

# Verwachtingsvol ervaren op de kraamafdeling

Fenomenologisch onderzoek naar de geleefde ervaring van  
kraamvrouwen op de kraamafdeling en wat dit betekent voor Zorg  
met Ziel in het Rijnstate ziekenhuis



Masterthesis Zorgethiek en Beleid  
Hilde de Leeuw  
Studentnummer 1009370

Begeleider: Inge van Nistelrooij  
Tweede lezer: Merel Visse  
Examinator: Carlo Leget  
Universiteit voor Humanistiek  
3 augustus 2017

*If I were to tell you where my greatest feeling, my universal feeling,  
the bliss of my earthly existence has been,  
I would have to confess: It has always, here and there,  
been in this kind of in-seeing,  
in the indescribably swift, deep, timeless moments  
of this divine seeing into the heart of things.*

- Rainer Maria Rilke (jaartal onbekend, vertaald vanuit Duits in 1987)

# INHOUDSOPGAVE

---

INHOUDSOPGAVE	3
SAMENVATTING	5
VOORWOORD	6
1 PROBLEEMSTELLING	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Maatschappelijke relevantie	8
1.3 Wetenschappelijke relevantie	9
1.4 Vraagstelling	10
1.5 Doelstelling	11
1.6 Leeswijzer	11
2 THEORETISCH KADER	13
2.1 Zorgethiek en goede zorg	13
2.2 Erkenning	16
2.3 Hermeneutiek en interpretatie	17
2.4 Lichamelijkheid en geleefde ervaring vanuit fenomenologisch perspectief	17
3 METHODE	19
3.1 Onderzoeksbenadering	19
3.2 Onderzoeksmethode	21
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid	21
3.4 Data-verzameling	22
3.4.1 Diepte-interview	22
3.4.2 Observatie	23
3.4.3 Shadowing	23
3.5 Data-analyse	23
3.5.1 Memo's	24
3.6 Fasering	24
3.7 Ethische overwegingen	25
3.7.1 Informed Consent	25
3.7.2 Weigeren deelname of terugtrekking	26
3.7.3 Vertrouwelijkheid gegevens	26
4. ONDERZOEKSBEVINDINGEN	28
4.1 Toelichting data-analyse	28

4.2 Respondenten	29
4.3 Thema's in individuele ervaringen	29
4.4 Betekenissen ervaringen – overkoepelende thema's	33
4.5 Bevindingen in relatie tot Zorg met Ziel	34
5. ZORGETHISCHE REFLECTIE	35
6. DISCUSSIE	37
6.1 Shadowing als waardevolle aanvulling	37
6.2 Aanvulling op kwantitatief onderzoek	37
6.3 Tijd, tijd, tijd	38
7. CONCLUSIE	39
8. KWALITEIT VAN ONDERZOEK	41
8.1 Validiteit	41
8.2 Omvang en beperking	41
8.3 Transparantie	42
8.4 Ervaring en deskundigheid onderzoeker	42
8.5 Risico op bias	42
LITERATUUR	44
OVERZICHT BIJLAGEN	46

## SAMENVATTING

---

Projectgroep Zorg met Ziel van het Rijnstate ziekenhuis stelt zich de vraag wat goede zorg betekent voor alle betrokkenen en hoe daar invulling aan gegeven kan worden. Een mogelijkheid voor kwalitatief onderzoek is kenbaar gemaakt naar de Universiteit voor Humanistiek (UvH). In samenspraak tussen de projectgroep, de UvH en de onderzoekers is dit onderzoek tot stand gekomen.

Het doel in dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in geleefde ervaringen van kraamvrouwen met de opname op de kraamafdeling en wat dit betekent voor goede zorg vanuit Zorg met Ziel. Er is een theoretische verkenning gedaan naar zorgethische concepten zoals ‘goede zorg’ en ‘belichaamde geleefde ervaring’. Het type onderzoek betreft een empirisch fenomenologisch onderzoek met als methode de hermeneutische interpretatieve analyse volgens Van Manen (2014; 2016). Via de Lokale Haalbaarheidscommissie is toestemming verkregen voor een dataset van in totaal acht respondenten. Iedere onderzoeker heeft zich gericht op een deelonderzoek met vier respondenten. Door middel van diepgaande gesprekken, observaties en shadowing is voor dit deelonderzoek data verzameld. Aan de hand van de gedeelde geleefde ervaringen van kraamvrouwen is inzicht verkregen in de essentie van de ervaring met de opname op de kraamafdeling. De gesprekken, data-analyse en interpretaties hebben een aantal thema’s inzichtelijk gemaakt. De essentiële gevonden thema’s zijn ‘erkenning’ en ‘lichamelijkheid’. Onder erkenning wordt verstaan het gezien en gehoord worden, wat voor kraamvrouwen tijdens de opname op de kraamafdeling een belangrijk aspect voor goede zorg bleek te zijn. Onder lichamelijkheid wordt verstaan de kennis van het lichaam. Kraamvrouwen volgen lichamelijke impulsen en erkenning voor deze bron van kennis kan een belangrijk aspect zijn voor betere afstemming in de zorg. De thema’s ERKENNING en GELEEFDE ERVARING zijn de thema’s die verdere aandacht vragen binnen Zorg met Ziel.

Dit onderzoek kan richting geven in het verder verbeteren van de zorg. De resultaten bieden inzichten en aanbevelingen voor vervolgonderzoek. De waarde en de beperking van dit onderzoek betreft de generaliseerbaarheid. Dit onderzoek laten plaatsvinden op drie verschillende locaties met daarnaast kwantitatief onderzoek kan leiden tot betere afstemming in de zorg. In vervolgonderzoek zou een extra tijdsinvestering mogelijk kunnen leiden tot het terugdringen van oplopende zorgkosten en tijdsdruk kunnen afnemen.

*Trefwoorden: Zorg met Ziel, goede zorg, zorgethiek, kraamafdeling, fenomenologie, geleefde ervaring, hermeneutiek, Van Manen, erkenning, lichamelijkheid, betekenisgeving.*

## VOORWOORD

---

Wat kan er veel veranderen in een korte tijd. Zowel in mijzelf als in mijn omgeving. Het zijn voor mij waardevolle ervaringen geweest en op dit moment sta ik aan de vooravond van een nieuw begin. Met de afronding van deze masterthesis komt de studie Zorgethiek en Beleid bij de Universiteit voor Humanistiek op zijn eind. De inspiratie om mij verder te verdiepen en door te leren, door in gesprek te blijven, vragen te stellen en mijn wakkere waarneming te beoefenen, zit in mij verankerd. Ik voel in het diepst van mijn wezen dat ik wil groeien in het aandachtig aanwezig zijn en in het ontwikkelen van compassie voor mezelf, de ander en de wereld om mij heen.

Deze studie, dit onderzoek en deze uiteindelijke thesis had ik niet kunnen volbrengen zonder de mensen om mij heen. Ik voel mij intens dankbaar voor hun steun, feedback, vertrouwen en geduld. Ten eerste wil ik naar Inge van Nistelrooij mijn dank uiten voor haar deskundige begeleiding en het vertrouwen in de goede afloop, ondanks de hobbels onderweg. Ik wil ook graag tweede lezer, Merel Visse, bedanken voor de begeleiding en met name voor de inspiratie om de benadering van Max Van Manen te leren kennen. Zijn visie op fenomenologisch onderzoek resoneert enorm bij mij en ik vind het geweldig om op deze wijze onderzoek te doen. Ik ben mij meer gaan verdiepen in het werk van Van Manen. Hij schrijft “De vorming van het zelf is niet alleen een zelf-vormend proces, het vindt ook plaats door middel van anderen die zichzelf laten zien en openstellen”. De ervaringen en verhalen hebben mij geraakt, geroerd en gevormd. Dit onderzoek heeft mij veel gebracht waarin ik mocht en kon leren en groeien.

Ook Saskia Scherbeijn, medestudente en –onderzoeker voor het totaal van dit onderzoek, wil ik bedanken voor het leerzame proces welke we door gingen. Met ieder een deelonderzoek vertrouw ik erop dat we gezamenlijk een mooi onderzoeksrapport met de projectgroep kunnen delen. Ik bedank graag iedereen die werkzaam is binnen het VrouwKindCentrum van het Rijnstate ziekenhuis en in het bijzonder Carla Hakvoort, afdelingshoofd van de kraamafdeling. Het was bijzonder leuk om drie maanden lang een paar keer per week naar Arnhem te trainen. Iedere maandag en donderdag waren Saskia en ik urenlang welkom op de afdeling. We benaderden zorgverleners en kraamvrouwen met flyers betreffende ons onderzoek en we stuurden regelmatig een update rond via de afdelingsnieuwsbrief. Het was heel prettig om zo welkom geheten te worden op de afdeling. Ik wil graag de respondenten mijn dankbaarheid kenbaar maken voor hun openheid, vertrouwen en het delen van hun persoonlijke verhaal. Het team van project Zorg met Ziel wil ik bedanken voor de heel open vraag naar twee studenten voor zorgethisch onderzoek. Ik

voel me heel dankbaar voor jullie vertrouwen en flexibiliteit dat het onderzoek in overleg met een eigen visie kon worden ingevuld. Angeline van Doveren nam hierin de begeleiding op zich en deed dit met overgave. Ik heb genoten van de tips, persoonlijke gesprekken en vond ook in deze begeleiding het vertrouwen heel waardevol. Heel fijn was het ook om betrokkenheid te tonen en te ontvangen van studiegenoten; samen in het proces van afstuderen zitten en met elkaar sparren was leerzaam en gezellig.

*Last but not least* wil ik dan de mensen in mijn familie- en vriendenkring bedanken voor alles. Mijn huisgenootjes Yara en Deborah, die spontaan voor mij kookten en me ook bij wijze even afleiden van het werk. Lieve Martine, die me dikke knuffels en chocola deed toekomen wanneer ik er even doorheen zat, maar ook de thesis meelas en met opbouwende feedback kwam. Nanda & Marloes; voor alle vriendinnenliefde. Oscar, voor alle positieve energie en support op onnoemelijke manieren. Lieve mamma, voor je bemoedigende woorden en dat je laat merken een trotse moeder te zijn. En ten slotte natuurlijk dank aan jou, voor jouw tijd en aandacht, voor het lezen van mijn thesis!

# 1 PROBLEEMSTELLING

---

## 1.1 Aanleiding

In het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem wordt zorg verleend van topklinische kwaliteit, welke voldoet aan geldende wetenschappelijke inzichten en richtlijnen. Veelal is deze kennis gebaseerd op kwantitatief wetenschappelijk onderzoek, rekening houdend met kosten en effectiviteit. Dit zijn de aspecten waarop zorgverzekeraars ziekenhuiszorg beoordelen. Eveneens heeft Rijnstate oog voor het geven van aandachtige, respectvolle zorg aan patiënten, waarbij aangesloten wordt bij de patiënt en diens leefomgeving. In 2015 heeft het ziekenhuis daartoe het project Zorg met Ziel geïnitieerd. Vanuit de gedachte dat goede zorg meer is dan het voldoen aan de bestaande kwaliteitsindicatoren dient Zorg met Ziel vanaf 2020 tot in de haarvaten van de instelling aanwezig te zijn (Projectplan, 2015).

Initiatiefnemers voor het project Zorg met Ziel formuleerden een vraag naar kwalitatief onderzoek rond de beleving van Zorg met Ziel in het Rijnstate ziekenhuis. Met deze vraag kwamen zij in contact met de Universiteit van Humanistiek. Tijdens een afstudeervoorlichtingen hebben Saskia Scherbeijn en ik ons gemeld dit onderzoek uit te willen voeren in het kader van ons afstuderen. Het VrouwKindCentrum (VKC) van Rijnstate heeft zich gemeld als afdeling waarop dit onderzoek uitgevoerd kan worden. Het bleek een uitgelezen kans om kwalitatief zorgethisch onderzoek te doen op deze afdeling. Het geven van leven en hier getuige van zijn, is voor veel vrouwen en hun naasten een levensgebeurtenis. Een kantelmoment waarin de kraamvrouw en het (aanstaande) gezin zich opnieuw verhouden tot en afstemmen op de nieuwe situatie, waardoor zij zo goed mogelijk hun leven kunnen voortzetten. Albers (2016) merkte tijdens haar literatuurstudie op dat een opname op de kraamafdeling staat ook in het teken van medicalisering, zoals pijnbestrijding en monitoring van de gezondheid van moeder en kind. Zo merkte zij op dat er een centrale tendens in het gemedicaliseerde discours lijkt te zijn, namelijk dat lichamelijke processen worden losgekoppeld van de beleving. Vanuit dit spanningsveld gaan de onderzoekers elk in een eigen deelonderzoek op zoek naar de geleefde ervaringen van kraamvrouwen (en hun partner) gedurende de opname op de kraamafdeling en wat dit betekent voor goede zorg in het kader van het project Zorg met Ziel.

## 1.2 Maatschappelijke relevantie

Bevallings- en geboortezorg is een actueel onderwerp in het publieke debat. Zo berichten diverse media over de afname van het aantal thuisbevallingen ten opzichte van vijftien jaar geleden. Het



Algemeen Dagblad kopt op 24 februari 2017 ‘Thuisbevalling uit de gratie’. Het blijkt dat nog slechts 13 procent van de vrouwen thuis bevalt, in tegenstelling tot 2005 waarin 23 procent van de bevallingen thuis plaatsvond. De afname wordt volgens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) toegeschreven aan de toenemende vraag naar pijnstilling, welke thuis niet gegeven kan worden. Tevens wordt de keuze mede gebaseerd op basis van ervaringen in de omgeving. Dit resulteert in een ‘zelfversterkend effect’, aldus de Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen (KNOV). Daarnaast krijgen vrouwen niet zelden te horen dat het een goede keuze is om in het ziekenhuis te bevallen, vanuit het medische perspectief dat de bevalling een risicovolle aangelegenheid is, waar professionele zorg bij aanwezig dient te zijn (Van Teijlingen et al., 2004). In het Algemeen Dagblad (2017) stelt de KNOV dat er in het publieke debat van 2010 onterecht een link is gelegd tussen perinatale sterfte en thuisbevallingen, wat mede heeft geresulteerd in een verdere hospitalisering van de bevalling. Het NRC (2017) belicht daarnaast dat het aantal ingrepen tijdens de bevalling in het ziekenhuis stijgende is. Volgens Buitendijk (2010) introduceren medische interventies hun eigen nieuwe risico’s en verandert daarbij de beleving van zwangerschap en geboorte voor vrouwen ingrijpend. Dit wordt vaak niet in de overwegingen meegenomen. Buitendijk pleit ervoor dat de vrouw weer echt centraal gesteld wordt in de geboortezorg en het onderzoek daaromheen (Buitendijk, 2010).

Door de hospitaliserings- en mede daardoor medicaliseringstendens lijkt de aandacht voor aspecten van beleving en het zien van de bevalling als een natuurlijk fysiologisch proces meer naar de achtergrond te geraken. Het is echter de vraag of dit daadwerkelijk zo is en of dit de werkelijkheid zoals door kraamvrouwen (en hun partner) op de kraamafdeling wordt ervaren, ook weerspiegelt.

### 1.3 Wetenschappelijke relevantie

Er is veel wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd omtrent de zwangerschap, bevalling en postnatale zorg. Een groot deel van deze onderzoeken richt zich op het verbeteren van kwaliteit van zorg, gebaseerd op kwaliteitsindicatoren. Dit zijn veelal kwantitatief uitgevoerde onderzoeken, bijvoorbeeld aan de hand van vragenlijsten. Daarnaast is in wetenschappelijk artikelen aandacht besteed aan de voortschrijdende medicalisering van het geboorteproces (Buitendijk, 2010; de Vries, 2013; Van Teijlingen et al., 2004).

Duidelijk wordt dat er twee modellen zijn aan de hand waarvan de kraamzorg is in te delen (Bogaerts, 2016, p. 16). Het medisch model is het dominante paradigma in de moderne kraamzorg en kenmerkt zich door het zien van de natuurlijke bevalling als risicovol. Het is medisch

gecentreerd en de zwangere vrouw wordt gezien als passieve patiënt. In het sociale model wordt een meer holistische benadering gekozen, waarbij de bevalling als een normaal fysiologisch proces wordt gezien. Niet alleen de medische status van de vrouw is relevant, maar ook haar sociale achtergrond en netwerk worden meegenomen (Christiaens & Bracke, 2007). Het is sterk afhankelijk van de achtergrond van de verloskundige of de visie van de afdeling c.q. instelling of het sociale model zich in Nederland manifesteert. Volgens Christiaens & Bracke (2007) is in het sociale model een meer positieve houding ten opzichte van thuisbevallingen waar te nemen. Darra & Murphy (2016) opteren in hun onderzoek voor het loslaten van deze dichotome modellen. Zij beschrijven dat deze modellen noch de complexiteit van de behoeften van kraamvrouwen vatten, noch de verloskundigenpraktijken. Het is volgens hen essentieel om minder polariserende modellen te ontwikkelen, waarin combinaties van obstetrische ‘technocratische’ als wel verloskundige ‘holistische’ werkwijzen samengenomen worden. Davis-Floyd (2011) vat dit als volgt op: “to integrate the best of technology at the same time as ‘embracing the wild beauty and instinctive power of the big bad wolf in the birthplace’” (Darra & Murphy, 2016).

In de wetenschappelijke onderzoeken rondom geboortezorg en materniteit, is er ook interesse ontstaan voor de ervaringen van kraamvrouwen en hun naasten, onder meer vanuit de gedachte dat kraamvrouwen geen passieve ontvangers zijn van geboortezorg, maar juist de spil waar de zorg voor de ongeborene en de pasgeborene om draait. Hall & Taylor (2004) hebben in hun onderzoek geconstateerd dat er weinig aandacht wordt besteed aan de (existentiële) beleving van kraamvrouwen. Albers (2016) verkent in haar exploratief literatuuronderzoek onder meer hoe ruimte gecreëerd kan worden voor de belichaamde existentiële dimensie van kraamvrouwen rondom zwangerschap en bevalling. Albers geeft een overzicht van wat er in literatuur is onderzocht op gebied van beleving van kraamvrouwen. Haar aanbeveling is dat die onderzocht kunnen worden in de praktijk. Binnen beide deelonderzoeken vanuit project Zorg met Ziel wordt empirisch en conceptueel zorgethisch onderzoek uitgevoerd, waardoor dieper inzicht ontstaat in de geleefde ervaringen van kraamvrouwen (en hun partner) op de kraamafdeling. Wat bekend is geworden uit de literatuur, wordt binnen dit onderzoek kwalitatief en in de praktijk onderzocht. Binnen dit onderzoek worden nieuwe interpretaties aan het denken over en toepassen van goede zorg op de kraamafdeling toegevoegd.

## 1.4 Vraagstelling

De vraag die centraal staat binnen dit onderzoek:

*Wat is (de essentie van) de geleefde ervaring van kraamvrouwen (en hun partner) gedurende de opname op de kraamafdeling en wat betekent dit vanuit zorgethisch perspectief voor goede zorg in*

## *het kader van het project Zorg met Ziel?*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is de eerste stap het theoretisch verkennen van concepten rond goede zorg, zorgethiek en belichaamde geleefde ervaring. Van daaruit start het empirisch onderzoek aan de hand van de daarop volgende drie deelvragen. De combinatie van de verkregen antwoorden op de drie empirische deelvragen en de theoretische verkenning in de eerste deelvraag bieden gezamenlijk in de conclusie antwoord op de hoofdvraag.

- 1. Hoe wordt geleefde ervaring gezien vanuit zorgethisch perspectief?*
- 2. Wat is de (essentie van de) geleefde ervaring van kraamvrouwen (en hun partner) gedurende de opname op de kraamafdeling?*
- 3. Welke betekenissen geven kraamvrouwen (en hun partner) aan hun ervaringen gedurende hun opname op de kraamafdeling?*
- 4. Wat betekenen de geleefde ervaringen van de kraamvrouwen (en hun partner) op de kraamafdeling voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief in het kader van het project Zorg met Ziel?*

### 1.5 Doelstelling

Het doel *in* dit onderzoek is het opdiepen en aan het licht brengen van de geleefde ervaringen van opgenomen kraamvrouwen (en hun partner) op de kraamafdeling. Hierdoor ontstaat een dieper begrip van hoe het is om opgenomen te zijn op de kraamafdeling. Fenomenologisch onderzoek richt zich daarbij niet primair op hoe het voor de kraamvrouw (en hun partner) zelf is. Het accent ligt op hoe kraamvrouwen het opgenomen zijn van de kraamvrouw op de kraamafdeling ervaren. Op basis van het inzicht dat ontstaat in de belevingswereld van kraamvrouwen kan voeding gegeven worden aan goede zorg in het kader van het project Zorg met Ziel.

Het doel *van* dit onderzoek is het opzetten en uitvoeren van zorgethisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van de masterstudie Zorgethiek en Beleid. Daarbij leert ieder van ons om dit vanuit onze ervaringen en kennis, te midden van de zorgpraktijk, vorm te geven in een eigen deelonderzoek.

### 1.6 Leeswijzer

Vanuit de beschreven probleemstelling wordt duidelijk dat er sprake is van medicalisering rond bevallings- en geboortezorg. Het verbeteren van de zorg in dit domein is, zoals beschreven in de derde paragraaf, gebaseerd op kwaliteitsindicatoren. Geleefde ervaringen van zorgvragers en specifiek kraamvrouwen nog zelden onderzocht. Het is om die reden een goed argument om binnen dit onderzoek de focus te leggen op het naar boven halen van de ervaring van kraamvrouwen met de opname en wat dit zou kunnen betekenen voor goede zorg middels

diepgaande gesprekken. Er is heel bewust gekozen voor een kleine dataset, vanwege de lage belastbaarheid van kraamvrouwen in hun kraamperiode. Het volgende hoofdstuk is een verkenning van theoretische zorgethische concepten die het onderzoeken van geleefde ervaringen van betrokkenen plausibel maakt. Hiermee geeft het tweede hoofdstuk antwoord op de eerste, conceptuele, deelvraag. Het daarop volgende hoofdstuk beschrijft voor welke methode en onderzoeksbenadering is gekozen om de geleefde ervaringen te onderzoeken. De methode beschrijft tevens de stappen voor dataverzameling en data-analyse. Hoofdstuk 4 beantwoordt per paragraaf een empirische deelvraag, waarmee de drie overige deelvragen behandeld zullen worden. In hoofdstuk 5 vindt de zorgethische reflectie plaats waarin de theoretische verkenning met de empirisch verkregen data in verband wordt gebracht. In hoofdstuk 6 is aandacht voor de discussie rond dit onderzoek, waarin aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan. Dan volgt de conclusie van dit onderzoek is hoofdstuk 7, waarmee op de hoofdvraag terug gegrepen wordt en de eindconclusie van dit onderzoek staat beschreven. Ten slotte volgt in hoofdstuk 8 een uiteenzetting van aspecten rond de kwaliteit van dit onderzoek.

## 2 THEORETISCH KADER

---

Binnen dit hoofdstuk verken ik zorgethische concepten die essentieel zijn voor het verduidelijken van geleefde ervaringen rondom goede zorg op de kraamafdeling. Allereerst sta ik stil bij het interdisciplinaire veld van de zorgethiek en licht het begrip goede zorg toe vanuit dit kader. In de daarop volgende paragrafen verken ik diverse zorgethische concepten. Ten slotte is het concept van geleefde ervaring vanuit fenomenologisch perspectief toegelicht.

*Onderwerpen: Zorgethiek en goede zorg, Kwetsbaarheid, Lichamelijkheid, Afhankelijkheid, Erkenning, Hermeneutiek en interpretatie, Lichamelijkheid en geleefde ervaring vanuit fenomenologisch perspectief.*

### 2.1 Zorgethiek en goede zorg

Zorg kan op vele manieren worden gedefinieerd. Binnen dit theoretisch kader past de definitie volgens Fisher & Tronto (1990), omdat zorg een complexe praktijk betreft waarin we met elkaar verbonden zijn. In de definitie is dit als volgt omschreven:

*“We suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web” (Tronto, 1993)*

Tronto (1993) beschrijft zorgen als een complexe praktijk welke denken en doen omvat en waarin beide met elkaar verweven zijn. Hierin onderscheidt zij vijf verschillende fasen van zorg te weten:

- 1) *Caring about*: aandacht hebben voor het opmerken van onvoldane zorgbehoeften
- 2) *Caring for*: verantwoordelijkheid nemen om tegemoet te komen aan de zorgbehoeften
- 3) *Care giving*: competent om daadwerkelijk zorg te verlenen
- 4) *Care receiving*: responsiviteit om de zorg te ontvangen
- 5) *Caring with*: solidariteit om zorg in te bedden in de betrokken omgeving

Zoals hierboven duidelijk wordt is zorgen meer dan alleen een praktijk, het is tevens een moreel geladen praktijk. Zorgen gebeurt niet op basis van persoonlijke voorkeuren, maar op basis van het appel van de ander, welke een beroep doet tot het verlenen van zorg. In zorgrelaties zijn mensen met elkaar verbonden en die bindingen gaan aan menselijke keuzes vooraf. In zorgprocessen kunnen verstoringen of conflicten zich voordoen binnen en tussen de, door Tronto genoemde, fasen.

Binnen dit onderzoek is in de probleemstelling beschreven dat er een tendens van medicalisering rond bevallings- en geboortezorg is ontstaan. Overall wordt de zorg qua kwaliteit gemeten op basis van kwaliteitsindicatoren. In de zorgpraktijk kan dit inhouden dat kraamvrouwen bijvoorbeeld ervaren dat zij goed geholpen worden, terwijl de zorgprofessionals dit niet als zodanig ervaren en zich ontevreden voelen over de zorgverlening. Andersom kan dit ook het geval zijn of binnen andere fasen van zorg. Zoals in de definitie van Tronto beschreven is zorg een complexe praktijk waarin het van belang is om naar de juiste afstemming tussen alle betrokken te streven om goede zorg te waarborgen. Door het voortdurend tussen mensen afstemmen met zichzelf en elkaar wordt zorg door het interdisciplinaire veld van de zorgethiek tevens gezien als een sociale praktijk. De Utrechtse zorgethiek stelt zichzelf hierbij telkens weer de sleutelvraag ‘wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie?’. In praktijken van zorg kan het moreel goede verschijnen aan en ervaren worden door betrokkenen (emergentie). Ontvangers van zorg spelen hierin een cruciale rol. Zorgethische theorie scheidt concepten van waaruit empirisch onderzoek verricht kan worden, welke de theorie kan verrijken. Binnen dit onderzoek is de probleemstelling sturend voor zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaringen van de zorgontvangers. Dit onderzoek biedt daarmee mogelijkheid om fenomenologische inzichten vanuit de empirische data bij deze theoretische concepten te brengen, wat elkaar kan aanvullen tot het doel van goede zorg.

De hier verder uitgewerkte theorie, met daarin een aantal concepten die richtinggevend zijn, richt de empirische onderzoeksbenadering op de geleefde ervaringen van de betrokkenen in deze zorgpraktijk. Op deze wijze wordt inzicht opgedaan over het moreel goede dat hierin verschijnt. Vanuit de gedachte dat de medicalisering van bevallings- en geboortezorg mogelijk kan leiden tot het voorbij gaan aan bepaalde kennis en ervaringen waarover kraamvrouwen beschikken, is het interessant om het concept lichamelijke verdere uit te diepen. Daarnaast is binnen onderzoek naar ervaring belangrijk om concepten als kwetsbaarheid en afhankelijkheid, relationaliteit, contextualiteit en praktijken mee te nemen.

### *Lichamelijke*

In de zorgethiek is lichamelijke een belangrijke bron van kennis. Vele vormen van lichamelijke waarneming gaan daarmee gepaard, zoals ervaringen, gevoelens en emoties (Slatman & Widdershoven, 2015). Het lichaam is niet enkel een object, maar tegelijk een subject. Dit brengt tegelijk een individuele en sociale dimensie samen; het lichaam is geen ding, maar een mogelijkheid waarmee wordt waargenomen. Een lichaam hebben vormt een perspectief met toegang tot de wereld (Slatman & Widdershoven, 2015).

### *Kwetsbaarheid en afhankelijkheid*

Tronto (1993) beschrijft dat zorgethiek uitgaat van de behoefte van mensen. De ‘noden’ of ‘zorgen’ van mensen, waarmee een beroep gedaan wordt op één of meerdere anderen, maakt mensen kwetsbaar voor en afhankelijk van anderen. Kwetsbaarheid is persoonlijk en lichamelijk, maar ook relationeel (Kittay, 1999). Het vertrekpunt van de theorie van Kittay (1999) is ‘Everybody is some mother’s child’, wat duidt op een connection-based equality; er heeft een ander voor jou gezorgd. Iedereen heeft steun nodig, maar niet te allen tijde ondersteuning nodig en ieder mens is kwetsbaar en afhankelijk (Kittay, 1999). Van Heijst (2011) stelt dat mensen gelijk zijn in behoefte. In de zorg zijn geregeld asymmetrische relaties zichtbaar, zoals van zorgprofessional tot patiënt. Het is belangrijk om dieper te kijken, naar dat wat mens tot mens verbindt. ‘De kritische gedachte achter kwetsbaarheid is om meer oog te krijgen voor het feit dat mensen niet zomaar actoren zijn die de regie hebben en alles in de greep kunnen houden, aangezien ieders bestaan door kwetsbaarheid en symmetrische afhankelijkheid getekend is’, aldus Van Heijst (2008, p. 142).

### *Relationaliteit*

Relationaliteit is de basis van goede zorg. Van Heijst (2008) definieert zorg als een manier van doen, in op mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf. Hierin staan relaties en onderlinge afhankelijkheid centraal. Ook Noddings (1984) beschrijft dat de essentie van zorg besloten ligt in de relatie tussen de zorgverlener, *the one-caring*, en de zorgontvanger, *the cared-for*. Wanneer we de realiteit van de ander, als onze eigen realiteit beschouwen en we daarnaar handelen, dan zorgen we (Noddings, 1984). Het vraagt om inlevingsvermogen van de zorgverlener om te bemerken welke waarden van goede zorg voor de ander belangrijk zijn. Door middel van afstemming en aandacht bij de zorgverlener kunnen die waarden helder worden. Todres, Galvin en Dahlberg (2014) pleiten dat *insiderness*, het ‘hoe het is’ voor de ander in zijn of haar leefwereld in goede zorg centraal gesteld kan worden. Binnen de zorgethiek is, bijvoorbeeld vanuit Noddings, kritisch nagedacht over het principe van *insiderness*. Hoe kun (in)voelen wat een ander overkomt en wat de ander voelt? Tronto noemt in haar theorie over zorgen, met de diverse fasen van zorg, het begrip *responsiveness* (Tronto, 1993). De noden van de ander dienen gezien te worden zoals die ander zich uit, dat is iets anders dan invoelen. Noddings stelt dat een open houding, affectief en responsief, kan zorgen voor afstemming binnen de zorgbetrekking.

### *Contextualiteit*

Contextualiteit in de zorg betekent aandacht hebben voor en geven aan de fysieke, sociale, historische en biografische omgeving van de patiënt (Kuis & Goossensen, 2015). Daarbij wordt uitgegaan van de uniciteit van de mens en diens leefomgeving. Zorgethiek biedt daarin een probleemgestuurd ethisch perspectief. Zij gaat op zoek naar het moreel goede binnen de specifieke zorgcontext (Notitie van de Utrechtse Zorgethiek, 2015). Goede zorg heeft te maken met inclusie van contextualiteit en situatie-gebondenheid (Klaver & Baart, 2016, p.2; Van Heijst, 2011; Tronto, 1993). Zorgen is daarnaast een contextuele praktijk waarin door de context van de praktijk wordt bepaald hoe je zorgt. Eigen contextuele achtergrond van zorgprofessionals geven hier tevens invulling aan. De Franse filosoof Paul Ricoeur stelt dat we door ons handelen worden wie we zijn. Onze identiteit is vervlochten met anderen. In een dialogisch proces vind onze morele vorming plaats. De samenleving is moreel geladen, omdat onze identiteit moreel geladen is. Zo gezegd vat Ricoeur ethiek op als het goede leven, het streven naar 'een heel mens' zijn, met en voor anderen, binnen rechtvaardige instituties. De zorgethiek put ook inspiratie uit het werk van Margaret Urban Walker (2007). Zij beschrijft dat door het zien van de eigen verantwoordelijkheid het morele begrip zich ontwikkelt. Niet morele kennis, maar moreel begrip verkrijgen, ofwel een expressief-collaboratieve wijze van werken met elkaar (Walker, 2007, p.4). Binnen praktijken de kritische reflectie laten plaatsvinden en niet zonder die praktijk, op basis van theorie, beslissen wat goede zorg is. Het goede komt naar boven in praktijken.

### *Praktijken*

Zorgen is een praktijk, zorgpraktijken zijn overal aanwezig. De praktijk van zorgen legt nadruk op relaties, processen en attitudes die specifieke situaties in perspectief plaatsen (Kuis & Goossensen, 2015). Ook Ruddick pleit voor aandacht voor de ervaringen die zichtbaar worden in de praktijk als belangrijke bron van kennis. Met haar analyse van de praktijk van het moederen, waarin volgens haar de uiting van 'het goede' zichtbaar wordt, heeft Ruddick (1989, 1995) kritiek op het rationeel denken dat kennis voortkomt uit rede. Zij wil ruimte banen voor de ongenoemde ervaringen van degene die ervaart. Zo belicht zij de belichaamde ervaring van of verschillende gevoelens die ervaren kunnen worden door moeders als belangrijke bron van kennis. Zogezegd komt morele kennis voort vanuit het zowel kritisch reflecteren én meenemen van ervaringen binnen praktijken, zoals hierboven verwezen naar de theorie van Walker (2007).

## 2.2 Erkenning

Vanuit de probleemstelling is helder geworden dat er een trend van medicalisering rond zwangerschap en bevalling is ontstaan. Albers (2016) gaf in haar thesis weer hoe dit mogelijk kan



leiden tot verdringing van de ruimte voor de geleefde ervaringen van kraamvrouwen. Vanuit dit idee is het interessant om te onderzoeken hoe vrouwen de opname beleven. Is het zo dat zij zich in hun behoeften gezien en gehoord voelen? Een aspect van goede zorg vanuit zorgethisch perspectief om nauwkeuriger naar te kijken is de kwaliteit van verbinding tussen mensen in zorgsituaties. Hoe mensen tegen elkaar aankijken en of zij elkaar 'zien staan' bepaald de mate van erkenning (van Heijst, 2011). Van Heijst wil hiermee het 'ik red mezelf wel-denken' relativiseren en de meer individualistische mensvisie in het perspectief van menselijke relaties plaatsen. Relaties zijn een bron van waarden, ethische inzichten en zingeving. 'Elkaar zien staan' kan in het nauw worden gedrukt door meer bedrijfsmatige uitvoering in de zorg. Erkenning zou kwaliteit en voldoening doen toenemen, waarmee de zorg menswaardiger en zinvoller wordt (Van Heijst, p. 27-28).

### 2.3 Hermeneutiek en interpretatie

Vanuit de idee dat dit onderzoek zich zal richten op ervaringsverhalen, is dat aanleiding om hier ruimte creëren voor het nader verkennen van betekenisgeving aan verhalen en het begrijpen van die verhalen. De hermeneutiek is de studie van het proces van interpreteren, inclusief het achterhalen en expliciteren van de achtergrond of context die een tekst begrijpelijker maakt. Dit proces van interpretatie, ofwel verstaan, gaat uit van de mens als kennend en betekenisgevend subject. Aanvullend beschrijft Gadamer (1960) dat het niet zozeer gaat om de waarheid, maar meer om de beleving. Zorgethiek vindt inspiratie in de hermeneutiek, omdat de zorgethiek niet zozeer zoekt naar bewijzen, maar naar betekenisgeving door middel van kwalitatieve onderzoeksmethodes. Zo is een deel van de hoofdvraag in dit onderzoek gericht op goede zorg, maar kan niet gezegd worden 'wat goede zorg is'. Iedere zorgpraktijk is ambigu, daarom kunnen inzichten uit zorgethisch onderzoek, zoals deze fenomenologische studie, voeding bieden naast kwantitatieve onderzoeksmethoden.

### 2.4 Lichamelijke en geleefde ervaring vanuit fenomenologisch perspectief

Albers (2016) beschrijft in haar thesis dat een ziekenhuisopname ten dele inhoudt dat je onderworpen bent aan het reilen en zeilen van een afdeling. Men 'ondergaat' de zorg. Dit kan bepaalde ervaringen van betrokkenen in de praktijk naar de achtergrond doen verschuiven, opdat de wetmatigheid van het ziekenhuis doorgang vindt. Een voorbeeld daarvan, zoals Albers beschrijft in haar thesis, is hoe lichamelijke beleving nog nauwelijks ruimte krijgt. Voor het bespreken van lichamelijke ervaring vanuit fenomenologisch perspectief wend ik mij tot het omvangrijke werk van Merleau-Ponty. Binnen de zorgethiek is wel theorie te vinden over de betekenis en waarde van lichamelijke en geleefde ervaring, maar Merleau-Ponty biedt dieper

inzicht in belichaamde ervaring als bron van kennis. Zijn gedachtegoed is een waardevolle toevoeging in dit theoretisch kader, vanwege zijn opvatting over het lichaamssubject, waarbij hij afscheid neemt van de wetenschappelijke objectivering van het lichaam en zich richt op de doorleefde lichaamservaring.

Volgens de fenomenologie van Merleau-Ponty (1945) is een praktijk altijd een belichaamde praktijk. Hij beklemtoont de rol van het lichaam in de menselijke ervaring. Het lichaam is als het ware het (meet)instrument waarmee we gewaarworden van onze omgeving en we kunnen kennen (Merleau-Ponty, 1997). Ervaringen zijn meer dan alleen bewuste processen; ze ontstaan ook *in* en *aan* het lichaam. Geleefde ervaringen komen niet enkel via taal tot uitdrukking, maar via het ‘gevoelde lichaam’, wat observatie tot een belangrijk onderdeel maakt van dit onderzoek. Eén van de ideeën achter het gebruik van de fenomenologie binnen zorgethisch onderzoek is dat op deze wijze de alledaagse leefwereld in zorgpraktijken kan worden waargenomen met onze zintuigen (Aydin, 2007). Slatman (2014) beschrijft dit als volgt:

*"We therefore must not only delve into the way one's body is lived or experienced 'from within', but should simultaneously look at how it manifests itself in a world that is shared with others; how it appears 'from the outside' for other people as well as for oneself"*  
(Slatman, 2014).

## 3 METHODE

---

Dit hoofdstuk is in de voorbereiding van het onderzoek tussen twee onderzoekers tot stand gekomen, waarna ieder een eigen deelonderzoek uitvoert. Dit hoofdstuk is dan ook qua taalgebruik grotendeels vanuit het gezamenlijke perspectief geschreven. De onderzoeksbenadering en methode zijn in gesprek met zowel het Rijnstate als de onderzoeksbegeleiders overeengekomen. Dit hoofdstuk is uitgewerkt met een eerste paragraaf waarin de fenomenologische onderzoeksbenadering is beschreven, waarin de benadering van Van Manen centraal staat. De daarop volgende paragraaf beschrijft de onderzoeksmethode, waarin existentialen richting geven binnen het onderzoek. Vervolgens is de wijze waarop de data verzameld en geanalyseerd wordt beschreven. Hierna volgt de paragraaf waarin de fasering van het onderzoek middels een tabel in kaart is gebracht. Ten slotte zijn de ethische overwegingen in de slotparagraaf van dit hoofdstuk uitgelicht.

### 3.1 Onderzoeksbenadering

Zoals beschreven in de probleemstelling is er tot op heden vooral kwantitatief onderzoek gedaan en literatuuronderzoek gedaan rond de kwaliteit van bevallings- en geboortezorg in ziekenhuizen. Er zijn diverse methoden voor kwalitatief onderzoek, maar gekozen is voor fenomenologisch onderzoek vanuit de meerwaarde inzichten te verkrijgen in de geleefde ervaringen van kraamvrouwen tijdens de opname op de kraamafdeling. Er is mede voor deze methode gekozen, omdat dit in verhouding een lichte vorm van kwalitatief onderzoek betreft. Met een kleine dataset kan veel diepte informatie verkregen worden. Dit vraagt een minder hoge belasting dan andere typen kwalitatief onderzoek, waarin actievere deelname wordt gevraagd van respondenten.

Fenomenologie is de wetenschap van fenomenen (Van Manen, 1997). Het laat zien hoe onze woorden, concepten en theorieën vorm en structuur geven aan de ervaringen die we door-leven (Van Manen, 2014, p. 58). Fenomenologie is daarbij zowel een filosofische stroming als een onderzoeksbenadering.

Johnson & Parry (2015) omschrijven twee hoofdstromingen in fenomenologische onderzoek. De eerste stroming is de descriptieve fenomenologie, die uitgaat van de filosofie van Husserl (Johnson & Parry, 2015). Husserl gaat uit van intentionaliteit, waarbij hij doelt dat bewustzijn altijd bewustzijn van iets is. Al ons denken en handelen is gericht op de dingen in de wereld (Van Manen, 2014). Het accent bij Husserl ligt op het vangen van ervaringen in hun pure essentie, zonder te interpreteren, verklaren of te theoretiseren. Deze interpretaties, verklaringen en theorieën

dienen we tussen haakjes te plaatsen ofwel te *'bracketen'*. Zodoende wordt deze kennis opgeschort en ontstaan openingen om terug te gaan naar de verschijning van het fenomeen zoals die zich pre-reflectief in ons bewustzijn voordoet (Van Manen, 2014). Husserls fenomenologie kan daarbij transcendentaal genoemd worden, omdat hij cerebraal tracht grip te krijgen op de essenties van de dingen om hem heen. *"For Husserlian phenomenological inquiry, experience is the thing and "how" the things of experience appear to consciousness is the focus"* (Van Manen, 2014, p. 91).

De tweede benadering is de interpretatieve fenomenologie (Johnson & Parry, 2015). De filosofie van Heidegger ligt hieraan ten grondslag. Heidegger legt het accent op de fenomenologie als een ontologie. Zoals Van Manen (1997) verwoordt: *"a study of the modes of 'being in the world' of human being* (Van Manen, 1997, p. 184). Heidegger ziet bewustzijn niet als iets wat gescheiden is van de wereld, maar als een gesitueerd-zijn in de wereld. *"Pre-understanding is not something a person can step outside of or put aside, as it is understood as already being with us in the world"* (Lavery, 2003, p. 8). Volgens Heidegger is het dan ook essentieel om zich bewust te zijn van (de invloeden van) deze gesitueerdheid. De focus ligt in tegenstelling tot Husserl, op het begrijpen van de menselijke ervaring zoals het doorleefd wordt. Heidegger pleit daarom voor het gebruik van hermeneutiek (de studie van de interpretatie van betekenis) als onderzoeksmethode (Dowling, 2007). Deze Heideggeriaanse fenomenologie wordt ook wel hermeneutische fenomenologie genoemd. *'Bracketing'* is vanuit dit interpretatieve, hermeneutische perspectief onmogelijk, omdat mensen zich niet kunnen onttrekken aan hun historiciteit en zijn-in-de-wereld (Lavery, 2003). In de interpretatieve hermeneutische fenomenologie worden de aannames en vooronderstellingen van onderzoekers dan ook meegenomen en ingebed in het onderzoeksproces.

De hermeneutische fenomenologie van Van Manen heeft descriptieve en interpretatieve aspecten. Het primaire doel van hermeneutische fenomenologie is het onderzoeken en beschrijven van fenomenen zoals zij ervaren worden in het leven. Dit wordt gedaan door middel van het praktiseren van fenomenologische reflectie en door te schrijven. Hierdoor wordt een stem gegeven aan de menselijke ervaring zoals het is (Van der Zalm & Bergum, 2000, p. 212).

Van Manen noemt zijn fenomenologie ook wel een *'phenomenology of practice'*. Hiermee bedoelt hij dat zijn fenomenologie voor de praktijk en van de praktijk is (Van Manen, 2014). Een werkelijk begrip van fenomenologie kan alleen bereikt worden door het ook actief te doen (Van Manen, 1997). Van Manens fenomenologie richt zich dan ook op het aanboren van mogelijkheden om relaties te creëren tussen wie we zijn en hoe we handelen en tussen bedachtzaamheid en tact (Van Manen, 2014, p. 70). Op deze wijze bereidt het professionals ook voor op het werken in deze praktijken (Van Manen, 2014).

### 3.2 Onderzoeksmethode

De focus in deze studie ligt op (de essentie van) geleefde ervaringen van kraamvrouwen omtrent de opname op de kraamafdeling. De hermeneutische fenomenologische aanpak zoals beschreven door Max van Manen past vanwege de interpretatieve aanpak bij dit onderzoek. Projectgroep Zorg met Ziel wil met een heel open houding verkennen wat er omgaat in de betrokkenen in de zorgpraktijk. Andere fenomenologische onderzoekers interpreteren data van hermeneutische gesprekken tussen onderzoeker en respondenten aan de hand van diverse stap-voor-stap procedures. Van Manen beargumenteert dat de interpretatie verschijnt door het aandachtig beschrijven van aspecten van de ervaring (fenomeen) in de teksten. Hij suggereert dat alle fenomenologische beschrijvingen een interpretatief element in zich hebben en ontwikkelde hierop een meer ontdekkende-oriënterende aanpak waarin hij alle vooropgestelde procedures en technieken mijdt. Deze aanpak, hoewel zonder beschreven methode, is gegrond in *'a body of knowledge and insights (...) that constitutes both a source and a methodological ground for present human science research practice'* (van Manen 1997, p. 30). De term methode verwijst dus naar de houding van de onderzoeker voor de benadering van een fenomeen (van Manen, 2014, p. 26). De centrale idee in de hermeneutische fenomenologische aanpak is om stem te geven aan de menselijke ervaring zoals die is, door middel van het verzamelen van verhalen. De verkregen empirische kennis leidt tot praktisch relevant begrip van het fenomeen (Van der Zalm & Bergum, 2000). Tijdens het verzamelen van verhalen gaat het er in wezen om de ervaringen heel precies en aandachtig te beschrijven en zo heel dicht bij de dingen te komen zoals ze aan ons verschijnen. De onderzoeker nodigt hierbij uit om als het ware 'meegenomen te worden in de ervaring' door de respondent. De onderzoeker blijft in dit proces open en nieuwsgierig ten aanzien van het fenomeen (Vandermause & Fleming, 2011). Van Manen beschrijft in zijn boeken existentialen. Existentialen zijn thema's die fundamenteel zijn in onze leefwereld. Door middel van deze universele thema's kunnen we de leefwereld van mensen doordringen, ongeacht historische, culturele of sociale gesitueerdheid (van Manen, 1997, p. 101). Van Manen benoemt de volgende existentialen: tijdelijkheid, lichamelijkheid, relationaliteit, ruimte en tijd.

### 3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Binnen de twee deelonderzoeken worden in totaal 8 kraamvrouwen (en hun partner) van de kraamafdeling van het Rijnstate ziekenhuis geïnterviewd. Dit aantal is gekozen in nauw overleg met de Lokale Haalbaarheid Commissie (hierna te noemen LHC). Er is hierbij rekening gehouden met de draaglast van de kraamvrouwen en de tijdsperiode van het interview. Op de kraamafdeling in het Rijnstate ziekenhuis verblijven vrouwen doorgaans één tot acht dagen. Dit kunnen vrouwen zijn die met een medische complicatie te maken hebben tijdens de zwangerschap of bevalling, of

vrouwen die zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevallen. Ook kraamvrouwen wier pasgeborene medische monitoring nodig heeft verblijven op de kraamafdeling. Er werken 120 zorgmedewerkers en -professionals binnen het VKC die allen een rol spelen in de verzorging en verpleging van moeder en kind.

In de onderzoekseenheid hebben we, onder andere in overleg met de LHC, een aantal keuzes gemaakt. Exclusiecriteria in dit onderzoek betreffen: a) kraamvrouwen (en hun partner) die de Nederlandse taal niet machtig zijn b) kraamvrouwen die in het ziekenhuis geholpen worden door eerstelijns verloskundigen uit de regio c) kraamvrouwen met traumatische bevallingservaringen d) kraamvrouwen met psychiatrische problemen. Deze exclusiecriteria zijn deels ingegeven door de beperkte looptijd van ons onderzoek, de complexe problematiek van sommige kraamvrouwen, de belemmering van het werken met een tolkentelefoon in diepte-interviews en doordat het project *Zorg met Ziel* de signatuur draagt van het Rijnstate ziekenhuis.

### 3.4 Data-verzameling

In dit hermeneutische fenomenologisch deelonderzoek maak ik gebruik van de dataverzamelmethode: diepte-interviews, observaties en shadowing. Het verschil met andere kwalitatieve onderzoeken zoals etnografie of narratief onderzoek is dat fenomenologisch onderzoek zich primair richt op het verzamelen van prereflectieve ervaringsverhalen. De fenomenologische houding van de onderzoeker, waarbij zij haar eigen vooronderstellingen, theorieën en concepten inbedt en open staat voor de prereflectieve geleefde ervaring is daarbij essentieel (Van Manen, 2014, p. 311). Hieronder ga ik in op de wijze waarop ik de dataverzamelmethode vorm geef.

#### 3.4.1 Diepte-interview

Wanneer een respondent na voldoende informatie over het onderzoek instemt met een interview wordt een afspraak gemaakt voor een dag, tijd en locatie van het gesprek. Er wordt een zo ontspannen en comfortabel mogelijke setting gecreëerd door de onderzoeker. Dit kan betekenen dat het interview bij de respondent thuis zal plaatsvinden of op een rustige kamer in het ziekenhuis. Dit is afhankelijk van de mogelijkheden. Het interview zal ongeveer een uur tot anderhalf uur in beslag nemen. In ieder geval is het prettig voor beide partijen om geen tijdsdruk te voelen. Aan het begin van deze afspraak wordt rustig verder kennisgemaakt, waardoor een vertrouwensrelatie kan ontstaan waarin de respondent zich op haar gemak voelt om ervaringen te delen. De onderzoeker dient focus te behouden op de fenomenologische vraag naar de ervaring

van de respondent, waarbij nieuwsgierigheid en openheid sleutelbegrippen zijn (van Manen, 2014, p. 315). Diepte-interviews zullen plaatsvinden met één open hoofdvraag. *“Hoe is het voor jou om als kraamvrouw opgenomen te zijn op de kraamafdeling in dit ziekenhuis?”*. De diepte-interviews zijn erop gericht om de geleefde ervaring te exploreren door verhalen te verzamelen (idem, p. 314).

#### 3.4.2 Observatie

Een methode van observatie volgens van Manen is de close observation, waarbij zo dicht mogelijk bij de ervaring wordt geobserveerd (van Manen, 2014, p.318). Een voorbeeld hiervan kan zijn het observeren vanuit een ziekenhuisbed op een kamer met drie kraamvrouwen. De onderzoeker dompelt zich onder in de ervaring en blijft zich gelijktijdig bewust van diens rol als onderzoeker.

Daarnaast zal naturalistische observatie plaatsvinden. Dit betreft observatie op openbare plaatsen zoals bijvoorbeeld de gang, wachtkamer en koffiekamer van de kraamafdeling. Deze vorm van observatie is ten behoeve van het verzamelen van context, maar zal niet de voornaamste bron voor data zijn in dit onderzoek. Context verzamelen kan ondersteunend zijn voor hetgeen onderzocht wordt, maar de geleefde ervaring zoals door de kraamvrouwen verteld in de interviews, staat centraal.

#### 3.4.3 Shadowing

Voor de verdere verzameling van context is het shadowen van kraamvrouwen en/of hun partners en zorgprofessionals een mogelijkheid. Shadowen is een observatiemethode waarin de onderzoeker een individu gedurende een tijd volgt. *Central aspects of the method are the focus on meaning expressed by the whole body, and an extended stay of the researcher in the phenomenal event itself. Inherent in shadowing is a degree of ambivalence that both challenges the researcher and provides meaningful insights about the phenomenon* (van der Meide, 2012).

### 3.5 Data-analyse

De diepte-interviews worden opgenomen en getranscribeerd door de onderzoeker die het interview afnam. Beide onderzoekers zullen vier diepte-interviews afnemen die ongeveer een uur tot anderhalf uur zullen duren. Het eerst afgenomen interview wordt, afhankelijk van de beschikbare tijd, opnieuw beluisterd door de andere onderzoeker, welke meeleeft met het transcript. Om betrouwbaarheid van de waarneming te toetsen, zal een member-check worden gedaan. Een verhalende samenvatting van het interview zal worden voorgelegd ter controle of de respondent

zich in deze tekst kan vinden. Het verzamelen en analyseren van data wisselen elkaar af in het proces.

De uitgebreide tekst vanuit het transcriberen van het gesprek wordt vervolgens geanalyseerd, zoals beschreven in van Manen's *Phenomenology of Practice*. Hierbij is de keuze gemaakt geen speciale software te gebruiken, wat in ander kwalitatief onderzoek wel gebruikelijk is. Van Manen wijkt hiermee af van stapsgewijze thematische analyse. Hij schrijft daarover dat fenomenologisch begrip en inzicht nooit adequaat verkregen kan worden via empirisch generaliseren, conceptueel abstraheren of coderen (van Manen, 2014, p. 319). Binnen dit type fenomenologisch onderzoek dient de aanwezigheid van de fenomenologische houding van de onderzoeker zichtbaar te blijven.

Thematische analyse verwijst naar het proces van het herwinnen van structuur en betekenissen die belichaamd zijn in de menselijke ervaring zoals weergegeven in de tekst (Van Manen, 2014, p. 319). Analyse van betekenissen van een fenomeen is een complex en creatief proces van ontdekking en openbaring (idem, p. 320). Van Manen schrijft hierover "*Grasping and formulating a thematic understanding is not a rule-bound process but a free act of "seeing" meaning that is driven by the epoché and the reduction*" (van Manen, 1997). In de verkenning naar thema's en inzichten, kunnen we teksten zien als bronnen voor betekenisgeving op het niveau van de gehele tekst, van een paragraaf en op het niveau van een zin, expressie of zelfs één woord.

### 3.5.1 Memo's

Gedurende het proces van data analyse zullen reflectieve, methodologische en theoretische memo's bijgehouden worden in een logboek. Dit is om vooronderstellingen op te sporen en ervan bewust te zijn. De memo's zijn ondersteunend voor het inzichtelijk maken van betekenissen van het fenomeen en bieden transparantie voor de wijze waarop resultaten tot stand zijn gekomen.

## 3.6 Fasering

Week	Onderzoeksfase	Toelichting/inhoud
7-15	Vorbereiding	<p>Kennismaking met Rijnstate en het VKC. Onderzoeksopzet maken.</p> <p>21-2-2017: Inleveren concept-onderzoeksvoorstel (wk 8 insturen naar Inge en Angeline).</p> <p>1-3-2017: Inleveren definitief onderzoeksvoorstel. Opstellen van flyer om onderzoek onder aandacht te brengen van doelgroep op VKC.</p> <p>14-3-2017: Feedback onderzoeksvoorstel. Verder uitwerken methode en theoretisch</p>



		kader.
15-22	Dataverzameling	Data verzamelen middels observaties, diepte-interviews en focusgroepen. Registreren bevindingen en afstemmen op elkaar, memo's en bijhouden logboek.  24-3-2017: Voorstel naar LHC, informatie-flyer onderzoek naar communicatieafdeling, informed consent formulier, flyer naar de drukker.  30-3-2017: Groen licht LHC, flyer in de maak, eerste observaties op de afdeling.  13-4-2017: Ophalen van de flyer bij de drukker. Uitreiken en verspreiden van de flyers op de afdeling.
19-22	Data-analyse	Vanaf 11-5-2017: Transcriberen. Analyseren van de data. Schrijven van narratieven. Member-check met respondenten. Skype-afspraak data-analyse. Registreren bevindingen, memo's en bijhouden logboek.
22-26	Rapportage	Bevindingen inventariseren. Discussie, evaluatie. Samenstellen rapportage.  30-6-2017: Inleveren van eerste versie master-thesis
26-32	Afronding	22-7-2017: Ontvangst feedback eerste versie master-thesis  14-8-2017: Indienen definitieve master-thesis

### 3.7 Ethische overwegingen

Voorafgaand aan het onderzoek hebben de twee onderzoekers gezamenlijk het onderzoeksvoorstel gepresenteerd aan en doorgenomen met de wetenschapscommissie van het project Zorg met Ziel. Daarna is het onderzoeksvoorstel langs de LHC van het Rijnstate ziekenhuis gegaan ter beoordeling. Het onderzoek wordt hierdoor breed binnen de instelling gedragen en voldoet aan de eisen vanuit de instelling. De volgende ethische aspecten zijn binnen het onderzoek van belang en zullen we nastreven:

#### 3.7.1 Informed Consent

Potentiële respondenten ontvangen een flyer met informatie over het onderzoek. Deze kunnen zij rustig doorlezen en vragen hierover zullen van tevoren worden doorgenomen. Als een potentiële respondent positief reageert zal een informed consent worden voorgelegd. Door deze schriftelijk te bevestigen gaat de respondent akkoord met deelname. Zie ook bijlagen flyer en informed consent.

In het geval van naturalistische observatie is informed consent niet nodig, omdat dit op plaatsen zal zijn waar mensen ‘verwachten dat ze geobserveerd kunnen worden’; zoals bijvoorbeeld in de wandelgangen of wachtkamer.

### 3.7.2 Weigeren deelname of terugtrekking

Mensen mogen altijd weigeren om deel te nemen aan het onderzoek. Bovendien hebben ze het recht om zich tijdens het onderzoek terug te trekken. Zij hebben het recht de onderzoekers te vragen hun datagegevens te deleten. De onderzoekers zullen vragen naar de reden voor terugtrekking in verband met mogelijke implicaties voor het onderzoek, maar respondenten kunnen niet verplicht worden om hun redenen voor terugtrekking of niet-deelname met de onderzoekers te delen.

### 3.7.3 Vertrouwelijkheid gegevens

Alle informatie die verkregen en verzameld wordt van of over een respondent wordt vertrouwelijk behandeld. Dit wordt voorafgaand aan deelname nogmaals toegelicht. Na beoordeling van ons onderzoek zullen de gegevens van de respondenten vernietigd worden.

Naast de hierboven genoemde ethische aspecten, zullen de onderzoekers tevens intuïtief te werk gaan. Wanneer wordt opgemerkt dat interviews, observaties en shadowing de draaglast verzwaren van kraamvrouwen, dan wordt de desbetreffende activiteit gestaakt.

## 3.8 Kwaliteitscriteria voor dit onderzoek

Van Manen (2014) omschrijft dat de validiteit van fenomenologisch onderzoek vooral ligt in de waardering van het onderzoek. Originaliteit en soliditeit zijn daarbij belangrijke aspecten. Hij beklemtoont dat het in fenomenologisch onderzoek gaat om een innerlijk intuïtief begrip te verkrijgen. Dit levert existentiële empirische betekenissen van een bepaald fenomeen op, in plaats van meetbare, feitelijke empirische bewijzen (Van Manen, 2014). Daarnaast kan het onderzoek beoordeeld worden aan de hand van de volgende criteria: het opschorten van de persoonlijke of systemische vooroordelen (*‘bracketing’*), de originaliteit van inzichten en de wetenschappelijke omgang met bronnen.

Het is volgens Van Manen methodologisch en ethisch aan te raden om te vragen aan de respondenten of het narratief van het gesprek ook daadwerkelijk ‘resoneert’ met de originele ervaring van de respondenten. In deze *membercheck* wordt hen gevraagd of het narratief volgens

hen de betekenis vangt van hun ervaring en of het hen raakt. Van Manen (2014) wijst er echter wel op dat dit dan enkel de validiteit van het singuliere narratief betreft en niet de kwaliteit van de gehele fenomenologische studie valideert (Van Manen, 2014, p. 348).

De betrouwbaarheid van onderzoek heeft dikwijls te maken met de herhaalbaarheid van het onderzoek. In fenomenologische studies kan het bestuderen van hetzelfde fenomeen echter verschillende uitkomsten opleveren. Het gaat binnen fenomenologisch onderzoek dan ook vooral om het toevoegen van nieuwe betekenissen rond een bepaald fenomeen (Van Manen, 2014).

In een logboek wordt het gehele onderzoeksproces bijgehouden met daarnaast persoonlijke memo's van gedachtes (bijvoorbeeld reflectie), gevoelens, opmerkingen bij observaties of meer theoretische memo's. Een onderdeel van betrouwbaarheid is het letten op transparantie. Memo's geven inzicht in het traject van onderzoeken en de gemaakte keuzes gedurende het analyseren van data. Memo's geven daarnaast ook diepgang aan data, doordat de onderzoeker zichzelf de vraag stelt wat er tevoorschijn komt in de ervaringen. Vanwege de tijdsduur, omvang en tijdelijkheid van dit onderzoek zijn de memo's een belangrijke bron van informatie over het verloop en de keuzes die zijn gemaakt in het proces.

## 4. ONDERZOEKSBEVINDINGEN

---

Zoals uiteengezet in het eerste hoofdstuk met de probleemstelling en in het tweede hoofdstuk met de beschrijving van de onderzoeksmethode wordt een fenomenologisch onderzoek uitgevoerd naar de geleefde ervaringen van kraamvrouwen met de opname op de kraamafdeling. Het conceptuele deel van de probleemstelling is in hoofdstuk 2 uitgewerkt. Het empirische deel van het onderzoek wordt hier beschreven en daarmee worden de overige drie, empirische, deelvragen beantwoord. Het is voor het doen van zorgethisch onderzoek van belang om geleefde ervaringen te verzamelen en de essentiële thema's te onderzoeken om hiermee inzicht te krijgen in hoe kraamvrouwen de opname en de bevallings- en geboortezorg ervaren. In de eerste paragraaf een korte toelichting op de stappen in de data-analyse. De tweede paragraaf zegt kort iets over de respondenten. De paragraaf die daarop volgt geeft de gevonden thema's weer, welke naar boven zijn gekomen vanuit de fenomenologische interpretatieve analyse. Het gaat hier met name om de ervaringen van de individuele respondenten, waarna de gevonden thema's van alle respondenten worden samengebracht in de tweede paragraaf wat zorgt voor verdieping. In de laatste paragraaf worden deze thema's samengebracht met de vraag naar goede zorg vanuit het perspectief van Zorg met Ziel.

### 4.1 Toelichting data-analyse

De getranscribeerde teksten zijn op diverse manieren gelezen en geanalyseerd. Ten eerste werd de tekst met een heel open houding globaal gelezen. Hierna is meer geconcentreerd gelezen en zijn eerste memo's geplaatst. Vervolgens is een optekening van de ervaring van kraamvrouwen met de opname op de kraamafdeling geschreven. De optekening van de ervaring is gedaan in verhalende vorm, geschreven vanuit de ik-persoon. De onderzoeker verplaatst zich hierbij zoveel mogelijk in de ervaring van de respondent. Het narratief is, bij wijze van member check, aan de respondent voorgelegd met de vraag of het de ervaring vangt en of de tekst resoneert alvorens de volgende stap werd gezet in het proces. Uiteindelijk zijn drie respondenten gesproken in een gesprek van ongeveer een uur. Aanvullend is observatie en *shadowing* gedaan op de afdeling. Eén vierde respondent heeft haar ervaringsverhaal zelf getypt en opgestuurd via de mail. Verdere toelichting op de genomen stappen kunnen teruggevonden worden in de bijlagen. In de memo's wordt het proces van analyseren en interpreteren van thema's verder inzichtelijk.

## 4.2 Respondenten

Het proces van het vinden van vier respondenten voor een gesprek van ongeveer een uur tot anderhalf uur duurde langer dan verwacht. Meerdere keren waren vrouwen geïnteresseerd in deelname aan het onderzoek, maar gaven vervolgens aan zich te vermoeid te voelen voor een gesprek van die duur. Uiteindelijk hebben zes vrouwen aangegeven dat zij interesse hadden, maar er ‘niet aan toe’ waren, omdat zij wilden bijkomen en tegelijk ook wilden wennen aan de ‘nieuwe situatie’. Er waren twee vrouwen met interesse die de Nederlandse taal onvoldoende beheersten en er waren twee vrouwen die al met ontslag gingen en in eerste instantie bij hen thuis uitnodigden, maar later beide toch annuleerden, vanwege het niet kunnen creëren van tijd die het gesprek in beslag zou nemen. Uiteindelijk ben ik in gesprek geweest met drie kraamvrouwen, waarvan twee van hen binnen 24 uur na de bevalling. Eén respondent was voor een heropname op de afdeling en had juist alle tijd voor het gesprek. De vierde respondent had de intentie om in gesprek te gaan, maar gaf later aan liever op een andere manier een bijdrage te willen leveren. Ik stelde voor dat zij haar ervaringsverhaal zou delen via de email en stuurde haar daarvoor een instructie toe (deze is te vinden in de bijlage).

## 4.3 Thema's in individuele ervaringen

In deze paragraaf volgen de bevindingen per individuele ervaring. De weergave is in chronologische volgorde van datum gesprek of insturen ervaringsverhaal. Deze paragraaf geeft antwoord op de eerste deelvraag in het onderzoek:

*Wat is de (essentie van de) geleefde ervaring van kraamvrouwen (en hun partner) gedurende de opname op de kraamafdeling?* Binnen deze paragraaf is ervoor gekozen enkel essentiële fragmenten van de ervaring weer te geven. Deze fragmenten zijn afkomstig uit het narratief van de respondent. Het uitgewerkte gesprek, het narratief en de volledige analyse is (zonder de gedane arceringen) terug te vinden als bijlage.

### *Respondent #1*

Zij was opnieuw op de afdeling vanwege een buikontsteking, vier weken na de geboorte van haar dochtertje. Haar baby mocht bij haar blijven tijdens de heropname. Ze werkte graag mee aan het onderzoek, want, zei ze, ‘ik lig toch vooral te wachten’. Haar kamergenoten kwamen en gingen, ze lag op een vierpersoonskamer. In het gesprek kwam zij weer bij de ervaring met de opname. Een fragment:

*‘Tijdens de bevalling raakte ik bijna van de wereld, dat was voor mij een bekend fenomeen van de eerste bevalling. (...) Het moment dat ik van de wereld raak ben ik een soort leeg*

*omhulsel. Mijn partner ervoer het alsof ik dwars door hem heen keek. Ik wilde niet, zoals bij mijn vorige bevalling, compleet wegraken, maar op tijd een ruggenprik. Ze luisterden toen niet naar mij. Ik was echt bang dat dit opnieuw zou gebeuren. Dit heb ik van tevoren hier aangegeven.’ (Mw. L)*

De interpretatie vanuit deze en andere fragmenten in de ervaring gaan over het belang van communicatie. Het blijkt dat zij haar eerste bevalling, in een ander ziekenhuis, als traumatisch heeft ervaren. Ze verwijst telkens naar wat er mis ging in de eerste ervaring en wat voor haar belangrijk was om deze ervaring beter te laten verlopen. Het belangrijkste gegeven vanuit dit diepte interview is heldere communicatie, persoonlijk contact en het gezien en gehoord voelen als mens.

Het aspect van persoonlijk contact verminderde wanneer er meer mensen in de kamer aanwezig waren. Een fragment:

*‘Op een gegeven moment was er discussie in de ruimte. Het bleek te gaan over de placenta die nog moest komen. Ik moest nog een keer persen, daar had ik helemaal niet meer aan gedacht. Er stonden zoveel mensen in de kamer. Het was ook de tijd van de overdracht. Telkens kwam iemand vragen of er een stagiaire mee mocht. Bij de eerste vond ik dat oké, daarna vond ik dat ik niet kon weigeren, dat vind ik lullig. Ze hadden amper nog ruimte om te bewegen. Op een gegeven moment stonden er wel 8 mensen in de kamer.’ (Mw. L.)*

Mevrouw geeft aan dat ze het aantal mensen in de kamer teveel vond en dat de ruimte te krap werd. Haar ‘opgave’, ofwel de worsteling met dit gevoel, is niet opgemerkt. Het zou kunnen dat het persoonlijke contact naar de achtergrond treed wanneer er teveel mensen langs elkaar bewegen en onderling overleggen in de ruimte. De stagiaires worden ondertussen bijvoorbeeld begeleid. Uit dit fragment zou een aandachtspunt naar voren kunnen komen ten aanzien van wat de mate van belastbaarheid van kraamvrouwen is qua aantal stagiaires of medewerkers in de ruimte.

#### *Respondent #2*

Het liefst was zij thuis bevallen, maar haar ongeborene poepte in het vruchtwater. Zij kwam met de teleurstelling naar het ziekenhuis dat het geen thuisbevalling zou worden. Tijdens de opname kwamen er allerlei mensen bij haar bevalling kijken in de verloskamer. Ze kreeg het gevoel dat er paniek was. Ze raakte uitgeput van pijn en weeën en het liefst was er eerder een keuze gemaakt voor een keizersnede. Drie fragmenten:

*'Het leek op een gegeven moment even paniek, er stonden zoveel mensen in de kamer, ze wilden allemaal komen kijken. Er werd nog van alles geprobeerd, dat had niet echt gehoeven, ik was kapot, het mocht meteen een keizersnede worden, ondanks dat ik het echt heel graag via de natuurlijke weg had gedaan. Ik kon niet meer werken voor de persweeën.'* (Mw. N.)

*'Het was heel zwaar. Het voelde alsof ik niet gehoord of geholpen werd.'* (Mw. N.)

*'Ze zeiden wel dat ik goed mijn best had gedaan, maar ondanks dat had ik een gevoel dat ik gefaald had, want je wilt toch graag dat het lukt via de natuurlijke weg. Ik wilde eigenlijk niets wat schadelijk zou kunnen zijn voor mijn kind. Ik wilde het beste voor hem.'* (Mw. N.)

In het gesprek werd zij opnieuw geraakt door het gevoel te hebben gefaald. Zij werd emotioneel onder het vertellen en er kwamen tranen bij. Ze gaf aan dat een zorgverlener haar bevestigde dat zij goed haar best had gedaan. Op dat moment heeft deze zorgverlener haar opgave gezien en respons gegeven in de vorm van de bevestiging.

#### *Respondent #3*

Deze respondent koos bewust voor de opname en bevalling in het ziekenhuis, vooral vanwege de nabijheid van deskundigen en de mogelijkheden voor pijnbestrijding. Toch liep het erg anders dan zij had gehoopt. Twee fragmenten uit het gesprek:

*'Ik schreeuwde alleen maar dat ik niet meer wilde, dat het moest stoppen, want je voelt pijn, maar je kan niets, je bent eigenlijk machteloos. Lig je daar, je hebt zoveel pijn en eigenlijk wilde ik pijnstilling, maar ja, dat kon niet meer. De verloskundige gaf aan: 'je mag pijnstilling, maar er zitten ook gevolgen aan, want dan moet je aan de CT-scan en dan moet je een half uurtje liggen terwijl je baby elk moment kan komen'. Dus ik heb het zonder pijnmedicatie moeten doen.'* (Mw. E.)

*'Ze zat dus vast. Dat deed veel pijn. Er werd op het spoednummer gebeld, dat het medisch team moest komen. Binnen een seconde stonden er zes-zeven mensen om mij heen. Dat was wel heftig. Iedereen zei van alles wat ik moest doen. Ik wist niet zo goed naar wie ik moest luisteren. Toen nam één verpleegkundige mij apart, van .. kijk maar naar mij, dit en dit mag je doen' nou, toen hebben ze mij aanwijzingen gegeven wat ik moest doen.'* (Mw. E.)

#### *Respondent #4*

Deze respondent ontving van mij een instructie voor het beschrijven van haar ervaringsverhaal via de email. Zij antwoordde ongeveer drie weken later, omdat zij eerst wilde wennen aan haar nieuwe situatie. Ze was erg vermoeid geweest de eerste weken en gaf ook aan de ervaring met de opname te willen laten bezinken. Net als bij de tweede respondent kwam ook deze vrouw met teleurstelling aan in het ziekenhuis, omdat zij het liefst thuis had willen bevallen. Ze had alle instructies over de bevalling van haar verloskundige gehoord en in de pufcursus aangeleerd, maar in het ziekenhuis golden kennelijk andere regels. Een tweetal fragmenten hierbij:

*'In het ziekenhuis had ik bij aankomst een infuus gekregen, nadat ik met veel moeite op dat bed was geklommen waar ik niet op wilde. Waarom is er geen mat op de vloer in zo'n bevalkamer, zodat ik op handen en knieën verder kon? Ik kreeg te horen dat de perswееn daar sterker van zouden worden, maar voor mijn gevoel verdwenen ze bijna zodra ik in beugels lag.'* (Mw. C.)

Een ander thema dat naar voren komt in haar ervaring is communicatie over wat er gebeurt en bij wie haar zoontje in de zorg is. Zij wil weten wie zich om hem bekommert en waarom hij op een bepaald moment van de kamer wordt meegenomen zonder toelichting:

*'Op een gegeven moment werd (naam baby) meegenomen voor een maagspoeling door de verpleegkundige, zonder dat ik uitleg kreeg over wat dit inhield, dit voelde niet goed. Ik kreeg pas de volgende ochtend uitleg van de co-arts over het hoe/waarom. Het was omdat hij veel bruin oud bloed overgaf, fijn dat ze dat hebben opgemerkt, want na de spoeling lag hij er veel rustiger en tevreden bij.'* (Mw. C.)

Hier onder zijn de thema's die naar voren zijn gekomen in de individuele ervaringen per respondent genoemd. Deze thema's zijn naar boven gekomen vanuit het geschreven narratief, welke te vinden is als bijlage.

Respondent #1: Persoonlijk contact, gehoord worden, communicatie

Respondent #2: Machteloosheid, overgave, gevoel te falen, bevestiging, communicatie

Respondent #3: Lichamelijkheid, kwetsbaarheid, onrust, vertrouwen

Respondent #4: Gehoord willen worden, onderworpen worden, lichamelijkheid, communicatie, onrust



#### 4.4 Betekenissen ervaringen – overkoepelende thema's

De afzonderlijk verzamelde ervaringen zijn na het apart analyseren samengebracht. Vervolgens is breder inzicht verkregen door de verzamelde ervaringen van kraamvrouwen en de verzameling van context door middel van gesprekken met partners, informele gesprekken met zorgverleners, observaties en shadowing bijeen te brengen. Ervaringen komen op een aantal thema's overeen. Hierin zijn de vooronderstellingen van de onderzoeker voortdurend tussen haakjes gezet en toegevoegd aan de memo's. Husserl (1969, p. 113, vertaald in artikel van Maso, 2005) schrijft hierover: 'We zullen bewuste ervaringen beschouwen in de concrete volheid en volledigheid waarin ze in hun concrete context, de stroom van ervaringen, voorkomen'.

Het mijmeren over de ervaringen en het creatieve schrijfproces om tot narratieve beschrijvingen van de ervaringen te komen vormde een belangrijk onderdeel van het onderzoek. Het was van belang daar de tijd voor te nemen om de ervaringen meer 'eigen' te maken en te kunnen in- en uitzoomen in en tussen de ervaringen. Met het toepassen van deze vorm van hermeneutiek kan het verborgene tevoorschijn komen. Rekening houdende met de existentialen van Van Manen, welke de context van de ervaringen scherp in het vizier bracht, konden keuzes gemaakt worden betreffende welke delen van de opgetekende ervaringen wel en niet essentieel waren voor het beantwoorden van deze deelvraag.

De ervaringen van de kraamvrouwen gaan gezamenlijk met name over het zich gezien en gehoord voelen. Een gevoel van erkend worden in behoeften, maar ook in de ervaring op zichzelf, kan een gevoel van falen of onrust wegnemen. Een belangrijk aspect is het persoonlijk contact en communicatie over wat er staat te gebeuren. Dit laatste aspect biedt ook de mogelijkheid om te reageren. Er is echter niet altijd ruimte voor het horen van een persoonlijke wens of behoefte, zoals de vierde respondent aangaf graag op handen en knieën te willen blijven zitten tijdens de bevalling, omdat dit voor haar het beste voelde.

Een ander belangrijke overeenkomst tussen de geleefde ervaringen van de kraamvrouwen is verlies van besef van tijd. In de gevoerde gesprekken probeerden de vrouwen de ervaringen uiteen te zetten door chronologisch te blijven vertellen, door zich continue te blijven herinneren hoelang bijvoorbeeld een bepaald deel van de bevalling duurde. Tijdens de bevalling zelf lijkt de tijd stil te staan of heel anders te worden beleefd. Deze andere ervaring van tijd kan 'kairos' zijn; de beleefde of gevoelde tijd, in plaats van de werkelijke tijd.

## 4.5 Bevindingen in relatie tot Zorg met Ziel

De vierde en laatste deelvraag die is gesteld binnen dit onderzoek is: *Wat betekenen de geleefde ervaringen van de kraamvrouwen (en hun partner) op de kraamafdeling voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief in het kader van het project Zorg met Ziel?*

In het projectplan Zorg met Ziel (2015) stelt de projectgroep zichzelf de vraag wat Zorg met Ziel eigenlijk zou kunnen inhouden voor de patiënt. De ervaringsverhalen bieden waardevolle input. Het is niet zo dat de vraag is gesteld naar wat volgens respondenten ‘goede zorg’ of ‘Zorg met Ziel’ is, maar er is gevraagd naar de ervaring met de opname. De geleefde ervaringen geven gezamenlijk een beeld van de zorg tijdens de opname. Vanuit zorgethisch perspectief gezien, dus bekeken vanuit de zorgethische ‘critical insights’, zijn er allerlei uitingen gedaan waarin bevestiging gevonden kan worden van goede zorg. Deze uitingen kunnen invulling geven aan het verder definiëren van zorg met ziel. Een voorbeeld hiervan is dat binnen drie van de vier gesprekken naar boven is gekomen dat er op een bepaald moment in de opname teveel mensen in de ruimte hebben gestaan. In twee van de vier gesprekken leidde dat ertoe dat de kraamvrouw het gevoel had dat er paniek was ontstaan of stond men een discussie te voeren zonder de kraamvrouw te betrekken. De betekenis van deze ervaring vormt een uitgangspunt voor Zorg met Ziel om te onderzoeken hoeveel stagiaires of medewerkers in de ruimte aanwezig zouden mogen zijn om nog altijd aan te sluiten bij het zien en horen van de behoeften van de kraamvrouw.

## 5. ZORGETHISCHE REFLECTIE

---

Binnen dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op het verband tussen de zorgethische concepten, zoals beschreven in hoofdstuk twee, en de empirische bevindingen, zoals beschreven in hoofdstuk vier.

In dit onderzoek is volgens hermeneutische interpretatieve wijze fenomenologisch onderzoek verricht naar de essentie van geleefde ervaringen onder kraamvrouwen, welke een aantal thema's naar boven brachten. De essenties van de geleefde ervaringen vormen input voor het verder ontwikkelen van de theoretische concepten. De twee thema's welke naar boven kwamen zijn 'erkenning' en 'lichamelijkheid'. Dit onderzoek is kwalitatief, omdat de empirische onderzoeksmethode binnen dit onderzoek zich focust op de geleefde ervaringen van mensen. Op dit niveau kwamen diverse zorgethische 'critical insights' aan het licht, zoals relationaliteit, contextualiteit, maar ook kwetsbaarheid, lichamelijke afhankelijkheid en afhankelijkheid. Het is binnen de geleefde ervaringen met name naar voren gekomen hoe belangrijk het is dat de vrouwen zich gezien en gehoord voelen, in hun pijnbeleving, lichamelijke ervaringen, in wensen en behoeften en in bevestiging of erkenning voor het 'werk' dat zij hebben gedaan. Zij willen het beste voor hun kindje en geven zich hiervoor volledig. Vanuit de zorgethiek bezien kan hier een aanvulling bestaan op de zorg, in de vorm van erkenning en aandacht voor belichaamde ervaring als bron van kennis.

### **Erkenning**

Binnen dit onderzoek is gebleken dat in de betrekkingen tussen de kraamvrouwen en zorgverleners (verloskundigen, verpleegkundigen en kraamverzorgers) erkenning en afhankelijkheid een belangrijke rol spelen. Hierin kan het gevoel gezien en gehoord te worden groeien. In ieder naar boven gekomen sub-thema komt terug dat kraamvrouwen in een bepaalde mate afhankelijk zijn van aandacht en betrokkenheid en dat erkenning hierin een belangrijke waarde is. Zonder die oprechte aandacht en oog voor de behoeften van de kraamvrouw, kunnen zorgverleners voorbij gaan aan die behoeften. Van Heijst (2011) beschrijft het belang van erkenning binnen de zorgrelatie. Iemand zien staan is het gevoel aan de ander geven dat diegene ertoe doet en mag zijn zoals ze is.

### **Lichamelijke**

Het lichaam is een bron van kennis. Het acteert uit zichzelf. In de ervaringen is dat terug te lezen als bijvoorbeeld 'mijn lichaam nam het over' of 'ik werkte het beste op handen en knieën'. Het is op dat punt dat we lichamelijke, bezien vanuit de theorie van Merleau-Ponty, als meer waardevolle bron van kennis mogen meenemen in de zorgpraktijk. Door te kijken naar het

lichaam, door middel van observatie en *shadowing*, kunnen ‘opgaven’ worden opgemerkt in expressie (in mimiek en houding) en kan kennis verkregen worden vanuit niet-woordelijke data. Merleau-Ponty benadrukt dat er een overwaardering is voor wetenschappelijke kennis, waardoor de doorleefde ervaring minder erkend of zelfs verwaarloosd wordt. De wetenschap vat alles op als ‘het andere’, waardoor juist die eigenschappen die ons menselijk maken worden weggeschoven. Dit zijn aspecten zoals zelfbewustzijn, subjectiviteit, individualiteit en lichamelijke (Priest, 2000). Dit type onderzoek kan om die reden een aanvulling bieden op bestaand onderzoek. Het gaat erom lichamelijke mee te nemen als thema en bron van kennis.

Deze twee concepten bieden ter conclusie op deze zorgethische reflectie een belangrijke bron van kennis voor het opnieuw vormgeven of het verbeteren van goede zorg vanuit het perspectief van Zorg met Ziel. Zorg met Ziel kan aandacht geven aan deze morele aspecten van zorg als uitgangspunt voor goede zorg. Voor zorgprofessionals vraagt het zien en horen van ‘opgaven’ van zorgvragers en de erkenning van belichaamde ervaring als bron van kennis continue aandacht. Het is een ingang voor het verder verkrijgen van inzicht in wat het goede is om te doen binnen de zorgsituatie. In het hierop volgende hoofdstuk volgt de discussie rond dit onderzoek.

## 6. DISCUSSIE

---

### 6.1 Shadowing als waardevolle aanvulling

Om meer inzicht te krijgen in geleefde ervaringen kan er naast diepte-interviews meer tijd geïnvesteerd worden in het *shadowen* van de kraamvrouwen. Ervaringen zijn lichamelijk en vinden niet puur plaats in het bewustzijn, zo schrijft Merleau-Ponty (1961). Bij dit type onderzoek zou het daarom goed passen om meer *shadowing* toe te passen om dieper begrip te krijgen van de belichaamde ervaring van de ander. De onderzoeker is in dat geval fysiek aanwezig in de situatie waarin de ervaringen plaatsvinden en gebruikt daarbij alle zintuigen om waar te nemen. Met taal wordt ook betekenis gegeven, maar in de diepte-interviews kwam het bijvoorbeeld meerdere malen voor dat een gezicht boekdelen sprak of dat een houding of gebaar veelzeggend was in het delen van een ervaring. Bij *shadowing* voeren onderzoeker en respondent alsnog ook soms informele gesprekken, wat inhoudt dat er geen vragenlijsten worden gebruikt. Deze gesprekken leveren tevens waardevolle data op, in de vorm van aanvullende context. Dit kan waardevol zijn ter verduidelijking van hetgeen gezien is. In die zin vormen de gesprekken dan een member check (van der Meide & Olthuis, 2012).

### 6.2 Aanvulling op kwantitatief onderzoek

Dit type onderzoek biedt voeding voor de verdere uitwerking van het project Zorg met Ziel. De vraag die het projectteam zich stelt is hoe patiënten goede zorg ervaren. Op dit moment wordt binnen het Rijnstate ziekenhuis onderzoek gedaan naar de tevredenheid van patiënten. Dit is niet gelijk aan de open vraag naar wat goede zorg vanuit Zorg met Ziel zou kunnen inhouden. Tevredenheidsonderzoeken keren terug, ze zijn vaak cyclisch. Ze worden beschouwd als een indicator voor hoe het gesteld is met de kwaliteit van zorg binnen Rijnstate. Het is een kwantitatieve methode van dataverzameling welke wordt gebruikt om meetbaar te maken hoe het bestaande aanbod wordt ervaren. Het meten hiervan is weten of patiënten tevreden zijn. Het is echter goed om ook kritisch te kijken naar vragenlijsten betreffende peilingen van tevredenheid van klanten binnen een organisatie. De vragenlijsten worden in de organisatie bedacht en opgesteld, waardoor er vanuit eigen belangstelling voor onderwerpen een vragenlijst tot stand kan komen (Vandenbroeck, 2003). De organisatie bepaalt de prioriteiten voor de vragenlijst. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten geneigd zijn antwoorden in te vullen die de hulpverleners volgens hen graag willen horen (McKillip, 1988). Wat patiënten belangrijk vinden komt in de vragenlijsten meestal niet aan bod, terwijl deze vorm van onderzoek niet zelden aangewend wordt

als onderdeel van participatieve beleidsvoering. Hoe zou kwalitatief onderzoek, zoals dit uitgevoerde onderzoek verder geïntegreerd kunnen worden binnen de organisatie?

Om verder inzicht te krijgen in de ervaringen van patiënten en wat zij als kwalitatief ervaren kunnen andere methodes worden aangewend. Naast de methode uit dit onderzoek zal dat bijvoorbeeld participatief actieonderzoek kunnen zijn, waarvoor een belangrijke rol is weggelegd in het meetbaar maken van kwaliteit binnen de organisatie.

### 6.3 Tijd, tijd, tijd

Het is belangrijk om mee te nemen dat dit onderzoek tijdelijk is en een eenzijdig perspectief belicht. Het is doorweven van betekenisverlening en interpretatie van de onderzoeker. Het van belang dat naast deze wijze van empirisch onderzoek ook methodes worden ontwikkeld en toegepast die op andere wijze betekenissen kunnen toevoegen, zodat een breder perspectief kan worden verkregen. Zoals in paragraaf 6.1 en 6.2 beschreven kunnen shadowing en observatie en het integreren en samenbrengen van kwantitatief en kwalitatief onderzoek waardevol zijn. Het is belangrijk dat een organisatie hierin faciliteert en ruimte creëert. Tegelijkertijd is bekend dat onderzoek doen inzichtelijk kan maken waar kansen liggen op verbeteringen welke mogelijkwijs ook kunnen leiden tot een afname van werkdruk of het besparen van kosten. De tijdsinvestering die dergelijk onderzoek kost zou daarmee ook een investering in de toekomst kunnen zijn van de zorgorganisatie, ook op gebied van reputatie.

Ten slotte vormt dit onderzoek een ingang voor dialoog tussen betrokkenen. Op de kraamafdeling is bewust gekozen voor een laagdrempelige methode van onderzoek, gezien de vermoeidheid onder kraamvrouwen. Het is meer intensief voor kraamvrouwen om deel te nemen aan participatief actieonderzoek of een responsieve evaluatie. Deze vormen vragen aan actieve deelname van respondenten in het onderzoek. Het is raadzaam om bij vergelijkbaar of ander kwalitatief onderzoek te bekijken wat de belastbaarheid is van de respondenten of betrokkenen. Het is interessant voor het veld van de zorgethiek om diverse perspectieven van verschillende betrokkenen in actief onderzoek bijeen te kregen. Het hierop volgende hoofdstuk beschrijft de eindconclusie van dit onderzoek.

## 7. CONCLUSIE

---

Dit hoofdstuk geeft de conclusie weer op dit onderzoek. Binnen dit onderzoek is op hermeneutisch interpretatieve wijze fenomenologisch onderzoek uitgevoerd naar de geleefde ervaringen van kraamvrouwen met de opname op de kraamafdeling en wat dit betekent voor goede zorg vanuit het perspectief van Zorg met Ziel. De conclusie in dit hoofdstuk verbindt de theoretische uitwerking van zorgethische concepten, zoals beschreven in het tweede hoofdstuk met de empirische bevindingen, zoals beschreven in hoofdstuk vier en met de zorgethische reflectie in hoofdstuk vijf. Het tweede hoofdstuk ging in op de eerste deelvraag en het vierde hoofdstuk gaf antwoorden op de drie empirische deelvragen, waarna in deze conclusie de hoofdvraag opnieuw aan bod komt.

De ervaringen van respondenten bieden een perspectief over hoe de zorg op de afdeling wordt ervaren. Vanuit de empirische data blijkt het belangrijkste aspect het ‘gezien worden’, ofwel de erkenning voor de lichamelijke en geleefde ervaringen van kraamvrouwen. Het erkennen van gevoelens, het nabij zijn betreft het zien en horen van behoeften of wensen is van wezenlijk belang in de ervaring met de opname zoals blijkt uit de fragmenten in hoofdstuk vier en daarnaast bijlage twee. Dit onderzoek concludeert dat “gezien en gehoord worden (erkenning)” en “lichamelijke ervaring” de essenties zijn van de geleefde ervaringen van kraamvrouwen gedurende de opname op de kraamafdeling.

Voor goede zorg in het kader van project Zorg met Ziel zijn deze geleefde ervaringen, met deze twee gevonden essentiële thema’s, een bron van kennis en inspiratie. De vooraf gestelde vraag van de projectgroep Zorg met Ziel is hoe betrokkenen in de zorgpraktijk zorg zelf ervaren. In dit onderzoek zijn twee thema’s naar boven gekomen aan de hand van voorbeelden welke weergegeven zijn in de vorm van fragmenten, in hoofdstuk vier. Deze fragmenten bieden antwoord op de vraag hoe de zorg wordt ervaren en is voor Zorg met Ziel als project input voor verdere ontwikkelingen. De mogelijkheden voor vervolgonderzoek zullen later beschreven worden in de vorm van aanbevelingen. De opbrengst van dit onderzoek kunnen namelijk een bijdrage leveren in het verbeteren van de (aangeboden) zorg op de afdeling.

Concluderend kan worden gesteld dat deze vorm van kwalitatief onderzoek naar de geleefde ervaringen een waardevolle bijdrage kan leveren in de continue zoektocht naar wat goede zorg is. Zorgethisch onderzoek kan van grote waarde zijn, daar waar op basis van kwantitatief onderzoek kwaliteit van zorg wordt gemeten. Binnen dit specifieke onderzoek is gekozen de diepte op te zoeken in de geleefde ervaringen van een specifieke patiëntengroep op een afdeling, maar de

opgekomen thema's kunnen Zorg met Ziel voeden van waaruit ook naar andere afdelingen kan worden gekeken. Deze empirische data, specifiek de levendige ervaringsverhalen van kraamvrouwen en de interpretaties hiervan, bieden een mogelijkheid tot invoelen van waaruit het gesprek over Zorg met Ziel voortgang kan vinden.



## 8. KWALITEIT VAN ONDERZOEK

---

Binnen het eerste hoofdstuk van deze thesis is beschreven aan welke kwaliteitscriteria dit onderzoek ten minste moet voldoen. Nu het onderzoek plaatsgevonden heeft gaat dit laatste hoofdstuk in op wat de kwaliteit is van dit onderzoek. Binnen de paragrafen wordt ingegaan op de aspecten; validiteit, omvang en beperking, transparantie, ervaringen en deskundigheid van de onderzoeker en het risico op bias.

### 8.1 Validiteit

Dit onderzoek is aangevangen als een samenwerking tussen twee onderzoekers, maar gedurende de looptijd van het onderzoek is de samenwerking verbroken. Dit brengt veranderingen met zich mee ten aanzien van de kwaliteit van dit onderzoek. Dit onderzoek zie ik dan ook als een deelonderzoek. Dit deelonderzoek is uitgevoerd door één onderzoeker, terwijl het bespreken van de data en de analyse met medeonderzoekers waardevol kan zijn of ter controle kan dienen. Om mijn gekozen stappen in data-analyse te toetsen heb ik deze voorgelegd aan een studiegenoot, welke mij van feedback voorzag. Daarnaast is in een Skype gesprek met de eerste en tweede begeleider een stuk data-analyse bekeken en besproken. De getranscribeerde tekst met het geschreven narratief is voorgelegd aan de respondent ter member check. Eventuele aanvullingen van de respondenten zijn toegevoegd.

### 8.2 Omvang en beperking

De onderzoeksbevindingen zijn voortgekomen uit de analyse van drie diepte-interviews, een geschreven ervaringsverhaal, enkele observaties en anderhalf uur shadowing. Een vierde respondent voor een diepte-interview was niet binnen de tijd die ervoor stond gevonden. Er waren geïnteresseerden, maar uiteindelijk bleken deze kraamvrouwen ofwel de Nederlandse taal niet voldoende te beheersen, ofwel te moe te zijn voor een interview, ofwel al naar huis te gaan. Terwijl de data-analyse van de andere interviews al was begonnen is verder gezocht naar een vierde respondent. Toen een vierde respondent zich aandiende, maar liever haar verhaal wilde doen per mail, heb ik daarmee ingestemd. Het resultaat is in de bijlage te vinden, met daarbij ook mijn instructie voor het aanleveren van het ervaringsverhaal. De beperkte omvang van het onderzoek zorgt ervoor dat er geen algemeen geldende conclusies getrokken kunnen worden ten aanzien van de essentie van geleefde ervaringen van kraamvrouwen op de kraamafdeling en wat dit betekent voor goede zorg ten aanzien van Zorg met Ziel. Zo gezien bevat dit onderzoek voeding ten aanzien van het project Zorg met Ziel. Thema's voortkomend uit dit onderzoek

kunnen inspiratie bieden en aanleiden tot dialoog betreft goede zorg in het kader van het project Zorg met Ziel. Zo zouden deze uitkomsten bijvoorbeeld kunnen leiden tot een responsieve evaluatie met de verschillende betrokkenen op de kraamafdeling. De ervaringsverhalen kunnen als patiëntbeleving en ter inspiratie worden gedeeld tijdens het symposium Storytelling<sup>1</sup>, dat door het project Zorg met Ziel in het Rijnstate ziekenhuis wordt georganiseerd.

### 8.3 Transparantie

Vooraf is het bijhouden van memo's een criterium geweest voor het inzichtelijk maken van het onderzoeksproces bij de onderzoeker. Hiertoe is een logboek bijgehouden met observationele, reflecterende en theoretische memo's, maar daarnaast zijn er ook memo's geplaatst in een aparte kolom bij iedere getranscribeerde tekst. Hierin zijn twijfels, onzekerheden, observaties, gedachtes en vooronderstellingen opgenomen.

### 8.4 Ervaring en deskundigheid onderzoeker

Waar rekening mee gehouden dient te worden is dat deze beginnende onderzoeker nog weinig ervaring heeft opgedaan met het afnemen van interviews. Het is een leerzame tijd geweest waarin de onderzoeker zich eerst op allerlei manieren heeft verdiept in het creëren van een veilige en open sfeer voor het voeren van een gesprek. Al doende leert men en zo is het dan ook gekomen dat de hoofdvraag binnen dit onderzoek steeds duidelijker naar voren komt gedurende de gesprekken. Bij de eerste respondent werden diverse kleine vragen rond de ervaring gesteld, terwijl in het tweede gesprek bijvoorbeeld al heel open wordt gestart met enkel de centrale open vraag.

### 8.5 Risico op bias

Binnen dit onderzoek is in gesprek de open vraag gesteld naar de ervaring van respondent met de opname op de kraamafdeling. Het proces van de bevalling is een heel intieme gebeurtenis, waarin het mogelijk is dat er terughoudendheid ontstond bij vrouwen om in het gesprek open te vertellen over hun ervaring. Mogelijk werden ervaringen niet volledig gedeeld of vervormd vanuit zelfbescherming. Er is tijdens de opname gevraagd naar de ervaring met de opname. Er komen na het moment van het gesprek dus mogelijk nog betekenisvolle ervaringen bij gedurende de opname. Ook is het mogelijk dat door het gesprek een andere beleving van de opname ontstaat.

---

<sup>1</sup> Binnen het project Zorg met Ziel is opgenomen dat er een jaarlijks symposium zal worden georganiseerd rond de resultaten van Zorg met Ziel. Eerstvolgende is in november 2017 met als (passend) thema Storytelling. Het is de onderzoekers gevraagd om hier de ervaringsverhalen van dit onderzoek te delen.



## LITERATUUR

---

- Abma, T. A., & Widdershoven, G. (2006). *Responsieve methodologie: Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Albers, S. (2016) *Leven geven betekenis geven*. (Masterscriptie), Universiteit voor Humanistiek
- Aydin, C. (2007). *De vele gezichten van de fenomenologie*. Kampen: Klement.
- Buitendijk, S., (2010). *De stem van vroede vrouwen. Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevallingscultuur* (Inaugurele rede, Universiteit van Amsterdam).
- Christiaens & Bracke, 2007
- Christiaens, W., Nieuwenhuijze, M. J., & De Vries, R. (2013). Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*, 29(1), e1-e8.
- Creemers, D. et al. (2015). *Projectplan Zorg met Ziel*. Intern gepubliceerd binnen Rijnstate.
- Conrad, P., (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Darra, S. & Murphy, F. (2016). Coping and help in birth: An investigation into 'normal' childbirth as described by new mothers and their attending midwives. *Midwifery*, 40, 18-25
- Goossensen, A. (2011). *Schetsen van mismatch. Een zorgethische visie op evaluatieonderzoek*. (Deel 17 Inzicht in Sociale Interventies van Movisie). Utrecht: Movisie
- Hall & Taylor (2004). Birth and Spirituality. In S. Downe (ed.) *Normal childbirth: evidence and debate*. Churchill Livingstone: Elsevier (pp. 41-56).
- Heijst A. Van (2008) *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Kittay, E. Feder (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*. New York: Routledge, 49-73
- Kuis, E. & Goossensen, A. (2015). Evaluating care from a care ethical perspective: a pilot study. *Nursing Ethics*, accepted for publication
- Manen, M. van (2016). *Researching Lived Experience*. Taylor and Francis.
- Manen, M. van (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek, Calif: Left Coast.
- Maso, I. (January 01, 2005). Empirisch fenomenologisch onderzoek. *Kwalon*, 10, 35-39.
- McKillip, J. (1988), *Need Analysis. Tools for Human Services and Education*. London: Sage Publications.
- Meide, H. van der, Leget, C., & Olthuis, G. J. (2013). Giving voice to vulnerable people: the value of shadowing for phenomenological healthcare research. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 731-737.
- Meide, H. van der, Olthuis, G.J., & Leget, C.J.W. (2015). *Feeling an outsider left in uncertainty - a phenomenological study on the experiences of older hospital patients*.
- Meide, H. Van der & Olthuis, G. J. (2012). Geraakt worden door verveling: Over shadowing in een fenomenologisch onderzoek naar de ervaringen van oudere patiënten in het ziekenhuis. *Kwalon: Tijdschrift Voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 17, 2, 41-46.

- Nistelrooij, I. van (2013). *Zorgen doe je samen. Over relaties in de zorg*. Heeswijk: Uitgeverij Berne Media.
- Teijlingen, E.R. van, Lowis, G.W., McCaffery, P. Porter, M. (eds.), (2004). *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*. New York: Nova Science Publishers.
- Todres, Galvin & Dahlberg (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 53-63
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: a political argument for an ethics of care*. New York: Routledge
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy. Markets, Equality and Justice*. New York: University Press
- Van den Broeck, M. (2003), *Tevredenheid op een schaalte*. *Alert*, 30, 2, pp. 63-74.
- Walker, M.U. (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. Oxford: Oxford University Press

### **Internetbronnen**

- Algemeen Dagblad, <http://www.ad.nl/binnenland/thuisbevalling-uit-de-gratie~ae84f92b/>, geraadpleegd op d.d. 26-2-2017
- NRC, Bron NRC: <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/02/24/we-hebben-een-kind-6964410-a1547536>, geraadpleegd op d.d. 24-2-2017
- Zorgethiek.nu, <http://zorgethiek.nu/leven-geven-betekenis-geven>, geraadpleegd op d.d. 21-2-2017

## OVERZICHT BIJLAGEN

---

1. Projectplan Zorg met Ziel
2. Data, data-analyse, narratief per respondent
3. Mailinstructie delen ervaringsverhaal