.2.2.5.1 Geslachtsverschil tussen zoon en dochter
  - ❖ 4.1.1.2.2.5.2 Geen geslachtsverschil tussen zoon en dochter
- 4.1.1.2.2.6 Extra boodschap: verschillende donoren
- 4.1.2 Keuze:
  - 4.1.2.1 Het al dan niet vertellen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid
  - 4.1.2.2 Het al dan niet vertellen wordt beslist door de onvruchtbare persoon

#### 4.2 De donor:

- 4.2.1 Niet anders omschrijven
- 4.2.2. Wel anders omschrijven: de donor als...
  - 4.2.2.1 De derde persoon
  - 4.2.2.2 De biologische moeder
  - 4.2.2.3 De donormoeder
  - 4.2.2.4 De moeder (geen opsplitsing tussen biologische en sociale moeder)

#### 4.3 De sociaal-biologische moeder:

- 4.3.1 Niet anders omschrijven
- 4.3.2 Wel anders omschrijven: de moeder als...
  - 4.3.2.1 Een 'draagmoeder' om het eenvoudiger uit te leggen aan de ander

## **THEMA 5: COUNSELING**

### 5.1 Hiaten in de counseling:

- 5.1.1 Noodzaak aan counseling na het ontdekken van onvruchtbaar te zijn
- 5.1.2 Noodzaak aan counseling na een mislukte eiceldonatie
- 5.1.3 Noodzaak aan counseling na een miskraam
- 5.1.4 Noodzaak aan counseling na de behandeling

### 5.2 Welke counseling?

- 5.2.1 Professionelen geven meer algemeen advies
- 5.2.2 Ervaringsdeskundigen geven concrete handvatten:
  - 5.2.2.1 Leren van anderen door ervaringen uit te wisselen

## **Bijlage 6: Frequentie van codes**

In volgende bijlage vindt u de frequentie van de codes, telkens aangeduid met een cijfer tussen haakjes, '(...)'. Bijvoorbeeld '(7)' betekent dat de code zeven maal werd gerefereerd.

## **THEMA 1: ONVRUCHTBAARHEID**

### 1.1 Individueel:

- 1.1.1 Verwerkingsproces van de onvruchtbare vrouw (5)
- 1.1.2 Kinderwens herkaderen (1)
- 1.1.3 Onvruchtbaarheid is een voortdurend gegeven (4)
- 1.1.4 Faalervaringen met betrekking tot onvruchtbaarheid:
  - 1.1.4.1 Zich minder vrouwelijk (aantrekkelijk) voelen (3)
  - 1.1.4.2 Complicaties:
    - 1.1.4.2.1 Tijdens de zwangerschap (6)
    - 1.1.4.2.2 Tijdens de bevalling (3)
  - 1.1.4.3 Moeizame borstvoeding (6)

### 1.2 Relatieveel:

- 1.2.1 Tijdstip van het ontdekken van de onvruchtbaarheid:
  - 1.2.1.1 Vóór de relatie (2)
  - 1.2.1.2 Tijdens de relatie (1)
- 1.2.2 Verwerkingsproces van de partner (5)
- 1.2.3 Samen een gezin willen vormen (4)

## **THEMA 2: EICELDONATIE**

### 2.1 Keuze voor eiceldonatie:

- 2.1.1 Geen voorkeur voor adoptie (5)
- 2.1.2 Keuze voor anonieme donatie, meer bepaald wisseldonatie (4)

### 2.2 Aanwezigheid van de donor:

- 2.2.1 Dankbaarheid: (2)
  - 2.2.1.1 Dankbaarheid voor de zelf de aangebrachte donor (1)
  - 2.2.1.2 De laatste kans (3)
  - 2.2.1.3 Kind als een mirakel (3)
- 2.2.2 De donor als een persoon:
  - 2.2.2.1 NIET nadenken over de donor: (5)
    - 2.2.2.1.1 NIET nadenken over de donor: de doneuze = een eikel
    - 2.2.2.1.2 Nadenken over donor als persoon = een soort van vreemdgaan (3)
    - 2.2.2.1.3 Angst voor het beeld dat moeder niet meer de moeder is
  - 2.2.2.2 WEL nadenken over de donor: (7)
    - 2.2.2.2.1 De doneuze = een persoon met eigenschappen (3)
    - 2.2.2.2.2 De doneuze = de zelf aangebrachte donor (1)
- 2.2.3 Contact met de donor:
  - 2.2.3.1 Objectieve informatie voor beeldvorming (5)
  - 2.2.3.2 Begrensd contact (5)

## THEMA 3: OUDERSCHAP

### 3.1 Het ouderschap ervaren:

- 3.1.1 Beleving van het moederschap door de vrouw: (8)
  - 3.1.1.1 Bekommernissen:
    - 3.1.1.1.1 Tijdens de zwangerschap (8)
    - 3.1.1.1.2 Na de bevalling (3)
  - 3.1.1.2 Biologisch en sociaal ouderschap: (MIJN kind) (6)
  - 3.1.1.3 Angst voor afwijzing (6)
  - 3.1.1.4 Steun van de partner (1)
  - 3.1.1.5 Vraag naar erkenning (1)
- 3.1.2 Beleving van het moederschap door de partner:
  - 3.1.2.1 Biologisch en sociaal ouderschap: (ONS kind) (4)
  - 3.1.2.2 Opkomen voor zijn partner wanneer het nodig is (1)

### 3.2 Genetisch ouderschap:

- 3.2.1 Betekenis van de genetische band:
  - 3.2.1.1 Door de genetische ouder: (0)
    - 3.2.1.1.1 Geen verschil met het sociaal-biologisch ouderschap (0)
    - 3.2.1.1.2 Verschil met het sociaal-biologisch ouders (0)
  - 3.2.1.2 Door de sociaal-biologische ouder (3)
- 3.2.2 Belang van de erfelijkheid:
  - 3.2.2.1 Door de genetische ouder (2)
  - 3.2.2.2 Door de sociaal-biologische ouder (8)
- 3.2.3 Opmerkingen van buitenstaanders:
  - 3.2.3.1 Zoeken naar gelijkenissen:
    - 3.2.3.1.1 Geen gelijkenissen met de moeder (8)
    - 3.2.3.1.2 Gelijkenissen met de moeder (9)
  - 3.2.3.2 Het stuk van eiceldonatie wordt soms vergeten (3)
- 3.2.4 Genetisch ouderschap na sociaal ouderschap (2)

## THEMA 4: COMMUNICATIE OVER DONORCONCEPTIE

### 4.1 Al dan niet vertellen:

- 4.1.1 Een keuzeprocess:
  - 4.1.1.1 Aan de buitenwereld:
    - 4.1.1.1.1 NIET vertellen (3)
    - 4.1.1.1.2 WEL vertellen:
      - 4.1.1.1.2.1 WAT/HOEVEEL vertellen:
        - ❖ 4.1.1.1.2.1.1 Volledig vertellen (6)
        - ❖ 4.1.1.1.2.1.2 Een gedeelte vertellen (4)
- 4.1.1.2 Aan het kind:
  - 4.1.1.2.1 NIET vertellen (2)
  - 4.1.1.2.2 WEL vertellen:
    - 4.1.1.2.2.1 Redenen:
      - ❖ 4.1.1.2.2.1.1 Recht op de waarheid (8)
      - ❖ 4.1.1.2.2.1.2 De ander voor willen zijn (3)
    - 4.1.1.2.2.2 Twijfels bij het vertellen (4)
    - 4.1.1.2.2.3 WANNEER?
      - ❖ 4.1.1.2.2.3.1 Vroeg, maar afhankelijk van maturiteit kind (9)
      - ❖ 4.1.1.2.2.3.2 Tegenstrijdige informatie fertiliteitscentra (1)
    - 4.1.1.2.2.4 HOE? (3)
      - ❖ 4.1.1.2.2.4.1 Belang van een vertrouwensband (1)

- ❖ 4.1.1.2.2.4.2 Fasisch (4)
- 4.1.1.2.2.5 Geslachtsverschil tussen zoon en dochter bij het vertellen
  - ❖ 4.1.1.2.2.5.1 Geslachtsverschil (6)
  - ❖ 4.1.1.2.2.5.2 Geen geslachtsverschil (2)
- 4.1.1.2.2.6 Extra boodschap: verschillende donoren (2)

- 4.1.2 Keuze:
  - 4.1.2.1 Het al dan niet vertellen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid (1)
  - 4.1.2.2 Het al dan niet vertellen wordt beslist door de onvruchtbare persoon (4)

#### 4.2 De donor:

- 4.2.1 Niet anders omschrijven (0)
- 4.2.2. Wel anders omschrijven: de donor als...
  - 4.2.2.1 De derde persoon (1)
  - 4.2.2.2 De biologische moeder (0)
  - 4.2.2.3 De donormoeder (1)
  - 4.2.2.4 De moeder (geen opsplitsing tussen biologische en sociale moeder) (2)

#### 4.3 De sociaal-biologische moeder:

- 4.3.1 Niet anders omschrijven (0)
- 4.3.2 Wel anders omschrijven: de moeder als...
  - 4.3.2.1 Een 'draagmoeder' om het eenvoudiger uit te leggen aan de ander (1)

### **THEMA 5: COUNSELING**

#### 5.1 Hiaten in de counseling:

- 5.1.1 Noodzaak aan counseling na het ontdekken van onvruchtbaar te zijn (3)
- 5.1.2 Noodzaak aan counseling na een mislukte eiceldonatie (1)
- 5.1.3 Noodzaak aan counseling na een miskraam (0)
- 5.1.4 Noodzaak aan counseling na de behandeling (1)

#### 5.2 Welke counseling?

- 5.2.1 Professionelen geven meer algemeen advies
- 5.2.2 Ervaringsdeskundigen geven concrete handvatten:
  - 5.2.2.1 Leren van anderen door ervaringen uit te wisselen (5)

## **Bijlage 7: Transcripties op cd-rom**

### **GEZIN A**

**Interview 5.1 (deel 1) (samen)**

**Interview 5.1 (deel 2) (apart)**

**Interview 5.2 (deel 1) (samen)**

**Interview 5.2 (deel 2) (apart)**

**Interview 5.3 (deel 1) (samen)**

**Interview 5.3 (deel 2) (apart)**

### **GEZIN B**

**Interview 6.1 (deel 1) (samen)**

**Interview 6.1 (deel 2) (apart)**

**Interview 6.2 (deel 1) (samen)**

**Interview 6.2 (deel 2) (apart)**

**Interview 6.3 (deel 1) (samen)**

**Interview 6.3 (deel 2) (apart)**







