

**Ouderstatus Adoptief:**

**Invloed van Ervaren Stigmatisering door Adoptieouders op Gezondheid, Psychisch  
Welbevinden en Nazorgbehoefte**

**Parental Status Adoptive:**

**Influence of Experienced Stigmatisation of Adoptive Parents on Health, Psychological  
Wellbeing and Need for Aftercare**

Gerd A.G. Callewaert

Eerste begeleider: dr. H. Lodewijkx

Tweede begeleider: dr. A. Bos

September 2007

Faculteit Psychologie

Afstudeerrichting Gezondheidspsychologie

Open Universiteit Nederland

## Inhoud

Samenvatting	3
Summary	4
1. Inleiding	5
1.1 Stigma	7
1.1.1 Mechanismen van stigma	8
1.1.2 Een model van stigma-geïnduceerde bedreiging	11
1.1.3 Gevolgen van stigmatisering	12
1.1.4 Andere gevolgen	13
1.1.5 Een causaal model van stigmatisering	14
1.2 Het huidig onderzoek: adoptieouderstatus en stigmatisering	18
1.2.1 Stigmatisering van adoptieouders	18
1.2.2 Doelstelling en centrale vraagstelling	24
1.2.3 Onderzoeksvragen	25
1.2.4 Operationalisatie kernbegrippen	26
2. Methode	27
2.1 Design	27
2.2 Dataverzameling	27
2.3 Onderzoeksgroep	28
2.4 Meetinstrumenten	29
2.5 Analyses	35
2.6 Procedure	36
3. Resultaten	37
3.1 Stigmatisering	37
3.2 Gezondheid	38
3.3 Nazorg	43
4. Discussie	47
4.1 Terugkoppeling naar de onderzoeksvragen	47
4.2 Beperkingen van dit onderzoek	49
4.3 Aanbevelingen voor de praktijk	51
4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek	51
Referenties	53
Bijlage 1: de 5 subschalen van stigmatisering en hun respectievelijke items	58
Bijlage 2: de 4 subschalen van gezondheid en hun respectievelijke items	61
Bijlage 3: Gebruikte vragenlijst	64
Bijlage 4: E-mail met betrekking tot werving respondenten	74
Bijlage 5: Tabellen met resultaten van de regressies van de de gezondheidsdimensies op de stigmadimensies	76

*Samenvatting*

Deze scriptie betreft een exploratief onderzoek naar het mogelijk ervaren van stigmatisering door Vlaamse adoptieouders en de eventuele gevolgen die dit heeft voor hun gezondheid en psychisch welbevinden. Verder wordt nagegaan of zij omwille hiervan behoefte aan specifieke nazorg vertonen. Hiertoe wordt een vragenlijst via het internet afgenomen. Subjectief ervaren stigmatisering wordt gemeten aan de hand van een aangepaste versie van de “Internalized Scale of Mental Illness”. Deze aangepaste schaal bevat vijf subschalen: Vervreemding, Ondersteuning van het Stereotype, Ervaren van Discriminatie, Sociale Terugtrekking en Weerstand tegen het Stigma. Gezondheidsproblemen worden gemeten aan de hand van de subschalen Depressie, Angst, Somatisatie en Wantrouwen, ontleend aan de “Symptom Checklist-90”. De behoefte aan nazorg wordt gemeten middels een zelf geconstrueerde vragenlijst.

De resultaten laten een zeer beperkte mate van ervaren stigmatisering zien door de respondenten. De ervaren stigmatisering blijkt samen te hangen met het ervaren van gezondheidsproblemen, waarbij de stigmadimensie “Vervreemding” de significante variabele blijkt te zijn voor wat betreft samenhang met de subdimensies van gezondheid: hoe meer vervreemding wordt ervaren, hoe meer er wordt gescoord op de vier gezondheidsdimensies. De totale score op gezondheid blijkt niet samen te hangen met de behoefte aan nazorg. Wanneer wordt uitgesplitst naar de invloed van de vier gezondheidsdimensies, blijkt “Angst” significant samen te hangen met de mate van behoefte aan nazorg: wie hoger scoort op deze dimensie “Angst”, rapporteert een verhoogde behoefte aan nazorg.

### *Summary*

This exploratory study investigates whether Flemish adoptive parents experience stigmatisation and the potential effects this variable has on their physical health and psychological wellbeing. It also investigates if these possible healthproblems are connected with a need for special aftercare. Data are collected via a survey on the internet. Subjective experienced stigma is measured by an adjusted version of the “Internalized Stigma of Mental Health”, which includes five subscales: Alienation, Supporting the Stereotype, Experiencing Discrimination, Social Withdrawal and Resistance against the Stigma. Physical health and psychological wellbeing are measured by four subscales derived from the “Symptom Checklist-90”: Depression, Anxiety, Somatisation and Distrust. The need for special aftercare is measured by a scale developed for the present research purpose.

Results show that the respondents report a very low degree of experienced stigmatisation. Subsequently, results show that experienced stigmatisation is related to the health of the respondents. The stigma dimension “Alienation” appears to be the significant variable in this process. The overall score on the healthscale is not associated with the need for special aftercare. However, the subdimension “Anxiety” appears to be related to the need for aftercare: those with a higher degree of anxiety report more need for special aftercare.

## 1. Inleiding

Adoptie is de laatste tijd een zeer populair onderwerp in de media. Heel wat televisieprogramma's en andere media hebben geprobeerd adoptie in beeld te brengen of te representeren, waarbij de teneur van de representatie meestal negatief is, veelal gebaseerd op negatieve stereotypes, mythes en misvattingen, zoals door verschillende onderzoekers werd aangetoond (bijvoorbeeld Kline, Karel & Chatterjee, 2006; Fisher, 2003; Hollingsworth, 2002). Andere redenen waarom adoptie veel aandacht kreeg in de Vlaamse media de voorbije jaren waren de wijzigingen aan de federale en Vlaamse wetgeving met ingang van 1 september 2005 waardoor de officiële adoptieprocedure er anders is komen uit te zien. De wijzigingen hebben geleid tot overgangsmaatregelen en verwarring, waardoor heel wat negatieve berichten verschenen in de media. Niet te verwaarlozen was ook het hevig maatschappelijk debat rond de openstelling van de adoptiewetgeving voor koppels van hetzelfde geslacht, dat een aantal jaren aansleepte op basis van ideologische en religieuze discussies. Uiteindelijk werd, met de goedkeuring door de Belgische senaat op 20 april 2006, adoptie mogelijk gemaakt voor koppels van hetzelfde geslacht. Daarnaast zijn er recent een aantal andere gebeurtenissen geweest die de aandacht op adoptie hebben getrokken, zoals bijvoorbeeld de hetze rond de adoptiewens van Madonna en de zaak rond baby Donna (betreffende een Belgische draagmoeder die haar kind verkocht had aan Nederlandse wensouders).

Het spreekt voor zich dat al deze - voornamelijk negatieve - aandacht invloed kan hebben op de direct betrokkenen, met name de geadopteerden en de adoptieouders en hun familie, alsmede kandidaat-adoptanten, maar evenzeer op de afstandsouders en professionelen zoals de adoptiebureaus. Zo heeft volgens Wegar (2000) heel wat onderzoek uitgewezen dat adoptiekinderen vaak met een stigma van geadopteerd zijn worden geconfronteerd. March

(1995) rapporteert dat haar onderzoek heeft uitgewezen dat voor geadopteerden de wens om het stigma van adoptie te neutraliseren één van de belangrijkste motiverende factoren was voor de zoektocht naar de onbekende familieleden. Vaak worden ook de adoptieouders met de vinger gewezen en als de adoptie moeizaam verloopt of mislukt wordt een deel van de schuld bij hen gelegd. Over adoptie kan dan ook vaak een negatief oordeel heersen. Zo wees Bernardes (1985) er op dat als gevolg van de dominantie in onze samenleving van het ideaal van het genetisch gezin, alle niet-genetische gezinsvormen het risico lopen als abnormaal, pathologisch en onwerkbaar bestempeld te worden. Deze negatieve bejegeningen vanuit de maatschappij zijn hierbij factoren die kunnen leiden tot het ervaren van gevoelens van stigmatisering, van gebrandmerkt te worden als “anders”.

Opvallend is dat heel veel wetenschappelijk onderzoek rond adoptie de ontwikkeling en het functioneren van geadopteerden betreft, waarbij vaak gewezen wordt op de negatieve vooroordelen en negatieve opvattingen in de samenleving ten aanzien van het geadopteerd zijn. Hoe het de adoptieouders vergaat en hoe zij omgaan met deze negatieve stereotypes en vooroordelen ten aanzien van hun adoptief ouderschap, werd nauwelijks onderzocht en zal bijgevolg in de nazorg nauwelijks systematisch aan bod komen. Ook het uitgebreide werk van Brodzinsky en Schechter (1990), *the Psychology of Adoption*, richt zich hoofdzakelijk op de problemen en ervaringen van geadopteerden.

Dit onderzoek richt zich dan ook op adoptieouders en niet op geadopteerden. Meer in het bijzonder concentreert dit onderzoek zich op het mogelijk ervaren door adoptieouders van stigmatisering van hun adoptief ouderschap en de eventuele gevolgen die dit kan hebben voor hun psychisch welbevinden en lichamelijke gezondheid. Het stigma voor de ouders kan vaak al beginnen bij de prille start van het adoptieproces. Eens de knoop doorgehakt, is het zaak zeker de naaste omgeving (ouders, broers, zussen, goede vrienden) in te lichten. Uit contacten

met de praktijk én als ervaringsdeskundige blijkt dat sommige kandidaat-adoptanten regelmatig vreemde reacties krijgen uit de naaste omgeving maar dat deze problemen meestal zijn opgelost op het moment dat een adoptiekind aankomt in het gezin. Toch worden adoptieouders nadien vaak nog geconfronteerd met onbegrip tegenover het opnemen van niet-biologisch verwante kinderen in het gezin, met nieuwsgierigheid naar de achtergrond van het gezin van herkomst, gezondheids- en ontwikkelingstoestand van het kind en dies meer (Miall, 1987).

Deze scriptie begint met een literatuurverkenning, waarin achtereenvolgens aan bod komt wat stigma is, wat de mogelijke gevolgen zijn voor wie zich gestigmatiseerd voelt en hoe stigma kan verbonden worden met adoptief ouders. De scriptie vervolgt met de doelstelling, vraagstelling en het conceptueel model van dit onderzoek. In de daaropvolgende methodesectie komen het onderzoeksontwerp, de methode van dataverzameling, de onderzoeksgroep, de meetinstrumenten, de gebruikte procedure en het analyseplan aan bod. In het daaropvolgende resultatenonderdeel worden de onderzoeksresultaten besproken aan de hand van de uitgevoerde analyses. De scriptie eindigt tenslotte met het onderdeel discussie, waarin wordt teruggekoppeld naar de onderzoeksvragen, ingegaan wordt op de beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek worden geformuleerd.

### *1.1 Stigma*

Dovidio, Major en Crocker (2000) stellen dat stigma een krachtig fenomeen is, dat onlosmakelijk verbonden is met de waarde die toegekend wordt aan verschillende sociale identiteiten. Zij stellen verder nog dat stigma een sociale constructie is die tenminste twee fundamentele componenten omvat: ten eerste de herkenning van een verschil gebaseerd op één of ander onderscheidende karakteristiek, of anders gezegd een duidelijk te onderscheiden

“merkteken” en ten tweede een consequente devaluatie van de persoon. Major en O’Brien (2005) hebben in de literatuur een aantal definities met betrekking tot stigma bekeken en concluderen dat zij de veronderstelling delen dat personen die gestigmatiseerd worden, een eigenschap hebben (of verondersteld worden te hebben) die hen als verschillend markeert en er toe leidt dat zij als minderwaardig worden beschouwd door anderen. Voorts stellen zij dat stigmatiekens zichtbaar of onzichtbaar kunnen zijn, controleerbaar of oncontroleerbaar en eventueel kunnen verbonden worden aan de verschijningsvorm (bijvoorbeeld een lichamelijke afwijking), het gedrag (bijvoorbeeld iemand die een kind misbruikt) of aan groepslidmaatschap (bijvoorbeeld Afrikaanse Amerikanen). Zij concluderen verder op basis van de literatuur dat stigma bestaat wanneer processen zoals labeling, negatieve stereotypering, uitsluiting, discriminatie en lage status gezamenlijk optreden in een machtsituatie die het deze processen toelaat zich te ontplooien.

### *1.1.1 Mechanismen van stigma*

Major en O’Brien (2005) beschrijven vier mechanismen waardoor stigma invloed heeft op de gestigmatiseerde: negatieve behandeling en directe discriminatie, het verwachtingsconfirmatieproces, activering van automatische stereotypen en identiteitsbedreiging.

*Negatieve behandeling en discriminatie* Leden van gestigmatiseerde groepen worden gediscrimineerd op de woningmarkt, de arbeidsvloer, in onderwijssettings, in de gezondheidszorg, in het gerechtelijk systeem, (Crandall & Eshleman, 2003) en zelfs in de eigen familie (Crandall, 1995). Een voorbeeld van dit mechanisme kan zijn dat adoptiekinderen een andere behandeling krijgen op school, hetzij door klasgenoten omdat zij weet hebben van de adoptiestatus van het betrokkene kind, of hetzij door de aard van het



adoptiegezin wanneer het bijvoorbeeld gaat om gezinnen met ouders van hetzelfde geslacht en het schoolbeleid bijvoorbeeld niet kan of wil omgaan met koppels van hetzelfde geslacht.

*Verwachtingsconfirmatie processen* Volgens Jussim et al. (in: Major & O'Brien, 2005) beïnvloedt stigma door verwachtingsconfirmatieprocessen, of selffulfilling prophecies, eveneens de gestigmatiseerde. De negatieve stereotypen en verwachtingen van de waarnemers kan er toe leiden dat zij zich zodanig op die manier gaan gedragen tegenover de gestigmatiseerden zodat deze laatsten hierdoor direct worden beïnvloed in hun gedachten, gevoelens en gedrag. Het gedrag van de gestigmatiseerde kan dan, door deze bedreiging van stereotypen, de oorspronkelijke, onjuiste verwachting bevestigen (Darley & Fazio, 1980; Deaux & Major, 1987; Vorauer & Kumhyr, 2001). Zo zal verderop in deze literatuurverkenning aangetoond worden dat onze samenleving nogal sterk gericht is op biologisch verwantschap en vaak adoptie als tweede keus bestempeld. Wanneer adoptieouders door de samenleving voortdurend worden geconfronteerd met het feit dat zij geen biologische kinderen kunnen krijgen en dat de adoptie slechts een ultiem middel was om de kinderwens te vervullen, kunnen zij zich hierdoor laten beïnvloeden in hun gedachten, gevoelens en gedrag. Op basis hiervan kunnen zij hun kind louter als tweede keus gaan bekijken en dan kan dit mogelijk gevolgen hebben voor de band met het adoptiekind. De ouders kunnen zich gaan gedragen conform deze opvattingen. Ook het adoptiekind zelf kan, omwille van deze opvattingen in de samenleving, zich op een bepaald moment als tweede keus gaan bekijken en op basis van deze gedachten en gevoelens zich gaan afzetten tegen de adoptieouders, waardoor het zich dan gedraagt conform de heersende negatieve opvattingen.

*Automatisch stereotype activatiegedrag* Stigma kan eveneens de gestigmatiseerde beïnvloeden door de automatische activatie van negatieve in-groepstereotypen. Dominante culturele stereotypen over groepen in de maatschappij zijn wijdverbreid gekend (Steele, 1997)

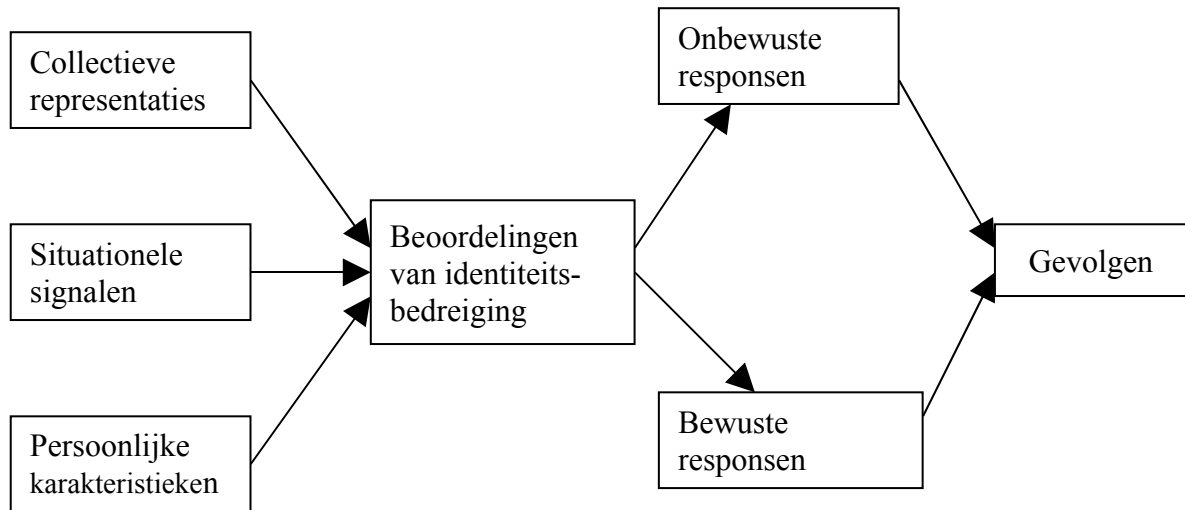
en kunnen het gedrag beïnvloeden niettegenstaande de afwezigheid van discriminerend gedrag door anderen. Juist door de associatieve verbintenissen in het geheugen tussen stereotypes en het gedrag dat ze impliceren, kan activatie van de stereotypes automatisch leiden tot gedrag dat assimileert met het stereotype (Bargh, Chen & Burrows, 1996; Dijksterhuis et al., 2000). Adoptiekinderen bijvoorbeeld gaan op een bepaald moment ten volle beseffen dat zij niet biologisch verwant zijn met hun ouders. Wanneer het hoe en waarom van de adoptie dan niet goed uitgelegd wordt, kan het kind - op basis van de in de samenleving dominante opvattingen over bijvoorbeeld biologisch verwantschap - zich verworpen gaan voelen door de biologische familie. Door dit besef van verwerping of verstoting kan het zich gaan afzetten tegen de adoptieouders zonder dat er daarom door anderen expliciet negatief werd gereageerd op de niet-biologische verwantschap.

*Stigma als identiteitsbedreiging* Hedendaagse stigmaperspectieven leggen volgens Major en O'Brien (2005) de nadruk op de mate waarin de effecten van stigma gemedieerd worden door het begrijpen door de gestigmatiseerden van hoe anderen hen zien, hoe zij sociale contexten interpreteren en hun motieven en doelen. Deze theorieën zijn top-down in hun nadruk die ze leggen op hoe de interpretaties van mensen van hun omgeving en van zelf-relevante motieven (bijvoorbeeld bescherming van de eigenwaarde) vorm geven aan hun emoties, opvattingen en gedrag. Ze zijn daarnaast bottom-up in hun aanname dat interpretaties voortkomen uit ervaringen (directe of indirecte) met het doelwit zijn van negatieve stereotypes en discriminatie. Deze perspectieven nemen aan dat stigma een persoon blootstelt aan het risico bedreigingen van zijn of haar sociale identiteit te ervaren. Zo kan bijvoorbeeld voor een adoptiekind het besef of de ontdekking geadopteerd te zijn zeer bedreigend overkomen, omdat het zich dan onvermijdelijk gaat afvragen wie het nu eigenlijk is en waar het vandaan komt.

*1.1.2 Een model van stigma-geïnduceerde identiteitsbedreiging.*

Volgens Major en O'Brien (2005) domineren theorieën over identiteitbedreiging het huidige onderzoek naar stigma. Op basis hiervan presenteren deze onderzoekers een model dat de theorieën over identiteitsbedreiging van stigma integreert met transactionele modellen van stress en coping (Lazarus et al., in: Sarafino, 1998; in: Major & O'Brien, 2005). Hun model gaat er van uit dat het hebben van een gedevalueerde sociale identiteit (een stigma) iemands blootstelling aan mogelijke stressvolle (identiteitsbedreigende) situaties verhoogt. Collectieve representaties (zoals negatieve stereotypes die leven in de samenleving), onmiddellijke situatiegebonden signalen (bepaalde situaties zijn voor de betrokkene een signaal dat hij of zij mogelijk zal worden gediscrimineerd) en persoonlijke karakteristieken (bijvoorbeeld het gevoelig zijn voor stigmatisering, een sterke groepsidentificatie bezitten) beïnvloeden iemands inschatting van de betekenis van deze situaties voor zijn of haar welzijn. Dit resulteert in een identiteitsbedreiging wanneer een individu de eisen die worden opgelegd door een stigma-relevante stressor inschat als mogelijk schadelijk voor zijn of haar sociale identiteit en als het overbevragen van zijn of haar mogelijkheden om te gaan met deze eisen. Die beoordelingen omvatten volgens Lazarus et al. (in: Sarafino, 1998 & in: Major & O'Brien, 2005) "primary appraisals" van de eisen opgelegd door de stressor (vormen deze eisen een bedreiging) en vervolgens "secondary appraisals" (heb ik voldoende vaardigheden en middelen om het hoofd te bieden aan de opgelegde eisen). De reacties op deze identiteitsbedreiging kunnen onbewust of bewust zijn. Onbewuste reacties zijn emotionele, cognitieve, fysiologische en gedragsreacties die niet bedoeld zijn om stressvolle ervaringen te reguleren of te wijzigen. Bewuste reacties, ofwel coping, refereren naar bewuste inspanningen om emotie, cognitie, gedrag, fysiologie en de omgeving aan te passen naar aanleiding van gebeurtenissen of omstandigheden die ingeschat worden als stressvol (Compas et al., in: Major & O'Brien, 2005). Zowel de onbewuste als de bewuste reacties kunnen onderscheiden

worden van de gevolgen van deze reacties, zoals zelfwaardering, academische prestaties en gezondheid. Het model wordt hieronder weergegeven in Figuur 1.



*Figuur 1.* Een model van identiteitsbedreiging door stigma (Major & O'Brien, 2005)

### 1.1.3 Gevolgen van stigmatisering

Major en O'Brien (2005) wijzen er op dat stigmatisering gevolgen kan hebben voor de gezondheid. Blascovich et al. (in: Major & O'Brien, 2005) stellen dat stigmatisering indirect de gezondheid beïnvloedt door mechanismen van identiteitsbedreiging. Deze identiteitbedreigingen kunnen een cascade van negatieve cognities en emoties initiëren, evenals lichamelijke reacties zoals verhoogde cortisolwaarden, verhoogde bloeddruk en andere cardiovasculaire reacties (Chen & Mathews, 2003; Dickerson & Kemeny, 2004). Volgens McEwen (2000) kunnen deze lichamelijke reacties op korte termijn adaptief zijn, maar op lange termijn hebben zij negatieve gevolgen voor de gezondheid. Cole, Kemeny en Taylor (1997) hebben aangetoond dat psychologische factoren die de ontvankelijkheid verhogen voor stigma-gerelateerde identiteitsbedreiging negatieve invloed kunnen hebben op gezondheidsgelateerde gevolgen. Personen die chronisch waakzaam zijn voor stigma-

gerelateerde identiteitsbedreiging kunnen mogelijke stigma-relevante situaties als bedreigend ervaren, wat kan leiden tot verhoogde lichamelijke reacties op de bedreiging.

#### *1.1.4 Andere gevolgen*

Inzicht, McKay en Aronson (2006) hebben aangetoond dat het ervaren van stigmatisering kan leiden tot wilsuitputting en verminderde zelfcontrole. Zelfcontrole is belangrijk omdat dit heel noodzakelijk is voor het functioneren in het dagelijks leven (bijvoorbeeld voor het opstaan 's morgens, studeren voor een examen, met mate drinken enzovoort vereisen allemaal een zekere zelfcontrole). In hun onderzoek lokten ze bij een deel van 21 zwarte studenten bedreiging uit door een stereotype met betrekking tot ras te activeren (er werd hen meegedeeld dat ze een intelligentietest moesten afleggen, een procedure die erom bekend staat rassenstereotypen te activeren bij zwarten maar niet bij blanken) en maten daarna van alle 21 studenten de prestaties op een intellectuele taak. Eenentwintig blanke studenten fungeerden als vergelijkingsgroep. De zwarte deelnemers die waren toegewezen aan de conditie die bedreiging uitlokte, hadden veel meer tijd nodig om de taak uit te voeren dan de zwarte studenten die aan de niet-bedreigende conditie waren toegewezen. Bij de blanke studenten maakte het geen verschil of ze nu aan de ene dan wel aan de andere conditie waren toegewezen. Op basis van deze test concludeerden deze onderzoekers dat er een duidelijk causaal verband bestaat tussen stigma en verminderde zelfcontrole. In een ander onderzoek binnen dezelfde context gingen deze onderzoekers het effect van stigma na op een fysieke taak. Zij gebruikten dezelfde opzet als hierboven vermeld, maar deze keer lokten ze bij een deel van de 61 deelnemende vrouwen bedreiging uit door ze te confronteren met genderstereotypen betreffende vrouwen (bijvoorbeeld vrouwen zijn slecht in wiskunde) en hen daarna een fysieke taak te laten uitvoeren (het knijpen in een handgreep). De vrouwen in de bedreigingsconditie bleken niet in staat even lang in de handgreep te knijpen als de

vrouwen in de andere conditie. Hieruit concluderen de onderzoekers dat het anticiperen op een bedreigende omgeving kennelijk ook de zelfcontrole op fysieke taken vermindert. Hun algemene conclusie is dan ook dat stigma wilsuitputtend is en dat omgaan met stigma iemands vermogen tot controle en regulatie van het eigen gedrag kan verzwakken op domeinen die niet gerelateerd zijn aan het stigma. Deze onderzoekers pleiten op basis van hun resultaten voor verder onderzoek naar de generaliseerbaarheid van het verband tussen stigma en verminderde zelfcontrole op niet-stereotype domeinen. Deze resultaten zijn echter toch het vermelden waard bij onderzoek naar stigmatisering gezien zij toch wijzen op bepaalde belangrijke gevolgen van stigmatisering.

Wanneer we bijvoorbeeld de bevindingen uit het onderzoek doortrekken naar stigmatisering van het adoptieouderschap en dus op basis van Inzlicht et al. (2006) aannemen dat stigmatisering ook gevolgen kan hebben voor de zelfcontrole op niet-gestigmatiseerde domeinen, dan is het best mogelijk dat gestigmatiseerde adoptieouders heel wat problemen kunnen ondervinden in bijvoorbeeld hun dagelijkse bezigheden in het gezin, op het werk en tijdens de vrije tijd.

#### *1.1.5 Een causaal model van stigmatisering*

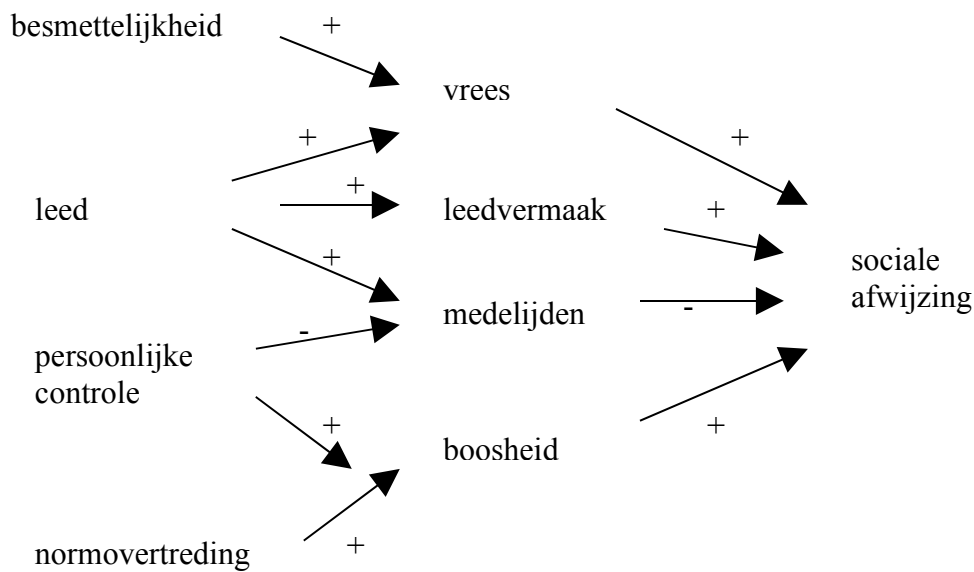
Een ander perspectief op stigmatisering is dat van Dijker en Koomen (1996), die een causaal model van stigmatisering van zieken en gehandicapten presenteren dat - mits enige aanpassing - evengoed toepasbaar zou kunnen zijn op stigmatisering van adoptief ouders. Voor de volledigheid van dit literatuuroverzicht wordt dit model hier behandeld, evenwel zal het model echter geen deel uitmaken van dit onderzoek.

Dit model is een uitbreiding van het rationele attributiemodel van Weiner (in: Dijker & Koomen, 1996) waarin het stigmatiseringsproces wordt verklaard vanuit de twee emotionele reacties medelijden en boosheid en waarbij één cognitieve dimensie, namelijk de

persoonlijke controle of de persoonlijke verantwoordelijkheid, verantwoordelijk wordt gesteld voor het ontstaan van deze emoties. Met andere woorden, hoe meer een waarnemer een afwijkende conditie als persoonlijk controleerbaar ziet – dus de betrokken persoon persoonlijk verantwoordelijk acht voor zijn toestand - hoe meer boosheid en hoe minder medelijden geactiveerd wordt. Bijvoorbeeld het hebben van aids door seksueel contact zal meer boosheid en minder medelijden oproepen dan het hebben van aids door een bloedtransfusie. Dijker en Koomen (1996) stellen verder op basis van hun literatuuronderzoek dat de cognitieve dimensies ‘mate van normovertreding’, ‘mate van persoonlijk leed’ en ‘mate van besmettelijkheid’ belangrijke componenten zijn van de cognitieve representatie van ziekten en gehandicapten. Volgens Dijker en Koomen (1996) leidt de dimensie ‘normovertreding’ tot de reactie ‘boosheid’, de dimensie ‘lijden’ tot de reacties ‘vrees, leedvermaak en medelijden’ en de dimensie besmettelijkheid tot de reactie ‘vrees’. Voorts stellen zij dat de dimensie ‘persoonlijke controle of persoonlijke verantwoordelijkheid’ een modererende variabele is voor de dimensie ‘normovertreding’ ten aanzien van de reactie ‘boosheid’. Tot slot stellen ze dat op basis van dit proces de samenvattende respons van de waarnemer meer of minder ‘sociale afwijzing’ zal zijn van de gestigmatiseerde.

Dijker en Koomen hebben Weiners model dus uitgebreid zoals weergegeven in Figuur 2. Links staan de belangrijkste cognitieve dimensies die bij de waarnemer worden geactiveerd bij het waarnemen van ziekten en handicaps. In het midden staan de centrale emoties die door activatie van de cognitieve dimensies worden veroorzaakt en rechts staat de hieruit voortkomende samenvattende respons: sociale afwijzing. De cognitieve dimensies en de emoties uit dit model worden hieronder besproken en waar mogelijk met een voorbeeld betreffende adoptie geïllustreerd.





*Figuur 2.* Causaal model van stigmatisering van zieken en gehandicapten (Dijker & Koomen, 1996).

*Besmettelijkheid* Figuur 2 laat zien dat besmettelijkheid een positieve invloed heeft op sociale afwijzing vanwege de mediërende invloed van de emotie vrees. Zo bijvoorbeeld toonden Dijker, Kok en Koomen (in: Dijker & Komen, 1996) aan dat angst voor mensen met aids correleert met inschattingen van besmettingskansen in alledaagse situaties (bijvoorbeeld drinken uit hetzelfde kopje, een hand geven). Aangezien adoptie niet besmettelijk is, kan hier geen voorbeeld worden gegeven.

*Waargenomen leed* Figuur 2 laat ook zien dat waargenomen leed via drie mechanismen sociale afwijzing beïnvloedt. Hoe meer leed wordt waargenomen, hoe meer de waarnemer kan reageren met vrees en leedvermaak, waardoor de sociale afwijzing groter zal zijn. Waargenomen leed kan echter ook medelijden versterken waardoor de afwijzing kan verminderen. Waargenomen leed bij adoptie kan bijvoorbeeld zijn de zware procedure waaraan kandidaat-adoptanten zich nillens willens moeten onderwerpen. Hierop kan

gereageerd worden met leedvermaak, bijvoorbeeld reacties als “ze willen per se een kind, dus is het net goed dat ze onder handen genomen worden en afzien, een zwangerschap is immers ook knap lastig”. Evengoed kan de zware procedure medelijden oproepen en reacties als “gelijk wie kan zonder getest te worden een kind op de wereld zetten, en wie duidelijk kiest een kind in nood een thuis te geven moet eerst slagen in een examen”.

*Persoonlijke controle en normovertreding* Figuur 2 toont tenslotte dat de mate waarin een persoon in verband kan worden gebracht met het overtreden van een norm (bijvoorbeeld een geslachtsziekte opgelopen door ontrouw), boosheid beïnvloedt, maar dat dit effect gemodereerd wordt door de dimensie persoonlijke controle (bijvoorbeeld kanker krijgen door genetische aanleg versus kanker krijgen door roken). Boosheid versterkt op haar beurt sociale afwijzing. Bij adoptie kan het bijvoorbeeld gebeuren dat er negatief gereageerd wordt op het feit dat er geen bloedband is met het adoptiekind (zoals verderop zal aangetoond worden, wordt er door sommigen in onze samenleving heel wat waarde gehecht aan een bloedband en aan genetisch verwantschap). De modererende variabele “mate van persoonlijke controle” zou dan bijvoorbeeld onvruchtbaarheid kunnen zijn: wanneer de adoptant kinderloos is door onvruchtbaarheid en daarom kiest voor adoptie, dan kan daar minder negatief op gereageerd worden dan wanneer iemand er bewust voor kiest geen biologische kinderen te hebben hoewel dit perfect mogelijk is, maar kiest voor adoptiekinderen. Verder is volgens Dijker en Koomen (1996) persoonlijke controle een dimensie die bovendien een negatief effect heeft op medelijden: hoe meer iemand persoonlijk verantwoordelijk wordt geacht voor de situatie waarin hij of zij zich bevindt, hoe minder medelijden dit zal opwekken. Bijvoorbeeld bij een moeilijk verlopende integratie van een adoptiekind in het gezin, kunnen de waarnemers reageren met “ze hebben er uiteindelijk zelf voor gekozen dit kind op te nemen in hun gezin, dus moeten ze nu niet komen klagen dat het moeilijk verloopt”.

Deze bovenstaande literatuurverkenning biedt een beeld van wat stigma is en wat de gevolgen kunnen zijn voor wie gestigmatiseerd wordt of zich gestigmatiseerd voelt. Zoals reeds vermeld, wordt het causaal model van Dijker en Koomen (1996) niet verder gebruikt in dit onderzoek. Dit explorerend onderzoek legt zich, op basis van een vereenvoudiging van het model van Major en O'Brien (2005), toe op het ervaren van stigmatisering door adoptieouders en de mogelijke gevolgen die zij hiervan ondervinden op vlak van gezondheid. In het hiernavolgend onderdeel wordt de verbinding gelegd, eveneens op basis van literatuuronderzoek, tussen het hebben van de status van adoptief ouder en het ervaren van stigmatisering. Verder komen het opzet en de doel- en vraagstellingen van dit onderzoek aan bod.

## *1.2 Het huidige onderzoek: adoptieouderstatus en stigmatisering*

### *1.2.1 Stigmatisering van adoptieouders*

In tegenstelling tot de adoptiekinderen zelf over wie karrenvrachten wetenschappelijke onderzoeken zijn uitgevoerd en gepubliceerd, zijn adoptieouders weinig onderwerp van wetenschappelijk onderzoek, behalve wanneer het negatieve aspecten van adoptie betreft zoals bijvoorbeeld bij mislukking van een adoptie. De sociale context waarin adoptie-ervaringen plaatsvinden wordt in wetenschappelijk onderzoek dan ook meestal over het hoofd gezien (Wegar, 2000).

Stigmatisering van adoptieouders lijkt dan ook helemaal niet onmiddellijk een fenomeen te zijn dat verbonden wordt met adoptie. Toch stelt Miall (1987) op basis van haar onderzoek in de Verenigde Staten dat adoptieouders wel degelijk stigmatisering kunnen ervaren op basis van negatieve stereotypingen die er heersen in de samenleving. Tezelfdertijd stelt zij ook dat dit gegeven weinig onderzocht werd. Zij voerde haar onderzoek, een interview met een open einde en een vragenlijst, uit onder 71 onvrijwillig kinderloze

vrouwen. Tweeëntachtig procent van deze vrouwen had kinderen geadopteerd, 18% bevonden zich in het proces voor een eerste adoptie. Nog volgens hetzelfde onderzoek van Miall (1987) speelt het primaat van de bloedband in onze samenleving bij deze ervaring van stigmatisering een grote rol. Op basis van Goffman (in: Miall, 1987) stelt zij dat kinderloosheid een eigenschap van een individu wordt die discrediterend of stigmatiserend kan werken. Zij beweert dat zelfs in de literatuur over adoptiewerk het primaat van de bloedband frequent wordt weerspiegeld. Deze vaststelling is niet zo vreemd, aangezien ook in Vlaanderen inzake bijvoorbeeld de jeugdbescherming reeds in 1965 al de wetgeving en de daaruit voortvloeiende hulpverlening binnen het Vlaamse welzijnswerk (waaronder ook het adoptiewerk) werd gebaseerd op het primaat van het gezin, waarmee dan hoofdzakelijk het biologisch gezin werd bedoeld. Het doel was zoveel mogelijk uithuisplaatsingen te vermijden, bijstand in de gezinnen zelf te bieden en indien plaatsing aangewezen, dit zo kort mogelijk te houden met het oog op de terugkeer naar het gezin van oorsprong (Bouverne-De Bie, Roose & Vettenburg, 2003). Volgens Vandenbroeck (2004) is de toenemende invloed van de wetenschap en de doorbraak van de psychologie als wetenschappelijke fundering van het opvoedkundig handelen in die periode medeverantwoordelijk voor het ontstaan van dit primaat. Doorheen de evolutie van de wet- en decreetgeving inzake jeugdbescherming en bijzondere jeugdbijstand bleef en blijft dit primaat meespelen, wat verklaart waarom er op vandaag in Vlaanderen zeer weinig kinderen beschikbaar zijn voor binnenlandse adoptie. Plaatsing, dus ook plaatsing via adoptie, is een ultimum remedium geworden.

Het onderzoek van Miall uit 1987 toont verder aan dat adoptiemoeders volgende percepties hebben van de opvattingen in de samenleving met betrekking tot adoptie:

- a) de biologische band is belangrijk voor hechting en liefde, bijgevolg zijn hechting en liefde bij adoptie van tweede orde

- b) adoptiekinderen zijn minderwaardig gezien hun onbekende genetische afkomst
- c) adoptieouders zijn geen echte ouders

Zij concludeert dat deze percepties sterke elementen bevatten voor stigmatisering op basis van de afwezigheid van bloedbanden, maar dat dit nog niet wil zeggen dat de respondenten deze opvattingen als persoonlijk stigmatiserend accepteren. Hiervoor is verder onderzoek aangewezen aldus Miall. Toch voegt ze er aan toe dat de meeste respondenten gedetailleerde voorbeelden konden geven betreffende informele sociale sancties die ervaren werden ten gevolge van het bekendmaken of het bewust worden van de status van adoptieouder.

Voorbeelden zijn nieuwsgierige vragen naar de afkomst van het adoptiekind; vragen of men wel weet welke soort vrouwen hun kinderen afstaan; of men wel weet dat adoptiekinderen slecht bloed en slechte genen kunnen hebben; enzovoort. Deze bevindingen sluiten aan bij Crandall (2000), die stelt dat als mensen waarnemen dat bepaalde “rechtvaardigings-ideologieën” bedreigd worden, zij hierop reageren met stigmatisering. Met rechtvaardigingsideologieën bedoelt deze onderzoeker de opvattingen en waarden die mensen hebben ten opzichte van hoe de wereld er moet uitzien en de morele standaarden die ze gebruiken. Met andere woorden, het gaat dus om veralgemeende opvattingen en standaarden die leven in de maatschappij, maar die dus niet wetenschappelijk testen zijn.

In haar vervolgonderzoek uit 1996 naar de sociale constructie van adoptie en meer bepaald naar de samenlevingsperspectieven op adoptie stelt Miall echter een verschuiving vast: de grote meerderheid van haar 71 mannelijke en 79 vrouwelijke respondenten, willekeurig gekozen uit het bevolkingsbestand van een grote Oost-Canadese stad, onderschreven constructies van gelijkwaardigheid van ouderschapservaringen tussen adoptieve en biologische gezinnen en gelijkwaardigheid van moederlijke en vaderlijke gevoelens van adoptieve en biologische vaders en moeders. Deze respondenten verwierpen

ook constructies die stelden dat adoptiekinderen meer risico's veronderstellen of geacht worden later meer problematisch te zullen zijn dan biologische kinderen. Verder benadrukten de respondenten dat gezinsfunctioneren en engagement ten aanzien van het gezinsleven belangrijker zijn dan biologische factoren. Miall geeft aan dat deze verschuiving kan te maken hebben met het feit dat gezinnen meer en meer beoordeeld worden op de manier waarop ze functioneren en geëngageerd zijn, mede door het toenemend aantal echtscheidingen, nieuw samengestelde gezinnen en reproductietechnieken. Toch nuanceert Miall deze resultaten echter voor een deel, omdat effecten van sociale wenselijkheid mogelijk hebben meegespeeld in de positieve evaluaties die de respondenten maakten, analoog aan de manier waarop bijvoorbeeld respondenten niet graag publiekelijk racistische of seksistische opvattingen uiten.

Het overzicht van Wegar (2000) gebaseerd op bestaande data van reikwijdte en effect van de stigmatisering van adoptief verwantschap in de brede samenleving en van stigmatisering in adoptieonderzoek, wees uit dat de Amerikaanse samenleving adoptie nog steeds overwegend als "tweede keuze" en een verdachte gezinsvorm beschouwt, vanwege de historisch gegroeide overheersende negatieve opvattingen betreffende kinderen geboren buiten het huwelijk, hun biologische moeders en betreffende onvruchtbaarheid. Wegar duidt wel op bovenstaand onderzoek uit 1996 van Miall, waarin een verschuiving werd gesignaleerd. Toch eindigt ze wat betreft de opvattingen in de samenleving met het citeren van een aantal onderzoeken die uitwezen dat interviews met adoptieouders hebben onthuld dat adoptanten geneigd zijn het adoptieproces op zichzelf als problematisch, indringend en vernederend te ervaren. Voor wat betreft stigmatisering in adoptieonderzoek refereert Wegar naar een aantal psychopathologische theorieën zoals biologisch-genetische perspectieven, de psychodynamische theorieën, de systeemtheorieën, de attachmenttheorieën en de theorieën

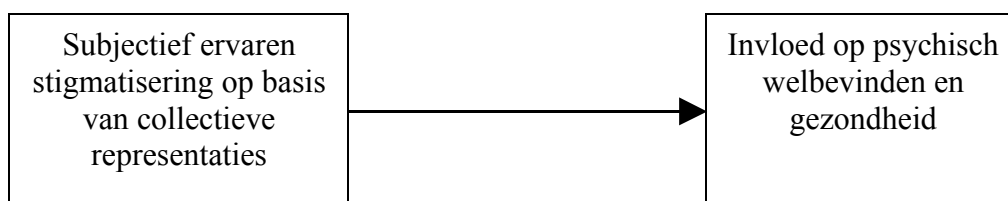
rond stress en coping. Zij concludeert dat de focus hierbij steeds ligt op problemen bij de *geadopteerden* en de manier waarop de adoptieouders kunnen helpen de problemen te verlichten. Volgens haar zijn er weinig auteurs die het de moeite waard vinden de problemen die adoptieouders ervaren als onafhankelijke onderwerpen te benaderen. De theorieën negeren stevast de impact van sociale en culturele factoren of leggen de schuld van eventuele problemen bij de adoptieouders zelf. Een onderzoeker die wel beperkt refereert naar mogelijke problemen van adoptieouders, is Brodzinsky (1990). Hij werkte “*een stress en coping model van adoptie-aanpassing*” uit, waarin hij een integratie maakte van het werk van Lazarus en zijn collega’s op het gebied van stress en coping en van zijn eigen werk rond cognitieve, ontwikkelings- en psychosociale factoren bij aanpassing aan adoptie. De kern van zijn model is de aanname dat de aanpassingen van kinderen aan adoptie berust op hun beoordelingen van, en hun pogingen om te gaan met, een set van adoptiegerelateerde verliezen. Zijn model is dus primair gericht op de aanpassing van kinderen en niet op de aanpassing van adoptieouders. Toch verwijst hij in zijn bespreking van het model dat culturele factoren, zoals de ambivalente houding in de samenleving tegenover adoptie, kan zorgen voor aanzienlijke stress bij alle adoptieve familieleden (dus zeker ook bij de ouders). Verder vermeldt hij ook nog dat de aanpassing van kinderen beïnvloed wordt door een heleboel factoren die te maken hebben met de transitie van de ouders naar het adoptief ouderschap. Eén van de voorbeelden van zo’n factor die hij hiervoor geeft, is het stigma geassocieerd met het adoptiefouderschap. Hij werkt dit voorbeeld echter niet uit en vermeldt verder niets meer over stigmatisering.

Op basis van het hierboven beschreven werk van Miall (1987) en Wegar (2000) zijn er aanwijzingen dat er sprake kan zijn van stigmatisering van adoptief ouders. Het onderzoek hiernaar is echter zeer schaars en komt steeds uit de Verenigde Staten. In Vlaanderen is

dergelijk onderzoek helemaal onbestaande zoals uit de vruchteloze zoektocht naar relevante wetenschappelijke literatuur hieromtrent is gebleken.

Gezien deze schaarste aan onderzoek naar stigmatisering van adoptieouders en de aanwijzingen uit bovenstaand literatuuronderzoek dat gestigmatiseerd worden heel wat gevolgen kan hebben, gaat dit onderzoek na of adoptieouders in Vlaanderen eveneens stigmatisering ervaren. Eventueel ervaren stigmatisering kan gekaderd worden als subjectief ervaren stigma dat geïnternaliseerd wordt, waarbij de eventuele invloed daarvan op de gezondheid kan nagegaan worden. Corrigan (1998) omschrijft geïnternaliseerd stigma als de devaluatie, schaamte, geheimzinnigheid en het terugtrekgedrag dat uitgelokt wordt door de negatieve stereotypering op zichzelf toe te passen.

Dit onderzoek maakt gebruik van een sterke vereenvoudiging van het model van Major en O'Brien (2005). Refererend naar de onderzoeken van Miall (1987) en Wegar (1996) die uitgaan van negatieve opvattingen en stereotypes met betrekking tot adoptief ouderschap die leven in de samenleving, behoudt dit onderzoek het concept collectieve representaties als mogelijke invloed op het subjectief ervaren van stigmatisering door adoptieouders. Uit de mogelijke gevolgen van stigmatisering uit het model van Major en O'Brien behoudt dit onderzoek de gevolgen die dit kan hebben voor de gezondheid. Figuur 3 illustreert het theoretische kader dat in dit onderzoek wordt gebruikt. In dit onderzoek worden de collectieve representaties betreffende adoptief ouderschap niet gemeten, maar wordt er op basis van de hoger vermelde literatuurstudie aangenomen dat deze er zijn en hun rol spelen. Het subjectief ervaren van stigmatisering en de mogelijke invloed op psychisch welbevinden en gezondheid wordt wel gemeten.





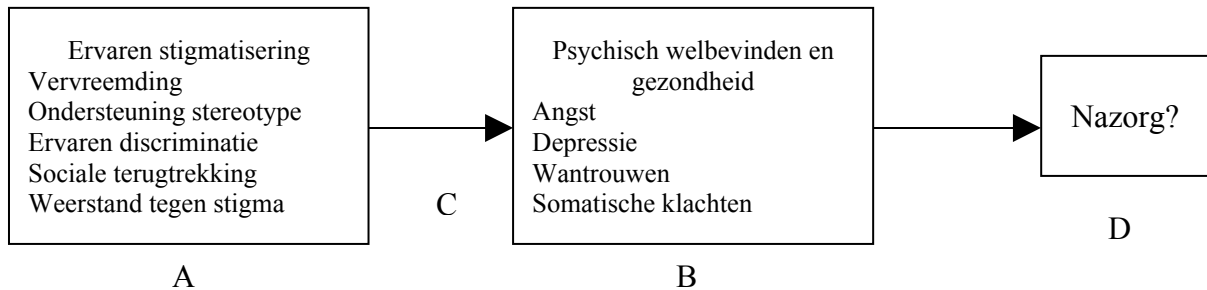
*Figuur 3.* theoretisch kader van subjectief ervaren stigmatisering en invloed op psychisch welbevinden en gezondheid

### *1.2.2 Doelstelling en centrale vraagstelling*

Dit onderzoek richt zich op het subjectief ervaren van stigmatisering (Corrigan, 1998) door adoptieouders en de mogelijke invloed die dit heeft op hun psychisch welbevinden en gezondheid. Verder richt dit onderzoek zich ook op de vraag of adoptieouders op dit vlak aandacht verwachten van de nazorgdiensten. Gezien het schaarse onderzoek op vlak van adoptief ouderschap en stigmatisering, zijn er in dit onderzoek geen gerichte hypothesen geformuleerd maar wel exploratieve onderzoeksvragen. De algemene verwachting is dat er positieve verbanden zullen zijn tussen de ervaren mate van stigmatisering en de verschillende gezondheidsvariabelen en tussen de gezondheidsvariabelen en de wens tot nazorg. Het opzet van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de potentiële verbanden tussen adoptieouderstatus, ervaren stigmatisering en nazorgbehoefte, zodat aanbevelingen voor de praktijk van de nazorg kunnen worden geformuleerd.

In dit onderzoek is de mate van ervaren stigmatisering omwille van adoptief ouderschap gemeten door te vragen naar de ervaring met vijf processen die hiermee te maken hebben: het ervaren van gevoelens van vervreemding, het ondersteunen van de stereotypes m.b.t. adoptief ouderschap, het ervaren van discriminatie, het vertonen van sociaal terugtrekgedrag en het bieden van weerstand tegen het stigma. De mate van psychisch welbevinden en gezondheid is bevraagd door vier variabelen: er werd gevraagd naar de mate van ervaren angstgevoelens, depressieve gevoelens, somatische klachten en het vertonen van wantrouwen. De concrete operationalisaties van de te onderzoeken variabelen volgen

verderop in deze scriptie. In Figuur 4 wordt het conceptueel model van het onderzoek weergegeven.



*Figuur 4.* Conceptueel model van ervaren stigmatisering, invloed op de gezondheid en de wens tot nazorg

### 1.2.3 Onderzoeksvragen.

Op basis van de centrale vraagstellingen en het conceptueel model werden volgende onderzoeksvragen afgeleid (de letter voor de onderzoeksvragen komt overeen met de letter in het conceptueel model):

- A. 1) In welke mate rapporteren adoptieouders subjectief stigmatisering?
- 2) Welke van de onderscheiden stigmaconcepten is daarin het meest relevant?
- B. 1) In welke mate ervaren adoptieouders omwille hiervan invloed op het psychisch welbevinden en de gezondheid?
- 2) welke van de onderscheiden gezondheidsconcepten is daarin het meest relevant?
- C. Wat is de relatie tussen de vijf stigmaconcepten en de vier afzonderlijke gezondheidsvariabelen?
- D. 1) Is er op het vlak van gezondheidsklachten omwille van stigmatisering nood aan specifieke nazorg?
- 2) Welke gezondheidsconcepten dragen bij aan de wens tot nazorg?

*Controlevariabelen* In de wetenschappelijke literatuur wordt uitgebreid aangetoond dat er wereldwijd socio-economische gezondheidsverschillen bestaan (onder meer De Maeseneer & Willems, 2006; Deleeck, 2003; Beck, 2001; Bossuyt & Van Oyen, 2001), onder meer door verschillen in opleiding, job, leeftijd, gender en gezinssamenstelling. Met andere woorden, deze variabelen kunnen allen een invloed uit oefenen op de mate van het al dan niet hebben van gezondheidsklachten. Om deze invloeden op de gerapporteerde gezondheidsproblemen in dit onderzoek te ondervangen, worden volgende variabelen uit dit onderzoek opgenomen als controlevariabelen in de analyses (het analyseplan wordt verderop beschreven): leeftijd, opleidingsniveau, al dan niet werkende zijn, sexe, al dan niet alleenstaande zijn en al dan niet tot een koppel behoren. Specifiek met betrekking tot adoptie, bijvoorbeeld in het licht van de bevindingen betreffende negatieve representatie in de media van transraciale adopties (Hollingsworth, 2002) wordt in het kader van het explorerend karakter van dit onderzoek aangenomen dat de adoptievorm ook van invloed kan zijn op de mate van ervaren gezondheidsklachten. Ook deze variabele wordt opgenomen als controlevariabele. Tot slot wordt in dit explorerend kader ook aangenomen dat het zou kunnen dat respondenten die reeds hulpverlening hebben gezocht, hiervan invloed kunnen ondervonden hebben op eventuele gezondheidsklachten, waardoor deze variabele mogelijk de samenhang tussen stigmatisering en gezondheidsklachten zou kunnen beïnvloeden. Om deze reden wordt een variabele “Hulpverlening” eveneens opgenomen als controlevariabele in de analyses.

#### *1.2.4 Operationalisatie kernbegrippen.*

Adoptieouders: onder adoptieouders wordt in dit onderzoek begrepen Vlaamse ouders (alleenstaanden, koppels van ongelijk en gelijk geslacht) die de voorbije jaren kinderen hebben geadopteerd via zowel een binnenlandse als een buitenlandse adoptiedienst als via zelfstandige adoptie (hier gaat het dus niet om stiefouderadoptie).

Subjectief ervaren stigmatisering (geïnternaliseerd stigma): onder geïnternaliseerd stigma wordt in dit onderzoek begrepen het op zichzelf toepassen van de devaluatie, schaamte, geheimzinnigheid en het terugtrekgedrag dat uitgelokt wordt door de negatieve stereotyperingen (Corrigan, 1998), waarbij gevoelens van vervreemding kunnen optreden, stereotype ondersteunend gedrag kan optreden, ervaring van discriminatie kan optreden, sociaal terugtrekgedrag vertoond kan worden en verzet tegen het stigma vertoond kan worden.

Gevolgen voor psychisch welbevinden en de gezondheid: onder gevolgen voor het psychisch welbevinden en gezondheid wordt in dit onderzoek begrepen het ervaren van depressieve klachten, angstklachten, gevoelens van wantrouwen en somatische klachten (omwille van deze ervaren stigmatisering).

Wenselijke nazorg: onder wenselijke nazorg wordt in dit onderzoek begrepen een wenselijk geacht ondersteunings- en hulpverleningsaanbod met betrekking tot de gezondheidsgevolgen van stigmatisering omwille van het adoptief ouderschap.

## 2. Methode

### *2.1 Design*

Voor het uitvoeren van het onderzoek wordt gekozen voor een cross-sectionele survey (meting op één tijdstip). Er wordt gekozen voor een survey aangezien het onderzoek handelt over welbepaalde meningen, wensen, persoons- en achtergrondkenmerken van adoptieouders, en dit onderzoek niet de bedoeling heeft te zoeken naar oorzakelijke verbanden maar een exploratie betreft naar eventuele samenhang tussen ervaren stigma, gezondheidsklachten en nazorgbehoefte.

### *2.2 Dataverzameling*

De data worden verzameld via een schriftelijke vragenlijst die aangeboden wordt op het internet. Voor deze vorm van dataverzameling wordt gekozen om volgende redenen: een

schriftelijke vragenlijst is goedkoop, men kan er relatief makkelijk veel mensen mee bereiken, is makkelijk te organiseren, anoniemer en minder gevoelig voor sociale wenselijkheid.

### *2.3 Onderzoeksgroep*

Gezien het exploratief karakter van dit onderzoek, wordt voor het bereiken van relevante respondenten gebruik gemaakt van een convenience sample, aangevuld met de sneeuwbalmethode. De onderzoeksgroep werd in de periode november-december 2006 geworven via de Vlaamse adoptiebureaus voor binnen- en buitenlandse adoptie, de adoptiebelangenvereniging Vereniging voor Kind en Adoptiegezin (VAG, [www.adoptievlaanderen.be](http://www.adoptievlaanderen.be)) en een aantal internetfora specifiek gericht naar adoptief ouders. Honderddertig respondenten ( $N=130$ ) vulden de op het internet gepubliceerde vragenlijst in. 23% van deze respondenten betreft mannen, 77% betroffen vrouwen. Twee procent van de respondenten is jonger dan 30 jaar, 46% bevindt zich in de leeftijdscategorie van 31-40 jaar, 41% is tussen de 41 en 50 jaar en 11% is ouder dan 51 jaar. Wat gezinstoestand betref, geeft 6% aan alleenstaande te zijn, 82% is een gehuwd koppel van verschillend geslacht, 3% een gehuwd koppel van hetzelfde geslacht, 4% is een samenwonend koppel van gelijk geslacht, 4% is uit de echt gescheiden, 1 respondent (0,8%) geeft weduwschap op. Onder de respondenten bevinden zich geen samenwonende koppels van verschillend geslacht.

Qua opleidingsniveau heeft 20% een diploma middelbaar onderwijs, 55% een diploma hoger niet-universitair onderwijs en 25% een universitair diploma. Professioneel gezien is 60% loontrekkende, 14% ambtenaar en geeft 26% een andere categorie op (ziekteuitkering, werkloos, gepensioneerd). Wat aantal adoptiekinderen betreft, geeft 50% van de respondenten aan één adoptiekind te hebben, 42% geeft te kennen twee adoptiekinderen te hebben en 8% heeft er drie. Daarnaast geeft 78% van de respondenten te kennen geen biologische kinderen te hebben, 22% heeft wel biologische kinderen waarvan 15% één eigen kind, 3% twee eigen

kinderen en 4% drie eigen kinderen heeft. De overgrote meerderheid van de respondenten, met name 82%, geeft aan in het buitenland te hebben geadopteerd, 18% in het binnenland en 1% gaf aan zowel een binnenlandse als een buitenlandse adoptie gedaan te hebben.

De spreiding van bepaalde van deze achtergrondkenmerken van de respondenten is in dit onderzoek problematisch: de meerderheid zijn vrouwen, wat betekent dat de mannen hier ondervertegenwoordigd zijn. Verder bestaat de meerderheid uit een gehuwd koppel van verschillend geslacht. In Vlaanderen worden door één bepaald adoptiebureau al ongeveer 20 jaar in beperkte mate adoptiekinderen geplaatst bij koppels van gelijk geslacht (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2005) zodat meer respondenten uit deze categorie konden verwacht worden. Verder is de meerderheid van de respondenten hoger opgeleid. Het feit dat er bijna geen lager opgeleiden werden bereikt kan te maken hebben met het feit dat dit een onderzoek via internet betrof en deze categorie misschien minder mogelijkheden heeft tot internettoegang of kan ook betekenen dat lager opgeleiden minder in aanmerking worden genomen als geschikt adoptiegezin. In de discussieparagraaf verderop in deze scriptie zal worden teruggekomen op de representativiteit van dit onderzoek.

#### *2.4 Meetinstrumenten*

In dit onderzoek worden de hiernavolgende meetinstrumenten gebruikt:

*Metten van geïnternaliseerd stigma* Rithser, Otilingham en Grajales (2003) hebben een nieuw meetinstrument ontwikkeld om het subjectief ervaren van stigma te meten, namelijk de *Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)*. Het is een meetschaal die bestaat uit zo kort en eenvoudige mogelijke items, die geen hypothetische situaties omvat, die verwijst naar het heden, die focust op de eigen identiteit en ervaring van de respondenten met een psychische ziekte en die geen bepaalde types relaties of behandelingsverleden veronderstelt. Deze schaal bevat in totaal 29 items, verdeeld over vijf subschalen. De vijf subschalen zijn: vervreemding,

ondersteuning van het stereotype, ervaren van discriminatie, sociale terugtrekking en verzet tegen het stigma. Elk item kan gescoord worden volgens een 4-punts Likert-schaal: 1 = sterk mee oneens; 2 = mee oneens; 3 = mee eens; 4 = sterk mee eens.

Deze onderzoekers hebben hun nieuwe meetinstrument middels onderzoek gecorrigeerd aan bestaande meetinstrumenten. Op basis van hun resultaten konden zij concluderen dat dit een valide en betrouwbaar meetinstrument is. Hoewel toegespitst op psychische ziektes, is het meetinstrument mits enige aanpassing van bepaalde items eveneens bruikbaar voor het meten van subjectief ervaren stigmatisering door adoptieouders. Aldus wordt in dit onderzoek een aangepast meetinstrument gebruikt, dat op basis van de vijf hierboven vermelde subschalen 27 items bevat, met een specifieke formulering toegepast op adoptieouders. De 4-puntsschaal werd hierbij aangehouden. De minimumscore bedraagt 27 en de maximumscore 108, waarbij een hogere score een hogere mate van ervaren stigma betekende. Cronbach's alpha bedraagt in dit onderzoek .82 ( $N=93$ ), wat een goede interne betrouwbaarheid van deze meetschaal betekent. De 5 subschalen en hun items zijn terug te vinden in bijlage 1. De subschaal "verzet tegen het stigma" van deze bewerkte ISMI dient gehercodeerd te worden aangezien de items positief worden geformuleerd in tegenstelling tot de items van de andere subschalen: 1 wordt 5, 2 wordt 4, 4 wordt 2 en 5 wordt 1.

Om de mate van gerapporteerde stigmatisering na te gaan, wordt in dit onderzoek een subindex gecreëerd door per respondent per subschaal de scores op te tellen. Daarna worden de vijf subindexen samengeteld tot de totaal score stigma of stigma-index. In Tabel 1 worden de gemiddelde scores, de standaardafwijkingen en de intercorrelaties van de stigmasubschalen en stigma-index weergegeven.

Tabel 1

*Gemiddelde scores, standaardafwijkingen en intercorrelaties stigmasubschalen en stigmaindex ( $N \leq 124$ )*

Variabelen	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6
Vervreemding	6.84	1.96	1					
Ondersteuning stereotype	7.18	2.14	.33**	1				
Ervaren van discriminatie	8.71	2.74	.19*	.51**	1			
Sociale terugtrekking	7.15	2.40	.47**	.41**	.40**	1		
Verzet tegen stigma	7.85	3.04	.20*	.09	-.01	.06	1	
Stigma-index	37.48	8.32	.65**	.71**	.66**	.71**	.49**	1

\*  $p < .05$  (twee-zijdig)

\*\*  $p < .01$  (twee-zijdig)

De subschalen vertonen onderling significante samenhang, met uitzondering van de subschaal “Verzet tegen het stigma”, die enkel significant correleert met “Vervreemding”. De stigma-index vertoont significante samenhang met alle subschalen. De lage gemiddelde score op de stigma-index toont aan dat deze respondenten slechts in zeer beperkte mate stigmatisering ervaren.

*Met en van gevolgen voor het psychisch welbevinden en de gezondheid* Hiervoor wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de Nederlandstalige bewerking van Arrindell en Ettema (1986) van de *Symptom Checklist 90 (SCL-90)*. De SCL-90 is een klachtenlijst waarop de respondent kan aangeven in hoeverre hij of zij de afgelopen tijd last heeft gehad van enkele psychische en/of lichamelijke klachten. De lijst bevat 90 items, verdeeld over 9 subschalen. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de subschalen angst, depressie, somatische klachten en wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit. De desbetreffende items beginnen allemaal met ‘in welke mate werd u gehinderd door’. De respondent kan kiezen uit 5 antwoordmogelijkheden: helemaal niet, een beetje, nogal, tamelijk veel, heel erg. De minimumscore bedraagt 50 en de maximumscore 250, waarbij een hogere score een hogere mate van gezondheidsproblemen betekent. Het Cotan-oordeel over de SCL-90 is volgens Hommes et al. (1998) positief, met een goede betrouwbaarheid en validiteit. In deze steekproef wordt een goede interne betrouwbaarheid gehaald, met een Cronbach’s alpha van .97 ( $N=94$ ). De respectievelijke subschalen zijn terug te vinden in bijlage 2. De mate van



gerapporteerde gezondheidsklachten wordt in dit onderzoek nagegaan door per subschaal de somscore te maken en daarna deze somscores samen te tellen tot een gezondheidsindex.

Tabel 2 geeft de gemiddelde scores, de standaardafwijkingen en de intercorrelaties weer van de subschalen gezondheid en de gezondheidsindex.

Tabel 2

*Gemiddelde scores, standaardafwijkingen en intercorrelaties subschalen gezondheid en gezondheidsindex (N = 119)*

Variabelen	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5
Depressie	23.04	10.18	1				
Angst	13.26	5.73	.66**	1			
Somatische klachten	17.52	8.08	.72**	.69**	1		
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	16.68	5.75	.71**	.73**	.72**	1	
Gezondheidsindex	68.73	26.74	.83**	.86**	.89**	.87**	1

\*\*  $p < .01$  (twee-zijdig)

De subschalen vertonen hoge mate van samenhang met elkaar, evenals met de totale gezondheidsindex. De matige gemiddelde score op de gezondheidsindex toont aan dat het op gezondheidsvlak met deze respondenten zeer goed gaat. De hoogste rapportering betreft depressie, de laagste betreft angst.

*Metten van wenselijkheid specifieke nazorg* Aangezien hiervoor geen meetinstrumenten bestaan, worden in het onderzoek 4 stellingen opgenomen waarop de respondent een uitspraak kan doen op een 4-puntsschaal: 1 = sterk mee oneens; 2 = mee oneens; 3 = mee eens; 4 = sterk mee eens. De scores situeren zich dus tussen minimum 4 en maximum 16, waarbij een hogere score een hogere wens tot nazorg impliceert. Een voorbeeld van dergelijke stelling is: “de nazorg moet de samenleving beter sensibiliseren zodat negatieve opvattingen rond adoptie verminderen”. Een overzicht van deze stellingen is terug te vinden in de in dit onderzoek gebruikte vragenlijst, opgenomen in bijlage 3. Cronbach’s alpha voor deze meetschaal bedraagt .76 ( $N=93$ ), wat een goede interne betrouwbaarheid van deze meetschaal voor deze

steekproef betekent. De mate van behoefte aan specifieke nazorg wordt in dit onderzoek nagegaan door de scores per respondent op te tellen zodat ook hier een totaalscore of index wordt verkregen. Tabel 3 geeft de gemiddelde scores, de standaardafwijkingen en de intercorrelaties weer van de nazorgvragen en de nazorgindex.

Tabel 3

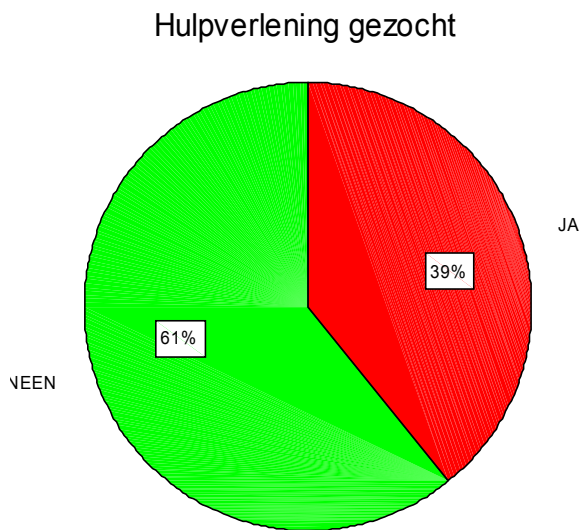
*Gemiddelde scores, standaardafwijkingen en intercorrelaties nazorgvragen en nazorgindex (N ≤ 107)*

Variabelen	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5
Nazorg moet sensibiliseren	2.52	1.20	1				
Verplichte nazorg beperkt in tijd	2.60	1.28	.34**	1			
Nazorg door gespecialiseerde diensten	3.04	1.27	.29**	.59**	1		
Nood aan een expertisecentrum adoptie	3.18	1.11	.27**	.42**	.75**	1	
Nazorgindex	11.29	3.68	.60**	.79**	.86**	.79**	1

\*\* p < .01 (tweezijdig)

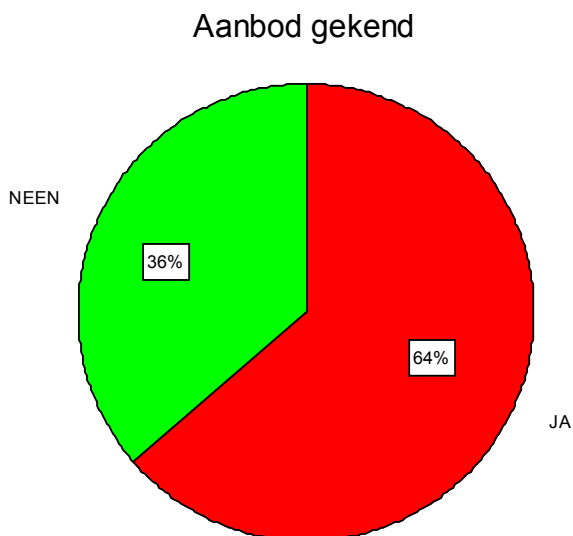
De gemiddelde score op de nazorgindex laat zien dat deze respondenten een matige behoefte aan nazorg rapporteren. De subschaal “Nood aan expertisecentrum adoptie” vertoont de hoogste gemiddelde score.

Aanvullend worden in het kader van nazorg in dit onderzoek bijkomend twee vragen opgenomen die kunnen beantwoord worden met ja of neen: de eerste vraag betreft het al dan niet reeds beroep gedaan hebben op professionele hulpverlening omwille van negatieve ervaringen betreffende het adoptiegebeuren. De tweede vraag betreft het al dan niet voldoende bekend zijn met het huidige hulpverleningsaanbod. Deze twee aanvullende vragen zijn terug te vinden in bijlage 3, die de volledige vragenlijst bevat. Figuur 5 laat zien dat 39% van de respondenten aangeeft dat zij reeds beroep hebben gedaan op één of andere vorm van hulpverlening met betrekking tot problemen met adoptie en stigmatisering, tegenover 61% niet.



*Figuur 5.* Mate waarin de respondenten reeds hulp zochten voor adoptiegerelateerde problemen

Daarnaast laat Figuur 6 zien dat 64% van de respondenten aangeeft dat het huidige hulpverleningsaanbod betreffende adoptieproblematiek hen is gekend, tegenover 36% die aangaf dat het aanbod hen niet is gekend.



*Figuur 6.* Mate waarin de respondenten aangaven dat het huidige hulpverleningsaanbod hen voldoende gekend is.

## 2.5 Analyses

*Voorbewerkingen data* Om de nodige statistische bewerkingen te kunnen uitvoeren, worden in dit onderzoek de volgende variabelen gedichotomiseerd, zodat ze bruikbaar worden als kwantitatieve variabelen: de variabele “Hoogst voltooide opleidingsniveau” wordt teruggebracht tot de variabele “Opleidingsniveau” met de categorieën hoger onderwijs (0) versus middelbaar tot geen onderwijs (1). De variabele “Burgerlijke staat” wordt enerzijds teruggebracht tot de variabele “Traditioneel gezin” waarbij de categorieën “traditioneel kerngezin” (1) en “geen traditioneel kerngezin” (score 0, zijnde koppel gelijk geslacht, alleenstaand, uit de echt gescheiden, weduwschap) behoren en worden anderzijds herberekend tot de variabele “Alleenstaand” waarbij de categorieën koppel (0) - geen koppel (1) worden onderscheiden. De waarden van de variabele “Geslacht”, bestaande uit de letters m en v worden omgezet in de variabele “Sexe” met de waarden 0 en 1. De variabele “Aard van de adoptie” wordt herberekend tot de variabele “Adoptievorm” met de categorieën binnenlands (0) en buitenland of beide (1). De waarden 1 en 2 van de variabele “Reeds hulp gezocht” worden herberekend tot de variabele “Hulpverlening” met de waarden 0 (ja) en 1 (neen). Tot slot wordt de variabele “socio-professionele categorie” herberekend tot de variabele “Werkend” met de waarden ja (0) en neen (1). Verder wordt de variabele “Leeftijd respondent” omgezet in de variabele “Leeftijdscategorie” bestaande uit 4 categorieën ( $\leq 30$ , 31-40, 41-50 en  $\geq 51$ ). Al deze oorspronkelijke variabelen zijn terug te vinden in de vragenlijst opgenomen in bijlage 3.

*Exploratie van ervaren stigmatisering* Om een beeld te krijgen van de ervaren stigmatisering die de respondenten rapporteren in dit onderzoek, zal gebruik gemaakt worden van een meervoudige regressieanalyse waarbij de hierboven genoemde controlevariabelen fungeren als onafhankelijke variabelen en de variabele “stigma-index” als afhankelijke variabele.

Hierbij zal gekeken worden naar het percentage verklaarde variantie van de afhankelijke variabele middels de determinatiecoëfficiënt  $R^2$ . Verder zal bekeken worden welke van de acht onafhankelijke variabelen significant samenhangt met het ervaren van stigmatisering door gebruik te maken van de  $t$ -waarden die het model hierbij oplevert. Hierbij zal het significantieniveau van 5% worden gehanteerd.

*Exploratie van samenhang* Om de samenhang na te gaan tussen ervaren stigmatisering en gezondheidsproblemen en tussen gezondheidsproblemen en nazorgbehoefte en welke stigma- en gezondheidsdimensies hierin het meest relevant zijn, zal in dit onderzoek gebruikt gemaakt worden van meervoudige regressieanalyses volgens de methode “Enter”, met hantering van het 5%-significantieniveau. In een eerste stap zullen eerst alle controlevariabelen worden ingevoerd als onafhankelijke variabelen, in een tweede stap worden respectievelijk de stigma-index of de stigmadimensies en de gezondheidsindex of de gezondheidsdimensies ingevoerd. De afhankelijke variabelen zullen dus respectievelijk de gezondheidsindex, de gezondheidsdimensies en de nazorgindex zijn. Telkens zal gekeken worden naar het verklaarde percentage variantie in stap 1 middels de determinatiecoëfficiënt  $R^2$ , waarna bekeken wordt of die in stap 2 toe- of afneemt. Significante samenhang tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen zal worden bekeken door gebruik te maken van de respectievelijke  $t$ -waarden.

## 2.6 Procedure

In november 2006 kregen de Vlaamse adoptiebureaus voor binnenlandse adoptie, de Vlaamse bemiddelingsorganisaties voor buitenlandse adoptie en de adoptiebelangenvereniging *Vereniging voor Kind en Adoptiegezin* een e-mail, waarin de onderzoeker zich voorstelde als student gezondheidspsychologie en waarbij de bedoeling van het onderzoek werd toegelicht. Vervolgens werd hen gevraagd de oproep te verspreiden onder hun bestand van

adoptieouders. In de oproep werd aan adoptieouders die wilden meewerken gevraagd de vragenlijst op het internet te willen invullen, waarbij ze enkel op de link hoefden te klikken om op de vragenlijst terecht te komen. De inhoud van deze e-mail werd opgenomen in bijlage 4. Er werd ook een oproep geplaatst op diverse internetfora die zich richten op adoptieouders, waar uiteraard ook de link werd meegegeven. De vragenlijst stond online tussen 15 november en 31 december 2006. De vragenlijst is terug te vinden in bijlage 3.

### 3. Resultaten

#### 3.1 Stigmatisering

Om een beeld te krijgen van hoe de eventuele ervaren stigmatisering er uit ziet, wordt in dit onderzoek middels een regressieanalyse op zoek gegaan naar eventuele samenhang tussen de eerder genoemde controlevariabelen en de ervaren stigmatisering. Uit deze analyse blijkt dat het gebruikte regressiemodel significant is  $F(8,115) = 3.74, p < .01$  en laat de determinatiecoëfficiënt  $R^2$  zien dat deze onafhankelijke controlevariabelen samen 21% van de variantie in de afhankelijke variabele “stigma-index” verklaren. Hier wordt dus een zeer beperkte samenhang geconstateerd. Vier controlevariabelen vertonen significante samenhang met de mate van ervaren stigmatisering. Naarmate de respondent ouder is, zal deze meer stigmatisering rapporteren ( $t = 2.67, p < .05$ ). Wie nog nooit hulpverlening heeft gezocht omwille van adoptiegerelateerde problemen, ervaart minder stigmatisering dan wie wel reeds beroep deed op hulpverlening ( $t = -2.60, p < .05$ ). Respondenten die aangeven een buitenlandse adoptie of zowel een buitenlandse en binnenlandse adoptie te hebben gedaan, ervaren meer stigmatisering ( $t = 2,15, p < .05$ ). De adoptieouders uit dit onderzoek die tot een koppel behoren, geven aan zich minder gestigmatiseerd te voelen dan wie alleenstaande is ( $t = -2.39, p < .05$ ). In Tabel 4 worden de samenvattende resultaten van dit regressiemodel weergegeven.

Tabel 4

Regressie van de stigma-index op de controlevariabelen ( $N = 124$ )

Variabele	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$
Leeftijd	0.29	0.11	.24*
Opleidingsniveau	1.36	1.69	.07
Koppel	-11.52	4.82	-.44*
Traditioneel Kerngezin	-8.05	4.25	-.34
Sexe	0.71	1.85	.04
Adoptievorm	4.17	1.94	.19*
Werkend	1.61	2.04	.07
Hulp gezocht	-3.92	1.51	-.23*

Noot  $R^2 = .21$ ;  $\Delta R^2 = .15$ ; \* $p < .05$

### 3.2 Gezondheid

Via een meervoudige regressieanalyse met de methode “Enter” wordt nagegaan of het ervaren van stigmatisering invloed heeft op de gezondheid van de respondenten. De analyse in de eerste stap met als afhankelijke variabele de totale gezondheidsindex en als onafhankelijke variabelen de acht controlevariabelen, laat zien dat het model significant is ( $F(8,110) = 3.99$ ,  $p < .05$ ). De controlevariabelen verklaren samen 23% van de variantie in de variabele “gezondheidsindex”, wat een zeer lichte samenhang inhoudt.

In stap 2 van deze analyse wordt de variabele “stigma-index” toegevoegd bij de onafhankelijke variabelen. Dit regressiemodel is eveneens significant:  $F(9,109) = 4.78$ ,  $p < .05$ . Dit model laat een toename zien van de determinatiecoëfficiënt: de onafhankelijke variabelen samen verklaren nu 28% van de variantie in de afhankelijke variabele “gezondheidsindex”. De lichte samenhang stijgt in zeer beperkte mate, wat een zeer lichte invloed betekent van het ervaren van stigmatisering op de gezondheid. Het model toont verder een significante invloed aan van drie onafhankelijke variabelen. De respondenten die zich gestigmatiseerd voelen, rapporteren meer gezondheidsklachten ( $t = 2.96$ ,  $p < .05$ ). Respondenten die behoren tot een traditioneel kerngezin, geven aan minder gezondheidsklachten te hebben dan wie geen traditioneel kerngezin vormt ( $t = -2.16$ ,  $p < .05$ ).

In dit onderzoek rapporteert wie ouder is, meer gezondheidsklachten dan wie jonger is ( $t = 2.36, p < .05$ ). Tabel 5 geeft de samenvattende resultaten van deze analyse weer.



Tabel 5

*Regressie van de gezondheidsindex op de controlevariabelen, gevolgd door toevoeging van de stigmaindex (N = 119)*

Variabele	B	SE B	$\beta$
Stap 1			
Leeftijd	1.02	0.34	.27*
Opleidingsniveau	-5.50	5.45	-.09
Koppel	-37.36	15.66	-.44*
Traditioneel Kernegezin	-35.11	13.65	-.46*
Sexe	-8.30	6.11	-.13
Adoptievorm	2.94	6.30	.04
Werkend	13.51	6.83	.18
Hulp gezocht	-5.23	5.03	-.09
Stap 2			
Leeftijd	0.80	0.34	.21*
Opleidingsniveau	-7.49	5.31	-.12
Koppel	-27.27	15.53	-.32
Traditioneel Kernegezin	-29.16	13.35	-.38*
Sexe	-7.97	5.91	-.13
Adoptievorm	-0.82	6.22	-.01
Werkend	8.42	6.82	.11
Hulp gezocht	0.68	5.26	.01
Stigma-index	1.02	0.35	.30*

Noot  $R^2 = .23$  voor stap 1;  $\Delta R^2 = .17$  voor stap 1;  $R^2 = .28$  voor stap 2;  $\Delta R^2 = .22$  voor stap 2; \* $p < .05$

Om na te gaan welke van de stigmadimensies het meeste samenhang vertoont met het hebben van gezondheidsklachten, wordt in dit onderzoek terug een meervoudige regressieanalyse met de methode “Enter” uitgevoerd. In stap 1 worden de acht controlevariabelen ingevoegd als onafhankelijke variabelen en de gezondheidsindex als afhankelijke variabele. Dit eerste model is significant ( $F(8,110) = 3.99, p < .05$ ) en laat aan de hand van de determinatiecoëfficiënt  $R^2$  zien dat de onafhankelijke variabelen samen 23% van de variantie in gerapporteerde gezondheidsklachten ervaren. Dit betekent een zeer lichte samenhang tussen de onafhankelijke variabelen en de gezondheidsindex.

In model 2 worden de 5 stigmadimensies toegevoegd bij de onafhankelijke variabelen. Ook dit model is significant ( $F(13,105) = 5.12, p < .05$ ) en laat een toename zien van de determinatiecoëfficiënt  $R^2$ . Samen verklaren de onafhankelijke variabelen nu 39% van de

variantie in de ervaren gezondheidsklachten. De stigmadimensies hangen dus samen met het ervaren van gezondheidsproblemen. Hierbij blijkt slechts één stigmadimensie, met name de variabele “Vervreemding” significant samen te hangen met de gezondheidsproblemen. Hoe meer vervreemding de respondenten ervaren, hoe meer gezondheidsklachten zij rapporteren ( $t = 4.80, p < .05$ ). Tabel 6 geeft de samenvattende resultaten van deze twee regressiemodellen weer.

Tabel 6

*Regressie van de gezondheidsindex op de controlevariabelen, gevolgd door toevoeging van de 5 stigmadimensies (N = 119)*

Variabele	B	SE B	$\beta$
Stap 1			
Leeftijd	1.02	0.34	.27*
Opleidingsniveau	-5.50	5.45	-.09
Koppel	-37.36	15.66	-.44*
Traditioneel Kernegezin	-35.11	13.65	-.46*
Sexe	-8.30	6.11	-.13
Adoptievorm	2.94	6.30	.04
Werkend	13.51	6.83	.18
Hulp gezocht	-5.23	5.03	-.09
Stap 2			
Leeftijd	0.83	0.34	.22*
Opleidingsniveau	-7.60	5.04	-.12
Koppel	-17.17	15.43	-.20
Traditioneel Kernegezin	-18.69	13.26	-.25
Sexe	-11.97	5.78	-.19*
Adoptievorm	3.10	5.95	.04
Werkend	13.37	6.67	.18*
Hulp gezocht	1.33	5.03	.03
Totaalscore vervreemding	6.22	1.30	.45*
Totaalscore steun stereotype	-0.84	1.25	-.07
Totaalscore ervaren discr.	0.94	0.96	.08
Totaalscore soc. terugtrekking	-0.09	1.15	-.01
Totaalscore weerstand	-0.23	0.73	-.03

Noot  $R^2 = .23$  voor stap 1;  $\Delta R^2 = .17$  voor stap 1;  $R^2 = .39$  voor stap 2;  $\Delta R^2 = .31$  voor stap 2; \* $p < .05$

Om na te gaan welke subdimensies van stigmatisering het meest relevant zijn in de samenhang met de subdimensies van gezondheid, worden in dit onderzoek vier regressieanalyses uitgevoerd met de methode “Enter”, waarbij de respectievelijke gezondheidsdimensie de afhankelijke variabele is. In de eerste stap worden eerst de reeds eerder genoemde controlevariabelen ingevoerd, in de tweede stap worden telkens de vijf stigmadimensies toegevoegd. De resultaten van deze analyses worden weergegeven in de tabellen 9, 10, 11 en 12 opgenomen in bijlage 5. Alle modellen blijken significant te zijn (zie eveneens bijlage 5). De resultaten laten echter zien dat enkel de variabele “Vervreemding” steeds terugkeert als dé significante stigmavariabele: hoe meer vervreemding wordt ervaren,

hoe meer depressie ( $t = 6.04, p < .05$ ), angst ( $t = 3.20, p < .05$ ), somatische klachten ( $t = 3.29, p < .05$ ) en wantrouwen ( $t = 2.64, p < .05$ ) wordt ervaren door de respondenten. De resultaten van de overige stigmavariabelen zijn niet significant.

### 3.3 Nazorg

Het verband tussen de behoefte aan nazorg en de ervaren gezondheidsproblemen wordt in dit onderzoek nagegaan door het uitvoeren van een regressieanalyse met de methode “Enter”. Hierbij fungeert de variabele “Nazorgindex” als afhankelijke variabele. In de eerste stap worden eerst de controlevariabelen ingevoegd als onafhankelijke variabelen, in de tweede stap volgt de toevoeging van de variabele “gezondheidsindex”. Het model in stap 1 is significant ( $F(8,98) = 2.62, p < .05$ ) en de determinatiecoëfficiënt  $R^2$  laat zien dat de onafhankelijke variabelen samen 18% van de variantie in de variabele “Nazorgindex” verklaren. Deze variabelen vertonen dus in zeer beperkte mate samenhang met de behoefte aan nazorg. Hierbij blijkt een significante samenhang met de variabele “Koppel”: wie tot een koppel behoort, ervaart significant minder behoefte aan nazorg dan wie niet tot een koppel behoort ( $t = -2.44, p < .05$ ). Het model in stap 2 blijkt eveneens significant te zijn ( $F(9,97) = 2.33, p < .05$ ). Hier neemt  $R^2$  echter niet toe en blijft gelijk aan 18%. De variabele “Gezondheidsindex” hangt niet significant samen met de nazorgbehoefte. Tabel 7 toont de samenvattende resultaten van deze analyses.

Tabel 7

*Regressie van de nazorgindex op de controlevariabelen, gevolgd door toevoeging van de gezondheidsindex (N = 107)*

Variabele	B	SE B	B
Stap 1			
Leeftijd	-0.02	0.05	-.03
Opleidingsniveau	1.31	0.82	.16
Koppel	-5.81	2.38	-.44*
Traditioneel Kernegezin	-3.01	1.96	-.27
Sexe	0.48	0.88	.06

Adoptievorm	1.64	0.92	.17
Werkend	-0.94	1.02	-.09
Hulp gezocht	-1.49	0.82	-.18
Stap 2			
Leeftijd	-0.02	0.05	-.03
Opleidingsniveau	1.35	0.83	.16
Koppel	-5.64	2.43	-.43*
Traditioneel Kerngezin	-2.84	2.02	-.25
Sexe	0.53	0.89	.06
Adoptievorm	1.63	0.93	.18
Werkend	-1.03	1.05	-.10
Hulp gezocht	-1.41	0.84	-.17
Gezondheidsindex	0.01	0.02	.04

Noot  $R^2 = .18$  voor stap 1;  $\Delta R^2 = .11$  voor stap 1;  $R^2 = .18$  voor stap 2;  $\Delta R^2 = .10$  voor stap 2; \* $p < .05$

Om de vraag te kunnen beantwoorden welke gezondheidsdimensie het meest relevant is in de samenhang met de nazorgbehoefte, wordt in dit onderzoek terug een regressieanalyse uitgevoerd met de methode “Enter”. De variabele “Nazorgindex” is hierbij de afhankelijke variabele. In stap 1 worden de acht controlevariabelen ingevoegd als onafhankelijke variabelen. In stap 2 worden de vier gezondheidsdimensies daaraan toegevoegd. In stap 1 blijkt het model significant te zijn ( $F(8,97) = 2.57, p < .05$ ) en bedraagt de determinatiecoëfficiënt  $R^2$  18%: er is dus een zeer lichte samenhang tussen de controlevariabelen en de nazorgbehoefte. Stap 2 toont eveneens een significant model ( $F(12,93) = 2.23, p < .05$ ) en een  $R^2$  die stijgt naar 22%. De afzonderlijke gezondheidsdimensies hebben dus invloed op de nazorgbehoefte. Hierbij blijkt enkel de variabele “Angst” significant bij te dragen aan de nazorgbehoefte: wie angstiger is, zal meer behoefte aan nazorg rapporteren ( $t = 2.40, p < .05$ ).

Verder is er significante samenhang tussen de variabele “nazorgbehoefte” en de variabele “Koppel” enerzijds en “Nazorgbehoefte” en de variabele “Traditioneel kerngezin” anderzijds. Wie tot een koppel behoort, rapporteert minder behoefte aan nazorg ( $t = -3.17, p < .05$ ), evenals wie een traditioneel kerngezin vormt ( $t = -2.30, p < .05$ ). In Tabel 8 worden de samenvattende resultaten van deze analyse weergegeven.

Tabel 8

*Regressie van nazorgindex op de controlevariabelen, gevolgd door toevoeging van de afzonderlijke gezondheidsdimensies (N = 106)*

Variabele	B	SE B	$\beta$
Stap 1			
Leeftijd	0.00	0.06	.01
Opleidingsniveau	1.11	0.84	.13
Koppel	-6.21	2.41	-.47*
Traditioneel Kernegezin	-3.20	1.97	-.29
Sexe	0.69	0.90	.08
Adoptievorm	1.77	0.93	.19
Werkend	-1.07	1.03	-.10
Hulp gezocht	-1.36	0.82	-.16
Stap 2			
Leeftijd	-0.01	0.06	-.02
Opleidingsniveau	1.53	0.86	.18
Koppel	-8.37	2.65	-.64*
Traditioneel Kernegezin	-4.96	2.16	-.46*
Sexe	1.24	0.94	.15
Adoptievorm	1.70	0.93	.18
Werkend	-0.72	1.08	-.07
Hulp gezocht	-1.30	0.89	-.16
Totaalscore depressie	-0.06	0.07	-.16
Totaalscore angst	0.28	0.11	.43*
Totaalscore somat. Klachten	-0.03	0.08	-.06
Totaalscore wantrouwen	-0.12	0.10	-.18

Noot  $R^2 = .18$  voor stap 1;  $\Delta R^2 = .11$  voor stap 1;  $R^2 = .22$  voor stap 2;  $\Delta R^2 = .12$  voor stap 2; \* $p < .05$

## 4. Discussie

De bedoeling van dit exploratief onderzoek is na te gaan of analoog met wat in internationale studies wordt gerapporteerd, Vlaamse adoptieouders uit deze steekproef eveneens stigmatisering ervaren omwille van het adoptieouder zijn en alle aspecten die daarmee te maken hebben. Zoals de literatuurstudie aantoont, bestaan er immers heel wat negatieve oordelen en stereotyperingen betreffende het ganse adoptiegebeuren, die leiden tot stigmatisering. Stigmatisering op haar beurt kan ernstige gevolgen hebben, onder meer op vlak van gezondheid. Een bijkomende bedoeling is ook na te gaan, indien er stigmatisering wordt gerapporteerd, of dit een invloed heeft op de gezondheid van de respondenten en dit eventueel samenhangt met een specifieke nazorgbehoefte.

### *4.1 Terugkoppeling naar de onderzoeksvragen*

Uit de analyses blijkt de vraag of de respondenten stigmatisering rapporteren, positief te worden beantwoord, zij het dat er door hen slechts in zeer lichte mate stigmatisering wordt ervaren. De meest relevante stigmadimensies (met de hoogste gemiddelde scores) zijn het ervaren van discriminatie en het vertonen van weerstand tegen de stigmatisering. De analyses laten zien dat de variabele “hulpverlening”, geïnterpreteerd als “nog geen hulp gezocht”, negatieve samenhang vertoont met het ervaren van stigmatisering. Dit betekent dat wie wel reeds beroep deed op hulpverlening, meer stigmatisering rapporteert. Dit is eerder een opmerkelijk feit aangezien de algemene verwachting is dat geboden hulpverlening zal zorgen voor een afnemen van het ervaren van stigmatisering. Dit onderzoek laat evenwel niet toe de precieze oorzaak van dit negatief verband te achterhalen. Een mogelijke verklaring zou kunnen verbonden worden met de bevindingen van Fisher (2003), die vaststelt dat tekstboeken uit opleidingen die voorbereiden op het werken met gezinnen adoptie overwegend als negatief representeren. Ook Wegar (2000) geeft aan dat heel wat

psychopathologische theorieën, die gebruikt worden in de hulpverlening, steeds focussen op de geadopteerden zelf en geen aandacht hebben voor de problemen van de adoptieouders.

Ook leeftijd blijkt een invloed te hebben op de ervaring van stigmatisering heeft: wie ouder is, zal meer stigmatisering ervaren dan wie jonger is. Verder blijkt dat ook gezinssamenstelling samenhang vertoont met het ervaren van stigmatisering: koppels blijken minder stigmatisering te ervaren dan wie niet tot een koppel behoort. Daarnaast wordt er ook een verband tussen de adoptievorm en ervaren stigmatisering waargenomen: gezinnen met buitenlandse adoptie of beide (zowel een buitenlandse als een binnenlandse adoptie) ervaren meer stigmatisering dan gezinnen met enkel een binnenlandse adoptie.

De respondenten rapporteren in zeer lichte mate gezondheidsproblemen. Er kan dus gesteld worden dat deze adoptieouders algemeen gezien een goede gezondheid hebben. Niettemin blijkt het ervaren van stigmatisering toch invloed te hebben op de lichamelijke gezondheid en het psychisch welbevinden. De hoogste gemiddelde score wordt gerapporteerd op de subdimensie “depressie”. Leeftijd speelt hierbij ook een rol, in die zin dat oudere respondenten meer stigmagerelateerde gezondheidsproblemen rapporteren dan de jongere. Daarnaast blijkt ook de gezinssamenstelling van invloed te zijn: wie tot een traditioneel kerngezin behoort, ervaart minder stigmagerelateerde gezondheidsproblemen. De stigmasubdimensie “vervreemding” is in dit onderzoek de enige dimensie die samenhangt met de score op de totale gezondheid en de score op de vier afzonderlijke gezondheidsdimensies.

Er wordt een matige behoefte aan nazorg gerapporteerd, zoals de gemiddelde score op de nazorgindex laat zien. Hierbij laat de variabele “behoefte aan een expertisecentrum” de hoogste gemiddelde score zien. De gezondheidsproblemen samen genomen blijken niet samen te hangen met een specifieke nazorgbehoefte. Wel ervaren koppels minder behoefte aan nazorg. De afzonderlijke gezondheidsdimensie “Angst” draagt bij aan een verhoogde behoefte



aan nazorg, waarbij een koppel en een traditioneel kerngezin telkens wat minder behoefte aan nazorg vertoonden. Slechts een minderheid van de respondenten zocht reeds hulp met betrekking tot problemen die te maken hebben met het ganse adoptiegebeuren. Een meerderheid van de respondenten gaf aan dat het huidige hulpverleningsaanbod in geval van problemen, hen voldoende is gekend.

Concluderend kan gesteld worden dat de adoptieouders in dit onderzoek in zeer lichte mate stigmatisering ervaren. In vergelijking met de bevindingen uit de internationale literatuur komen deze respondenten er dus zeer goed uit. Toch wordt in dit onderzoek aangetoond dat deze adoptieouders die stigmatisering ervaren, meer gezondheidsproblemen zullen hebben. Hierbij wordt aangetoond dat de stigmadimensie “Vervreemding” significante samenhang vertoont met een verhoogde mate van ervaren gezondheidsproblemen. Verder vertoont de gezondheidsdimensie “Angst” samenhang met een verhoogde behoefte aan nazorg.

Bovenstaande bevindingen geven aan dat er op het vlak van het hebben van de status van adoptieouder, de daarmee beperkt samenhangende gezondheidsproblemen en een matige nazorgbehoefte, er kan aangenomen worden dat er zich een beperkt probleem en tot nu toe verborgen probleem stelt binnen deze groep adoptieouders. Een probleem dat zich slechts in een kleine groep van de bevolking voordoet is daarom niet minder een probleem voor wie er mee geconfronteerd wordt (denk bijvoorbeeld aan sociale problemen als gezinnen geconfronteerd met verslavingsproblematieken, problematische opvoedingssituaties, enzovoort). In dit licht is het dus zaak deze problematiek bespreekbaar te maken en er een maatschappelijk draagvlak voor te creëren zodat het probleem kan aangepakt worden als wat Bouverne-De Bie (2004) omschrijft als een geconstrueerd sociaal probleem: het probleem in zo'n bepaalde vorm presenteren, dat het vatbaar wordt voor maatschappelijke actie.

#### 4.2 *Beperkingen van dit onderzoek.*

Gezien het exploratief karakter van dit onderzoek en door gebruik te maken van een conveniece sample annex sneeuwbal methode om respondenten te werven, is de steekproef niet representatief voor de populatie Vlaamse adoptieouders. Wellicht is hierdoor sprake van selectieve respons en hebben voornamelijk mensen met positieve adoptie-ervaringen gereageerd op de oproep tot medewerking. Bovendien is er geen goede spreiding voor wat betreft de achtergrondkenmerken van de respondenten, zoals reeds eerder in deze scriptie wordt opgemerkt. In verder onderzoek zou dus eerst moeten nagegaan worden op basis van welke criteria tot een representatieve steekproef kan gekomen worden waarvan de resultaten generaliseerbaar zijn naar de populatie Vlaamse adoptieouders.

Daarnaast blijkt het gebruik van het internet om een vragenlijst af te nemen niet zo efficiënt, althans toch niet in dit onderzoek. Dit is onder andere te merken aan het forse verlies aan respondenten per onderdeel van de vragenlijst, zoals blijkt uit de aantallen respondenten die worden vermeld in de respectievelijke tabellen en in de analyses van de betrouwbaarheid. Dit betekent dat ofwel de respondenten op bepaalde momenten werden geblokkeerd bij het invullen van de vragenlijst en het invullen moesten staken, of dat bepaalde gegevens eenvoudig weg niet werden weggeschreven naar het databestand nadat op de verzendknop werd gedrukt. In vervolgonderzoek zou de vragenlijst moeten getest worden bij een grote groep respondenten. Ander onderzoek is aangewezen om na te gaan hoe de efficiëntie van internetsurveys kan worden verhoogd.

Een andere beperking van dit onderzoek is, omdat nu eenmaal keuzes moeten worden gemaakt, dat er geen rekening gehouden wordt met mogelijke effecten van het aantal adoptiekinderen, het aantal biologische kinderen en gezinnen met zowel biologische als

adoptiekinderen. In vervolgonderzoek zouden deze variabelen kunnen opgenomen worden om het plaatje nog vollediger te krijgen.

#### *4.3 Aanbevelingen voor de praktijk.*

Uit de resultaten komen een aantal indicaties naar voren betreffende het ervaren van stigmatisering, de samenhang met gezondheidsproblemen en de behoefte aan nazorg. In dit kader kan er voor gepleit worden hiervoor vanuit de nazorg toch aandacht te hebben en aandacht te besteden aan een adoptiespecifieke nazorg en in het bijzonder over te gaan tot het uitbouwen van een expertisecentrum adoptie. Volgens de Vereniging voor Kind en Adoptiegezin is het nieuwe op te richten Steunpunt Nazorg Adoptie bijna operationeel (VAG, 2007). Er wordt enkel nog gewacht op de goedkeuring van de Vlaamse overheid. Hierbij wordt dit nieuwe steunpunt opgeroepen de vastgestelde indicaties ter harte te nemen en eventueel over te gaan op basis van dit onderzoek, naar uitgebreid vervolgonderzoek betreffende deze problematiek.

#### *4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek.*

Suggesties voor verder onderzoek op basis van de bevindingen uit dit onderzoek betreffen ondermeer het dieper ingaan op de negatieve samenhang tussen het beroep hebben gedaan op hulpverlening en het ervaren van stigmatisering. Verder zou ook kunnen nagegaan worden of ervaren stigmatisering door adoptieouders ook andere gevolgen dan gezondheidsproblemen veroorzaakt (denk bijvoorbeeld aan wilsuitputting zoals vastgesteld door Inzlicht et al. (2006)). Tot slot zou ook kunnen nagegaan worden hoe het komt dat van de vijf stigmadimensies enkel de dimensie “vervreemding” significant samenhangt met het ervaren van meer gezondheidsproblemen en waarom van de gezondheidsdimensies enkel de dimensie “angst” significant samenhangt met het hebben van een verhoogde nazorgbehoefte.

Kortom, dit exploratief onderzoek is de aanzet tot heel wat uitgebreider en diepgaander onderzoek met betrekking tot stigmatisering van adoptieouders en daaraan gekoppelde gezondheidsproblemen of andere gevolgen.

## Referenties

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bargh, J.A., Chen, M. & Burrows, L. (1996). Automaticity of social behavior: direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71-2, 230-244.
- Beck, M. (2001). *Theoretische achtergrondstudies in verband met ongelijkheid en gezondheid. Deel 2*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel, Faculteit van de Geneeskunde en Farmacie, Vakgroep Medische Sociologie.
- Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (2005). *Wetsvoorstel tot wijziging van het burgerlijk wetboek teneinde adoptie door koppels van hetzelfde geslacht toe te laten. Verslag namens de commissie voor Justitie*. Brussel: Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers.
- Bernardes, J. (1985). Family Ideology: Identification and exploration. *The sociological Review*, 39, 275-297.
- Bossuyt N. & Van Oyen, H. (2001). *Gezondheidsrapport: Socio-economische verschillen in gezondheid*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Bouverne-De Bie, M., Roose, R., & Vettenburg, N. (2003). *Jeugdbescherming en bijzondere jeugdbijstand: een sociaalagogische benadering*. Gent: Academia Press.
- Bouverne-De Bie, M. (2004). *Sociale Agogiek*. Gent: Academia Press.

- Brodzinsky, D.M. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. In D.M. Brodzinsky, & M.D. Schechter (Eds.). *The psychology of adoption* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Brodzinsky, D.M., & Schechter, M.D. (Eds.). (1990). *The psychology of adoption*. New York: Oxford University Press.
- Chen, E. & Mathhews, K.A.(2003). Development of the cognitive appraisal and understanding of social events (CAUSE) videos. *Helath Psychology*, 22, 106-110.
- Cole, S.W., Kemeny, M.E. & Taylor, S.E. (1997). Social identity and physical health: accelerated HIV progression in rejection-sensitive gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 320-335
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioal Practice*, 5, 201-222.
- Crandall, C.S. (1995). Do parents discriminate against their heavyweight daughters? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 724-735.
- Crandall, C.S. (2000). Ideology and lay theories of stigma: the justification of stigmatization. In T.F. Heahterton, R.E. Kleck, M.R. Hebl & J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 126-150). New York: The Guilford Press.
- Crandall, C.S. & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological Bulletin*, 129, 414-446.

- Darley, J.M. & Fazio, R.H. (1980). Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American Psychologist*, 35, 867-881.
- Deaux, K. & Major, B.(1987). Putting gender into context: an integrative model of genderrelated behavior. *Psychological Review*, 94, 369-389.
- Deleeck, H. (2003). Dood en verdeling. Over sociale ongelijkheid in ziekte, zorg en dood. *Acta Medica Catholica*, 72 (1), 19-24.
- De Maeseneer, J. & Willems, S. (2006). Sociaal-economische gezondheidsverschillen. In De Maeseneer, J. *Cursusboek Gemeenschapsgerichte Eerstelijnsgezondheidszorg (academiejaar 2005-2006, pp.18-29)*. Gent: Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.
- Dickerson, S. & Kemeny, M.E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130, 355-391.
- Dijker, A.J., & Koomen, W. (1996). Stigmatisering van zieken en gehandicapten: een integratie van cognitieve en emotionele componenten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 51, 252-260.
- Dijksterhuis, A., Aarts, H., Bargh, J.A. & van Knippenberg, A. (2000). On the relationship between associative and strength and automatic behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 531-544.
- Dovidio, J.F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: introduction and overview. In T.F. Heatterton, R.E. Kleck, M.R. Hebl & J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York: The Guilford Press.
- Fisher, A.P. (2003). A critique of the portrayal of adoption in college textbooks and readers on families, 1998-2001. *Family Relations*, 52, 154-160.

- Hommel, M.A., van Leuven, M., te Laak, J.J.F., Kuntze, A.J., Roenhorst, S., & Hummel, H.K.G. (1998). *Testpracticum psychodiagnostiek. Werkboek*. Heerlen: Open Universiteit Nederland.
- Hollingsworth, L.D. (2002). Transracial adoptions in the media: 1986-1996. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72-2, 289-293.
- Inzlicht, M., McKay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as ego depletion. How being the target of prejudice affects self-control. *Psychological Science*, 17-3, 262-269.
- Kline, S.L., Karel, A.L., & Chatterjee, K. (2006). Covering adoption: General depictions in broadcast news. *Family Relations*, 55, 487-498.
- Major, B., & O'Brien, L.T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- March, K. (1995). Perception of adoption as social stigma: motivation for search and reunion. *Journal of marriage and the family*, 57-3, 653-660.
- McEwen, B.S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886-1, 172-189.
- Miall, C.E. (1987). The stigma of adoptive parent status: perceptions of community attitudes toward adoption and the experience of informal social sanctioning. *Family Relations*, 36, 34-39.
- Miall, C.E. (1996). The social construction of adoption: clinical and community perspectives. *Family Relations*, 45, 309-317.
- Rithser, J.B., Otilingam, P.G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49
- Sarafino, E.P. (1998). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Willey & Sons.



- Steele, C.M. (1997). A threat in the air: how stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52, 613-629.
- VAG. (2007). Steunpunt Nazorg Adoptie vzw bijna operationeel. *VAG Tijdschrift*, 42-3, 8.
- Vandenbroeck, M. (2004). *In verzekerde bewaring. Hondervijftig jaar kinderen, ouders en kinderopvang*. Amsterdam: SWP
- Vorauer, J. & Kumyhr, S.M.(2001). Is this about you or me? Self-versus other-directed judgements and feelings in response to intergroup interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 706-719.
- Wegar, K. (2000). Adoption, family ideology, and social stigma: bias in community attitudes, adoption research, and practice. *Family Relations*, 49, 363-370.

Bijlage 1: de 5 subschalen van stigmatisering en de respectievelijke items

1	2	3	4
Zeer mee oneens	oneens	eens	zeer mee eens

**Subschaal VERVREEMDING**

Ik voel me niet echt op mijn plaats in deze wereld omdat ik adoptieouder ben	1	2	3	4
Het adoptieouderschap heeft mijn leven vergald	1	2	3	4
Mensen die zelf geen adoptieouder zijn kunnen mij onmogelijk begrijpen	1	2	3	4
Ik voel me beschaamd adoptieouder te zijn	1	2	3	4
Ik ben teleurgesteld in mezelf geen (voldoende) biologische kinderen te hebben	1	2	3	4
Ik voel me minderwaardig ten opzichte van ouders die (voldoende) biologische kinderen hebben	1	2	3	4

**Subschaal ONDERSTEUNING STEREOTYPES**

Stereotypes betreffende biologisch ouderschap in vergelijking met adoptief ouderschap zijn van toepassing op mijn situatie	1	2	3	4
Adoptief ouderschap is niet hetzelfde als biologisch ouderschap	1	2	3	4
Ik kan niet evenveel van mijn adoptiekind houden als van een eigen biologisch kind	1	2	3	4
Adoptiekinderen zijn minderwaardige kinderen omwille van het afgestaan en geadopteerd zijn	1	2	3	4
Adoptiekinderen zijn/worden per definitie probleemkinderen	1	2	3	4

**Subschaal ERVAREN van DISCRIMINATIE**

Mensen discrimineren mij omdat ik adoptieouder ben en geen biologische ouder	1	2	3	4
Anderen denken dat ons leven niet echt volwaardig is doordat ik (een) adoptiekind(eren) heb	1	2	3	4
Mensen negeren mij of nemen mij minder au serieux omdat ik adoptieouder ben	1	2	3	4

	1 Zeer mee oneens	2 oneens	3 eens	4 zeer mee eens
Mensen behandelen mij als minderwaardig omdat ik adoptieouder ben				1 2 3 4
Sommige mensen willen niks met mij te maken hebben omdat ik adoptieouder ben				1 2 3 4
Het adoptieproces zelf –gaande van aanmelding, screening, vorming tot toestemming en plaatsing van het kind- is op zichzelf discriminerend				1 2 3 4
<b>Subschaal SOCIALE TERUGTREKKING</b>				
Ik praat niet veel over me zelf en mijn adoptieouderschap omdat ik anderen daar niet lastig mee wil vallen				1 2 3 4
Ik zoek niet zo vlug meer sociale situaties op als vroeger omwille van mijn adoptieouderschap en de reacties en de vragen die dit kan oproepen				1 2 3 4
Negatieve stereotypes over adoptie en adoptiekinderen isoleren me van de “normale wereld” (de wereld van het biologisch ouderschap)				1 2 3 4
Ik vermijd bepaalde sociale situaties om mijn gezin niet in verlegenheid te brengen				1 2 3 4
De aanwezigheid van mensen die geen adoptieouder zijn zorgt er voor dat ik me er niet op mijn plaats voel of dat ik me incompetent voel				1 2 3 4
Ik vermijd een nauwe band met mensen die geen adoptieouder zijn om te vermijden dat ze mij afwijzen				1 2 3 4
<b>Subschaal WEERSTAND tegen STIGMA (te hercoderen)</b>				
Ik voel me goed en op het gemak wanneer ik in het openbaar gezien wordt met mijn adoptiegezin				1 2 3 4
Over het algemeen leef ik het leven dat ik wil leven				1 2 3 4
Ik heb een goed, voldoening schenkend leven door mijn adoptieouderschap				1 2 3 4

Adoptieouders leveren een belangrijke bijdrage aan de  
maatschappij

1      2      3      4

Het adoptieouderschap heeft me geleerd om te gaan met de  
harde kanten van het leven

1      2      3      4

Bijlage 2: de 4 subschalen van gezondheid en hun respectievelijke items

1	2	3	4	5
Helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg

In welke mate werd u gehinderd door:

**Subschaal DEPRESSIE**

Nare gedachten of ideeën niet kwijt kunnen raken 1 2 3 4 5

Geen seksuele interesse meer hebben of er geen plezier aan beleven 1 2 3 4 5

Weinig energie hebben 1 2 3 4 5

Denken om er maar een eind aan te maken 1 2 3 4 5

Weinig eetlust hebben 1 2 3 4 5

Gauw huilen 1 2 3 4 5

Verstrikt zijn of gevangen voelen 1 2 3 4 5

Jezelf van allerlei dingen de schuld geven 1 2 3 4 5

Je eenzaam voelen 1 2 3 4 5

Het gevoel in de put te zitten 1 2 3 4 5

Te veel over dingen piekeren 1 2 3 4 5

Nergens meer belangstelling in hebben 1 2 3 4 5

Een gevoel van leegte 1 2 3 4 5

Je wanhopig over de toekomst voelen 1 2 3 4 5

Denken aan dood of sterven 1 2 3 4 5

Gevoelens dat je niks waard bent 1 2 3 4 5

**Subschaal ANGST**

Zenuwachtigheid of vanbinnen trillen 1 2 3 4 5

Trillen 1 2 3 4 5

Zomaar plotseling schrikken of bang worden 1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg	
Je bang voelen	1	2	3	4	5
Hartkloppingen	1	2	3	4	5
Je gespannen voelen	1	2	3	4	5
Aanvallen van angst of paniek	1	2	3	4	5
Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kunt blijven zitten	1	2	3	4	5
Het gevoel dat iets naars je gaat overkomen	1	2	3	4	5
Gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard	1	2	3	4	5
<b>Subschaal SOMATISCHE KLACHTEN</b>					
Hoofdpijn	1	2	3	4	5
Duizeligheid	1	2	3	4	5
Pijn in borst of hartstreek	1	2	3	4	5
Pijn onder in rug	1	2	3	4	5
Misselijkheid of een maag die van streek is	1	2	3	4	5
Pijnlijke spieren	1	2	3	4	5
Moeilijk adem kunnen krijgen	1	2	3	4	5
Je soms erg warm, dan weer erg koud voelen	1	2	3	4	5
Een verdoofd of tintelend gevoel ergens in je lichaam	1	2	3	4	5
Een brok in je keel	1	2	3	4	5
Je lichamenlijk ergens slap voelen	1	2	3	4	5
Zwaar voelen in armen of benen	1	2	3	4	5
<b>Subschaal WANTROUWEN en INTERPERSOONLIJKE SENSITIVITEIT</b>					
Kritisch staan tegenover anderen	1	2	3	4	5
Het idee dat iemand anders je gedachten kan beheersen	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	Helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
Het gevoel dat anderen schuld hebben aan de meeste van je problemen	1	2	3	4	5
Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	1	2	3	4	5
Je verlegen en niet op je gemak voelen	1	2	3	4	5
Je niet op je gemak voelen als mensen naar je kijken of over je praten	1	2	3	4	5
Gedachten of opvattingen hebben die anderen niet met je delen	1	2	3	4	5
Je pijnlijk bewust zijn van je aanwezigheid bij anderen	1	2	3	4	5
Je niet op je gemak voelen wanneer je iets eet of drinkt in het openbaar	1	2	3	4	5
Het gevoel dat anderen je niet op juiste waarde schatten	1	2	3	4	5
Het gevoel dat mensen misbruik van je zullen maken als je ze hun gang laat gaan	1	2	3	4	5
Je nooit met iemand anders nauw verbonden voelen	1	2	3	4	5

Bijlage 3: gebruikte vragenlijst in dit onderzoek

## Vragenlijst adoptieouders en stigmatisering

Beste adoptieouder,

Deze vragenlijst kadert in het onderzoek dat ik uitvoer in het kader van mijn afstudeerscriptie tot het behalen van het diploma van gezondheidspsycholoog aan de Open Universiteit. Het onderzoek handelt over ervaren stigmatisering door adoptieouders, eventuele gevolgen voor de gezondheid en de specifieke wensen tot nazorg.

Het doel van het onderzoek is na te gaan of adoptieouders stigmatisering ervaren en indien dit het geval is, in welke mate dit een invloed kan hebben op de gezondheid en de wens tot specifieke aandacht voor deze gevolgen vanuit de nazorg.

Deze vragenlijst is anoniem. De gegevens zullen vertrouwelijk verwerkt worden, met respect voor de privacy en het beroepsgeheim.

Richtlijnen voor het invullen:

Wanneer u een koppel bent, dan is het de bedoeling dat elke partner afzonderlijk deze vragenlijst invult. Het invullen van de vragenlijst neemt maximaal een halfuurtje in beslag. Lees elke vraag rustig door en beantwoord ze dan.

Met uw medewerking aan deze bevraging levert u een belangrijke bijdrage aan dit onderzoek.

Bij vragen rond het invullen van de enquête mag u mij steeds mailen:

[gerd.callewaert@ugent.be](mailto:gerd.callewaert@ugent.be)

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Gerd Callewaert



## Persoonlijke gegevens

## 1. Geslacht

- Man
- Vrouw

## 2. Uw leeftijd

.....

## 3. Burgelijke staat

- alleenstaand
- gehuwd: koppel van verschillend geslacht
- gehuwd: koppel van gelijk geslacht
- samenwonend: koppel van verschillend geslacht
- samenwonend: koppel van gelijk geslacht
- uit de echt gescheiden
- weduwschap

## 4. Hoogst voltooide opleidingsniveau

- geen onderwijs genoten
- lager onderwijs
- middelbaar onderwijs
- hoger onderwijs niet-universitair
- hoger onderwijs universitair

## 5. socio-professionele categorie

- loontrekkende voltijds
- loontrekkende deeltijds
- ambtenaar voltijds
- ambtenaar deeltijds
- zelfstandig
- werkloos met uitkering
- ziekteuitkering
- gepensioneerd
- huisvrouw/huisman
- andere: .....

## 6. Aantal adoptiekinderen:

.....

7. Indien van toepassing: aantal biologische kinderen:

.....

8. Aard van de adoptie

- binnenlandse adoptie
- buitenlandse adoptie
- beiden

9. Huidige leeftijd adoptiekind(eren)

- 0-5
- 6-11
- 12-17
- 17-22
- 23 of ouder

10. Leeftijd adoptiekind bij aankomst / plaatsing in het gezin

- 0-5
- 6-11
- 12-17

11. Geslacht adoptiekind(eren)

- mannelijk
- vrouwelijk
- beide

Deze bevraging vervolgt met een aantal stellingen die betrekking hebben op uw status als adoptieouder. Het is de bedoeling dat u voor elk van de stellingen aangeeft in welke mate u het er al dan niet mee eens bent.

	1	2	3	4
	Zeer mee oneens	oneens	eens	zeer mee eens
Ik voel me niet echt op mijn plaats in deze wereld omdat ik adoptieouder ben				1 2 3 4
Het adoptieouderschap heeft mijn leven vergald				1 2 3 4
Mensen die zelf geen adoptieouder zijn kunnen mij onmogelijk begrijpen				1 2 3 4
Ik voel me beschaamd adoptieouder te zijn				1 2 3 4
Ik ben teleurgesteld in mezelf geen (voldoende) biologische kinderen te hebben				1 2 3 4
Ik voel me minderwaardig ten opzichte van ouders die (voldoende) biologische kinderen hebben				1 2 3 4
Stereotypes betreffende biologisch ouderschap in vergelijking met adoptief ouderschap zijn van toepassing op mijn situatie				1 2 3 4
Adoptief ouderschap is niet hetzelfde als biologisch ouderschap				1 2 3 4
Ik kan niet evenveel van mijn adoptiekind houden als van een eigen biologisch kind				1 2 3 4
Adoptiekinderen zijn minderwaardige kinderen omwille van het afgestaan en geadopteerd zijn				1 2 3 4
Adoptiekinderen zijn/worden per definitie probleemkinderen				1 2 3 4
Mensen discrimineren mij omdat ik adoptieouder ben en geen biologische ouder				1 2 3 4
Anderen denken dat ons leven niet echt volwaardig is doordat ik (een) adoptiekind(eren) heb				1 2 3 4
Mensen negeren mij of nemen mij minder au serieux omdat ik adoptieouder ben				1 2 3 4

1

2

3

4

Zeer mee oneens	oneens	eens	zeer mee eens	
Mensen behandelen mij als minderwaardig omdat ik adoptieouder ben	1	2	3	4
Sommige mensen willen niks met mij te maken hebben omdat ik adoptieouder ben	1	2	3	4
Het adoptieproces zelf –gaande van aanmelding, screening, vorming tot toestemming en plaatsing van het kind- is op zichzelf discriminerend	1	2	3	4
Ik praat niet veel over me zelf en mijn adoptieouderschap omdat ik anderen daar niet lastig mee wil vallen	1	2	3	4
Ik zoek niet zo vlug meer sociale situaties op als vroeger omwille van mijn adoptieouderschap en de reacties en de vragen die dit kan oproepen	1	2	3	4
Negatieve stereotypes over adoptie en adoptiekinderen isoleren me van de “normale wereld ” (de wereld van het biologisch ouderschap)	1	2	3	4
Ik vermijd bepaalde sociale situaties om mijn gezin niet in verlegenheid te brengen	1	2	3	4
De aanwezigheid van mensen die geen adoptieouder zijn zorgt er voor dat ik me er niet op mijn plaats voel of dat ik me incompetent voel	1	2	3	4
Ik vermijd een nauwe band met mensen die geen adoptieouder zijn om te vermijden dat ze mij afwijzen	1	2	3	4
Ik voel me goed en op het gemak wanneer ik in het openbaar gezien wordt met mijn adoptiegezin	1	2	3	4
Over het algemeen leef ik het leven dat ik wil leven	1	2	3	4
Ik heb een goed, voldoening schenkend leven door mijn adoptieouderschap	1	2	3	4
Adoptieouders leveren een belangrijke bijdrage aan de maatschappij	1	2	3	4
Het adoptieouderschap heeft me geleerd om te gaan met de harde kanten van het leven	1	2	3	4

De bevraging vervolgt nu met een aantal vragen die te maken hebben met de gezondheid en het psychisch welzijn.

Het is de bedoeling dat u voor elk van onderstaande klachten aangeeft in hoeverre u er last van heeft. Het gaat er hierbij steeds om hoe u zich gedurende de afgelopen week, met vandaag erbij, voelde.

1	2	3	4	5
Helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg

In welke mate werd u gehinderd door:

Nare gedachten of ideeën niet kwijt kunnen raken	1	2	3	4	5
Geen sexuele interesse meer hebben of er geen plezier aan beleven	1	2	3	4	5
Weinig energie hebben	1	2	3	4	5
Denken om er maar een eind aan te maken	1	2	3	4	5
Weinig eetlust hebben	1	2	3	4	5
Gauw huilen	1	2	3	4	5
Verstrikt zijn of gevangen voelen	1	2	3	4	5
Jezelf van allerlei dingen de schuld geven	1	2	3	4	5
Je eenzaam voelen	1	2	3	4	5
Het gevoel in de put te zitten	1	2	3	4	5
Te veel over dingen piekeren	1	2	3	4	5
Nergens meer belangstelling in hebben	1	2	3	4	5
Een gevoel van leegte	1	2	3	4	5
Je wanhopig over de toekomst voelen	1	2	3	4	5
Denken aan dood of sterven	1	2	3	4	5
Gevoelens dat je niks waard bent	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg

Zenuwachtigheid of vanbinnen trillen	1	2	3	4	5
Trillen	1	2	3	4	5
Zomaar plotseling schrikken of bang worden	1	2	3	4	5
Je bang voelen	1	2	3	4	5
Hartkloppingen	1	2	3	4	5
Je gespannen voelen	1	2	3	4	5
Aanvallen van angst of paniek	1	2	3	4	5
Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kunt blijven zitten	1	2	3	4	5
Het gevoel dat iets naars je gaat overkomen	1	2	3	4	5
Gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard	1	2	3	4	5
Hoofdpijn	1	2	3	4	5
Duizeligheid	1	2	3	4	5
Pijn in borst of hartstreek	1	2	3	4	5
Pijn onder in rug	1	2	3	4	5
Misselijkheid of een maag die van streek is	1	2	3	4	5
Pijnlijke spieren	1	2	3	4	5
Moeilijk adem kunnen krijgen	1	2	3	4	5
Je soms erg warm, dan weer erg koud voelen	1	2	3	4	5
Een verdoofd of tintelend gevoel ergens in je lichaam	1	2	3	4	5
Een brok in je keel	1	2	3	4	5
Je lichamenlijk ergens slap voelen	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg

Zwaar voelen in armen of benen	1	2	3	4	5
Kritisch staan tegenover anderen	1	2	3	4	5
Het idee dat iemand anders je gedachten kan beheersen	1	2	3	4	5
Het gevoel dat anderen schuld hebben aan de meeste van je problemen	1	2	3	4	5
Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	1	2	3	4	5
Je verlegen en niet op je gemak voelen	1	2	3	4	5
Je niet op je gemak voelen als mensen naar je kijken of over je praten	1	2	3	4	5
Gedachten of opvattingen hebben die anderen niet met je delen	1	2	3	4	5
Je pijnlijk bewust zijn van je aanwezigheid bij anderen	1	2	3	4	5
Je niet op je gemak voelen wanneer je iets eet of drinkt in het openbaar	1	2	3	4	5
Het gevoel dat anderen je niet op juiste waarde schatten	1	2	3	4	5
Het gevoel dat mensen misbruik van je zullen maken als je ze hun gang laat gaan	1	2	3	4	5
Je nooit met iemand anders nauw verbonden voelen	1	2	3	4	5

De bevraging vervolgt nu met een aantal vragen rond nazorg. Onder adoptienazorg worden alle vormen van begeleiding begrepen die na de plaatsing van een adoptiekind worden aangeboden en tot doel hebben het adoptiegezin te ondersteunen, gaande van informatie en advisering tot begeleiding en behandeling.

Hebt u omwille van negatieve ervaringen met betrekking tot het hele adoptiegebeuren voor u zelf beroep gedaan op professionele hulpverlening (bijvoorbeeld sociale diensten, psychologen, therapeuten, ...)

- ja  
 neen

Momenteel kan men voor vragen die te maken hebben met nazorg terecht bij een aantal diensten werkzaam in de welzijns- en gezondheidszorg, bijvoorbeeld centra algemeen welzijnswerk, centra geestelijke gezondheidszorg, privé-psychologen; ... Is dit aanbod u voldoende bekend?

- ja  
 neen

**Hieronder volgen een aantal stellingen. Het is de bedoeling dat u voor elk van de stellingen aangeeft in hoeverre u het er mee eens bent of niet.**

1	2	3	4
Zeer mee oneens	oneens	eens	zeer mee eens

De nazorg moet de samenleving beter sensibiliseren zodat negatieve opvattingen rond adoptie verminderen 1 2 3 4

Er zou een in tijd beperkte nazorg moeten verplicht gemaakt worden na elke plaatsing van een adoptiekind in het gezin 1 2 3 4

Gezien de specificiteit van adoptie, moet de nazorg gebeuren door gespecialiseerde diensten en niet door de huidige hulpverleningsinstanties 1 2 3 4

Er is dringend nood aan een gespecialiseerd expertisecentrum adoptie, dat alle aspecten rond het adoptiegebeuren opvolgt en professionele hulpverleners zoals maatschappelijk werkers, dokters, psychologen, psychiaters enz. hierrond opleidt 1 2 3 4



Hier eindigt de bevraging. Hieronder kunt u nog aanduiden of u de resultaten wenst te ontvangen en kunt u desgewenst uw opmerkingen kwijt over deze bevraging.

Ik wens op de hoogte gehouden te worden van de onderzoeksresultaten

ja

neen

Indien u hierboven “ja” hebt geantwoord, gelieve hier dan uw e-mailadres achter te laten. De onderzoeksresultaten zullen u dan per mail bezorgd worden.

.....

Tot slot kunt u hieronder nog uw bedenkingen kwijt over het thema stigmatisering van adoptie-ouderschap, over deze enquête enz.

.....  
.....

Hartelijk dank voor uw medewerking aan deze bevraging.

U zal de resultaten van het onderzoek ontvangen, wanneer u dat hebt aangeduid aan het einde van deze bevraging. Hou er wel rekening mee dat de verwerking een hele tijd in beslag kan nemen.

Tot slot wil ik benadrukken dat deze bevraging volledig anoniem gebeurt en dat bij afsluiting van dit onderzoek alle e-mailadressen door mij zullen worden verwijderd.

Bijlage 4: E-mail met betrekking tot het werven van respondenten

Geachte heer/mevrouw,

Als student gezondheidspsychologie aan de Open Universiteit ben ik in de fase van de afstudeerscriptie gekomen. Voor deze scriptie heb ik er voor gekozen onderzoek uit te voeren bij adoptie-ouders.

Uit mijn internationale literatuurstudie is gebleken dat adoptie-ouders zich gestigmatiseerd kunnen voelen omwille van het adoptie-ouder zijn. Het is de bedoeling na te gaan of Vlaamse adoptie-ouders eveneens een bepaalde mate van stigmatisering ervaren en indien dit zo is, of dit een invloed heeft op de lichamelijke gezondheid en het psychisch welbevinden. Daarnaast zal er gepeild worden naar een eventuele behoefte aan specifieke nazorg omwille van eventuele gevolgen gerelateerd aan stigmatisering.

Het onderzoek zal plaatsvinden middels een vragenlijst die beschikbaar zal gesteld worden via het internet. Om de adoptie-ouders te kunnen bereiken, ben ik zo vrij u te vragen uw bestand van adoptie-ouders onderstaande oproep tot medewerking aan het onderzoek te willen bezorgen.

Hartelijk dank bij voorbaat voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Gerd Callewaert  
Student gezondheidspsychologie en adoptie-ouder  
Gerd.Callewaert@UGent.be

---

**OPROEP**

Geachte adoptieouder(s),

Als adoptieouder en student gezondheidspsychologie aan de Open Universiteit zal ik in het kader van mijn afstudeerscriptie onderzoek doen naar eventueel ervaren stigmatisering van het adoptieouderschap en de eventuele invloed hiervan op het psychisch welzijn en de gezondheid van Vlaamse adoptieouders. Ik hoop hiermee o.a. aanbevelingen te kunnen leveren voor eventuele nazorg.

Het onderzoek zal uitgevoerd worden aan de hand van een in te vullen vragenlijst die beschikbaar is op het internet. Langs deze weg ben ik zo vrij u als adoptieouder(s) om medewerking te vragen en de vragenlijst te willen invullen. De vragenlijst kan bereikt worden via volgende link: <http://www.studentenonderzoek.com/?qid=20403&ln=ned> .

U krijgt volgende boodschap op de openingspagina: "Welkom bij Student&Onderzoek, U bent gevraagd een enquête in te vullen voor een student ten behoeve van zijn/haar studie. Meer info. We vragen u in te loggen met uw emailadres. In plaats van uw email kunt u ook volstaan met een unieke inlognaam. Dit ter voorkoming van een dubbele invoer." Wie dus omwille van privacy zijn e-mailadres op die plaats niet wil

invoeren, kiest dan het best voor een willekeurige inlognaam. Verdere instructies voor het invullen van de vragenlijst vindt u op de vragenlijst zelf.

De gegevens zullen vertrouwelijk worden verwerkt. Met uw medewerking levert u een zeer belangrijke bijdrage aan dit onderzoek.

Mag ik u vragen, indien u adoptieouders kent die deze oproep niet zouden gekregen hebben, hen deze te willen bezorgen, zodat ook zij de mogelijkheid krijgen mee te werken aan dit onderzoek?

Hartelijk dank bij voorbaat voor uw medewerking.

Voor bijkomende informatie kan u me steeds contacteren op volgend e-mailadres:  
[Gerd.Callewaert@UGent.be](mailto:Gerd.Callewaert@UGent.be) .

Met vriendelijke groeten,

Gerd Callewaert  
Student gezondheidspsychologie en adoptieouder

Bijlage 5: tabellen betreffende de regressies van elk van de gezondheidsdimensies op de stigmadimensies

Tabel 9

*Regressie van de totaalscore depressie op de controlevariabelen, gevolgd door toevoeging van de afzonderlijke stigmadimensies (N = 119)*

Variabele	B	SE B	$\beta$
Stap 1			
Leeftijd	0.42	0.13	.29*
Opleidingsniveau	-2.99	1.99	-.13
Koppel	-11.38	5.73	-.35
Traditioneel Kernegezin	-14.53	4.99	-.50*
Sexe	-2.06	2.23	-.09
Adoptievorm	3.28	2.30	.12
Werkend	5.51	2.50	.19*
Hulp gezocht	-3.57	1.84	-.17
Stap 2			
Leeftijd	0.29	0.12	.20*
Opleidingsniveau	-4.17	1.75	-.18*
Koppel	-1.02	5.36	-.03
Traditioneel Kernegezin	-6.16	4.61	-.21
Sexe	-3.80	2.01	-.16
Adoptievorm	3.81	2.07	.14
Werkend	6.53	2.32	.23*
Hulp gezocht	-1.07	1.75	-.05
Totaalscore vervreemding	2.73	0.45	.52*
Totaalscore steun stereotype	-0.07	0.43	-.14
Totaalscore ervaren discrim.	-0.19	0.33	-.52
Totaalscore soc. terugtrekking	-0.24	0.40	-.01
Totaalscore weerstand	0.04	0.25	.01

Noot  $R^2 = .28$  voor stap 1;  $\Delta R^2 = .23$  voor stap 1;  $F(8,118) = 5.45, p < .05$  voor stap 1;  $R^2 = .49$  voor stap 2;  $\Delta R^2 = .43$  voor stap 2;  $F(13,105) = 7.74, p < .05$  voor stap 2  
\* $p < .05$

Tabel 10

*Regressie van de totaalscore angst op de controlevariabelen, gevolgd door toevoeging van de afzonderlijke stigmadimensies (N = 116)*

Variabele	B	SE B	$\beta$
Stap 1			
Leeftijd	0.21	0.08	.26*
Opleidingsniveau	-3.11	1.20	-.24*

Koppel	-1.64	3.39	-.09
Traditioneel Kernegezin	-1.02	2.95	-.63
Sexe	-2.52	1.32	-.19
Adoptievorm	0.98	1.36	.07
Werkend	1.42	1.48	.09
Hulp gezocht	-2.05	1.13	-.17
Stap 2			
Leeftijd	0.21	0.08	.26*
Opleidingsniveau	-3.48	1.17	-.27*
Koppel	0.64	3.51	.04
Traditioneel Kernegezin	0.72	3.02	.04
Sexe	-2.69	1.32	-.20*
Adoptievorm	0.81	1.35	.06
Werkend	0.91	1.52	.06
Hulp gezocht	-0.86	1.19	-.07
Totaalscore vervreemding	0.95	0.30	.33*
Totaalscore steun stereotype	-0.07	0.29	-.03
Totaalscore ervaren discrim.	0.35	0.22	.17
Totaalscore soc. terugtrekking	-0.25	0.26	-.11
Totaalscore weerstand	0.05	0.17	.02

Noot  $R^2 = .21$  voor stap 1;  $\Delta R^2 = .15$  voor stap 1;  $F(8,107) = 3.61$ ,  $p < .05$  voor stap 1;  $R^2 = .31$  voor stap 2;  $\Delta R^2 = .22$  voor stap 2;  $F(13,102) = 3.55$ ,  $p < .05$  voor stap 2

\* $p < .05$

Tabel 11

*Regressie van de totaalscore somatische klachten op de controlevariabelen, gevolgd door toevoeging van de afzonderlijke stigmadimensies (N = 114)*

Variabele	B	SE B	$\beta$
Stap 1			
Leeftijd	0.28	0.12	.24*
Opleidingsniveau	-1.62	1.79	-.09
Koppel	-14.78	5.00	-.56*
Traditioneel Kernegezin	-11.75	4.31	-.52*
Sexe	-0.73	1.97	-.04
Adoptievorm	0.53	2.00	.03
Werkend	1.68	2.17	.07
Hulp gezocht	-0.83	1.67	-.05
Stap 2			
Leeftijd	0.24	0.12	.20
Opleidingsniveau	-1.66	1.74	-.09
Koppel	-9.71	5.18	-.37
Traditioneel Kernegezin	-7.16	4.39	-.31
Sexe	-2.33	1.96	-.12
Adoptievorm	0.81	1.97	.04
Werkend	2.30	2.22	.11
Hulp gezocht	0.76	1.74	.04
Totaalscore vervreemding	1.42	0.43	.35*
Totaalscore steun stereotype	-0.88	0.42	-.23

Totaalscore ervaren discrim.	0.27	0.32	.09
Totaalscore soc. terugtrekking	0.30	0.39	.09
Totaalscore weerstand	-0.04	0.24	-.02

Noot  $R^2 = .17$  voor stap 1;  $\Delta R^2 = .10$  voor stap 1;  $F(8,105) = 2.59$ ,  $p < .05$  voor stap 1;  $R^2 = .28$  voor stap 2;  $\Delta R^2 = .19$  voor stap 2;  $F(13,100) = 3.03$ ,  $p < .05$  voor stap 2

\* $p < .05$

Tabel 12

*Regressie van de totaalscore wantrouwen op de controlevariabelen,*

*gevolgd door toevoeging van de afzonderlijke stigma dimensies (N = 114)*

Variabele	B	SE B	$\beta$
<b>Stap 1</b>			
Leeftijd	0.11	0.08	.13
Opleidingsniveau	-0.94	1.27	-.07
Koppel	-9.70	3.53	-.52*
Traditioneel Kernegezin	-7.29	3.04	-.44*
Sexe	-0.21	1.39	-.02
Adoptievorm	-0.05	1.41	-.01
Werkend	2.11	1.54	.13
Hulp gezocht	-2.54	1.18	-.21*
<b>Stap 2</b>			
Leeftijd	0.12	0.09	.15
Opleidingsniveau	-1.29	1.25	-.10
Koppel	-7.92	3.74	-.43*
Traditioneel Kernegezin	-6.12	3.17	-.37
Sexe	-0.40	1.42	-.03
Adoptievorm	-0.24	1.42	-.02
Werkend	1.54	1.61	.10
Hulp gezocht	-1.37	1.26	-.11
Totaalscore vervreemding	0.82	0.31	.28*
Totaalscore steun stereotype	0.04	0.31	.02
Totaalscore ervaren discrim.	0.31	0.23	.15
Totaalscore soc. terugtrekking	-0.14	0.28	-.06
Totaalscore weerstand	-0.14	0.17	-.08

Noot  $R^2 = .18$  voor stap 1;  $\Delta R^2 = .12$  voor stap 1;  $F(8,105) = 2.83$ ,  $p < .05$  voor stap 1;  $R^2 = .26$  voor stap 2;  $\Delta R^2 = .17$  voor stap 2;  $F(13,100) = 2.71$ ,  $p < .05$  voor stap 2

\* $p < .05$