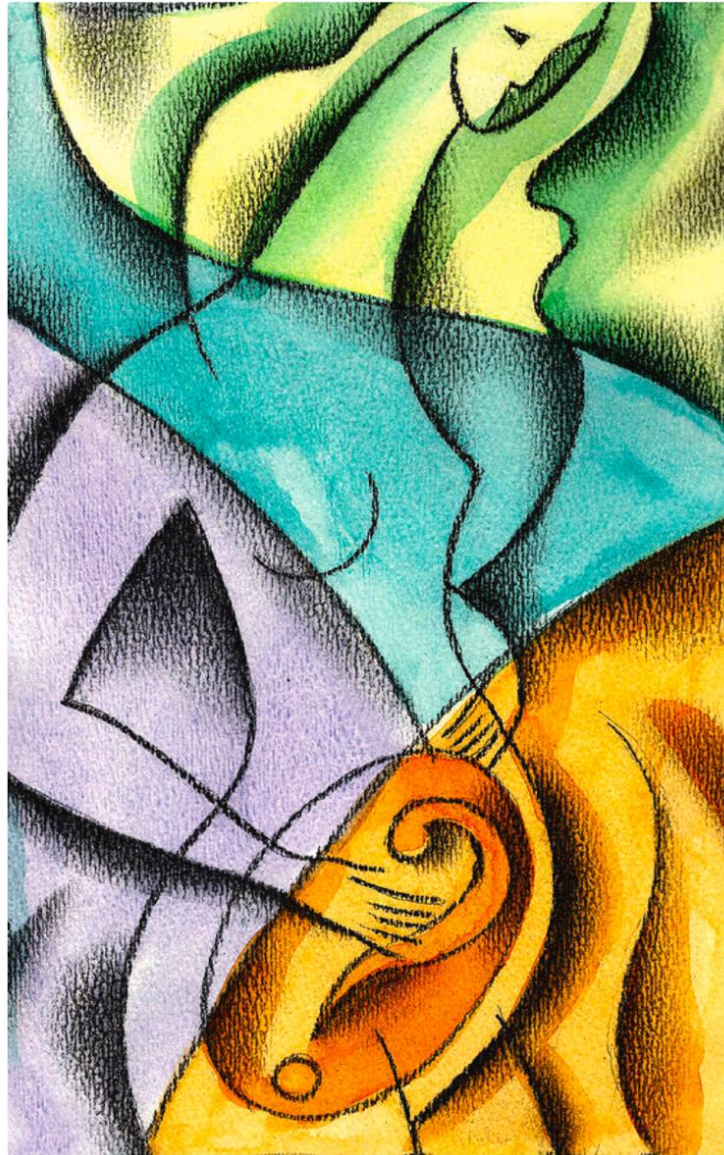


## De keuze (bij een ongewenste zwangerschap)

---

*Een zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaring van vrouwen die ongewenst zwanger waren en een besluitvormingsproces hebben doorgemaakt over het uitdragen of afbreken van hun zwangerschap*



Masterthesis Zorgethiek en Beleid  
Willeke Verwoerd – Hoogendoorn (1037161)

Thesisbegeleider en examiner: Prof. dr. I. van Nistelrooij  
Tweede lezer: Prof. dr. A. P. Schippers  
Universiteit voor Humanistiek

*Beginning* is een schilderij van Leon Zernitsky  
Aantal woorden: 23650

## Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt de masterthesis die ik heb geschreven ter afronding van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek (UvH). Twee jaar geleden ben ik gestart met de master en ik herinner mij nog goed dat ik na de allereerste kennismakingsdag op de UvH in de avond deelnam aan een debat over abortus. Abortus is een onderwerp waar ik de afgelopen jaren veel over heb gesproken, gelezen en gedacht. Na het volgen van de master, waarin ik veel nieuwe inzichten op deed over manieren waarop we naar zorg kunnen kijken, politiek en beleid, diversiteit en inclusiviteit, besloot ik om mijn afstudeeronderzoek te doen over het besluitvormingsproces bij een ongewenste zwangerschap. Zorgethiek heeft mij onder andere geleerd dat je voor het ‘goede’ in de praktijk moet zijn en moet luisteren. Het afgelopen halfjaar heb ik daarom geluisterd naar de verhalen van zes vrouwen die een keuze hebben gemaakt over hun ongewenste zwangerschap.

Het was een uitdagend proces waarin ik mijzelf tegenkwam zowel in positieve als in negatieve zin, maar terugkijkend ben ik blij dat ik dit ben aangegaan. Het heeft mijn blik verruimd en mij als persoon enerzijds zachter gemaakt voor de mens en diens ervaring en anderzijds heeft het mij feller gemaakt in de strijd tegen onrecht en verdrukking. Mijn blik op de wereld is veranderd!

Deze scriptie heb ik niet alleen geschreven en daarom wil ik een aantal mensen hartelijk bedanken. Mijn eerste en grote dank gaat uit naar de zes vrouwen die met mij in gesprek wilde over hun ervaringen. Ik wil jullie bedanken voor jullie openheid en kwetsbaarheid in het gesprek. Jullie verhalen zal ik niet vergeten, omdat ze stuk voor stuk indruk op mij hebben gemaakt. Dankjewel Inge, voor jouw geduld met mij. Zonder jouw goede en kritische feedback had ik deze scriptie niet kunnen schrijven. Je gaf mij meerdere kansen en dat heb ik zeer gewaardeerd! Ik wil mijn tweede lezer Alice Schippers bedanken voor haar feedback aan het begin van dit proces en voor haar flexibiliteit. Dankjewel Wieke, dat je met mij wilde spreken over jouw onderzoek naar onbedoelde zwangerschappen. Dankjewel Femke voor het zeer fijne gesprek dat wij hebben gehad in de kliniek. Ik wil de deelnemers van ‘ZEB Scriptie Schrijvers’ bedanken voor de bemoedigende woorden en digitale support. Mijn laatste woord van dank is voor Mark, mijn grote liefde, jij hebt altijd in mij geloofd en mij eindeloos gesteund. Sinds 17 mei zijn onze levens en zielen nog meer met elkaar verbonden. Ik geniet van het leven met jou en kijk vol verwachting uit naar datgene wat nog komen zal!

Ik wens u veel leesplezier toe en hoop dat de inhoud u mag inspireren,  
Willeke Verwoerd – Hoogendoorn

Rotterdam, 20 juli 2023

## Samenvatting

De focus van dit onderzoek ligt op de geleefde ervaring van vrouwen die ongewenst zwanger zijn geweest en een besluitvormingsproces hebben doorgemaakt met betrekking tot het voldragen of afbreken van hun zwangerschap. Uit onderzoek blijkt dat jaarlijks veel vrouwen te maken krijgen met een keuze over het wel of niet afbreken van de zwangerschap. In het maatschappelijk debat lijkt er echter weinig plek te zijn voor hun ervaringen, terwijl vrouwen het ervaren als een zware beslissing en emotioneel ingrijpend. In de Nederlandse context ontbreekt een zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaring van vrouwen die ongewenst zwanger waren en een besluitvormingsproces hebben doorgemaakt. De volgende hoofdvraag staat daarom in deze scriptie centraal: Hoe ervaren vrouwen de besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap en wat kunnen zorgethische inzichten over 'relationaliteit', 'lichamelijkheid' en 'verantwoordelijkheid' betekenen voor het denken over ongewenste zwangerschap?

Het doel van dit onderzoek is inzicht verwerven in de geleefde ervaring van vrouwen in het besluitvormingsproces bij een ongewenste zwangerschap en de geleefde ervaring van de onderzoeker gedurende het huidige onderzoek. Daarnaast wordt onderzocht wat zorgethische inzichten over 'relationaliteit', 'lichamelijkheid' en 'verantwoordelijkheid' betekenen voor het denken over ongewenste zwangerschap. Deze inzichten kunnen bijdragen aan een respectvolle dialoog met en over vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een besluitvormingsproces doormaken over het afbreken of voldragen van hun zwangerschap.

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Er zijn zes interviews gedaan met vrouwen die ongewenst zwanger zijn geweest en een besluitvormingsproces hebben doorgemaakt. Daarnaast is het eigen denken van de onderzoeker op basis van een reflexief dagboek ook geanalyseerd met behulp van IPA. Deze empirische bevindingen zijn in dialoog gebracht met de theoretische bevindingen. In de interviews zijn de volgende thema's gevonden: 'een bewuste keuze', 'een gelaagd proces', 'toegeven aan de opvatting van de omgeving', 'het lichamenlijk proces als vorm van verwerking' en 'een onzichtbare herinnering verweven met de existentie'. Bevindingen uit het reflexief dagboek zijn 'een spanningsveld tussen eigen denken en zorgpraktijk', 'een gevoel van spanning bij het open zijn over eigen denken', open staan voor het verhaal van de ander' en 'zorg als antwoord op twijfel'. De zorgethische discussie heeft de theorie in dialoog gebracht met de empirische verbindingen. Hierin komt naar voren dat het lichaam een belangrijke rol speelt bij het besluitvormingsproces. Het lichaam ervaart de relationaliteit, maar kan ook een belemmering vormen in het besluitvormingsproces. Daarnaast was de lichamenlijke ervaring voor sommige vrouwen ook een manier van verwerking. In tegenstelling tot de zorgethische bevindingen, kwam in de empirische bevindingen naar voren dat het voldragen van een ongewenste zwangerschap een geen belemmering hoeft te zijn voor een zorgzame relatie. Uit de empirische komt naar voren dat de verantwoordelijk beschouwd kan worden als een opgedrongen appèl. Daarnaast doen de empirische inzichten een oproep om meer ruimte te geven in het besluitvormingsproces aan gevoelens en emoties en ruimer te denken over het moederschap. Tot slot zijn er enkele aanbevelingen gedaan voor de praktijk (het maatschappelijk debat) en voor verder onderzoek.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Problemativering en relevantie</b> .....	<b>7</b>
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Maatschappelijk probleem .....	8
1.3 Wetenschappelijk probleem .....	9
1.4 Vraagstelling .....	11
1.5 Doelstelling.....	11
<b>2. Theoretisch Kader</b> .....	<b>12</b>
2.1 Zorgethiek.....	12
2.2 Besluitvorming.....	12
2.2 Verwevenheid: lichamenlijk.....	14
2.2.1 Het geleefde lichaam als bron van kennis .....	14
2.2.2 Lichamenlijkheid en zwangerschap .....	15
2.2.3 Het zwangere lichaam .....	15
2.2.4 Het zwangere lichaam bij een ongewenste zwangerschap .....	16
2.3 Verwevenheid: relationeel.....	17
2.3.1 Relationaliteit en abortus .....	18
2.3.3 Een relationele benadering .....	19
2.4 Verantwoordelijkheid .....	20
2.4.1 Verantwoordelijkheid en sociale praktijken .....	20
2.4.2 Verantwoordelijkheid als gegevenheid .....	21
2.4.3 Het relationele aspect bij het nemen van verantwoordelijkheid .....	21
2.5 Conclusie.....	21
<b>3. Methode</b> .....	<b>24</b>
3.1 Onderzoeksbenadering.....	24
3.2 Onderzoeksmethode.....	24
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid.....	25
3.4 Dataverzameling .....	25
3.5 Data-analyse .....	27
3.6 Ethische overwegingen.....	28
3.7 Kwaliteitscriteria.....	29
<b>4. Bevindingen</b> .....	<b>30</b>
Thema 1: Een bewuste keuze .....	32
Thema 2: Een gelaagd proces.....	34
Thema 3: Toegeven aan de opvatting van de omgeving.....	36
Thema 4: Het lichamenlijk proces als vorm van verwerking .....	37
Thema 5: Een onzichtbare herinnering verweven met de existentie.....	38

Deelconclusie.....	38
<b>Bevindingen reflexief logboek.....</b>	<b>39</b>
<i>Thema 1: Een spanningsveld tussen eigen denken en zorgpraktijk.....</i>	39
<i>Thema 2: Een gevoel van spanning bij het open zijn over eigen denken.....</i>	40
<i>Thema 3: Openstaan voor het verhaal van de ander.....</i>	41
<i>Thema 4: Zorg als antwoord op twijfel.....</i>	43
Deelconclusie.....	44
<b>5. Zorgethische discussie.....</b>	<b>46</b>
5.1 Lichamelijkheid.....	46
5.2 Relationaliteit.....	47
5.3 Verantwoordelijkheid.....	48
5.4 De rol van de ander bij het besluitvormingsproces.....	48
5.5 Ruimte voor gevoelens en emoties.....	49
5.6 Ruimer denken: inclusief moederschap.....	50
5.7 Conclusie.....	52
<b>6. Eindconclusie en aanbevelingen.....</b>	<b>53</b>
6.1 Eindconclusie.....	53
6.2 Aanbevelingen.....	53
<b>7. Kwaliteit van het onderzoek.....</b>	<b>55</b>
7.1 Betrouwbaarheid.....	55
7.2 Geloofwaardigheid.....	55
7.3 Overdraagbaarheid.....	55
7.4 Beperkingen.....	56
<b>Referenties.....</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage 1. De Utrechtse Zorgethiek.....</b>	<b>64</b>
<b>Bijlage 2: Informed consent.....</b>	<b>65</b>
<b>Bijlage 3: Informatiebrief participanten.....</b>	<b>66</b>
<b>Bijlage 4. Open interview.....</b>	<b>68</b>
<b>Bijlage 5. Data-analyse voorbeelden.....</b>	<b>69</b>
<b>Bijlage 6. Illustratieve fragmenten uit reflexief logboek.....</b>	<b>74</b>
<b>Bijlage 7. Codeboom ‘geleefde ervaring’ (fenomenologisch onderzoek).....</b>	<b>75</b>
<b>Bijlage 8. Aanbevelingen van de deelnemers.....</b>	<b>77</b>
<b>Bijlage 9: Datamanagementplan.....</b>	<b>80</b>

<b>Bijlage 10: Beoordelingsschema (onderzoeksvoorstel) .....</b>	<b>82</b>
<b>Bijlage 11. Beoordelingsformulier Master Zorgethiek en Beleid-thesis 2022-2023 .....</b>	<b>84</b>

# 1. Problemativering en relevantie

## 1.1 Aanleiding

Bij de start van de master Zorgethiek en Beleid was ik actief bij de jongerenafdeling van de Staatkundig Gereformeerde Partij (SGP). Ik vind het eng om het te typen en hier open over te zijn, maar ik wil graag volledig transparant zijn over mijn achtergrond. Vanwege mijn geloof in God, een reformatorische opvoeding en mijn politieke interesse kwam ik bij de SGP. Ik probeerde in deze periode het goede te doen en te zoeken. Inmiddels weet ik niet meer of ik mij bij de SGP wel thuis voel en heeft de master Zorgethiek en Beleid mijn blik op de wereld veranderd. Zorgethiek heeft mij veel geleerd over het goede te zoeken in de praktijk en oog te hebben voor structuren van onderdrukking. Alhoewel het christelijk geloof hier in mijn overtuiging goed bij aansluit met geboden als 'heb de ander lief als jezelf en zorg voor de armen', twijfel ik of een politieke partij als de SGP daar altijd voor opkomt. Het ene leven (ongeboren) is niet van meer waarde dan het andere (asielzoeker). Een van de onderwerpen waar ik mij destijds heel veel mee bezig hield was abortus. De SGP staat bekend als een partij die tegen abortus is. Zowel in de media als binnen de partij sprak ik mij uit tegen abortus, vanuit een vast geloof en de overtuiging dat een foetus een kind is. Ik kon niet anders, in mijn beleving, dan hiervoor opkomen. Dit alles werd versterkt door mijn eigen ervaring in Het Babyhuis. Het Babyhuis is een stichting en heeft drie huizen waar vrouwen in moeilijke omstandigheden hun eerste fase van het moederschap doorbrengen. Ondanks de moeilijke omstandigheden zag ik ook vaak een kindje dat veel liefde ontving en wat geluk bracht in het leven van de moeder. Sommige moeders omschreven hun kindje als een doel om voor te leven. Ik kon het soms niet begrijpen waarom andere vrouwen er toch voor kozen om hun zwangerschap niet te voldragen. Ik realiseer mij nu dat ik over iets sprak en oordeelde waar ik zelf geen enkele ervaring mee had.

Zorgethiek kent haar wortels in het denken van vrouwen en moeders. Ik weet dat het ondanks alle voorgaande informatie en omgeving waarin ik mij begeef wellicht wat tegenstrijdig klinkt, maar hoe langer ik zorgethiek bestudeerde, hoe meer ik overtuigd raakte van het belang van een gelijke behandeling van man en vrouw. Ik begon in deze periode mijzelf meer als feminist te zien. Pro-choice en feminist lijken hand in hand te gaan en ik vroeg mij af hoe al mijn persoonlijke overtuigingen zich tot elkaar verhielden. Ik heb opgemerkt dat ik mijn gedachten hierover angstvallig verborgen hield op de UvH. Ik sprak mij nooit uit over abortus, ondanks dat het soms ter sprake kwam vanwege alle nieuwsberichten. Ik twijfelde soms ook over mijn eigen opvattingen. Ik was bang om anderen te kwetsen. Ik stelde mijzelf vaak de vragen: wat is goede zorg bij een ongewenste zwangerschap? Hoe beleeft een vrouw de periode waarin ze een keuze kan maken? En is kiezen voor het uitdragen van een zwangerschap altijd de goede keuze? Ik ken vanuit mijn werk in de jeugdzorg ook de schrijnende kant waarbij een ouder(s) niet in staat is(zijn) voor diens kind te zorgen. Ik heb gedurende mijn opleiding een open debat gemist over dit thema, omdat ik er zelf niet over durfde te spreken. In mijn ogen ben ik daarom genoodzaakt om dit verder te verdiepen in deze scriptie. Ik heb de dialoog gemist, maar besef mij des te meer dat ik dan ook met mijzelf in gesprek moet blijven.

Zorgethiek heeft mij geleerd om vanuit de praktijk te leren over het goede. Ik realiseer mij dat ik dat veel te weinig heb gedaan en eigenlijk nooit heb gevraagd hoe een vrouw het heeft beleefd om een eigen keuze te maken en door welk proces zij heen gaat. Door middel van deze masterthesis als onderdeel van de master Zorgethiek en Beleid hoop ik dieper in te kunnen gaan op de vraag wat de geleefde ervaring van de vrouw is die een proces doormaakt waarin zij een keuze maakt over haar ongewenste zwangerschap. Daarnaast hoop ik dat deze inzichten en andere zorgethische inzichten een bijdrage kunnen leveren aan ons denken over vrouwen die een besluitvormingsproces doormaken naar aanleiding van een ongewenste zwangerschap.

## 1.2 Maatschappelijk probleem

De inwerkingtreding van de Wet afbreking zwangerschap in 1984 maakte in Nederland abortus legaal. Het legaliseren van abortus zorgde destijds voor een afnemende politieke strijd rondom het thema (Van den Burgh et al., 2021). Ondanks deze wetgeving kennen de abortusrechten in Nederland een bepaalde broosheid (idem) en is de discussie over abortus in Nederland ook nu weer actueel (NOS, 2022a). De discussie is voornamelijk tussen de zogenaamde pro-choice en pro-life beweging.<sup>1</sup> Alhoewel zorgethiek zich richt op de praktijk en dit onderzoek zich zal richten op de Nederlandse context, kan het niet buiten beschouwing worden gelaten dat er ook internationaal discussie is rondom dit thema. Een aantal voorbeelden zullen kort worden besproken. Op 24 juni 2022 heeft het Hoogerechtshof in de Verenigde Staten de uitspraak *Roe v. Wade* ongedaan gemaakt. Het grondwettelijk recht op abortus bestaat hierdoor op federaal niveau niet meer in de Verenigde Staten. In Noord-Ierland is de abortuswet nog strenger en is het strafbaar om een zwangerschap af te breken (Abels, 2019). In Hongarije worden de regels rondom een abortus aangescherpt. Vrouwen moeten voorafgaand aan de abortus luisteren naar de hartslag van de foetus (NOS, 2022b). Sinds 2020 is het ook in Polen niet meer legaal om een abortus te ondergaan (Amnesty, z.d.) wat als gevolg heeft dat abortusklinieken in Nederland een grote toename zien van vrouwen uit Polen (Van der Pal & Goudsmit, 2022). In Nederland zijn er in het afgelopen jaar juist enkele verruiming doorgevoerd rondom de abortuswetgeving. Een voorbeeld hiervan is de afschaffing van de verplichte beraadtermijn (Eerste Kamer, 2022). Deze voorbeelden bewijzen dat de discussie over abortus nog steeds actueel is.

Wanneer we de praktijk nader bekijken, blijkt uit cijfers dat een op de vijf vrouwen in Nederland onbedoeld zwanger raakt. Van deze onbedoelde zwangerschappen was twee derde ongewenst (Fiom, 2016). Uit de meest recente cijfers blijkt dat in 2021 in totaal 31.049 zwangerschapsafbrekingen zijn uitgevoerd (IGJ, 2022). Ondanks deze cijfers wordt er weinig gesproken over de ervaring van een abortus. Dit komt vanwege het taboe rondom abortus en oordelen over een vrouw die ongepland zwanger raakt (BNNVARA, 2022; Holten et al., 2021). Dit terwijl vrouwen het besluit over een ongewenste zwangerschap ervaren als een zware en

---

<sup>1</sup> Pro-choice staat politiek gezien voor de keuzevrijheid van de vrouw om te kunnen kiezen voor een afbreking van de zwangerschap door middel van een abortus. Pro-life is tegen een abortus vanwege de menswaardigheid en bescherming van de foetus.



emotioneel ingrijpende beslissing (Brauer et al., 2019). Een keuze die in essentie een morele keuze is (Gonzalez, 2012). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat ongeveer een derde van de ongewenste zwangere vrouwen twijfelt over de keuze en daarom meer tijd nodig heeft om de keuze te maken (Van Ditzhuijzen et al., 2015). De beweegredenen voor een abortus zijn vaak een combinatie van factoren en moeten gezien worden in de context van de levenssituatie van de vrouw (Brauer et al., 2012). Uit een Nederlands onderzoek bleek dat vrouwen die kozen om de zwangerschap te voldragen, aangaven hun gevoel gevolgd te hebben (Brauer et al., 2012, p. 46). Vrouwen die bij twijfel toch kozen voor een abortus, gaven aan dat zij vanwege rationele argumenten voor de abortus hadden gekozen. Een negatieve attitude ten aanzien van abortus blijkt het besluitvormingsproces moeilijker te maken, maar is zelden de enige doorslaggevende factor in het besluit om de zwangerschap uit te dragen (Brauer et al., 2012, p. 74; van Ditzhuijzen, 2019). Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat slecht enkele vrouwen vanwege principiële redenen besloten om hun zwangerschap uit te dragen (Brauer et al., 2012).

Ondanks dat er jaarlijks vrouwen te maken krijgen met een keuze over het wel of niet afbreken van de zwangerschap, lijkt er in het maatschappelijk debat weinig plek te zijn voor hun ervaringen. Terwijl vrouwen, zoals eerder beschreven, het besluit over een ongewenste zwangerschap ervaren als een zware beslissing en emotioneel ingrijpend (Brauer et al., 2012, 2019)

Dit onderstreept de noodzaak van zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaring van vrouwen die een besluitvormingsproces doormaken over het afbreken of voldragen van hun ongewenste zwangerschap en wat deze ervaring kan betekenen voor het maatschappelijke debat over abortus.

### **1.3 Wetenschappelijk probleem**

In wetenschappelijk onderzoek naar besluitvorming rondom ongewenste<sup>2</sup> zwangerschappen is veel onderzoek gericht op de redenen waarom vrouwen kiezen voor een abortus, de sociaal-demografische kenmerken van deze vrouwen en hoe het besluitvormingsproces verlopen is (Brauer et al., 2019; van Ditzhuijzen et al., 2019). Uit verdiepend onderzoek naar het besluitvormingsproces blijkt dat vrouwen hun motivatie voor het besluit altijd plaatsen tegen de achtergrond van hun levenssituatie (Brauer et al., 2012). De prevalentie van redenen geeft daarom weinig informatie wanneer deze niet in verband worden gebracht met contextuele factoren. De meeste vrouwen geven aan dat hun besluit was gebaseerd op een optelsom van redenen (Brauer et al., 2012, p.45).

In de Nederlandse context ontbreekt onderzoek vanuit een zorgethisch perspectief naar de geleefde ervaring van vrouwen met een ongewenste zwangerschap die een keuze

---

<sup>2</sup> Als onderzoeker ben ik mij ervan bewust dat de term 'ongewenst' niet voor iedereen passend is of gevoelig kan liggen (zie hoofdstuk 4, bevindingen reflexief logboek). Het is moeilijk om één term te vinden die recht doet aan een complexe en zeer persoonlijke ervaring. Er is gekozen om de term ongewenst te gebruiken in deze thesis, maar voor sommige vrouwen zal ongepland, onbedoeld of onverwacht meer recht doen aan de ervaring.

hebben gemaakt hun zwangerschap te voldragen of af te breken. Door dit besluitvormingsproces fenomenologisch te onderzoeken kan er toegang verschaft worden tot de geleefde ervaring van vrouwen die ongewenst zwanger zijn.

Zorgethiek richt zich op geleefde ervaringen, zorgpraktijken en de politiek-maatschappelijke context (Leget et al., 2017) en maakt het mogelijk om een besluitvormingsproces over een ongewenste zwangerschap breed te bestuderen. Zorgethiek beschouwt de mens als een relationeel en afhankelijk wezen dat leeft in- en bestaat dankzij relaties (Engster & Hamington, 2015; Tronto, 2013). Deze relationele benadering biedt een manier om naar besluitvormingsproces te kijken zonder te denken in oppositie waarbij de belangen van het kind tegenover de belangen van de moeder worden geplaatst (Van Nistelrooij & Van der Waal, 2019).

Vanuit zorgethisch perspectief is eerder er onderzoek gedaan naar *Shared Decision Making* (gedeelde besluitvorming, SDM) waarbij zorgethiek zich kritisch verhoudt tot de veronderstelde autonomie van een terminale patiënt (Van Nistelrooij et al., 2017). Uit Japans onderzoek naar SDM bij het maken van een beslissing over een ongewenste zwangerschap blijkt dat een goede afstemming en steun van de partner, familie en professionals de identiteit van de vrouw versterkt en gedeelde besluitvorming vergemakkelijkt (Ueon et al., 2020). Deze bevindingen kunnen niet overgenomen worden naar de Nederlandse praktijk vanwege de verschillen die bestaan tussen de praktijk in Japen en Nederland, echter geven deze resultaten een aanleiding om gezamenlijke besluitvorming verder te onderzoeken in het huidige onderzoek.

Door verschillende zorgethici is geschreven over verantwoordelijkheid. Onder andere door Tronto (1993), Walker (2007) en Van Heijst (2015). Gilligan (1982) benadrukt het relationele karakter van morele overwegingen en de verantwoordelijkheid die voortvloeien uit relaties en zorg (Baur et al., 2017). Uit de analyse van Van Nistelrooij en Visse (2018) blijkt dat verantwoordelijkheid ook gezien wordt als een oproep binnen een relationele praktijk waar 'iets' of 'iemand' op reageert. Een zwangerschap kan gezien worden als een vorm van een oproep. In dit onderzoek zal het concept verantwoordelijkheid in relatie tot een ongewenste zwangerschap verder worden verkend.

De zwangerschap wordt met name gezien als een lichamelijke en sensorische ervaring (Bornemark, 2016; Van Nistelrooij, 2022b). Echter ontbreekt onderzoek naar de betekenis van lichamelijke bij het besluitvormingsproces van een ongewenste zwangerschap.

Concluderend ontbreekt onderzoek naar het besluitvormingsproces van ongewenst zwangere vrouwen in Nederlandse context. Een zorgethisch onderzoek naar dit onderwerp is relevant, want door de geleefde ervaring te bekijken vanuit zorgethische concepten zoals 'relationaliteit', 'lichamelijkheid' en 'verantwoordelijkheid' kan er een beter begrip ontstaan van het besluitvormingsproces van vrouwen met een ongewenste zwangerschap.

## 1.4 Vraagstelling

### *Hoofdvraag:*

Hoe ervaren vrouwen de besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap en wat kunnen zorgethische inzichten over 'relationaliteit', 'lichamelijkheid' en 'verantwoordelijkheid' betekenen voor het denken over ongewenste zwangerschap?

### *Deelvragen:*

1. Welke inzichten biedt zorgethische literatuur over de *critical insights* 'relationaliteit', 'lichamelijkheid' en 'verantwoordelijkheid' met betrekking tot besluitvorming rondom een ongewenste zwangerschap?
2. Wat is de geleefde ervaring van vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een besluitvormingsproces doormaken met betrekking tot het uitdragen of afbreken van de zwangerschap?
3. Wat is mijn geleefde ervaring als onderzoeker, voorheen aangesloten bij de pro-life beweging, tijdens het huidige onderzoek naar de besluitvorming rondom een ongewenste zwangerschap?
4. Wat kunnen verkregen inzichten uit het huidige onderzoek bijdragen aan het denken over het besluitvormingsproces van vrouwen met een ongewenste zwangerschap vanuit zorgethisch perspectief?

## 1.5 Doelstelling

De doelstelling van het huidige onderzoek is inzicht verwerven in de geleefde ervaring van vrouwen in het besluitvormingsproces bij een ongewenste zwangerschap en de geleefde ervaring van de onderzoeker gedurende het huidige onderzoek. Daarnaast wordt onderzocht wat zorgethische inzichten over 'relationaliteit', 'lichamelijkheid' en 'verantwoordelijkheid' betekenen voor het denken over ongewenste zwangerschap. Deze inzichten kunnen bijdragen aan een respectvolle dialoog met en over vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een besluitvormingsproces doormaken over het afbreken of voldragen van hun zwangerschap.

Persoonlijk zal ik de inzichten over de geleefde ervaring van deze vrouwen terugbrengen in het maatschappelijk debat en deze centraal stellen. Door de ervaring van de vrouwen centraal te stellen, hoop ik dat het debat minder zwart-wit zal zijn. Mijn hoop is dat de ervaringen van deze vrouwen meer centraal zullen staan in het politiek-maatschappelijke debat over de afbreking van zwangerschap. Zodat de stem van de vrouw écht gehoord kan worden.

## 2. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de eerste deelvraag: Welke inzichten biedt zorgethische literatuur over de critical insights ‘relationaliteit’, ‘lichamelijkheid’ en ‘verantwoordelijkheid’ met betrekking tot besluitvorming rondom een ongewenste zwangerschap? Om deze vraag te beantwoorden zal eerst kort ‘zorgethiek’ en het concept besluitvorming worden toegelicht. Vervolgens zullen de concepten: lichamelijke, relationaliteit en verantwoordelijkheid worden uitgewerkt. In de conclusie zal de deelvraag worden beantwoord.

### 2.1 Zorgethiek

Zorgethiek is een politiek-ethische stroming gedreven door maatschappelijke vragen (Zorgethiek, 2015). Het is een interdisciplinair onderzoeksveld en richt zich op geleefde ervaring, zorgpraktijken binnen de maatschappelijke en politieke context (Leget et al., 2017). In zorgethiek is het van belang om de stem en ervaring te horen van de mensen waar de zorg om gaat (Leget et al., 2017). Het moreel goede ontvouwt zich namelijk in de praktijk en wordt ervaren door de betrokkenen (Baur et al., 2017). In een streven naar meer democratische zorg doen ook de minder gehoorde stemmen ertoe (Niemeijer & Visse, 2016).

Het huidige onderzoek positioneert zich binnen de Utrechtse Zorgethiek die zich kenmerkt door een dialectische relatie tussen theorie en empirie. De theoretische inzichten worden verrijkt door empirische inzichten en andersom (idem). Theorie en empirie vormen op die manier twee cirkels die met elkaar in beweging zijn in de vorm van een lemniscaat (zie bijlage 1).

In het huidige onderzoek wordt het empirische deel gevormd door een fenomenologisch onderzoek. Deze onderzoeksbenadering onderzoekt de geleefde ervaring van mensen en dit huidige onderzoek is dat de geleefde ervaring van zwangere die een besluitvormingsproces hebben doorgemaakt over hun ongewenste zwangerschap. In het theoretische deel worden de concepten lichamelijke, relationaliteit en verantwoordelijkheid uitgewerkt. Het theoretische gedeelte vormt een multifocale interpretatieve lens (Zorgethiek, 2015). Deze lens helpt om te kijken naar de zorgpraktijk en geeft richting aan het empirisch onderzoek.

### 2.2 Besluitvorming

Het besluit rondom het afbreken of voldragen van een zwangerschap is in beginsel een eigen keuze van de vrouw. Het recht om over je eigen lichaam te beslissen is opgenomen in de Grondwet, artikel 11: *“Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam.”* In de wet afbreking zwangerschap (Wafz) is opgenomen dat ieder besluit zorgvuldig genomen dient te worden (art. 5 lid 1 Wet AZ 2023). Bij een verzoek om de zwangerschap af te breken is het de verantwoordelijkheid van de arts om te controleren of de vrouw de keuze vrijwillig heeft gemaakt (art. 5 lid 2 b Wet AZ 2023). In de besluitvorming over het afbreken van de zwangerschap heeft de vrouw daarom het recht om zelf te beslissen.

Tegelijkertijd gaat het zorgethisch mensbeeld uit van onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid van elkaar (Engster & Hamington, 2015). Dit mensbeeld staat in contrast met het individuele en autonome zelfbeeld dat dominant is in de westerse wereld. Zorgethiek beschouwt de zorg als een relationele praktijk en beslissingen over goede zorg voor een patiënt kunnen alleen ontstaan in een relationeel afstemmingsproces (Van Nistelrooij et al., 2017).

Het betrekken van de ander bij de keuze over het afbreken van een zwangerschap is geen verplichting. De vraag kan echter wel ontstaan wie de zwangere helpt bij haar beslissing en wat zij nodig heeft om haar keuze te maken.

Uit eerder onderzoek onder zwangere vrouwen blijkt dat de rol van de naasten in het besluitvormingsproces afhangt van drie factoren, namelijk 1.) de relatie tot de verwekker; 2) de mate van twijfel over het besluit; en 3.) de leeftijd van de vrouw (Brauer et al., 2012). Vanuit een relationeel perspectief kunnen betekenisvolle anderen betrokken worden bij het besluitvormingsproces, omdat zij verweven zijn met de identiteit van de zwangere. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het relationele netwerk meer is dan alleen de relatie met de ander. In het geval van een zwangerschap is er ook een relatie van de vrouw tot het lichaam (Young, 2005). Een nadeel van het betrekken van de ander bij het besluitvormingsproces is dat de mening van de ander een forcerende werking kan hebben en de relatie tussen de vrouw en het lichaam in de weg kan staan.

Binnen de medische wereld wordt Shared Decision Making (SDM) gezien als een manier waarbij de patiënt op basis van informatie autonoom en zelfstandig kan beslissen over een behandeling samen met de arts en zonder invloed of dwang van anderen (Van Nistelrooij et al., 2017). Naar het weten van de onderzoeker is het onderzoek van Ueno et al. (2020) het enige recente onderzoek dat gaat over SDM bij vrouwen met een ongeplande zwangerschap. Alhoewel de context van het onderzoek van Ueno et al. (2020), dat is uitgevoerd in Japan, verschilt van de Nederlandse context, biedt het interessante inzichten. Uit het onderzoek blijkt onder andere dat het betrekken van de partner, familie en hulpverlening de eigen keuze (autonomie) van de vrouw kan versterken (Ueno et al., 2020). Om ondersteuning te kunnen bieden in het besluitvormingsproces is het van belang dat de ander de identiteit van de vrouw versterkt en haar niet dwingt tot een bepaalde keuze. In het onderzoek van Van Nistelrooij et al. (2017) bij patiënten met kanker komt naar voren dat sommige patiënten behoefte hebben om de ander te betrekken bij het besluitvormingsproces en juist niet behoeftig zijn aan individuele autonomie. In deze situaties is de ander geen bedreiging voor de individuele rechten van de patiënt, maar kan de ander een onmisbare ondersteuning bieden, waardoor de rechten van de patiënt kunnen gaan gelden. Van Nistelrooij et al. (2017) pleiten voor een radicale relationele kijk op autonomie die rekening houdt met de menselijke afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Het betrekken van de ander hoeft geen bedreiging te vormen voor de identiteit van het zelf, omdat de ander onderdeel kan zijn van de identiteit. Toegepast op het huidige onderzoek naar het besluitvormingsproces bij een ongewenste zwangerschap kan de ander ondersteunen bij de keuze van de vrouw en de autonomie en de eigen keuze van de vrouw ver-

sterken. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het geen verplichting is om de ander te betrekken en de ongewenst zwangere vrouw altijd het recht heeft om volledig zelfstandig haar eigen keuze te maken.

## 2.2 Verwevenheid: lichamenlijk

Uit de wetenschappelijke relevantie (zie hoofdstuk 1.3) blijkt dat onderzoek in de Nederlandse context ontbreekt naar de betekenis van lichamenlijkheid bij het besluitvormingsproces van een ongewenste zwangerschap. Door diverse zorgerthici en filosofen is er geschreven over het concept lichamenlijkheid en de betekenis van het zwanger lichaam. Daarnaast heeft het lichaam binnen de fenomenologie een belangrijke rol en wordt het beschouwd als een drager van betekenis en geeft het aan nieuwe ervaringen betekenis (Todres, 2007). Het lichaam is onze toegang tot de concrete praktijk waar morele kennis ontstaat (Hamigton, 2004, 2012a, 2012b; Walker, 2007). Volgens verschillende zorgerthici, waaronder Maurice Hamigton (2004, 2012a, 2012b) en Margareth Urban Walker (2007), is het betrekken van lichamenlijkheid bij morele reflecties een noodzakelijkheid, omdat het zicht geeft op de relevantie van de situatie en de morele frictie (Tops, 2017). Toegepast op zwangerschap en de besluitvorming rondom een ongewenste zwangerschap, speelt het lichaam een belangrijke rol. Zwangerschap kan met name gezien worden als een lichamenlijke en sensorische ervaring (Bornemark, 2016; Van Nistelrooij, 2022c; Young, 2005; Zorgerthiek, 2017).

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op lichamenlijkheid als concept en de lichamenlijke verwevenheid gedurende de zwangerschap. De theoretische inzichten van onder andere zorgerthicus Maurice Hamington zullen worden gebruikt. In zijn werk baseert Hamington zich onder andere op het denken van de Franse filosoof en fenomenoloog Merleau-Ponty. Deze en andere inzichten zullen worden gebruikt om beter te begrijpen welke betekenis lichamenlijkheid kan hebben voor besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap.

### 2.2.1 Het geleefde lichaam als bron van kennis

Merleau-Ponty (1908-1961) is een Franse filosoof en fenomenoloog die zich veel heeft beziggehouden met denken over het lichaam. Merleau-Ponty geeft een grote betekenis aan het lichaam en stelt dat kennis ontstaat door het lichamenlijk waar te nemen. Jenny Slatman, een belangrijke filosofe over lichamenlijkheid, beschrijft dit in haar werk over het denken van Merleau-Ponty als volgt:

*Voordat we een bewuste en reflectieve verhouding hebben tot de wereld, heeft de wereld al een betekenis voor ons omdat ons lichaam er altijd al een pre-reflectieve verhouding tot heeft. De relatie tot de dingen is daarom in eerste instantie ook niet afstandelijk (...), maar elke ding spreekt tot mijn lichaam en tot mijn leven. De dingen hebben een betekenis voor mij omdat ik er allereerst een lichamenlijke verhouding mee heb. (Slatman, 2017, p. 18).*

Merleau-Ponty heeft geen specifieke morele theorie ontwikkeld, maar via zijn inzichten kan wel een benadering zichtbaar worden (Tops, 2017). Het lichaam is ons voertuig om in

de wereld te zijn en is daarom onmisbaar in het waarnemen van de wereld. Het (subjectieve) lichaam verbindt de mens met de wereld en kan de wereld, het zelf, de context en gebeurtenissen, begrijpen en van betekenis voorzien (Finlay, 2006; Hamington, 2004). De wisselwerking tussen het lichaam en de omgeving uit zich in bewegingspatronen waarbinnen zichtbaar wordt hoe iemand met de situatie omgaat en hoe men deze ervaart (Merleau-Ponty, 2011/1948).

De benadering van Merleau-Ponty sluit aan bij het mensbeeld binnen de zorgethiek dat omschreven wordt als een belichaamd, relationeel zelf dat op basis van lichamelijke ervaringen en emoties kennis verwerft en morele afwegingen maakt (Dalmiya, 2016; Hamington, 2012; Baur et al., 2017; Van Hassel et al., 2023). Het lichaam kan beschouwd worden als een bron van kennis over goede zorg. *Caring imagination* is onze lichamelijke ervaringen en kennis die ons helpen bepalen wat het juiste is om te doen (Hamington, 2004). Zorgen doen we met ons lichaam, kennen we middels ons lichaam en is de basis voor empathie (Hamington, 2012). In zijn artikel 'the will to care (...)' beschrijft Hamington (2010) dat zorgen een morele verbeeldingskracht vereist. Deze verbeeldingskracht maakt het mogelijk om empathische verbindingen aan te gaan. Zorg krijgt betekenis in de prestaties, echter stelt Hamington dat zorgzame acties meestal worden ondernomen wanneer ze een kans hebben op succes.

### 2.2.2 Lichamelijkheid en zwangerschap

In het lichaam van de zwangere vrouw groeit een beginnend ander (Van Nistelrooij & Van der Waal, 2019). Wanneer de persoon zich bewust is van de zwangerschap, raakt de belichaamde subjectiviteit verstrengeld met het bestaan van de foetus (Cahill, 2015). De vrouw ervaart haar lichaam als zichzelf en als niet zichzelf. De bewegingen die zij voelt, behoren tot een ander wezen, maar zijn niet de ander, want haar eigen lichaamsgrenzen verschuiven (Young, 2005, p. 47). Over de sensorische ervaring schrijft Bornemark (2016) dat er één lichamenlijk verweven systeem is dat samen ervaart en leeft. Een voorbeeld dat ze geeft is dat het geluid dat de foetus omringt niet van een 'ander' is, maar het ritme is van de ademhaling van de moeder, haar hartslagen en de hartslag van de foetus zelf, en heel soms is dat het geluid van de spijsvertering van de moeder (Bornemark, 2016, p. 255; Van Nistelrooij, 2022c). Gedurende de zwangerschap ervaart de vrouw het lichamenlijke creatieproces en het besef dat het geven van leven onlosmakelijk is verbonden met lichamenlijke verandering (Young, 2015). Deze verbondenheid kan existentiële vragen oproepen (Verhoeven, 2003, p. 232) zoals: wie ben ik nog in relatie tot de ander die zichzelf is en wordt, maar die ik soms als 'ik' ervaar, in een gedeelde intentionaliteit en een gedeelde lichamenlijkheid en soms zelfs bewustzijn?

### 2.2.3 Het zwangere lichaam

Zorgethica Sara Ruddick beschrijft in haar bekende werk "*Maternal thinking (...)*" (1989) onder andere over de rol van het zwangere lichaam in verhouding tot het moederschap. Ruddick beschrijft het baren als een onmiskenbaar vrouwelijke activiteit en een creatieve daad, maar minimaliseert het belang hiervan voor het moederschap:

*Neither pregnancy nor birth is much like mothering. Mothering is an ongoing organized set of activities that require discipline and active attention. It is best divided among several people who, in an egalitarian society, would be as likely to be male as female. Birthing labor, by contrast, is essentially female, performed by one woman (aided in many ways by others). Pregnant women—especially if they look forward to mothering—often take a maternal attitude toward the fetus, becoming deeply attached to an infant they have yet to meet. These eager mothers usually engage projectively in maternal tasks—making clothes or buying a crib, for example. But these tasks relate directly not to the fetus but to the baby it will become. (Ruddick, 1989, p. 50)*

Het moederschap is niet herleidbaar tot de zwangerschap. Deze benadering van het moederschap benadrukt ook de keuzevrijheid van de vrouw. De vrouw heeft een keuze om te kiezen voor de rol van moeder in plaats van dat het haar wordt toegekend als gevolg van de zwangerschap (Ruddick, 1989; Murphy & Parks, 2020). Moederschap is datgene wat mensen kunnen en doen en is een resultaat van sociale, morele en politieke praktijken en hangt niet samen met het geslacht (Ruddick, 1989; Van Nistelrooij, 2022b, p. 173). Het moederschap begint vanaf het moment van de geboorte wanneer iedereen voor een kind kan zorgen (idem).

Toegepast op besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap betekent zwangerschap niet automatisch moederschap. Zwangerschap is geen verplichting om de rol van moeder te vervullen, maar een individuele keuze.

#### *2.2.4 Het zwangere lichaam bij een ongewenste zwangerschap*

Zorgethiek wortelt enerzijds in onderzoek naar praktijken van ‘moederen’ (Noddings, 1984; Ruddick, 1989) en anderzijds in kritiek op eenzijdig psychologisch onderzoek van Kohlberg door Gilligan (l. van Nistelrooij, persoonlijke communicatie, 21 juni 2023). Tussen de eerste en tweede generatie zorgethici is een stap terug te zien van de moederlijke praktijk (Hankivsky 2012 in Van Nistelrooij, 2022b). In haar bijdrage betoogt van Nistelrooij (2022b, p. 161) dat als gevolg van tweede generatie zorgethici die een stap wegzetten van de ‘moederpraktijk’ er aandacht ontbreekt voor het feit dat ieder mens ‘*some mothers’s child*’ is (Hankivsky, 2014; Kittay, 1999, p.23). Daardoor ontbreekt er aandacht voor hoe we in het lichaam van de ander zijn ontstaan. Dit leidt tot een vertekend begrip van de realiteit en is schadelijk voor de moeder (met welk geslacht zij zich dan ook identificeren).

Het is een uitdaging om de lichamelijkheid van de zwangerschap en moederschap als een belangrijke – ook morele en politieke – epistemologische beleving en symbolisch beeld te beschouwen zonder daarbij in valkuilen van essentialistische theoretici te trappen. In het essentialisme gaat men ervan uit dat de dingen een essentie hebben en gedefinieerd worden door een aantal eigenschappen. Een manier om lichamelijkheid van zwangerschap en moederschap te gebruiken binnen zorgethiek is voorgesteld door Ruddick (1989) en Tronto (1993), namelijk dat een zwangerschap geen garantie of verplichting is voor het moederschap en de lichamelijke ervaring niet mag worden gebruikt om te zorgen. Een tweede manier is dat zowel zwangerschap als moederschap niet geslachtsgebonden is. De derde manier is dat



vrouwelijkheid nooit mag worden gereduceerd tot het lichaam en vermogen van ‘zwangerschap’ (Van Nistelrooij, 2022b, p. 177).

Gebaseerd op onder andere het denken van de feministische theoloog Catherine Keller (2003) over het concept ‘worden’, heeft Van Nistelrooij (2022b) in haar bijdrage een pleidooi gevoerd om de zorgethiek te verrijken met het concept *worden*. Het voert te ver voor deze scriptie om dit volledig uit te werken. De relevantie van deze gedachten ligt vooral in de voorwaarden die worden gesteld bij het toepassen van *worden* in de context van zwangerschap. Ten eerste dat zwangerschap pas een proces van *worden* kan zijn als het voor de zwangere acceptabel is. Er kan geen sprake zijn van dwang om de zwangerschap uit te dragen. Een gedwongen zwangerschap is namelijk een vorm van marteling. Ten tweede moet zwangerschap begrepen worden als een proces van het *worden* van twee en meer mensen. Naast de zwangere persoon en foetus zijn er ook intieme anderen bij betrokken (bijvoorbeeld grootouders, ooms en tantes, broertjes en zusjes). De geboorte verandert ook hun identiteit en ze gaan dan ook door een proces van wording. Ten derde moet het grotere relationele web worden getrokken om veilige- en respectvolle omstandigheden voor de zwangerschap, geboorte en zorg voor kinderen te creëren. En als laatste, zoals Van Nistelrooij dit zelf prachtig verwoordt:

*Any process of becoming can only take place in a world in which all life can find air to breathe, water to drink, food to eat* (Van Nistelrooij, 2022b, p. 191).

Het *worden* toegepast bij de besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap laat zien dat, zoals ook in paragraaf 2.2.3 beschreven, zwangerschap geen verplichting is voor het moederschap en zwangerschap pas een proces van worden is als het voor de zwangere acceptabel is.

### **2.3 Verwevenheid: relationeel**

De staat en de wet moeten zorgende relaties bevorderen en beschermen (Gilligan, 1982; Tronto, 1993; Herring, 2019, p. 2). Zorg kan niet objectief gedefinieerd kan worden, maar hangt af van de relatie tussen partijen, hun persoonlijkheden en voorkeuren (Herring, 2019, p. 3; Leget et al., 2017). Zorgethiek heeft een relationeel mensbeeld waarin afhankelijkheid en kwetsbaarheid erkend worden als fundamentele elementen van ons menselijk bestaan (Sander-Staudt, 2021, p. 1). Dit betekent niet dat er geen individueel zelf is, maar de identiteit en aard van het individu kan alleen worden gewaardeerd in relatie tot anderen. Herring, professor rechtsgeleerd aan de universiteit van Oxford en auteur van ‘Ethics of Care and the Public Good of Abortion’ schrijft dat binnen zorgrelaties belangen en afhankelijkheden door elkaar kunnen lopen of zelfs botsen, maar de relatie valt niet uiteen in een ‘ik’ en een ‘jij’ (Herring, 2019, p. 5). Het eigen belang wordt dus niet tegenover het belang van de ander gezet en zorg hoeft daarom ook niet opgevat te worden als zelfopoffering. We willen wat goed is voor ons beiden of ons allemaal (Held, 2015). Vanuit de benadering dat mensen relationeel zijn vloeit voort dat er een verantwoordelijkheid is voor de ander (Herring, 2019). De vraag moet daarom zijn wat mijn ‘verplichting’ is binnen de context van een relatie (Held, 2015, Herring, 2019).

Biologisch gezien kunnen de zwangere vrouw en de foetus niet in twee personen worden verdeeld, want er is geen duidelijk punt waarop foetaal weefsel eindigt en het weefsel van de vrouw begint. Ze delen vloeistoffen en ruimte en staan met elkaar verbinding, omdat de gezondheid van de vrouw een grote invloed heeft op de foetus en andersom (Herring & Chau, 2007). Iris Marion Young, politicologe en feminist, (2005) beschrijft dat op de volgende manier:

*Pregnancy challenges the integration of my body experience by rendering fluid the boundary between what is within, myself, and what is outside, separate. I experience my insides as the space of another, yet my own body. (Young, 2005, p. 50).*

De ervaring van het zwangere lichaam als een ruimte van de ander en tegelijk mijn eigen lichaam is een opvatting die ingaat tegen het medische model. In het medische model wordt over zwangerschap (moederschap) gedacht in opposities (Rothman, 1989, p. 89; Van Nistelrooij & Van der Waal, 2019). Het medisch model sluit aan bij een traditionele presentatie waarbij de vrouw een "foetale container" is en een plek biedt voor de foetus om in te leven in afwachting tot de geboorte (Annas, 1986, p. 14). In beleid, wetgeving en het politieke discours over abortus is te zien dat de foetus wordt geïndividualiseerd en gescheiden van het zwangere lichaam met behulp van echo's, foto's en foetuspoppetjes (Van der Waal & Nistelrooij, 2022, p.2; Algemeen Dagblad, 2013). Als gevolg van het denken in opposities staan rechten tegenover elkaar en staan vrouwenrechten onder druk of worden ze genegeerd (Nistelrooij & Van der Waal, 2019; p. 54). De werkelijkheid is dat alle interactie en omgang met de foetus wordt bemiddeld door- en met de vrouw. Een individuele benadering van zwangerschap is daarom ook niet passend gezien de lichamelijke verwevenheid tussen deze twee.

### 2.3.1 Relationaliteit en abortus

Wolf-Devine (1989), filosoof en aanhanger van de pro-life beweging, gebruikt in haar paper zorgethiek om zich te verzetten tegen abortusrechten. Ze beargumenteert dat zorgethiek de nadruk legt op de verantwoordelijkheid om voor de ander te zorgen, onze onderlinge verbondenheid en het belang om relaties te behouden (idem). Wolf-Devine schrijft dat abortus een scheiding: het verbreken van een levensbehoudende verbinding is tussen vrouw en de foetus. Een abortus respecteert de onderlinge verbondenheid van al het leven niet en respecteert evenmin de cycli van de natuur (idem, p. 84). Dit gaat in tegen de gangbare opvatting binnen de pro-life beweging waartoe Wolf-Devine (1989) behoort. Binnen de pro-life beweging wordt gedacht in opposities waarbij de moeder wordt geplaatst tegenover de foetus/het kind/leven. Door het kind te scheiden van de moeder en te zien als individu krijgt het rechten en moet het beschermd worden tegen de moeder (Van der Waal & Nistelrooij, 2022, p. 5).

Mair, een professor in de rechtsgeleerdheid (familierecht) bij de universiteit van Glasgow, beschrijft dat het traditionele idee van een conflict tussen moeder/foetus een gewelddadig beeld is dat het samenleven van moeder en foetus verstoort (Mair, 1996 in Herring, 2019). Het denken in conflicten laat zien dat er een onwetendheid is over wat het betekent

om zwanger te zijn (Morris, 1999 in Herring, 2019). Morris stelt dat een zwangerschap veel complexer is dan het te labelen als een conflict tussen moeder en kind. Zij stelt voor om individuele wettelijke rechten van een zwangere vrouw en foetus beter te definiëren. In plaats van conflicten op te lossen moeten we het construct van deze conflicten bevragen (Morris, 1996; Herring, 2019, p. 12; Van der Waal & Van Nistelrooij, 2022). We moeten erkennen dat moederschap een ervaring is van interpersoonlijke verbondenheid en een diepgaande invloed heeft op het lichaam en de identiteit van de vrouw (Elvey, 2003, p. 208; Rothman, 1989, p. 93). Zorgethiek biedt een benadering om voorbij opposities of botsingen de zwangerschap te zien als een relatie (Van der Waal & Van Nistelrooij, 2022; Herring, 2019). Dit sluit aan bij het denken van zorgethica Nell Nodding over abortus:

*It is not a question of when life begins but of when relation begins* (Nodding, 1984 p. 88)

### 2.3.3 Een relationele benadering

De relationele benadering biedt de mogelijkheid om een andere weging en invulling te geven aan een gewenste en ongewenste zwangerschap. Gewenste zwangerschappen zijn zorgzaam en zijn daarom van de hoogste morele waarde. Ongewenste zwangerschappen hebben geen morele waarde, omdat het gaat om gedwongen zorg. Het uitdragen hiervan kan een gewenste zorgrelatie belemmeren (Herring, 2019, p. 14; Stoyles, 2015, p. 91). Herring (2019) trekt in zijn essay twee conclusies namelijk dat ten eerste gedwongen relaties niet zorgzaam zijn. Bij een ongewenste zwangerschap ontbreekt het aan wederkerigheid die nodig is voor een zorgzame relatie. Ten tweede kan een abortus het mogelijk maken om een zorgzame relatie te ontwikkelen (Herring, 2019). Er blijkt namelijk dat de beslissing om een zwangerschap af te breken wordt beïnvloed door de verantwoordelijkheden van de vrouwen tegenover anderen en tegenover zichzelf (Gilligan, 1982; Sherwin, 1992, p. 102 en Van der Waal & Van Nistelrooij, 2022). Daarnaast wordt de keuze ook beïnvloed door de wens van de vrouw om een goede ouder te zijn voor het kind bij de geboorte (Kirkman et al., 2009). Uit het werk van Gilligan (1982) blijkt dat zorg voor jezelf ook een onderdeel van zorg is. Goede zorg is dus niet alleen de zorg voor de ander. Uit het onderzoek van Gilligan (1982) bij 29 vrouwen die in de verplichte wachttijd voor een abortus zaten en een jaar later weer werden geïnterviewd blijkt dat de beslissing van de vrouw vaak een conflict was tussen wens en noodzaak.

*What I want to do is to have the baby, but what I feel I should do, which is what I need to do, is have an abortion right now, because sometimes what you want isn't right. Sometimes what is necessary, comes before what you want, because it might not always lead to the right thing.* (Gilligan, 1982, p. 102)

Concluderend stelt Herring (2019) dat abortus vrouwen in staat stelt om te zorgen: om te voldoen aan hun huidige zorgtaken, in de toekomst te voldoen aan zorgverantwoordelijkheid voor het kind en te zorgen voor zichzelf. De relationele zorgethiek bevraagd dus niet welke

rechten en verantwoordelijkheden een individu heeft, maar bevreemdt de verantwoordelijkheden en rechten in relatie tot een relatie (Herring, 2019, p. 13). Het concept verantwoordelijkheid zal in het volgende hoofdstuk verder worden toegelicht.

## 2.4 Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid is een kernbegrip in de zorgethiek (Tronto 1993; Van Heijst, 2005, Van Nistelrooij & Visse, 2018; Walker, 2007). In tegenstelling tot andere hedendaagse ethische theorieën waarbij verantwoordelijkheid voortvloeit uit verplichtingen, is verantwoordelijk in zorgethiek niet het opvolgen van een set regels, procedures of gedane beloftes (Tronto, 1993; Van Nistelrooij, 2022b). Verantwoordelijkheid is een concept wat is ingebed in culturele praktijken en in iedere situatie opnieuw ingevuld moet worden (idem). Verantwoordelijkheid kan daarom ook verschillende betekenissen hebben afhankelijk van de waargenomen genderrollen, klassenverschillen, familiale status, en cultuur (inclusief culturele verschillen gebaseerd op raciale groeperingen (Tronto, 1993, p. 133). Verantwoordelijkheid is onmisbaar in het komen tot zorg en een reactie op een zorgbehoefte (idem).

Wie er verantwoordelijk is of verantwoordelijkheid moet nemen is geen eenvoudige vraag. Om deze vraag te kunnen beantwoorden nemen we eerst de visie van zorgethica Walker (2007) door waarin zij stelt dat morele kennis wordt gevonden in sociale praktijken. Daarnaast zal verantwoordelijk als een gegevenheid besproken worden waarbij de benadering van Jean Luc Marion, zoals beschreven door Van Nistelrooij en Visse (2018) verder wordt toegelicht.

### 2.4.1 Verantwoordelijkheid en sociale praktijken

Walker (2007) beschrijft moraliteit als een zaak van sociale praktijken en machtsverhoudingen. Van Heijst beschrijft dat er uit het denken van Walker een verband volgt tussen verantwoordelijkheid die mensen nemen en waar zij zich opzichte van elkaar verhouden (Van Heijst, 2005, p. 309). Walker keert zich tegen het theoretisch-juridisch model. Dit model gaat uit van tijdloze en contextloze morele vooronderstellingen over wat iedereen altijd zou moeten doen (idem). Hier tegenover stelt zij een feministische epistemologie: dat kennis en begrip altijd ontstaan vanuit een bepaalde positie. Dit komt tot uiting in het expressieve-collaboratieve model. Met behulp van dit model kan men beter begrijpen hoe mensen tot moreel verstaan komen (Van Heijst, 2005, p. 299). Walker gebruikt de term *geography of responsibilities* om daarmee de verantwoordelijkheden, van de praktijk, in kaart te brengen door te zien waar mensen feitelijk verantwoordelijkheid nemen of verantwoordelijk worden gesteld of niet. (Van Heijst, 2005, p. 302). Deze praktijk moeten we ook kritisch bezien, want de patronen van verantwoordelijkheid zijn niet altijd rechtvaardig verdeeld (idem). Feministische zorgethiek heeft aangetoond hoe genderbepaald het nemen van verantwoordelijkheid verloopt (Walker, 2007, idem). Walker bouwt voort op het werk van Robert Goodin. In 1985 schreef Goodin zijn boek *Protecting the vulnerable* waarin hij middels een model liet zien dat mensen kwetsbaar zijn ten opzichte van andere en welke morele verplichtingen/verantwoordelijkheden hieruit

voortkomen. Walker stelt dat er een afhankelijkheidsrelatie moet bestaan om verantwoordelijkheid te kunnen dragen (idem). Emoties beschouwd Walker als een indicator voor de mate van betrokkenheid die we bij iemand voelen. Gevoelens bepalen voor wie we ons verantwoordelijk maken of niet (Van Heijst, 2005, p. 306). De mate van nabijheid zegt iets over het belang dat mensen aan elkaar toekennen, verbondenheid en daaraan gekoppelde bereidheid om wel of niet zorgverantwoordelijkheid te nemen (idem, p. 309). Walkers geografie lijkt hier een richtlijn voor te stellen namelijk dat wanneer iemand dichterbij gelokaliseerd is (relatieve of situationeel) aan die persoon meer verantwoordelijkheid mag worden gekend. In het huidige onderzoek roept dit de vraag op hoe dicht bij een ongewenste zwangerschap komt en hoever deze verantwoordelijkheid gaat.

#### *2.4.2 Verantwoordelijkheid als gegevenheid*

Van Nistelrooij en Visse (2018) voegen gebaseerd op de fenomenologische visie van Jean Luc Marion een paradigma toe in hun artikel waarbij verantwoordelijkheid gezien wordt als een gift. Een oproep binnen een relationele praktijk waar 'iets' of 'iemand' op reageert. De analyse van Marion focust zich op de passieve kant en in plaats van de rol als morele agent is de morele agent een pre-morele ontvanger van een teken, een signaal, een inzicht of een ander krachtig gezicht of geluid (idem, 283). Daarmee is verantwoordelijkheid geen keuze, maar een opgedrongen appèl. Dit appèl onderga je en heeft als gevolg dat het subject uit het centrum gaat en juist door het 'gegeven zijn' vindt het subject zichzelf (Van Nistelrooij, 2015, p. 49). Het kan beschouwd worden als een passief proces wat onvrijwillig verschijnt en iemand verantwoordelijk maakt (Marion, 2002). Het passief en onvrijwillig ontvangen kan gepaard gaan met gevoelens van angst (idem).

#### *2.4.3 Het relationele aspect bij het nemen van verantwoordelijkheid*

Gilligan (1982) schrijft dat bij morele issues zoals abortus het individu beslist en handelt naar haar eigen geweten. Er zijn geen absolute morele opvattingen, stel dat dit er wel is, dan is dit 'human life' (Gilligan, 1982, p. 217). De essentie van een morele beslissing ligt in het proces waarin een besluit wordt genomen en de bereidheid om de verantwoordelijkheid voor deze keuze te accepteren (idem, p. 220) Gilligan (1982) benadrukt het relationele karakter van morele overweging en de verantwoordelijkheid die voortvloeien uit relaties en zorg (Baur et al., 2017).

## **2.5 Conclusie**

Om antwoord te geven op de eerste deelvraag welke inzichten biedt zorgethische literatuur over de critical insight 'lichamelijkheid', 'relationaliteit' en 'verantwoordelijkheid' met betrekking tot besluitvorming rondom een ongewenste zwangerschap?

In het theoretisch kader is er aandacht geweest voor het concept besluitvorming en hoe de ander in dit proces kan ondersteunen. Het is in beginsel het recht van de vrouw om een keuze te maken over haar eigen lichaam. Echter blijkt uit onderzoek van Ueno et al.

(2020) dat de ander de autonome keuze van de vrouw versterken. Om als ‘ander’ ondersteuning te kunnen bieden in het besluitvormingsproces is het van belang dat deze ondersteuning de identiteit van de vrouw versterkt en haar niet dwingt tot een bepaalde keuze.

### **Inzichten omtrent lichamelijkeid**

Het lichaam heeft binnen zorgethiek en fenomenologie een belangrijke rol. Het geeft ons toegang tot de sociale praktijken en is een bron van kennis. Ons lichamelijke ervaringen helpen onze morele afwegingen te maken en bevatten kennis over wat goede zorg is. Zwangerschap kan beschouwd worden als een lichamelijke ervaring, maar leidt niet automatisch tot moederschap (Ruddick, 1989). Deze benadering laat zien dat er ruimte is voor de vrouw om haar eigen keuze te maken en zwangerschap geen verplichting is om de rol van moeder te vervullen. Een zwangerschap kan pas een proces van *worden* zijn als het voor de zwangere acceptabel is (Van Nistelrooij, 2022b)

### **Inzichten rondom relationaliteit**

In het medisch model, beleid, wetgeving en politiek wordt over zwangerschap gedacht in opposities waarbij de foetus wordt geïndividualiseerd en gescheiden van het zwangere lichaam. Echter is gezien de lichamelijke en diepgaande verwevenheid tussen de vrouw en de foetus deze benadering niet passend. Zorgethiek biedt een benadering om voorbij de opposities te komen en de zwangerschap te zien als een relatie (Van der Waal & Van Nistelrooij, 2022). De relationele benadering biedt een mogelijkheid om een invulling te geven aan gewenste en ongewenste zwangerschappen. Ongewenste zwangerschappen hebben geen morele waarde en het uitdragen hiervan kan een gewenste zorgrelatie belemmeren. Een abortus kan het daarnaast mogelijk maken om een zorgzame relatie te ontwikkelen. De relationele zorgethiek bevraagt niet welke rechten en verantwoordelijkheden een individu heeft, maar bevraagt de verantwoordelijkheden en rechten in relatie tot een relatie (Herring, 2019).

### **Inzichten rondom verantwoordelijkheid**

Binnen zorgethiek wordt verantwoordelijkheid beschouwd als een concept wat is ingebed in culturele praktijk en in iedere situatie opnieuw moet worden ingevuld (Tronto, 1993; Van Nistelrooij, 2022b) en onmisbaar is om te komen tot zorg. In het nemen van verantwoordelijkheid spelen onder andere de mate van betrokkenheid, nabijheid en gevoelens een rol. Walker gebruikt *geography of responsibilities* om daarmee zorgverantwoordelijkheden in de praktijk te brengen. Deze geografie lijkt een richtlijn voor te stellen namelijk dat wanneer iemand dichterbij is gelokaliseerd (relationeel of situationeel) aan die persoon meer verantwoordelijkheid mag worden toegekend. Toegepast op besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap wordt hierbij de verantwoordelijkheid bij de zwangere gelegd, omdat zij relationeel het meest dicht bij de foetus staat. Verantwoordelijkheid en weten hoe je moet zorgen, zijn echter geen verplichting om deze zorg te bieden. Een andere benadering van verantwoordelijkheid is een meer passieve benadering van Marion waarbij verantwoordelijkheid je

overkomt. Hoewel het ontstaan van de zwangerschap een actieve keuze kan zijn, kan een ongewenste zwangerschap beschouwd worden als iets wat de zwangere overkomt en zij niet actief voor kiest. Echter vraagt het appel wel om een reactie, maar dat is aan de zwangere wat beslist en handelt naar eigen geweten (Gilligan, 1982).

### 3. Methode

In dit hoofdstuk zal de methode waarmee het theoretisch- en empirisch onderzoek is uitgevoerd worden beschreven. Eerst zal de onderzoeksbenadering en de daarbij horende methode van dit onderzoek worden besproken. Daarnaast wordt de casusdefinitie, dataverzameling en data-analyse besproken en als laatste zal er stil worden gestaan bij de ethische overwegingen en kwaliteitscriteria.

#### 3.1 Onderzoeksbenadering

Het onderzoek kent een zorgethische benadering waarbij het zich baseert op de Utrechtse zorgethiek (zie bijlage 1). Deze benadering kenmerkt zich door een heen-en-weer bewegen tussen theorie en praktijk waarbij conceptueel en empirisch onderzoek elkaar verrijkt en versterkt (Legget et al., 2017). Hierdoor kent het onderzoek een tweeledige benadering namelijk theoretisch en empirisch. In het theoretische gedeelte worden de concepten: lichamelijkheid, relationaliteit en verantwoordelijkheid door middel van literatuur uitgewerkt. De belangrijke inzichten vormen een zorgethische lens. Het empirisch gedeelte is een fenomenologisch onderzoek. De fenomenologie heeft een sterk filosofisch wortels in zich en is ontstaan met het werk van Edmund Husserl (Creswell & Poth, 2013, p. 75; Slatman, 2017, p. 7). Edmund Husserl (1859 – 1938) was van mening dat filosofie en haar academische discussies ver waren afgedwaald van de geleefde werkelijkheid en de concrete geleefde ervaring moesten het uitgangspunt zijn voor een filosofische reflectie (Van der Meide, 2015, p. 22; Moran, 2000). Een fenomenologisch onderzoek is een ‘terugkeren naar de zaken zelf’ wat betekent dat we ons bezighouden met de betekenis van dat wat verschijnt (Slatman, 2017, p. 10). Een fenomeen is iets wat verschijnt in ons bewustzijn en kan verwijzen naar elke menselijke ervaring in relatie tot een gebeurtenis, een ding of een gevoel (Van der Meide, 2015). Dit is passend in het huidige onderzoek omdat het als doel heeft te onderzoeken wat de geleefde ervaringen zijn van vrouwen die een besluitvormingsproces doormaken vanwege een ongewenste zwangerschap. Het doel van het huidige onderzoek is om deze ervaring te onthullen en te begrijpen (Van der Meide, 2015).

#### 3.2 Onderzoeksmethode

Voor het empirisch onderzoek is er gekozen voor de methode *Interpretatieve Phenomenological Analysis* (IPA) (Smith et al., 2022). IPA is een methode om persoonlijk geleefde ervaringen te onderzoeken. Vanwege het gedetailleerd- en in diepte beschrijven van individuele ervaringen en de complexiteit van een menselijk fenomeen, richt IPA zich op kwaliteit en niet kwantiteit. IPA-onderzoeken hebben daarom voordeel van het concentreren op een klein aantal casussen (Smith et al., 2022). IPA kent een dubbele hermeneutiek waarbij enerzijds de onderzoeker de participant probeert te begrijpen en anderzijds de participant haar eigen ervaring probeert te begrijpen (idem, p. 29). In de dialoog tussen onderzoeker en participant ontvouwt zich het fenomeen. De onderzoeker neemt hierbij geen objectieve of afstandelijke houding aan, maar is juist betrokken en probeert het fenomeen ‘mee te ervaren’ (Van der Meide, 2015, p. 24-25).



### 3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

De onderzoeksgroep bestaat uit zes vrouwen die ongewenst zwanger waren en getwijfeld hebben over het afbreken of voldragen van hun zwangerschap. Een inclusiecriteria is dat deze vrouwen de Nederlandse taal spreken en ongewenst zwanger zijn geweest.

De werving heeft plaats gevonden door e-mails te sturen naar verschillende zorginstanties die zich bezighouden met de zorg voor vrouwen met een ongewenste zwangerschap. Geen van deze organisaties heeft vrouwen/moeders benaderd met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. De reden die hiervoor werd opgegeven was het beschermen van de privacy en vrouwen niet willen belasten met dit onderzoek. Een contactpersoon van een van de organisaties gaf aan op persoonlijke titel wel deel te willen nemen aan het huidige onderzoek. Vervolgens is de informatiebrief gedeeld op LinkedIn en in diverse WhatsApp groepen. Omwille van de privacy van de deelnemers kan er niet worden toegelicht welke WhatsApp groepen dit waren, maar de leden van de groepen hadden een diverse achtergrond en behoorden niet tot de pro-life beweging. Een vrouw uit een WhatsApp groep heeft de oproep binnen haar eigen netwerk gedeeld hetgeen twee deelnemers opleverde. De werving via sociale media (WhatsApp groepen en LinkedIn) heeft twee deelnemers opgeleverd. Via het eigen netwerk van de onderzoeker in de pro-life beweging is één deelnemer gevraagd of zij op basis van haar ervaring, die zij ook online deelt, wil deelnemen. Zij heeft toegezegd en deelgenomen aan het huidige onderzoek. Om diversiteit in de dataset te krijgen is er vooraf vastgesteld dat de verhouding tussen het aantal deelnemers met een voldragen zwangerschap en deelnemers die de zwangerschap hebben afgebroken ongeveer gelijk moest zijn. Deze doelstelling is behaald, want vier deelnemers hadden ervaring met het afbreken van een ongewenste zwangerschap en twee deelnemers met het voldragen van een ongewenste zwangerschap.

De gesprekken konden zowel online als fysiek plaatsvinden afhankelijk van de voorkeur van de vrouwen. Drie gesprekken hebben via Microsoft Teams plaatsgevonden en drie gesprekken bij de vrouwen thuis.

Gedurende het onderzoek heeft de onderzoeker een reflexief dagboek bijgehouden en deze data is gebruikt in het huidige onderzoek en op dezelfde wijze geanalyseerd (zie 3.5 data-analyse) als de transcripten.

### 3.4 Dataverzameling

Voor de literatuurstudie is in de databases van Google Scholar en sEURch gezocht met behulp van zoektermen als: *unwanted pregnancy, abortion, decision, care ethics, relationality, embodied care, responsibility*. In de selectie is er gekeken of het Nederlands onderzoek betrof vanwege het belang van de culturele context. Wanneer er geen Nederlands onderzoek werd gevonden, is dit vermeld en in sommige gedeelten is gebruik gemaakt van internationaal onderzoek. In de selectie is de zoekactie regelmatig verkleind door te zoeken naar literatuur die niet ouder was dan vijf of tien jaar. Daarnaast leverden de zoekwoorden ook artikelen op die geschreven zijn vanuit andere filosofische of ethische stromingen, deze zijn bewust niet gebruikt, omdat dit buiten het bereik van het huidige onderzoek ligt. Daarnaast is er gebruik ge-

maakt van artikelen en literatuur die aangeboden zijn in de master Zorgethiek en Beleid voornamelijk tijdens het vak 'ethics of Care: An Introduction' en 'ethische competenties in zorg- en welzijnswerk'. Bij het concept lichamelijke relationaliteit en verantwoordelijkheid is er gekeken welke literatuur gedurende de collegereeksen is gebruikt en om te verkennen welke zorgethicus expertise heeft op het concept. Wat betreft het concept lichamelijke is er gebruik gemaakt van het werk van Maurice Hamington en bij het concept verantwoordelijkheid is er gebruik gemaakt van het werk en denken van Margaret Urban Walker. Voor het concept relationaliteit is het werk van diverse zorgethici gebruikt. Voor het schrijven van de methode en de uitvoering van de analyse is er gebruik gemaakt van de literatuur uit het vak: theorieën van zorgethisch onderzoek. Daarnaast zijn er artikelen gebruikt die werden geadviseerd door mijn begeleider. Ieder artikel wat zij adviseerde is zorgvuldig gelezen en beoordeeld of het paste binnen het huidige onderzoek en welke inzichten toegevoegd konden worden. Bij het schrijven van het theoretisch kader zijn sommige bronnen beoordeeld als mogelijk relevant voor de discussie en later daarvoor gebruikt. Met behulp van de sneeuwbalmethode<sup>3</sup> is er ook nog naar andere literatuur gezocht.

Om de geleefde ervaring van de deelnemers te kunnen onderzoeken is er gekozen voor een fenomenologisch interview (Smith & Osborn, 2008). De focus van deze fenomenologische interviews is het verzamelen van concrete, gedetailleerde verhalen en ervaringsbeschrijvingen van een bepaalde situatie (Wimpenny & Gass, 2000 in Wijngaarden, 2015). Als onderzoeker heb ik daarbij een open houding aangenomen en mij gedurende het onderzoek zo min mogelijk laten sturen door theorie, ervaringen of eigen normen en waarden (Van Wijngaarden, 2015). In fenomenologisch onderzoek is men terughoudend met het opstellen van vragenlijsten/topiclijsten, omdat een voorgeschreven format een open houding in de weg kan staan (Dahlberg et al., 2008 in Van Wijngaarden, 2015). Om deze reden is er gekozen om een gesprekshulp met enkele openingsvragen op te stellen (zie bijlage 3). Gedurende het interview worden deelnemers aangemoedigd zich uit te drukken in termen van ervaring met behulp van vragen als: 'wat deed je' of 'wat voelde je?' De openingsvragen bieden enige structuur tijdens het interview, maar het doel is om veel ruimte te geven aan de deelnemer zodat hij/zijn kan vertellen over diens ervaringen. Tijdens de interviews zal geprobeerd worden binnen te treden in het perspectief van de deelnemer door 'in het moment te zijn' en rustig en aandachtig te luisteren (Van Wijngaarden, 2015). De data van het empirisch onderzoek bestaat uit transcripten van zes interviews en een reflectief dagboek van de onderzoeker. De interviews zijn, na toestemming van de deelnemer, opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens zijn de transcripten geanalyseerd. De gesprekken zijn opgenomen met een telefoon en na transcriptie worden de audio-opnames verwijderd van de telefoon van de onderzoeker. Alleen met toestemming van de participanten kunnen de data voor ander onderzoek worden gebruikt. De persoonsgegevens worden in een sleutelbestand opgeslagen op een externe beveiligde netwerkschijf van de UvH.

---

<sup>3</sup> De sneeuwbalmethode is een techniek waarbij de onderzoeker eerst de primaire bronnen die relevant zijn voor het onderzoeksonderwerp vaststelt en de referentielijst van de bronnen gebruikt om andere mogelijk relevante en nieuwe bronnen te vinden.

### 3.5 Data-analyse

De data wordt geanalyseerd met behulp van de stappen van IPA (Smith et al., 2022):

Stap 1: Lezen en opnieuw lezen van de data

Allereerst is er geluisterd naar de geluidsopnames en zijn deze getranscribeerd. De transcrip-ten zijn meermaals zorgvuldig doorgenomen om op die manier meer vertrouwd te raken met de data. Observaties, eigen herinneringen aan het gesprek en eigen ideeën die opkwamen tij-dens het lezen zijn opgeschreven in een document. Door dit expliciet te maken werd ik mij hiervan bewust en kon in de invloed hiervan ‘beteugelen’, zodat ik een open houding kon aannemen.

Stap 2: Eerste casus coderen

Aan het transcript zijn codes en memo's toegevoegd. Hierbij is het van belang om heel dicht bij de tekst zelf te blijven en op die manier de tekst te verkennen (Smith et al., 2022). De memo's zijn op drie niveaus te onderscheiden (idem, p. 83). Descriptief: een focus op wat de deelnemer zegt, wat belangrijk is en welke betekenis dit voor de deelnemers heeft. Een ander niveau is meer linguïstisch waarbij onderzocht wordt welke taal de deelnemer gebruikt om diens verhaal te doen. Hierbij wordt er ook aandacht gegeven aan de manier van spreken en het gebruik van metaforen. Het derde niveau is meer conceptueel en vragend van aard en helpt om te begrijpen op welke wijze en waarom de deelnemers betekenis geeft aan zijn erva-ringen. Het is daarbij belangrijk om niet zelf te beschrijven, te oordelen of beoordelen, maar gefocust te blijven op wat belangrijk is voor de deelnemer. Deze memo's zijn toegevoegd aan de transcripten toegevoegd in het programma ATLAS.ti.

Stap 3: Opkomende thema's beschrijven

De codes met bijbehorende citaten zijn van ATLAS.ti gedownload in een bestand van Micro-soft Excel. Vervolgens zijn de codes gecategoriseerd naar thema's. Bij het thematiseren is de onderzoeker teruggegaan naar het oorspronkelijke transcript waardoor er sprake was van een hermeneutische cirkel (Smith et al., 2022, p. 87). Het deel wordt geïnterpreteerd in relatie tot het geheel en het geheel wordt geïnterpreteerd in relatie tot het deel (idem).

Stap 4: Zoeken naar verbindingen en relaties tussen de thema's

De thema's zijn verzameld in een document van Microsoft Wordt en hierbij is gekeken naar verbanden tussen de thema's en naar bovenliggende thema's. De structuur is vervolgens weergegeven in een overzicht.

Stap 5: De stappen een tot en met vier worden in de volgende interviews herhaald

Stap 6: Zoeken naar patronen tussen de casussen en terugkerende thema's identificeren.

In deze stap is er aandacht geweest voor overeenkomsten en voor verschillen in de geleefde ervaring. In dit proces is ook regelmatig het originele transcript geraadpleegd om zo dicht mogelijk bij de ervaring van de deelnemers te blijven. De overkoepelende thema's zijn verwerkt in een codeboom.

Het doorlopen van deze stappen is geen lineair proces, maar een dynamisch bewegen tussen het geheel, de delen en het geheel (Smith et al., 2022). Door het onderzoek uit te voeren binnen een relatief kleine onderzoekspopulatie met een redelijk homogeniteit is het mogelijk om ook naar enige mate van overeenkomst en verschillen te kijken tussen de deelnemers (Smith, et al., 2022, p. 3).

### 3.6 Ethische overwegingen

De opzet van het huidige onderzoek is in januari 2023 goedgekeurd door de begeleider (Professor Dr. Inge van Nistelrooij) en de tweede lezer (Professor Dr. Alice Schippers). Via hen is ook toestemming verleend van de Ethische Toetsingscommissie van de Universiteit voor Humanistiek. In de werving van participanten is sprake geweest van *self-disclosure* waarbij ik in de informatiebrief heb gedeeld en toelichting heb gegeven op mijn persoonlijke achtergrond in het publieke debat over abortus (zie bijlage 3).

Het spreken over een ongewenste zwangerschap en zwangerschapsbeslissingen is een gevoelig onderwerp en vraagt om openheid van vrouwen om hierover te spreken. Het is daarom belangrijk dat vrouwen zich vrij voelen in uitingen over hun ervaringen en de informatie vertrouwelijk blijft. Deelnemers worden geïnformeerd over het onderzoek door middel van een informatiebrief (zie bijlage 3). Voorafgaand aan het interview zijn de vrouwen mondeling geïnformeerd over het doel en het verloop van het onderzoek en het waarborgen van privacy door het pseudonimiseren van de onderzoeksdata. Daarnaast wordt benadrukt dat deelname vrijwillig is en de deelnemer zich elk moment zonder redenen kan terugtrekken uit het onderzoek. Als laatste wordt gevraagd of de deelnemers hun data ook willen delen voor andere onderzoekdoeleinden. Vervolgens zullen de deelnemers een *informed consent* (zie bijlage 2) ondertekenen en daarmee toestemming geven voor deelname aan dit onderzoek. De interviews vinden plaats in een voor de deelnemer comfortabele plek. Iedere deelnemer heeft de vraag gekregen of zij het gesprek fysiek of online wilde voeren. Drie vrouwen hebben gekozen voor een fysiek gesprek en drie vrouwen kozen voor een gesprek online. Tijdens het afnemen van een interview is het moeilijker om te bepalen wat de invloed is van het gesprek op het welzijn van de vrouw (Smith et al., 2022 p. 127). Daarom is vooraf besproken dat de deelnemer op elk moment mag aangeven als ze even wil stoppen. Dit kan aangegeven worden door middel van woorden of een gebaar. Wanneer de onderzoeker vermoedt dat het gesprek te veel emoties oproept, zal zij dit controleren bij de deelnemer.

Met de deelnemers is afgesproken dat zij zowel tijdens als na het onderzoek contact op mogen nemen met de onderzoeker. Het praten over zwangerschapsbeslissingen kan verdriet, somberheid en andere emoties oproepen en daarom zijn de deelnemers gewezen op

het aanbod voor een nazorggesprek met de begeleider van het huidige onderzoek en het hulpaanbod van Fiom.

### 3.7 Kwaliteitscriteria

Om kwaliteit van het onderzoek is verhogen is het onderzoek getoetst aan de kwaliteitscriteria van geloofwaardigheid, overdraagbaarheid en betrouwbaarheid.

Geloofwaardigheid gaat over de mate waarin de interpretatie van de onderzoeker overeenkomt met het perspectief van de participant (Creswell & Poth, 2018). Om geloofwaardigheid te verhogen zal er gebruik gemaakt worden van *thick descriptions*, zullen de deelnemers betrokken worden met behulp van een *member check* en is er sprake van triangulatie van de data (gebruik van meerdere onderzoeksmethoden). Daarnaast zal er met behulp van *peer debriefing* worden gezocht naar de manier waarop de interpretaties te veel gekleurd worden door eigen positie en zijn deze interpretaties waar nodig bijgesteld (idem).

Om de betrouwbaarheid te vergroten zal ik gedurende het onderzoeksproces kritisch evalueren op mijn eigen invloed met behulp van memo's en een reflexief logboek om eigen invloed op de analyse te verminderen (Finlay, 2008). Om open te staan voor de leefwereld van de deelnemer zal ik met behulp van *bridling* mijn eigen vooronderstellingen, waarden en opvattingen gedurende het analyseren 'beteugelen' (Dahlberg et al., 2008). Het nauwkeurig beschrijven en volgen van de methodologische stappen draagt ook bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Hierdoor is het onderzoek navolgbaar en herhaalbaar (Van Wijngaarden et al., 2017).

Voor het verhogen van de overdraagbaarheid is er gebruik gemaakt van *thick descriptions* waardoor de lezer kan bepalen of de informatie ook naar andere settingen kan worden overdragen (Creswell & Poth, 2018, p. 263). Hierbij dient opgemerkt te worden dat deze thesis niet als doel heeft om de resultaten te generaliseren naar andere contexten. In de beschrijvingen mag de complexiteit en ambiguïteit van de individuele ervaring bestaan en hoeft dit niet gereduceerd te worden tot algemene uitspraken.

## 4. Bevindingen

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de deelvraag: *Wat is de geleefde ervaring van vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een besluitvormingsproces doormaken met betrekking tot het uitdragen of afbreken van de zwangerschap?* Om een antwoord te kunnen formuleren op deze deelvraag zullen in de eerste plaats karakteristieken van de geïnterviewde vrouwen worden beschreven. Een van de eerste bevindingen hangt samen met het gebruik van de terminologie ‘ongewenst’ en heeft een rol gespeeld in de verzameling van de andere bevindingen. Daarom zal dit als eerste worden toegelicht.

Daaropvolgend worden de belangrijkste thema’s in de geleefde ervaring van de geïnterviewde vrouwen beschreven en uitgewerkt met behulp van citaten van de vrouwen in het onderzoek. Een codeboom is opgenomen in bijlage 7. Ten slotte volgt een conclusie waarin de deelvraag beantwoord zal worden.

Tabel 1: karakteristieken van de participanten

	Part1 (p1) Eva <sup>4</sup>	Part2 (p2) Thessa	Part3 (p3) Roos	Part4 (p4) Anne	Part5 (p5) Fleur	Part6 (p6) Karlijn
Huidige leeftijd	31	34	30	29	31	56
Besluit omtrent zwangerschap	Afgebroken	Afgebroken	Voldragen	Voldragen	Afgebroken	Afgebroken
Totaal voldragen zwangerschappen	0	2	3	2	1	0
Hoeveel jaar is de ongewenste zwangerschap geleden	8 en 12 <sup>5</sup>	12	10	12	8	20

### Ongewenst: de juiste term?

Gedurende het uitvoeren van het onderzoek heb ik met verschillende mensen gesproken. Een daarvan was Wieke Beumer (promovendus bij het Amsterdam UMC). Ik sprak haar eind februari via Microsoft Teams. Wieke vertelde mij over haar onderzoek naar onbedoelde zwangerschappen. Ze is onderzoeker bij de BluePrint studie. Ik vroeg haar onder andere waarom zij de term ‘onbedoeld’ gebruikt in haar onderzoek. In het gesprek hebben we het erover gehad dat ‘ongewenst’ niet objectief vast te stellen is en dat dit verschilt per persoon. Een simpele vraag of de zwangerschap onbedoeld (ongewenst of ongepland) was, wordt in onderzoeken vaak bekritiseerd (Karp et al., 2023), omdat het een complexe en ingewikkelde situatie te simplistisch maakt. Uit onderzoeken blijkt bijvoorbeeld dat vrouwen hun intenties aanpassen aan sociale en economische omstandigheden (idem). Ik scheef hierover het volgende in mijn reflexief dagboek.

<sup>4</sup> De namen zijn pseudoniemen

<sup>5</sup> Eva heeft twee keer een ongewenste zwangerschap gehad en deze twee keer afgebroken.

**Reflexief dagboek:**

Het gesprek met Wieke heeft mij aan het denken gezet. Ik heb vrij snel de term ongewenst gekozen, maar hoe passend is deze term eigenlijk, welke lading zit er in dit woord en kan ik hiermee vrouwen niet onbedoeld kwetsen? En is de zwangerschap voor elke vrouw wel ongewenst? Is het de term die zij er zelf voor gebruikt?

Ik besluit voorafgaand aan elk interview deze vraag te stellen. Het maakt mij pijnlijk bewust van mijn gebrek aan eigen geleefde ervaring en de kwetsbaarheid rondom dit onderwerp. Zorgvuldigheid is vereist.

Naar aanleiding van het gesprek met Wieke en de inzichten die het mij gegeven heeft, besluit ik om bij de start van het gesprek te vragen wat de vrouw vindt van de term 'ongewenst'. vervolgens heb ik gevraagd of de vrouw een voorkeur heeft voor een term bijvoorbeeld: onbedoeld, ongewenst, ongepland of onverwacht. Hierbij stond ik ook open voor een andere term als de vrouw aangaf dat prettig te vinden.

Op de vraag welke terminologie de vrouw wil gebruiken gedurende het gesprek werd verschillend gereageerd. Roos geeft aan dat ze ongewenst een heftige term vond en deze term geen recht doet aan de baby en diens menswaardigheid. In haar situatie was het ongepland en niet ongewenst. Roos geeft de voorkeur aan het gebruik van de term ongepland:

*Ja ik vind dat best wel heftig, want dat geeft de indruk inderdaad of je kan bepalen of een kind dan [...] het doet niet recht aan de baby en zijn menswaardigheid. Als je snapt wat ik bedoel. Het doet daar gewoon geen recht aan. Bij mij was het inderdaad ongepland, maar niet ongewenst. Het hoort niet ongewenst te zijn. En aan de andere kant denk ik ja weet je als je bewust gekozen hebt voor seks weet je dat daar een kind uit kan komen. Dus ja. Het mag dan niet verwacht. Ik zou dan eerder zeggen dat het onverwachts.*

De andere vrouwen die deelnemen aan het onderzoek hadden geen moeite met het gebruik van de term ongewenst gedurende het interview. In het gesprek benoemen sommigen wel dat ze zelf een andere term hebben gebruikt om hun zwangerschap te omschrijven zoals ongepland (Anne) of onbedoeld (Thessa). Thessa en Fleur geven aan dat ze van mening waren dat ongewenst hard klinkt en een hele negatieve framing heeft:

*Ik heb daar eerlijk gezegd nooit zo over nagedacht. Heel sec gezien was het niet gewenst anders was de zwangerschap gebleven dus in die zin was het ongewenst. Alleen het is wel een heel negatieve framing ergens. Ik weet dat ik er zelf. Ik heb het er niet met heel veel mensen over, maar de mensen met wie ik het er ooit over heb gehad. Het was een onbedoelde zwangerschap. Ik vind dat een minder heftige term terwijl het natuurlijk op exact hetzelfde uitkomt \*lacht\*. – Thessa*

Voor Eva dekte de term ongewenst niet de lading:

Voor mij was het meer iets dat gebeurde en waar ik meer actief voor koos om het niet te doen. Ongewenst klinkt voor mij misschien iets meer alsof er vooraf een keuze was. Tenminste er gebeuren allemaal dingen met je in het leven die ongepland en ongewenst zijn. Dus voor mij dekt het niet helemaal de lading.

In de interviews is ervoor gekozen om de term aan te houden die de vrouw prettig vond. Wanneer er geen voorkeur was, werd er expliciet toestemming gevraagd aan de vrouw voor het gebruik van de term 'ongewenst'.

In mijn werksituatie maakte ik ook een situatie mee, zoals blijkt uit mijn reflexief dagboek, die mij bewust maakte hoe gevoelig de term kan zijn.

**Reflexief dagboek:**

Een moeder (die ik ontmoet tijdens mijn werk) vertelt mij dat ze heel boos werd wanneer andere mensen naar haar dochter wezen en vroegen: ze was zeker ongewenst? Hoe bedoel je ongewenst?

Dit verhaal bevestigt mijn eerdere bevinding dat de term gevoelig kan zijn en je dus voorzichtig moet zijn met gebruik van dit woord.

Kortom het gesprek met Wieke, de gesprekken met de vrouwen hierover en mijn ervaring op mijn werk hebben mij ervan bewust gemaakt dat het onderwerp complex is en per situatie en per persoon verschilt. Er is niet één term die de situatie dekt voor iedereen. In het huidige onderzoek is ervoor gekozen om de term ongewenst te blijven gebruiken, omdat er niet één andere term is die voor alle deelnemers de lading van de gebeurtenis dekt. Er is aan het begin van de thesis een voetnoot toegevoegd dat de onderzoeker zich bewust is van de gevoeligheden rondom de term 'ongewenst' en het ingewikkeld is om een complexe ervaring te vangen in één term. Er is gekozen om toch de term ongewenst te gebruiken, maar voor sommige vrouwen zal ongepland, onbedoeld of onverwacht meer recht doen aan de ervaring.

**Thema 1: Een bewuste keuze**

Allereerst valt het in de gesprekken op dat iedere deelnemer een bewuste keuze heeft gemaakt over het voldragen of afbreken van haar zwangerschap en gedurende het gesprek beargumenteert waarom zij deze keuze heeft gemaakt. Hoewel geen enkele deelnemer op basis van één factor een keuze heeft gemaakt en dit altijd een combinatie van factoren is, komt in de gesprekken ter sprake dat bepaalde overwegingen meer van invloed zijn op de gemaakte keuze. Deze overwegingen worden in thema 1 beschreven.

*Stilstaan: even voor jezelf houden*

Iedere deelnemer (vrouw) ontdekte de zwangerschap vanwege lichamelijke veranderingen zoals: pijnlijke borsten, het uitblijven van een menstruatie of door een bepaald gevoel dat er iets niet klopt. Dit zijn de lichamelijke kenmerken die de deelnemers benoemde gedurende het interview. Het onderzoek heeft een klein aantal deelnemers en deze ervaring hoeft dus niet voor een grotere populatie te gelden.

Anne geeft aan dat ze op het moment van het ontdekken van de zwangerschap een gevoel van stilstand ervaarde en niet wist wat ze moest doen. Zij wilde de zwangerschap graag even voor zichzelf en haar vriend houden, zodat ze eerst samen konden bedenken wat ze met de zwangerschap wilde. Thessa geeft aan dat ze de zwangerschapstest alleen deed en het resultaat even voor zichzelf heeft gehouden. Ze wist dat haar vriend niet wilde dat zij de



zwangerschap zou voldragen. Ze wilde niet door zijn opvatting beïnvloed worden en nam daarom de ruimte om haar eigen keuze te maken.

#### *Een duidelijke keuze*

Voor vier vrouwen is het vrijwel direct duidelijk welke keuze zij willen maken namelijk het afbreken van de zwangerschap. Karlijn omschrijft haar keuze als een zakelijke keuze die niet gebaseerd was op emoties. Ze had destijds en nog steeds geen kinderwens en bij het vaststellen van de zwangerschap wist ze direct dat ze de zwangerschap zou afbreken:

*Het was gewoon heel zakelijk van oohja dat wist ik en oké dan wil ik de zwangerschap afbreken. – Karlijn*

Fleur vertelt dat het voor haar ook direct duidelijk was. De zwangerschap paste niet in haar levensfase en die van haar partner. Ze studeerde op dat moment nog en er was geen plek voor een babykamer in het huis waar zij woonde. Ze kon op dat moment geen toekomst bieden aan het kind. Fleur is van mening dat je geen kind op de wereld kan zetten als je daar niet voor kan zorgen. Haar wens is om een kindje het beste te kunnen bieden en alles wat een kind nodig heeft. Op het moment van haar zwangerschap kon zij dat niet.

Thessa vertelt dat ze direct voelde dat ze geen kind wilde in deze relatie en bij iemand die dat niet zag zitten. Daarnaast vertelt ze dat ze eigenlijk ook niet zat te wachten op dit kindje. In het gesprek met Eva valt het op dat zij bij de afbreking van haar tweede ongewenste zwangerschap een andere ervaring had dan bij haar eerste zwangerschapsafbreking. Bij haar tweede zwangerschap was zij nog aan het studeren en was ze zwanger van iemand die weinig voor haar betekende:

*En toen was het gewoon vanaf moment één duidelijk. Ooh nee dit wil ik niet en dit ga ik niet doen - Eva*

Uit deze vier ervaring komt naar voren dat vier deelnemers vrijwel direct wisten welke keuze zij zouden gaan maken namelijk het afbreken van de zwangerschap. In de volgende paragraaf zal er ingegaan worden op de emoties die deelnemers hebben ervaren bij het maken van de keuze.

#### *Voldragen: dit is mijn kind*

Anne vertelt dat ze pas bij twaalf weken ontdekte dat ze zwanger was en de zwangerschap alleen nog kon afbreken als bleek dat er afwijkingen zouden worden geconstateerd. Bij de echo werden er geen afwijkingen gezien en daarom moest zij de zwangerschap voldragen.<sup>6</sup> Anne moest kiezen tussen zelf voor haar baby zorgen of haar baby ter adoptie afstaan. Na het voldragen was het voor haar geen optie meer om haar baby af te staan ter adoptie:

*Maar dan heb je dat andere deel heb je dan helemaal uitgezeten en alles gevoeld en alles meegekregen en dan zeg je aan het einde: oké ik geef het weg. Ik sta het af ter adoptie en dan, dan heb je alles gedaan en doe je het toch niet. Dat zat bij mij krom, dat kon bij mij in mijn hoofd niet. Het is dan gewoon mijn kind. - Anne*

---

<sup>6</sup> In het interview gaf Anne deze onderbouwing bij haar keuze. Bij het nader onderzoeken hiervan, lijkt deze redentatie niet te kloppen. Sinds 1984 kunnen zwangerschappen tot 24 weken afgebroken worden door middel van een abortus. In het tweede trimester (12-24 weken) kan de zwangerschap ook vanwege niet-medische redenen afgebroken worden. Mogelijk speelt hierbij een persoonlijke reden namelijk het niet willen aborteren na twaalf weken een rol.

Het zien van de foetus door middel van een echo en dit zien als een baby was voor Roos een reden om haar zwangerschap te voldragen:

*En zij deed de echo bij mij en toen bleek ik al tien weken [zwanger, red.] te zijn en je zag echt al een lichaampje en alles, armpjes die zo uitstaken en ja dat heeft er eigenlijk alleen maar voor gezorgd dat ik dacht dit gaat niet weg. Dit is een kleine baby die in mij groeit en zo dacht mijn vriend er ook over. Nu gaat het al helemaal niet weg nu hij het had gezien. – Roos*

In de gesprekken met Anne en Roos die beiden kozen om de zwangerschap te voldragen en voor hun eigen kind te zorgen, kwam naar voren dat het gevoel van 'dit is mijn kind' of 'dit is een kleine baby' van invloed was op hun keuze.

## **Thema 2: Een gelaagd proces**

### *Een wirwar van emoties*

In de gesprekken komt naar voren dat er niet één emotie was die overheerste gedurende het besluitvormingsproces van de deelnemers, maar dit vaak een wirwar van emoties waren. Zowel positieve als negatieve emoties worden beschreven. De deelnemende vrouwen ervaren vaak wisselende en tegenstrijdige emoties gedurende het keuzeprocess en daarna.

Emoties die de vrouwen benoemen zijn boosheid (Eva, Anne), schaamte (Eva), verdriet (Eva, Thessa, Roos, Anne), angst (Thessa, Roos). Verschillende vrouwen geven aan het gevoel te hebben iets fout te doen of hebben een oordeel over zichzelf (Eva, Thessa, Anne). Daarnaast ervaren zij ook meer positieve gevoelens zoals: trots (Eva), blijdschap (Roos, Anne) en een gevoel van bevrijding en zelfvertrouwen (Eva, Thessa).

*Andere kant was het een beetje angstig, want ik weet niet wat er gaat gebeuren nu. Kan ik het wel het moederschap. Ik ben nog jong. – Roos*

*Nou de eerste keer heel veel twijfel en verdriet. En de tweede keer meer [zoekt naar woorden] een soort van trots en zelfverzekerdheid. Het was voor mij in die zin, de tweede keer, een bevrijding ervaring dat ik mij niet meer schaamde. - Eva*

### *Een gevoel van haast*

Niet iedere deelnemende vrouw geeft aan emoties te ervaren. Fleur vertelt geen emoties ervaren tijdens het besluitvormingsproces. Karlijn geeft aan dat ze haar emoties gedurende het keuzeprocess direct uitschakelde. Beide vrouwen benoemen dat ze een gevoel hadden van haast en er zo snel mogelijk vanaf wilde zijn.

*Wel gewoon het achter de rug willen hebben dus er zit wel een bepaalde haast bij, omdat je toch wel voelt van: God hoe eerder ik dit doe hoe minder ik bezig ben met het beëindigen van het leven van een mensje. - Karlijn*

### *Een gevoel van twijfel*

Ook na de gemaakte keuze geven drie deelnemers aan dat ze een bepaald gevoel van twijfel blijven ervaren rondom hun gemaakte keuze. Deze twijfel gaat onder andere over de invloed van bijvoorbeeld lichamelijke klachten op het keuzeprocess, de invloed van de omgeving op de gemaakte keuze en een besef van wat er had kunnen zijn:

*Ik vond het moeilijk om mij fysiek meteen ongemakkelijk te voelen [misselijk en spugen, red]. En in hoeverre beïnvloedt dat dan ook of ik ruimte had om die zwangerschap te houden zeg maar. (...) Ik had liever gehad dat ik geen klachten had. Dat ik zeker weet dat de fysieke ongemakken en kwalen geen enkele rol zouden spelen in de keuze die ik heb gemaakt. Dat het niet een extra pushfactor zou zijn. Ik denk nog steeds dat dat het niet geweest is, maar ja weet ik niet... Misschien als ik mij kiplekker had gevoeld. Maar daar heb ik het antwoord niet op. Ik denk dat het niet een rol gespeeld had. Maar ik had liever gehad dat ik mij echt oké voelde en dat daar dus geen enkele twijfel zat. - Thessa*

Fleur vertelt dat ze achteraf gevoelens had van jaloezie en een gevoel 'dat had ik ook kunnen hebben' als ze het kind van haar zusje zag. Hierdoor ging ze soms twijfelen aan de keuze die ze had gemaakt. Ze omschrijft dit als iets wat af en toe aan haar knaagt.

#### *Geen spijt*

Het besluitvormingsproces was voor alle deelnemers minimaal acht jaar of langer geleden. Ondanks de twijfel die drie deelnemers af en toe hebben ervaren gedurende het proces en in de periode daarna, heeft geen van de deelnemers spijt van de gemaakte keuze.

*Het is niet dat ik spijt heb van dat ik nu geen twaalfjarig kind heb, want dat kan ik mij echt op geen enkele manier voorstellen. Dus het is niet echt dat ik een soort van rouw heb om het verlies van een mogelijk kind. Het is meer dat ik het moeilijk vind soms dat ik misschien zelf niet het lef heb gehad om te doen wat ik dacht dat ik moest doen. En dat ik mij meer afvraag: wat dat betekent? En of ik dat in de toekomst wel heb. – Eva*

*Ik heb er vrede mee. Het is niet dat je spijt hebt. Dat niet. Af en toe wel gehad, maar nu niet meer. – Fleur*

#### *Een proces van acceptatie*

Het besluitvormingsproces was voor alle deelnemers minimaal acht jaar of langer geleden. De meerderheid van de deelnemers gaf aan dat zij het eenvoudiger vonden om erover te spreken, omdat het al langer geleden was.

*Ja, het is wel weer even terug naar toen. Het wordt wel makkelijker als je erover nadenkt en het bespreekbaar maakt. – Anne*

Uit de gesprekken komt ook naar voren dat drie vrouwen in de loop van de tijd anders naar hun eigen keuze zijn gaan kijken (Eva, Thessa en Fleur). Ze zijn blij zijn met hoe het leven (na de keuze) is verlopen en hebben achteraf gezien dat het een goede keuze was in de situatie toen:

*En je merkt nu al met werken dat je al geen tijd hebt en heel de dag van huis bent en dat je dat al jammer vindt. Moet je nagaan dat je school hebt, moet werken, geen huis hebt om in te wonen en geen vast inkomen. Interviewer: Dus eigenlijk hoe je het moederschap nu ervaart, bevestigt je keuze? Deelnemer: Ja dat bevestigt dat wel ja. – Fleur*

In het proces van acceptatie kan er wel een gevoel van wrijving blijven bestaan tussen de eigen keuze en in de situatie van Thessa de waarde zij hecht aan zwangerschap:

*Het is niet dat ik geen waarde hecht aan zwangerschap. Ik werk notabene met zwangerschap... Dat is soms heel moeilijk met elkaar te rijmen. Het was niet onmogelijk. Ik heb een keuze gemaakt die op dat moment voor mij echt juist was en waarvan ik nog steeds denk: binnen die setting de juiste keuze was. Maar als het mogelijk was geweest: welke waarde hecht ik dan aan een jonge zwangerschap en kom ik er dan niet heel cool en zakelijk. Er zit een stukje: het is niet helemaal met elkaar te rijmen – P2*

In thema twee komt naar voren dat sommige deelnemers een wirwar aan emoties hebben ervaren en twee deelnemers een gevoel van haast hebben ervaren. De helft van de deelnemers heeft een gevoel van twijfel gehad bij het maken van de keuze, maar geen van de vrouwen geeft achteraf aan spijt te hebben van de gemaakte keuze. In de gesprekken komt wel naar voren dat het soms een proces was van acceptatie.

### **Thema 3: Toegeven aan de opvatting van de omgeving**

Twee deelnemers (Eva en Roos) geven aan dat de opvattingen van de omgeving van invloed zijn op het besluitvormingsproces. Beiden hebben ervaren ze dat hun omgeving hun eigen keuze niet ondersteunde of niet als de juiste keuze zag. Roos ervaart het als heftig dat haar eigen familie haar niet steunde in de keuze om de ongeplande zwangerschap te voldragen. Door het verschil in visie ontstond er een strijd tussen de opvatting van haar moeder en haar familie en de opvatting van haarzelf, haar vriend en zijn familie. Door deze strijd twijfelde ze aan haar eigen keuze om de zwangerschap te voldragen en ervaarde zij een grote druk om te kiezen voor het afbreken van de zwangerschap. Door het aanbod van hulp en de ondersteuning van de familie van haar man was Roos in staat om te kiezen voor het voldragen van de zwangerschap.

*Ik had eigenlijk liever gehad dat er werd gekeken naar oké ja wat kunnen we doen om te zorgen dat je geen abortus hoeft te ondergaan. Waarin kunnen wij je ondersteunen of helpen wat mijn schoonfamilie dus wel deed. [...] Maar de familie van mijn vriend waren heel erg tegen abortus. [...] Die hadden zoiets van we gaan je wel helpen ook. We gaan oppassen als je naar school moet en wat dan ook. Dus we gaan wel kijken waar we je in kunnen helpen, zodat jij die keuze niet hoeft te maken [om de zwangerschap af te breken]. - Roos*

Eva vertelt dat de eerste neiging bij haar eerste zwangerschap was om deze te voldragen (in eigen woorden: bevestigen), maar zij uiteindelijk niet opgewassen was tegen de opvatting van anderen en geldende normen in haar omgeving:

*Met abortus komt veel stigma mee, maar met jong en ongewenst zwanger zijn ook. Ik was heel erg niet opgevoed om op mijn achttiende moeder te worden. Dus het paste gewoon op geen enkele manier. Ik kende niemand die kinderen had en het paste op geen enkele manier in mijn wereld en mijn sociale omgeving. Ook al was iedereen een soort van supportieve het werd gewoon een beetje. Het werd steeds groter hoe, hoe gek het was of hoe gekke stap het was. - Eva*

Door de invloed van haar sociale omgeving en doordat het in haar eigen hoofd ook een steeds gekker idee werd, veranderde haar eerste neiging om de zwangerschap te voldragen en koos zij ervoor om haar zwangerschap af te breken.

#### **Thema 4: Het lichamelijke proces als vorm van verwerking**

Drie deelnemers (Eva, Thessa en Karlijn) vertellen expliciet over de invloed van de lichamelijke ervaring en hoe dit doorleven hen heeft geholpen bij een deel van de verwerking. Eva vertelt over het verschil tussen haar eerste en tweede abortus. De eerste abortus vond ze moeilijk en daarom koos ze ervoor om dit onder een roesje te laten plaatsvinden waardoor ze de behandeling niet bewust meemaakte. Bij de tweede abortus, een keuze die duidelijker en minder moeilijk was, koos zij voor de abortuspil en ervaaarde/doorleefde zij meer het lichamelijke proces wat ze veel fijner vond:

*Nu moet ik wel zeggen dat het natuurlijk verschilt, omdat de eerste keer met dat roesje was het weg terwijl mijn lichaam dat eigenlijk niet snapte en de tweede keer door het proces van de abortuspil en door de krampen enzo. Dat heeft mij heel erg geholpen om dat ik toen ook lichamelijk ervaaarde dat het er niet meer was. [...] En de eerste keer was het gewoon heel... Ik kon het bijna niet begrijpen met mijn lichaam dat het weg was. En de tweede keer was het dus een heel lichamelijke ervaring en dat vond ik dus veel fijner. – Eva*

Thessa vertelt dat ze de behandeling zelf als heftig heeft ervaren vanwege de fysieke klachten zoals de krampen en het bloedverlies. Ze koos er bewust voor om geen pijnstilling te gebruiken, omdat het voor haar heftig moest zijn. Achteraf gezien is ze blij met deze fysieke ervaring. Ze voelt zich bevoorrecht ten opzichte van andere vrouwen dat ze een keuze kon maken. Het proces was soepel verlopen en juist daarom had ze het gevoel dat ze het ook ergens moest doormaken en voelen. In het gesprek benadrukt zij dat dit heel persoonlijk is en past bij haar karakter en ze niet van mening is dat andere vrouwen het ook zo moeten ervaren:

*Misschien zat daar ook een beetje bij: als jij dit zo graag wil dan moet je het ook echt doormaken en dan ga je maar op die pot zitten met krampen en bloed. Je mag ook wel zien wat het is. Daar zat ook wel een klein beetje wat zelfverwijt of wat zelfpijniging achter. [...] Dat vond ik gek genoeg ook goed om door te maken. Om toch echt naar te voelen om krampen te hebben om bloedverlies te hebben. Ik wilde dat ook graag doorlopen. [...] Dus ja daar heeft een heel bewuste keuze achter gezeten en als ik het zo schets zou ik het denk ik weer op precies dezelfde manier doen. Ik ben dus ook heel blij dat ik die fysieke ervaring heb. – Thessa*

Karlijn vertelt over de lichamelijke ervaring en specifiek de invloed van haar hormonen tijdens de zwangerschap en na het afbreken daarvan. Ze ervaaarde dat ze zich daaraan moest overgeven om het een plekje te geven en zij dit vooraf niet zo had ingeschat. Deze vrouwen vertellen, kortom dat het lichamelijke ervaren, doorleven en hieraan overgeven belangrijk zijn om de afbreking van de ongewenste zwangerschap te verwerken.

## Thema 5: Een onzichtbare herinnering verweven met de existentie

Eva die besloot haar zwangerschap af te breken vertelt in het interview over de manier waarop het zwanger-geweest-zijn is verweven met haar bestaan.

*Omdat ik eigenlijk het gevoel heb dat die zwangerschappen misschien gewoon nog ergens in mij zitten ofzo. Als het ware weer naar boven zouden kunnen komen, maar zo werkt het dus niet. \*lacht\**

*Dus in die zin is het een soort van lichamelijke ervaring die nooit helemaal over is gegaan. – Eva*

Uit het gesprek met Thessa blijkt dat de keuze over de ongewenste zwangerschap en datgene wat er had kunnen zijn in de loop van de tijd is verweven met haar bestaan. Door de tijd heen heeft ze vaak nagedacht over de keuze en deze in haar hoofd herhaalt. Daarnaast is zij zich bewust dat de situatie anders was geweest bij een andere keuze. De verwevenheid verwoordt zij op de volgende manier:

*Maar het is er dus wel altijd [...] Ik vind dat niet een verdrietig idee. - Thessa*

### *Verbonden met een andere zwangerschap*

De meerderheid van de deelnemers benoemen dat de eerste ongewenste zwangerschap verbonden was met andere zwangerschappen die zij later hebben gehad. Dit kwam zowel terug bij deelnemers die de zwangerschap hadden afgebroken en bij de deelnemers die de zwangerschap hadden voldragen. In het gesprek met Thessa komt naar voren dat de fysieke ervaring die zij had tijdens het afbreken van haar eerste zwangerschap verbonden is met haar ervaringen in zwangerschappen daarna. Fleur gaf aan dat zij een verschil ervaarde tussen haar gewenste en ongewenste zwangerschap. Roos, die besloot haar zwangerschap te voldragen, vertelde hoe ze bij de zwangerschap van haar derde kindje terug moest denken aan haar eerste zwangerschap. De derde zwangerschap vertoonde namelijk overeenkomsten met haar eerste zwangerschap. Ze ervaarde dezelfde emoties en omschrijft dit zelf als 'chaos'. Bij de eerste zwangerschap was het uiteindelijk goed gekomen en dat gaf haar vertrouwen dat het bij de derde zwangerschap ook wel goed zou komen.

De herinnering is onzichtbaar, omdat het vooral plaatsvindt in het hoofd en lichaam van de deelnemers. Onzichtbaar voor de ander en vaak ook onbesproken. De deelnemers dragen de ervaring mee in hun bestaan.

## Deelconclusie

*Wat is de geleefde ervaring van vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een besluitvormingsproces doormaken met betrekking tot het uitdragen of afbreken van de zwangerschap?*

Om deze vraag te beantwoorden zullen bovenstaande thema's kort worden samengevat. In de gesprekken komt naar voren dat vrouwen de keuze bewust hebben gemaakt. De keuze om de zwangerschap af te breken was voor hen een duidelijke keuze. Vier vrouwen ervaarden gedurende het besluitvormingsproces verschillende emoties die ook met elkaar in strijd konden zijn. Uit de analyse komt naar voren dat de helft van de deelnemende vrouwen ook gevoelens van twijfel hebben ervaren. Door de tijd heen hebben de vrouwen hun keuzes geaccepteerd en hebben zij geen spijt van hun keuze. Twee deelnemers ervaarden een druk vanuit hun omgeving om andere keuze te maken dat zij eigenlijk zelf wilde. Bij de helft van de deelnemers

heeft de lichamelijke ervaring hen geholpen bij een stuk verwerking van de behandeling en de keuze. De ervaringen van de deelnemers blijkt voor de meerderheid verweven te zijn met een volgende zwangerschap of hun bestaan.

## **Bevindingen reflexief logboek**

### *Het eigen denken*

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de deelvraag: wat is mijn geleefde ervaring als onderzoeker, voorheen aangesloten bij de pro-life beweging, tijdens het onderzoek naar de besluitvorming rondom een ongewenste zwangerschap?

Gedurende het onderzoek heb ik als onderzoeker een reflexief logboek bijgehouden. Dit reflexief logboek is bijgehouden van oktober 2022 tot mei 2023. Een reflexief logboek is een manier om je bewust te zijn van je eigen positie door je eigen context, ervaring en vooroordelen bij te houden en op deze manier transparant te zijn over je eigen positie (Creswell & Poth; Finlay, 2008).

De toegevoegde waarde van het analyseren van het reflexief logboek is dat het inzicht geeft in de ervaring en het denken van een onderzoeker, voorheen actief voor pro-life organisaties, tijdens het uitvoeren van zorgethisch onderzoek naar het besluitvormingsproces bij een ongewenste zwangerschap. Deze inzichten kunnen mogelijk een bijdrage leveren aan een respectvol debat over ongewenste zwangerschappen en zwangerschapsafbrekingen.

In de analyse is er gefocust op de ervaring van de onderzoeker gedurende het onderzoek en hoe het denken zich heeft ontwikkeld in deze periode. De 'ik' is de schrijver van deze thesis. Uit de fenomenologische analyse (zoals beschreven in hoofdstuk 3.4) komen de volgende thema's: 1) Een spanningsveld tussen eigen denken en de zorgpraktijk, 2) Een gevoel van spanning bij het open zijn over eigen denken, 3) Openstaan voor het verhaal van de ander en 4) Zorg als antwoord op twijfel.

Bij de thema's zijn persoonlijke quotes opgenomen om de thema's te illustreren en zo dicht mogelijk bij de geleefde ervaring te blijven. Tot slot volgt er een conclusie waarin de deelvraag beantwoord zal worden.

### **Thema 1: Een spanningsveld tussen eigen denken en zorgpraktijk.**

In het reflectief dagboek zijn verschillende stukken opgenomen over mijn ervaring in de zorgpraktijken en hoe deze ervaringen botsen met mijn eerdere denken waarin ik niet wilde dat een vrouw haar zwangerschap afbrak. Deze zorgpraktijken waren een residentiële instelling voor moeders en baby's (seculiere zorg) en een residentiële instelling waar jongeren tussen de dertien en eenentwintig jaar voor een aantal weken verbleven [kinder- en jeugdpsychiatrie]. Waarbij ik voorheen het voldragen van een ongewenste zwangerschap als enige goede uitkomst zag, heb ik inmiddels in de praktijk ook gezien dat dit standpunt leed met zich kan meebrengen voor zowel moeder als kind. Daarnaast ervaar ik als professional dat zorginstellingen dit leed niet altijd kunnen voorkomen zoals blijkt uit mijn ervaringen. In het moeder- en kind huis maakte ik een situatie mee waar een kindje bij haar moeder werd weggehaald en in een pleeggezin werd geplaatst. Het is aangrijpend om dit mee te maken. Het meemaken van dit soort situaties maakt dat ik soms twijfel of uitdragen de meest verstandige keuze was. Ik twijfel of de hulpverlening kan voorzien in de zorg die nodig is in deze situaties.

Op mijn werk in de kinder- en jeugdpsychiatrie maak ik regelmatig situaties mee waarbij er sprake is van verbaal of fysiek geweld.

*Het was weer een heftige week. Rennen op het alarm naar de kindergroep waarbij de broodmessen mij op de oren vlogen. Een kind van nog geen tien jaar die werd vastgehouden door een aantal sociotherapeuten en keihard gilde. Het went niet. Geluiden en beelden die mij diep raken. Je hoort een kind anders te behandelen. Ik weet diep van binnen dat dit kind een andere behoefte heeft dan een harde aanpak. – Oktober 2022*

Ik verbind deze situaties aan mijn onderzoek, omdat de situatie op werk mij doen denken aan mijn onderzoek, omdat ik regelmatig in dossiers lees dat de zwangerschap eigenlijk niet gewenst was. Als resultaat eindigen sommige jongeren in een residentiële instelling.

Inmiddels werk ik een aantal jaar als professional in de zorg (de twee residentiële settings zoals hierboven beschreven). Ik ervaar soms frustratie over het (in mijn beleving) gebrek aan goede zorg. Ik werk soms in drie dagen soms 32 uur en word geconfronteerd met een gebrek aan goed personeel waardoor ik soms het gevoel krijg dat we geen goede zorg kunnen bieden. Ik voel mij daarnaast soms machteloos als ik hoor waar jongeren mee worstelen.

*Eén zin is bij mij blijven gebleven na het gesprek met een jongere: ik had gewild dat mijn moeder had gekozen voor een abortus [in plaats van een adoptie, red]. Waarbij ik vroeger had gedacht: wat goed dat de moeder niet heeft gekozen voor een abortus en wel voor adoptie dacht ik nu wat anders. Ik schrok van mijzelf. Ik dacht namelijk: ik begrijp wel dat jij liever had gewild dat je moeder een andere keuze had gemaakt, want dan was al deze ellende er niet geweest. – Oktober 2022*

De hulpverlening is niet in staat alle problemen en uitdagingen op te lossen voor mensen. Hoe graag we dat als professionals in de zorg ook zouden willen. Gedurende de periode dat ik mij publiekelijk uitsprak binnen de pro-life beweging heb ik vaak gewezen op het aanbod van zorg voor vrouwen die in lastige situaties zwanger werden. Op dat moment was ik nog niet fulltime aan het werk in de zorg en had ik minder ervaring. Met de ervaring die ik nu heb, ervaar ik dat het spreken over zorg vanuit een bepaalde positie eenvoudig is. Het is eenvoudig om mensen te verwijzen naar hulp als je hier zelf niet verantwoordelijk voor bent *privileged irresponsibility*.

Mijn eigen ervaringen leveren een spanningsveld op tussen mijn eigen denken namelijk het niet willen dat een zwangerschap wordt afgebroken en de zorgpraktijk. Het spanningsveld is dat ik zie dat het niet afbreken van de zwangerschap ook veel leed kan brengen.

## **Thema 2: Een gevoel van spanning bij het open zijn over eigen denken**

Gedurende het onderzoek heb ik meermaals ervaren dat ik niet durfde te spreken over het onderwerp van mijn onderzoek in mijn eigen netwerk/gemeenschap uit angst dat men mij zou zien als een verrader van de 'waarheid'. Ik was bang voor een oordeel van anderen over mijn zoektocht en twijfel die ik ervaar in dit proces:

*Ik kreeg kippenvel. Het voelt momenteel alsof ik mijn eigen club aan het verlaten ben of vreemdga. – November 2022*



Gedurende het schrijven van deze thesis en het doen van empirisch onderzoek heb ik weinig gedeeld over mijn gedachten met mijn omgeving. Een keer deel ik wel wat meer over het onderwerp met een van mijn beste vriendinnen.

*We spreken ook over mijn scriptie. Ik merk dat ik het spannend vind om te delen waar ik sta in mijn denkproces, want mijn vriendin is 'streng' gelovig. – November 2022*

In het gesprek met een van mijn beste vriendinnen veraste haar positieve reactie mij. We hebben een goed gesprek gehad over een abortuskliniek. Haar werk bevindt zich namelijk boven de kliniek. Wat mij opviel in dat gesprek is dat we zonder oordeel daar over konden spreken en er ruimte leek te zijn voor de complexiteit van dit onderwerp.

*Ze vertelt mij ook over een ervaring die ze recent had. Vrijwel wekelijks wordt er gedemonstreerd bij de kliniek. Het recht op demonstratie is er, maar of je hier een vrouw mee helpt betwijfel ik. Mijn vriendin vertelt mij hoe er iemand op haar was afgelopen en haar had gefeliciteerd met haar zwangerschap en haar vervolgens een folder had gegeven. Ze was, naar mijn mening terecht, heel boos geworden. Ze had deze vrouw vertelt niet zwanger te zijn en haar het advies gegeven niet op deze manier met vrouwen om te gaan. – November, 2022*

Kortom, gedurende het uitvoeren van dit onderzoek heb ik regelmatig spanning ervaren en durfde ik niet te spreken over het onderwerp van mijn thesis uit angst voor de reactie van de ander. Anderzijds heb ik ook ervaren dat het minder spanningsvol is dan ik soms vooraf denk. Wellicht moet ik er toch vaker over gaan spreken en mij over mijn eigen angst heen zetten.

### **Thema 3: Openstaan voor het verhaal van de ander**

Gedurende mijn onderzoek heb ik geprobeerd mij open te stellen voor het verhaal van de ander. De ander is in deze context diegene over wie ik aanvankelijk een oordeel had bijvoorbeeld een medewerker in een abortuskliniek en een vrouw die haar zwangerschap heeft afgebroken. Ik heb naar het verhaal van de ander geluisterd zonder oordeel en hiervan geleerd. Ik ontdekte dat ik dichter bij de opvatting van mensen sta dan ik vooraf had verwacht:

*Ik vraag Z. [medewerker abortuskliniek, geanonimiseerd] wat haar wens is voor de toekomst en ze spreekt uit dat ze wenst dat iedere vrouw gewenst zwanger is en ieder kind gewenst is. Ik vind het een prachtig antwoord. Het antwoord verrast mij ook, want ik had niet verwacht dat dit haar wens zou zien gezien haar werkplek. Ik ontdek dat we dichter bij elkaar staan dan ik vooraf had verwacht, want eigenlijk is dit ook een wens van mij en iets waar ik graag aan bijdraag. – april 2023*

Door het openstaan voor het perspectief van de ander, ontstaat er begrip voor de keuzes die vrouwen hebben gemaakt. Ik luister naar verhalen, lees krantenartikelen en ik voel dat mijn oordelende houding steeds meer verdwijnt. Ik lees en luister op een andere manier. Doordat ik anders ben gaan denken, is mijn houding ook veranderd ten opzichte van een aantal jaar geleden:

*Elke vrouw die tot nu toe haar verhaal met mij heeft gedeeld, begreep ik. Ik kon mij inleven in haar situatie en waarom zij een bepaalde keuze heeft gemaakt. Dat heeft mij achteraf verbaasd, want twee jaar geleden zou ik er hard en oordelend over gedacht/gesproken hebben. – April, 2023*

Hoewel ik open stond voor het verhaal van de deelnemers, neemt het niet weg dat mijn achtergrond soms invloed had tijdens het gesprek dit merkte ik op tijdens sommige interviews en tijdens mijn bezoek aan de abortuskliniek en. Aan het einde van mijn eerste interview vraag ik aan de deelnemer hoe zij het vond om mij te spreken. Eva geeft aan dat ze het van tevoren lastig vond:

*Nou eigenlijk heel prima. Ik zag er wel een beetje tegenop dat is, omdat ik die taboe rondom [abortus] wel als heel heftig heb ervaren. Als iets dat mijn vrijheid tot denken limiteert. Daarom wilde ik ook meedoen, omdat ik heel erg waardeer dat je eigenlijk vanuit een andere positie nu je onderzoek wil doen en open wil staan. Maar vooral van tevoren vond ik dat wel een beetje heftig. En nu niet, want het was een prettig gesprek. Alleen ik denk dat het moeilijk was/is, omdat... Ik heb het gevoel dat ik mij door heel veel heen geworsteld heb en ik ben zelf heel boos op mensen die dit proces [moeilijk hebben gemaakt]. – Eva*

#### **Reflexief dagboek:**

Het voelde een beetje alsof we ons allebei bewust zijn van het feit dat we vanuit een heel ander perspectief spreken/komen en dat gevoel werd ook bevestigd toen ik vroeg hoe het was om over haar ervaring te spreken. Ze vertelde mij dat ze vooraf gespannen was, maar het haar uiteindelijk is meegevallen. Ik vind het vervelend dat ik het hier niet eerder over heb gehad in het gesprek en ik neem mij voor om bij andere interviews dit eerder te bespreken of te benoemen dat het wellicht spannend is om met mij hierover te spreken en dat ik het echt heel erg waardeer dat iemand met mij in gesprek wil gaan.

Uit de fragmenten komt naar voren dat we ons beide bewust waren van onze positie en achtergrond. Bij de analyse is het mij opgevallen dat alle deelnemers onderbouwen waarom zij een bepaalde keuze<sup>7</sup> hebben gemaakt. Enerzijds kreeg ik de indruk dat vrouwen het idee hadden dat zij zichzelf moest verantwoorden over hun gemaakte keuze en dat verwoordt Thessa ook:

*Daar zit dan ook waarvan ik merk dat ik mij heel erg wil verdedigen.*

Ik schreef hierover een memo tijdens het analyseren van het bovenstaande citaat.

#### **Memo:**

Dit voelde ik soms wel in het gesprek. Alsof er een goede reden moet zijn en argumenten om de keuze te onderbouwen. Terwijl ik daar juist expliciet niet naar heb gevraagd, maar alleen vragen heb gesteld over de ervaring.

---

<sup>7</sup> Afbreken of voldragen van een ongewenste zwangerschap

Als onderzoeker ben ik mij bewust geweest van mijn eigen achtergrond en de invloed daarvan en heb ik mij gefocust op de geleefde ervaring door gericht te vragen naar de geleefde ervaring. Daarom stelde ik vragen zoals: wat voelde je? (voor voorbeelden van vragen zie bijlage 4). Gedurende de gesprekken en het analyseren merkte ik soms wel dat mijn eigen aannames en of opvattingen die ik ooit had gehoord over vrouwen die hun zwangerschap afbreken aanwezig zijn in mijn denken. Ik heb geprobeerd deze zoveel mogelijk tegen te gaan door ze op te schrijven en op die manier de invloed tegen te gaan:

**Memo:**

Het verrast mij toch wel dat het [de gemaakte keuze] nog zo vaak door haar heen gaat. Het idee dat een vrouwen lichtzinnig een keuze maken en daarna weer vrolijk verder leven, klopt in ieder geval in haar situatie niet.

Door open te staan voor het verhaal van de ander ontdek ik dat er tussen de voor- en tegenstanders van abortus een heel goed gesprek mogelijk is. In mijn reflecties is meermaals terug te lezen dat ik de vriendelijkheid van het personeel in de abortuskliniek heb gewaardeerd. Zij hebben zich kwetsbaar opgesteld door mij uit te nodigen voor een gesprek en hierdoor kon ik ook kwetsbaar zijn. Het is een van de beste gesprekken geweest die ooit heb gehad over de zorg voor vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een besluitvormingsproces doormaken:

*Het personeel in de abortuskliniek is op de hoogte van mijn achtergrond en zijn nog steeds heel erg vriendelijk. Eigenlijk had ik dat niet verwacht. [...] Ze reageren voornamelijk met 'respect' dat je hier bent. – April, 2023*

Gedurende gesprekken ben ik ook geconfronteerd met eigen aannames en vooroordelen over bijvoorbeeld de zorg in de kliniek. Een van de vooroordelen die ik had, was de gedachte dat men vooral gefocust was op het afbreken van een zwangerschap. Uit mijn gesprek in de kliniek blijkt dat in het proces heel zorgvuldig wordt gehandeld. Elke vrouw wordt alleen gesproken om op die manier te controleren of het echt haar keuze is. Daarnaast worden de opties besproken en krijgt iedere vrouw de ruimte en tijd om haar eigen keuze te maken. Elke keuze is goed:

*Z. vertelt vervolgens dat ze in de abortuskliniek regelmatig geboortekaartjes ontvangen en iedereen dan super blij zijn. Dit is echt het allerlaatste wat ik had verwacht. Het raakt mij op een bepaalde manier dat juist ook deze keuzes zo gewaardeerd worden binnen de kliniek en men écht staat voor de vrije keuze en niet het forceren van een bepaalde keuze. April, 2023*

#### **Thema 4: Zorg als antwoord op twijfel**

Een gevoel dat bij mij de afgelopen maanden vooral heeft overheerst, is een gevoel van twijfel over mijn eigen denken. In mijn hoofd speelt zich een strijd af. Ik omschrijf het ook wel als een 'error'. Enerzijds ben ik blij als ik hoor dat iemand een ongewenste zwangerschap heeft voldragen, omdat dit past bij mijn eerdere gedachtengoed. Tegelijkertijd heb ik geleerd zonder oordeel te luisteren naar vrouwen die mij

vertelden over een andere keuze namelijk het afbreken van een zwangerschap. Gedurende dit onderzoek heb ik mijzelf ook bevraagd of voldragen van een zwangerschap altijd de allerbeste keuze is voor moeder en kind:

*Ik twijfel soms, maar het verscheurt mij ook dat ik hierover twijfel. Het mini meisje wat ik vasthield was namelijk zo gewenst, zo welkom en zo'n prachtig wezen. Tegelijk in omstandigheden geboren die heel complex, ingewikkeld en zelfs schadelijk zijn. Ik weet niet meer wat ik moet denken. Ik krijg er hoofdpijn van. – Februari, 2023*

De twijfels zijn voor mij persoonlijk het meest geconcentreerd rondom de vraag hoe we het begin (de vrucht/ het embryo) definiëren. Gedurende mijn gesprekken is het mij opvallen dat de vrouwen zelf hier ook wisselend over spreken. Ze gebruiken diverse termen zoals pak melk over de datum, vruchtje, embryo, foetus, baby of kind. Vanuit mijn religieuze overtuiging vind ik het moeilijk om het embryo anders te zien dan een *potentieel* menselijk leven.

Een kwetsbaar klein leven in mijn nabije omgeving heeft bij mij altijd zorg opgeroepen. Ik ben dol op baby's. Wellicht omdat ik nog nooit meer dan één gebroken nacht heb gehad en niet de volle verantwoordelijkheid heb gedragen voor de zorg van een kind. Tegelijkertijd heeft iedere vrouw die mij vertelde over een situatie waarin de zwangerschap niet gewenst was ook empathie bij mij opgeroepen en begreep ik haar keuze:

*Met al deze flarden, gedachten en verhalen van vrouwen in mijn hoofd wil ik mij in de toekomst vooral richten op mijn inzet voor de groep vrouwen die een extra handje kunnen gebruiken in de zorg voor hun kindje. Een beetje meemoederen. Tegelijkertijd zal ik zonder oordeel luisteren naar elke vrouw die mij vertelt over haar abortus en er voor haar zijn. Beseffend dat ik vanuit een grote luxepositie spreek, omdat ik nog nooit in die situatie ben geweest dat ik door een keuzeproces moest gaan. Zoals ik uitsprak tegen Z. weet ik soms eigenlijk niet wat ik dan zelf had gedaan. – Mei, 2023*

In mijn eigen denken wens ik dat er meer ruimte mag zijn voor vragen, twijfels en een oog voor de realiteit en het verhaal van elke vrouw. Mijn antwoord van zorg is er voor iedere vrouw. Welke keuze zij ook maakt!

## **Deelconclusie**

Uit de analyse van het reflectief dagboek komt naar voren dat er een spanning is ontstaan tussen het denken van de onderzoeker en haar werk in de zorg. Daarnaast is er gedurende deze periode een spanning ontstaan tussen het denken van de onderzoeker en de gemeenschap waarin zij zich bevindt. Deze spanning roept gevoelens van angst op voor een oordeel van de ander en de neiging om niet te spreken over de verandering in haar denken. Door het openstaan voor het verhaal van de ander heeft de onderzoeker meer begrip gekregen voor de keuze van vrouwen. De gesprekken met de vrouwen en het bezoek aan de abortuskliniek hebben de houding en het denken van de onderzoeker veranderd. Een stuk oordeel is weggenomen en in haar denken heeft de onderzoeker meer begrip en empathie gekregen voor de vrouwen die besloten de zwangerschap af te breken. Als laatste komt naar voren dat de onderzoeker nog steeds twijfel ervaart over wat het juiste en het goede is en hoe zij nu moeten

denken over het afbreken en voldragen van een ongewenste zwangerschap. Deze vraag is niet beantwoord en blijft open. De twijfel mag er zijn en als antwoord op deze twijfel kiest de onderzoeker ervoor om zorg te bieden in de situaties waarin zij dat kan. Zorg voor hen die kiezen een ongewenste zwangerschap te voldragen én voor hen die kiezen een ongewenste zwangerschap af te breken.

## 5. Zorgethische discussie

In de zorgethische discussie wordt aandacht besteed aan de deelvraag “Wat kunnen verkregen inzichten uit het huidige onderzoek bijdragen aan het denken over het besluitvormingsproces van vrouwen met een ongewenste zwangerschap vanuit zorgethisch perspectief?” Deze deelvraag wordt beantwoord door een dialectische verbinding te maken tussen de theoretische inzichten en de bevindingen uit het fenomenologisch onderzoek (Leget et al., 2017). Hierbij is er aandacht voor overeenkomsten en verschillen tussen de theorie en empirie. Daarnaast wordt er gekeken hoe de theoretische en empirische inzichten elkaar bevragen of verrijken.

Allereerst worden de concepten besproken zoals beschreven in hoofdstuk 2 (theoretisch kader) namelijk: lichamelijkheid, relationaliteit en verantwoordelijkheid. Vervolgens worden de inzichten vanuit het onderzoek namelijk de voorwaarden voor het moederschap en de rol van emoties aangevuld met (zorgethische) literatuur.

### 5.1 Lichamelijkheid

Rondom besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap speelt het lichaam een belangrijke rol. In de gesprekken komt naar voren dat iedere deelnemer haar zwangerschap ontdekte op basis van lichamelijke veranderingen en een gevoel dat er iets niet klopte.

Ook op andere manier speelt het lichaam een rol en komt dit terug in de gesprekken met de deelnemers. Het zwangere lichaam is door Eva ervaren als een ruimte van de ander en tegelijk het eigen lichaam een *soort grensgebied voor mogelijke anderen, een soort mogelijke verdubbeling*. Deze ervaring laat zien dat de zwangerschap geen individuele ervaring is of wordt gezien in opposities, maar als relationeel gezien kan worden (Herring, 2019; Van der Waal & van Nistelrooij, 2022). Deze ervaring laat zien dat het relationele lichamen ervaren kan worden en het een gevoel van creatieproces kan oproepen (Mazzoni, 2002; Young, 2015).

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is het lichaam ons voertuig om in deze wereld te zijn en is het onmisbaar om de wereld te kunnen waarnemen (Slatman, 2017). Het menselijk lichaam en het bewustzijn is daarom niet van elkaar te scheiden (idem). Dat deze verwevenheid tussen lichaam en denken soms moeilijk tot uiting komt in de praktijk, blijkt uit het verhaal van Thessa waarbij ze aangeeft dat ze achteraf graag had willen uitsluiten dat haar lichamelijke ervaring (misselijkheid) geen invloed had op haar keuze: *“Ik vond het moeilijk om mij fysiek meteen ongemakkelijk te voelen. En in hoeverre beïnvloedt dat dan ook of ik ruimte had om die zwangerschap te houden zegmaar.”* In hoofdstuk 2 is beschreven op basis van het denken van Hamington dat het lichaam een belangrijke rol speelt bij morele fricties en ons kan vertellen wat het goede is in een situatie of bij morele frictie. Uit het verhaal van Thessa komt naar voren dat zij liever de invloed van het lichamelijke op haar denken had willen verminderen. Deze inzichten geven aan dat het lichamen waarnemen richting kan geven aan het morele handelen, maar het morele handelen ook kan belemmeren. Diverse zorgethici hebben beschreven dat zwanger zijn of weten hoe te zorgen nog geen verplichting is om te zorgen (Hamington, 2010; Tronto, 1993 & Ruddick, 1989).

Uit de gesprekken met drie deelnemers komt naar voren dat de lichamelijke ervaring rondom de afbreking van de zwangerschap hen heeft geholpen bij de verwerking van de gemaakte keuze. Twee deelnemers spreken over de krampen, het bloedverlies en de pijn die zij ervaren gedurende de abortus. Deze fysieke ervaringen hielpen om te beseffen dat de zwangerschap voorbij was of werd als een manier gezien om de gemaakte keuze te doorleven (als vorm van zelfpijniging). Ook na de abortus ervaarde een vrouw fysieke klachten en was overgeven hieraan voor haar de manier om de abortus een plekje te geven. Dit komt overeen met zorgethische literatuur waarin naar voren komt dat het lichaam gebeurtenissen kan begrijpen en van betekenis kan voorzien (Finlay, 2006; Hammington, 2004). Dus naast de betekenis die het lichaam geeft aan gebeurtenissen is het lichaam ook een middel om gebeurtenissen te verwerken.

In de gesprekken met de deelnemers wordt niet gesproken over het voelen van een 'ander' in het eigen lichaam of andere sensorische ervaringen. Een verklaring hiervoor is dat bij een eerste zwangerschap de meeste vrouwen pas vanaf twintig weken de baby voelen bewegen in de buik en het afbreken van de zwangerschap voor de twintig weken heeft plaatsgevonden.

## 5.2 Relationaliteit

In de gesprekken met de deelnemers komen verschillende inzichten over relationaliteit (zoals beschreven in het theoretisch kader) terug.

### *Zorgzame relaties*

De mogelijkheid om een (zorgzame) relatie aan te kunnen gaan is van invloed geweest op het besluitvormingsproces van een deelnemer. *"Het niet kunnen hechten aan een leven en daarom niet kunnen bieden wat essentieel is"* (Eva) was onder andere een reden voor een deelnemer om haar zwangerschap te beëindigen. Dit komt overeen met bevindingen zoals beschreven in hoofdstuk 2. Het uitdragen van een ongewenste zwangerschap kan een gewenste zorgrelatie belemmeren (Herring, 2019, p. 14; Stoyles, 2015, p. 91). Echter komt in de empirische bevindingen ook naar voren dat er bij een ongewenste zwangerschap een zorgzame relatie kan ontstaan. *'Juist als je ervoor kiest en de situatie is niet ideaal, maar om er dan alsnog voor te kiezen om je kind op te vinden. Dat creëert ook wel een soort sterkere band met je kind.'* (Roos). Dit lijkt in strijd te zijn met wat Herring (2019) stelt in zijn essay namelijk dat bij een ongewenste zwangerschap het ontbreekt aan wederkerigheid die nodig is voor een zorgzame relatie. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de zwangerschap eerst als ongewenst werd ervaren en na verloop van zwangerschap als gewenst of geaccepteerd. Daarnaast kan er ook een relatie ontstaan met betekenisvolle anderen: *"Ze [zus, red.] is heel veel aanwezig geweest en heeft een speciale band met [naam oudste dochter] [...] de eerste zeker 10 maanden is ze gewoon de moeder geweest."* (Anne) Dit lijkt overeen te komen met wat Van Nistelrooij beschrijft over het proces van *worden* dat (wanneer de zwangerschap acceptabel is voor de

zwangere) zwangerschap ook begrepen moet worden als een proces van *worden* van twee en meer mensen, omdat er ook intieme andere betrokken zijn.

Het gedachtengoed van Ruddick over moederschap kan mogelijk een uitweg bieden in deze schijnbare tegenstrijdigheid. Ruddick (1989) stelt dat het moederschap niet herleidbaar is tot de zwangerschap en moederschap pas begint vanaf het moment van geboorte. Een ongewenste zwangerschap hoeft het ontstaan van een relatie niet te belemmeren. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat uit literatuur over gehechtheidstheorieën wel blijkt dat ongewenste kinderen een groter risico hebben op een onveilige hechting en hechtingsstoornissen (Rigter, 2002). Beschermde factoren zijn ouders die beschikbaar zijn, sensitief zijn voor de emotionele behoeften van het kind en veiligheid bieden (Stroecken, 2003).

### **5.3 Verantwoordelijkheid**

De keuze om de ongewenste zwangerschap af te breken is gebaseerd op het ontbreken van een wens om moeder te worden, geen kind willen binnen van de verwekker of omdat men gezien de levenssituatie het kindje geen toekomst kon bieden. In de gesprekken met de deelnemers over hun besluitvormingsproces hebben zij, tegen verwachting van de onderzoeker, niet expliciet gesproken over verantwoordelijkheid. Uit de empirische bevindingen komt naar voren dat vrouwen bij het ontdekken van de zwangerschap even stil stonden en het opgedrongen appèl even voor zichzelf hebben gehouden. Door even stil te staan hebben de vrouwen een ruimte voor zichzelf gecreëerd om na te denken over de keuze. Het passief en onvrijwillig ontvangen van een oproep kan gevoelens van angst oproepen en dat kwam naar voren in bevindingen. Twee vrouwen hebben gevoelens van angst ervaren gedurende het besluitvormingsproces. In de gesprekken hebben deelnemers hun keuze onderbouwd en hoewel sommige dit omschreven als zakelijk, lijkt hierin ook een gevoel van verantwoordelijkheid te liggen. Bijvoorbeeld de deelnemer die vertelde dat ze het (potentiële) kindje geen toekomst kon bieden was voor haar een reden om de zwangerschap af te breken.

### **5.4 De rol van de ander bij het besluitvormingsproces**

In de gesprekken met de deelnemers komt naar voren dat vier vrouwen direct wisten welke keuze zij wilden gaan maken, namelijk het afbreken van de zwangerschap. In dit keuzeprocess hadden verschillende vrouwen een moment waarbij ze even stil stonden en zich terugtrokken om een eigen keuze te kunnen maken. Bijna iedere deelnemer aan dit onderzoek heeft over haar keuze gesproken met de partner (of verwekker). Enkele deelnemers hebben dit ook besproken met naaste familie en vrienden, maar dit geldt niet voor alle deelnemers. Uit de gesprekken blijkt dat verschillende vrouwen bewust eerst een eigen keuze maakte voordat zij met andere deelden dat zij zwanger waren om niet beïnvloed te worden door hun mening. Uit eerder Nederlands onderzoek blijkt dat de rol die de verwekker krijgt of inneemt in het besluitvormingsproces afhangt van de wijze waarop de vrouw de relatie tot de verwekker definieert (Brauer et al., 2012, p.4). Bij een vaste relatie betrokken de vrouwen de partner actiever bij de besluitvorming om samen tot een besluit te komen dit komt overeen met de situatie zoals beschreven door Roos en Fleur. Eva en Thessa betrokken de partner niet/nauwelijks



bij de besluitvorming, omdat zij met de partner/verwekker geen toekomst voor zich zagen. Dit komt overeen met eerder gevonden resultaten in het onderzoek van Brauer et al. (2012, p.21) waarbij vrouwen die zwanger waren geworden van een man met wie zij geen toekomst voor zich zagen, aangaven dat de keuze over de zwangerschap vooral aan henzelf was.

Voor beide vrouwen die besloten de ongewenste zwangerschap te voldragen was de steun voor en na de zwangerschap vanuit de familie onmisbaar. De familie werd ook betrokken bij de besluitvorming rondom het wel of niet voldragen van de zwangerschap. Het betrekken van familie en vrienden bij de besluitvorming komt vaker voor bij vrouwen die besluiten een ongewenste zwangerschap te voldragen en geen of een onstabiele relatie hebben (Brauer et al., 2019). Uit eerder onderzoek blijkt dat wanneer jonge vrouwen (jonger dan 25 jaar) overwogen de zwangerschap uit te dragen ze over het algemeen altijd hun ouders betrokken bij het besluitvormingsproces. Het betrekken van ouders was vaak om te verkennen in hoeverre zij op (financiële en materiële) steun konden rekenen bij het uitdragen van de zwangerschap (Brauer et al., 2012 p. 28). Zowel Anne als Roos hebben beide steun ontvangen vanuit hun familie. De partner van Anne besloot een aantal dagen na de geboorte om de zorg voor zijn dochter over te dragen aan het zusje van Anne. Roos ontving ondersteuning van haar schoonfamilie waardoor zij in staat was om haar studie succesvol af te ronden.

Het betrekken van de ander in het huidige onderzoek kan op verschillende manier gezien worden. Enerzijds is in dit onderzoek naar voren gekomen dat dit de eigen keuze van de vrouw beperkt (dit zal verder worden uitgewerkt in paragraaf 5.6). Daarnaast kwam in het huidige onderzoek naar voren dat de mate van ondersteuning bij het maken van de keuze ook afhankelijk was van de relatie tussen de vrouw en de partner/verwekker. De ondersteuning van de ander bij het besluitvormingsproces was met name steunend voor vrouwen die besloten de zwangerschap te voldragen, omdat zij in het later proces terug konden vallen op de zorg/steun van hun netwerk.

### **5.5 Ruimte voor gevoelens en emoties**

In het empirisch onderzoek komen ook andere aspecten naar voren die een rol spelen bij het besluitvormingsproces zoals de verschillende soorten gevoelens en emoties die vrouwen hebben ervaren in het besluitvormingsproces. Deze empirische inzichten worden hieronder verbonden aan zorgethische literatuur over de rol van emoties (zichtbare uiting van onze gevoelens) en de gevoelens zelf. Morele gevoelens zijn niet alleen de gevoelens die ontstaan als gevolg van ons vermogen tot empathie, maar ook gevoelens *'we submit thoughtfully to our own approval'* (Pulcini, 2016). Met andere woorden de directe gevoelens die je kunt corrigeren door ons vermogen van verbeelding

In gesprek met een deelnemer die een ongewenste zwangerschap heeft voldragen geeft zij aan dat haar keuze voornamelijk gebaseerd was op het gevoel: *"dit is mijn kind"*. Dit is in tegenstelling tot vrouwen die besloten om hun zwangerschap af te breken, kwam niet naar voren dat zij zich hebben laten leiden door hun gevoel. Een van hen omschrijft het als een 'zakelijke' keuze.

De ervaring van de vrouw die besloot haar zwangerschap te voldragen op basis van een gevoel komt overeen met eerder onderzoek waaruit bleek dat vrouwen die de zwangerschap hebben voldragen vaak hun gevoel hadden gevolgd (Bauer et al., 2012). Dit betrof een positief (moeder) gevoel wat werd opgeroepen door de zwangerschap. Alhoewel er in die situaties ook praktische bezwaren konden zijn, werden deze bezwaren gedurende de zwangerschap gerelativeerd (idem).

Binnen zorgethiek wordt er waarde gehecht aan emoties. Emoties worden gezien als een bron van kennis over goede zorg (Engster & Hamington, 2015) en kunnen een rol spelen in het handelen en zorgen (Keinemans, 2014; Pulcini, 2016). In zorgethische literatuur is er al veel geschreven over de rol van emoties in de zorgpraktijk en hoe zorgprofessionals hiermee kunnen omgaan (Baur et al., 2017; Van Heijst, 2011). Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat emoties morele besluitvorming beïnvloeden (Keinemans, 2014; Pulcini, 2016).

In de gesprekken komt wel naar voren dat alle vrouwen gedurende het proces diverse emoties ervaarden zoals: boosheid, schaamte, verdriet, angst, trots en blijdschap. Pulcini, professor sociale filosofie en zorgethica, heeft ook geschreven over de rol van emoties in de zorg. Haar inzichten over de rol van emoties in ons denken en handelen in de zorgpraktijk wordt naast de gevonden inzichten van het huidige onderzoek gelegd. In haar artikel gaat ze dieper in op de vraag of emoties ons kunnen aanzetten tot ethisch handelen en zo ja, wat voor emoties? (Pulcini, 2016). Hoewel de deelnemers niet zelf hebben verwoord welke invloed de emoties hadden op het besluitvormingsproces, waren emoties wel een onderdeel van de geleefde ervaring.

Emoties moeten ook geen belemmering zijn voor de vrouw om haar autonomie in de intieme sfeer uit te oefenen (Pulcini, 2016). Pulcini zet zich af tegen het traditionele beeld van de vrouw die zichzelf uit liefde opoffert. Zorg en liefde voor de ander is een bewuste keuze en betekent onder andere dat je geen afstand hoeft te doen van eigenliefde.

## **5.6 Ruimer denken: inclusief moederschap**

In gesprek met de deelnemers komt naar voren dat de opvatting van de omgeving over de ongewenste zwangerschap van invloed kan zijn op de beleving tijdens het besluitvormingsproces. Wanneer een vrouw haar zwangerschap bekend maakt, spelen familie en vrienden vaak een cruciale rol in het legitimeren (of niet-legitimeren) van een zwangerschap (Neiterman, 2010).

Een van de deelnemers namelijk Roos ontdekte haar zwangerschap toen ze 18 jaar was. Op dat moment studeerde zij nog en had ze een bijbaan in de supermarkt. Haar eigen familie stond negatief tegenover haar zwangerschap en adviseerde haar de zwangerschap af te breken. *“We gaan voor een kind zorgen, maar mijn moeder bekritiseerde dat heel erg. Van ja hoe ga je dat dan volhouden, want je bent zelf nog zo jong. Je zit zelf nog op school. Een kind vraagt veel van dit en dat.”* Dit komt overeen met de ervaring van Anne die de ongewenste zwangerschap wilde voldragen, maar een gevoel kreeg van studiegenoten dat ze iets fout deed. *“Als je dan op school rondloopt en je ziet allemaal van die mensen zo kijken dan denk je echt zo van... Volgens jou heb ik iets fout gedaan, maar ik weet niet wat. Je doet niets*

*fout.*” Ook Eva vertelt dat de geldende normen in haar omgeving van invloed waren op haar keuze om uiteindelijk de zwangerschap af te breken.

Uit eerder Nederlands onderzoek naar het besluitvormingsproces blijkt dat familie en vrienden vaak niet werden ingelicht als men een negatieve reactie kon verwachten (Brauer, 2012, p. 26 en 29). Terwijl het juist van belang is dat er een relationeel web is wat betrokken kan worden om veilige- en respectvolle omstandigheden te creëren voor de zwangerschap, geboorte en zorg voor de kinderen (Van Nistelrooij, 2022b). Uit het onderzoek van Brauer komt verder ook naar voren dat jonge vrouwen (<25 jaar) het lastig vinden om hun zwangerschap bekend te maken uit angst voor negatieve reacties zoals: onverantwoord om op jonge leeftijd een kind te krijgen. Het blijkt dat de jonge vrouwen deze reacties daadwerkelijk kregen (idem, p. 30).

Een negatieve houding van naasten ten opzichte van de zwangerschap kan veranderen waarbij een jonge tienermoeder bijvoorbeeld eerst gestigmatiseerd wordt, maar na goede prestaties (bijvoorbeeld het behalen van een diploma) wordt geprezen (Neiterman, 2010, p. 146). Dit komt ook naar voren in het gesprek met Roos. Waarbij haar familie eerst negatief stond tegenover haar zwangerschap was men later meer steunend. Uit het verhaal van Roos blijkt ook dat zij is gestegen op de ladder van sociaal gewaardeerd moederschap. Waarbij eerst haar jonge leeftijd, het studeren en gebrek aan huisvesting een belemmering was voor het moeder zijn, is haar zwangerschap na het behalen van haar diploma en het krijgen van een huis sociaal geaccepteerd. De ongewenste zwangerschap wordt dan beschouwd als iets wat niet heel wenselijk was in die fase van het leven, maar geaccepteerd wordt (Neiterman, 2010, p.146).

Deze houding van naasten en oordeel over de zwangerschap roept vragen op wanneer het ‘goed’ en ‘gewenst’ is om een kind te krijgen. Een van de deelnemers (Karlijn) benoemt dit aspect in haar gesprek. Zij ervaarde zelf geen oordeel, maar vanuit haar ervaring in de hulpverlening is zij van mening dat er in de samenleving voorwaarden worden gesteld om moeder te worden. Denk hierbij aan voorwaarden zoals: financiële middelen, cognitieve en emotionele capaciteiten. Karlijn vindt deze voorwaarden *“zeer waarden geladen”*.

De maternale theorie, een van oorsprong feministische theorie, heeft onder ander geschreven over goed genoeg moederschap en diversiteit van moeders (O’Reilly, 2020). In de strijd voor diversiteit gaat men in tegen de normativiteit dat het moederschap alleen is voor witte, middenklasse, getrouwde en thuisblijvende moeders. Dit ideaalbeeld geldt slecht voor een kleine groep moeders waardoor veel moeders als ongeschikt worden gezien voor het moederschap en gezien worden als een slechte moeder (Chase & Rogers, 2001; Gore, 2007; O’Reilly, 2020). Dit ideaalbeeld werkt ook door in het besluitvormingsproces. Het worden van moeder kan vanuit keuzevrijheid gezien worden als een eigen keuze (Green, 2020). Echter wanneer een vrouw uit een niet bevoordeelde positie een kind krijgt, wordt deze keuze als slecht en onverantwoord gezien (Chase & Rogers, 2001; O’Reilly, 2020). De maternale theorie stelt vragen over de tegenstelling tussen goede en slechte moeders, omdat hier ook een ruimte is van goed genoeg (Gore, 2007; O’Reilly, 2020; Park, 2020). Arme, jonge, oude, werkende, lesbische en beperkte moeders kunnen namelijk ook goed genoeg zijn als moeder

(Chase & Rogers, 2001; Curk, 2009; Gore, 2007; O'Reilly, 2020). Een manier om van de norm afwijkende moeders ook als goed genoeg te zien is door hun verhaal te delen (Chase & Rogers; Gore, 2007; Green, 2020; O'Reilly, 2020).

### **5.7 Conclusie**

Wat bovenstaande analyse kan bijdrage aan het denken over het besluitvormingsproces van vrouwen bij een ongewenste zwangerschap wordt beschreven in het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 6: conclusie en aanbevelingen).

## 6. Eindconclusie en aanbevelingen

In de eindconclusie wordt antwoordt gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek:

“Hoe ervaren vrouwen de besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap en wat kunnen zorgethische inzichten over ‘relationaliteit’, ‘lichamelijkheid’ en ‘verantwoordelijkheid’ betekenen voor het denken over ongewenste zwangerschap?” Na de eindconclusie zullen er enkele aanbevelingen worden gegeven voor het denken over ongewenste zwangerschap en vervolgonderzoek.

### 6.1 Eindconclusie

In het fenomenologisch onderzoek zijn de volgende thema's naar boven gekomen: 'een bewuste keuze', 'een gelaagd proces', 'toegeven aan de opvatting van de omgeving', 'het lichamenlijk proces als vorm van verwerking', 'een onzichtbare herinnering verweven met de existentie'. Bevindingen uit het reflexief dagboek zijn 'een spanningsveld tussen eigen denken en zorgpraktijk', 'een gevoel van spanning bij het open zijn over eigen denken', 'open staan voor het verhaal van de ander', 'zorg als antwoord op twijfel'.

Deze empirische bevindingen zijn in dialoog gebracht met de theoretische bevindingen. Voor het denken over ongewenste zwangerschap moet de rol van het lichaam meegenomen worden. Enerzijds omdat het zwanger zijn zich afspeelt in het lichaam, maar ook als een belemmering ervaren kon worden in het proces. Het lichaam heeft voor verschillende vrouwen een rol gespeeld bij de verwerking en in het denken over zwangerschap dient het lichaam meegenomen te worden. Het ontstaan van een zorgzame relatie hoeft niet belemmerd te worden door een ongewenste zwangerschap, echter was het niet kunnen verbinden aan het (potentiele) kind voor een deelnemer ook een beweegreden om haar zwangerschap af te breken. Hieruit komt naar voren dat de ervaring per deelnemer verschilt en heel persoonlijk is. Een ongewenste zwangerschap kan beschouwd worden als een opgedrongen appèl wat gevoelens van angst kan oproepen, omdat de vrouw een keuze moet maken. In de empirische inzichten kwam naar voren dat gevoelens en emoties een rol spelen gedurende het besluitvormingsproces en in het denken over ongewenste zwangerschap moeten deze ook meegenomen worden. Ten slotte is er een pleidooi gedaan voor goed genoeg moederschap, omdat uit de empirische bevinden naar voren kwam dat enkele vrouwen een gevoel van oordeel ervaarden over moederschap in hun omstandigheden.

### 6.2 Aanbevelingen

Uit dit zorgethisch onderzoek komen een aantal aanbevelingen voor het denken over ongewenste zwangerschap en voor vervolgonderzoek.

Voor het denken over ongewenste zwangerschap:

- Stel de ervaring van de vrouw centraal in het maatschappelijk debat en in het denken over ongewenste zwangerschappen centraal. Luister naar haar stem!

- Ga in respectvolle dialoog met de ander, ook wanneer diens opvatting in strijd is met het eigen denken. In dit onderzoek is naar voren gekomen dat de dialoog met de ander het eigen denken kan bereiken.
- Denk niet in opposities, vrouw versus foetus, maar benader het relationeel. Durf in het maatschappelijk debat ook ruimte te geven aan de gelaagdheid van de ervaring.
- Oordeel niet over de keuze van de vrouw. Vrouwen met een ongewenste zwangerschap maken hun keuze bewust. Het doet daarom geen recht aan de situatie om haar keuze in twijfel te trekken of dit te veroordelen.
- Geef de vrouwen die een besluitvormingsproces hebben doorgemaakt de ruimte en tijd om hun ervaring te verwerken. In het denken over deze verwerking is het belangrijk om op te merken dat het verwerken niet hoeft te betekenen dat vrouwen spijt hebben van hun keuze.
- Het dient aanbeveling om het ideaalbeeld van de witte, westerse en hoogopgeleide vrouw te veranderen en te beseffen dat arme, jonge, oude, werkende, lesbische en beperkte moeders ook goed genoeg zijn als moeder.
- In het gesprek over ongewenste zwangerschappen en besluitvorming is het wenselijk dat men zich binnen de zogenoemde pro-life beweging bewust is dat het uitdragen van een ongewenste zwangerschap leed met zich mee kan brengen voor zowel moeder als kind en het de (jeugd)hulpverlening deze schade niet altijd kan voorkomen.
- Voor verdere aanbevelingen zie bijlage 8.

#### Advies voor vervolgonderzoek:

- In het huidige onderzoek was de ongewenste zwangerschap van iedere vrouw minimaal acht jaar of langer geleden. Hierdoor waren wellicht bepaalde herinneringen vervaagd. Het dient aanbeveling om in vervolgonderzoek te onderzoeken hoe vrouwen een besluitvormingsproces ervaren op het moment dat zij de keuze maken of kort daarna.
- Vanwege de lichamelijke en emotionele ervaringen die spelen rondom het besluitvormingsproces bij een ongewenste zwangerschap verdient het aanbeveling om ook op andere manieren deze ervaringen te onderzoeken. De ervaringen laten zich mogelijk beter vertalen in vormen van kunst. Een mooi voorbeeld van een onderzoek waarin kunst een rol speelt, is het onderzoek van Van Holten et al. (2023) waarin er gebruik is gemaakt van I-Poems. Daarnaast klinkt het arts-based onderzoek 'Zorg voor thuisabortus!' van Rodante van der Waal, Rianne van Hassel en Ank Daamen ook veelbelovend.
- Hoewel er in het huidige onderzoek geprobeerd is om een zo divers mogelijke groep vrouwen te benaderen voor deelname aan onderzoek, waren de meeste deelnemers hoogopgeleid en van westerse afkomst. Om een breder en diepgaander beeld te krijgen van vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een besluitvormingsproces doormaken is het belangrijk om ook vrouwen te betrekken die laagopgeleid zijn en een migratieachtergrond hebben.

## 7. Kwaliteit van het onderzoek

### 7.1 Betrouwbaarheid

Voor een betrouwbaar onderzoek is het belangrijk dat het onderzoek herhaalbaar en navolgbaar is. Ik heb mijn onderzoeksmethode nauwkeurig beschreven in hoofdstuk 3 en het transcript zo gedetailleerd mogelijk uitgewerkt. Ik heb aan het transcript ook emoties en stiltes toegevoegd. Gedurende het onderzoek heb ik gereflecteerd op mijn eigen positie door middel van memo's en een reflexief logboek, omdat achtergrond, aannames, positie en gedrag van invloed kunnen zijn op het onderzoeksproces (Finlay, 2008). Gedurende het proces heb ik geprobeerd een open houding aan te nemen en de invloed van mijn achtergrond te beteugelen door hierop te reflecteren. Omdat ik als onderzoeker actief ben geweest binnen de pro-life beweging en deze achtergrond van invloed kan zijn op het onderzoeksproces, heb ik mijn eigen reflecties en ontwikkelingen beschreven in een reflexief logboek en dit vervolgens geanalyseerd (zie hoofdstuk 5).

### 7.2 Geloofwaardigheid

Gedurende het onderzoek is er gebruik gemaakt van *thick description*, zo is er bij het uitwerken van de interviews ook gelet op emoties en stiltes. Na het interview zijn de transcripten naar de deelnemers verstuurd en konden zij het transcript controleren en zo nodig nog aanpassen. Geen van de deelnemers wilde iets veranderen aan het transcript. Om zo dicht mogelijk bij de taal van de deelnemers te blijven, is gedurende de analyse regelmatig het originele transcript erbij gepakt, om op die manier de analyse te controleren en te bevragen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van *data triangulatie* door op verschillende manieren het onderwerp te onderzoeken. De empirische bevindingen en wetenschappelijke zorgethische literatuur zijn met elkaar in discussie gebracht. Voor het theoretisch onderzoek zijn de inzichten van verschillende auteurs gebruikt en voor de empirische inzichten zijn de transcripten van deelnemers en het reflexief logboek van de onderzoeker geanalyseerd. *Peer debriefing* heeft plaats gevonden door onder andere mijn theoretisch kader en data-analyse voor te leggen aan mijn begeleider, Prof. Dr. Inge van Nistelrooij. Haar feedback heeft mij scherp gehouden gedurende de analyse en maakte mij bewust van mijn eigen aannames en vooroordelen. Ik heb ook regelmatig met mijn vriend/man (tevens student aan de Universiteit voor Humanistiek) gesproken over mijn onderzoek. Hij heeft ook meegelezen met verschillende onderdelen van deze thesis, waaronder de analyse. Daarnaast was er sprake van *self-disclosure*, als onderzoeker ben ik transparant en open geweest over mijn eigen positie/achtergrond. Ik heb ook kritisch gereflecteerd op mijn eigen opvattingen en de invloed daarvan op het huidige onderzoek.

### 7.3 Overdraagbaarheid

Om overdraagbaarheid te verhogen is er gebruik gemaakt van rijke en gedetailleerde beschrijvingen (*thick descriptions*) te geven van de geleefde ervaring. De lezer kan na het lezen van

deze beschrijvingen zelf bepalen in hoeverre de inzichten overdraagbaar zijn naar dienst context.

#### 7.4 Beperkingen

Hoewel de kwaliteitscriteria in acht zijn genomen gedurende het onderzoek, kent het onderzoek ook enkele beperkingen.

Hoewel ik heb geprobeerd deelnemers op verschillende manieren te werven (via verschillende zorgorganisaties), is de werving uiteindelijk via het eigen netwerk gegaan. Hierdoor hebben vooral hoogopgeleide en witte vrouwen deelgenomen aan het onderzoek. op deze manier ontbreekt het perspectief van een grote groep vrouwen die ook ervaringen hebben met de besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap.

Gedurende het proces heb ik geprobeerd een open houding aan te nemen en mijn aannames en vooroordelen te beteugelen door middel van een reflexief logboek en een *member-check* na het interview. Echter kunnen mijn ervaringen en achtergrond in de pro-life beweging van invloed zijn geweest op de interviews en de analyse, door meer aandacht te besteden aan bepaalde ervaringen en onderwerpen die overeenkomen met mijn eigen gedachten.

Een beperking in de geloofwaardigheid is dat de onderzoeker maar kort betrokken is geweest, waardoor er geen vertrouwensband kon opgebouwd worden tussen de onderzoeker en de deelnemers (Tilman-Healy, 2003). Hierdoor hebben de deelnemers zich mogelijk niet volledig voor mij durven openstellen, waardoor het mogelijk is dat zij niet de volledige complexiteit en diepte van de geleefde ervaring met mij hebben kunnen delen. Drie gesprekken hebben plaatsgevonden via Microsoft Teams, hetgeen een beperking kan zijn voor de relatie tussen onderzoeker en deelnemer. Mogelijk had een fysieke ontmoeting rijkere gesprekken en andere bevindingen kunnen opleveren.

Een beperking in de betrouwbaarheid van het huidige onderzoek is dat de interviews alleen door mij zijn geanalyseerd. Wanneer een andere onderzoeker de data had geanalyseerd en de eventuele verschillen waren besproken, had dit kunnen helpen in de bewustwording van eigen aannames en blinde vlekken gedurende de analyse (Creswell & Poth, 2018). Het dubbel laten coderen en hierover van gedachten wisselen verhoogt namelijk de betrouwbaarheid van een onderzoek (Gray, 2017).



## Referenties

- Abels, R. (2019, 22 juni). *Verontwaardigd over Alabama? In Noord-Ierland is de abortuswet nog strenger*. Geraadpleegd op <https://www.trouw.nl/nieuws/verontwaardigd-over-alabama-in-noord-ierland-is-de-abortuswet-nog-strenger>
- Adamczyk, A. (2009). Understanding the Effects of Personal and School Religiosity on the Decision to Abort a Premarital Pregnancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(2), 180-95. <https://doi.org/10.1177/002214650905000205>
- Algemeen Dagblad. (2013). Actie met foetuspoppetjes tegen abortus in Houten. Geraadpleegd op: <https://www.ad.nl/binnenland/actie-met-foetuspoppetjes-tegen-abortus-in-houten~a34900ac/>
- Amnesty (z.d.). Mensenrechtensituatie in Polen. Geraadpleegd op 16 juni 2023, van <https://www.amnesty.nl/wat-we-doen/landen/mensenrechtensituatie-in-polen/vrouwenrechten#:~:text=Sinds%20eind%202020%20is%20het,geweld%20wil%20voorkomen%20en%20bestrijden>.
- Atkins, K. (2010). *Narrative identity and moral identity: a practical perspective*. New York: Routledge.
- Baur, V., Van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible healthcare professional: A care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 483-493. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9770-5>
- BNNVARA. (2022, 20 april). *Waarom praten we niet over abortus?* Geraadpleegd op 29 augustus 2022, van <https://www.bnnvara.nl/artikelen/waarom-praten-we-niet-over-abortus>
- Bornemark, J., (2016). Life beyond Individuality: A-subjective Experience in Pregnancy. In J. Bornemark & N. Smith (Red.), *Phenomenology of Pregnancy* (pp. 251-287). Södertörn University.
- Bornemark, J., & Smith, N. (2016). *Phenomenology of Pregnancy*. Södertörn University.
- Brauer, M., Nijnatten van, C., & vollebergh, W. (2012). *Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap: een kwalitatief onderzoek onder vrouwen die tot abortus hebben besloten en vrouwen die tot het uitdragen van hun zwangerschap hebben besloten*. FIOM
- Brauer, M., van Ditzhuijzen, J., Boeije, H., & van Nijnatten, C. (2019). Understanding Decision-Making and Decision Difficulty in Women With an Unintended Pregnancy in the Netherlands. *Qualitative Health Research*, 29(8), 1084-1095. <https://doi.org/10.1177/1049732318810435>
- Cahill, A.J. (2015). Miscarriage and Intercorporeality. *Journal of Social Philosophy*, 46(1), 44-58. <https://doi.org/10.1111/josp.12082>
- Cameron, S., & Glasier, A. (2013). Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. *Contraception*, 88(1), 128-132.
- Chase, S. E. & Rogers, M. F. (2001). *Mothers & Children. Feminist Analyses and Personal Narratives*. New Brunswick: Rutgers University Pres
- Creswell (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.
- Creswell, J.W., & Poth, C.N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among*

- five approaches (fourth edition). SAGE publications.
- Dahlberg, K., Dahlberg, N., Nyström, M., & Drew, N. (2008). *Reflective Lifeworld Research* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Penguin Random.
- Dalmiya, V. (2016). Care-based epistemology and the comparative feminist context. In V. Dalmiya, *Caring to know* (pp. 1–39). Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199464760.003.0001
- De Groene Amsterdammer. (2021, 10 maart). 'Voor ons en natuurlijk dankzij de Here God'. <https://www.groene.nl/artikel/voor-ons-en-natuurlijk-dankzij-de-here-god>
- Eerste Kamer. (2022, 21 juni). *Steun voor afschaffen verplichte beraadtermijn abortus*. Eerste Kamer der Staten-Generaal. Geraadpleegd op 29 augustus 2022, van [https://www.eerstekamer.nl/nieuws/20220621/steun\\_voor\\_afschaffen\\_verplichte](https://www.eerstekamer.nl/nieuws/20220621/steun_voor_afschaffen_verplichte)
- Elvey, A. (2003). The Material Given: Bodies, Pregnant Bodies and Earth. *Australian Feminist Studies*, 18(41), 199-208.
- Engster, D., & Hamington, M. (2015). Introduction. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 1-16). Oxford: Oxford University Press.
- Finlay, L. (2006). The body's disclosure in phenomenological research. *Qualitative Research in Psychology*, 3(1), 19-30. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp051oa>
- Finlay, L. (2008). A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the "Phenomenological Psychological Attitude". *Journal of Phenomenological Psychology*, 39(1), 1–32. <https://doi.org/10.1163/156916208x311601>
- Fiom. (2016). *Factsheet ongewenste zwangerschap*. Geraadpleegd op 29 augustus 2022, van <https://fiom.nl/sites/default/files/fiom-factheet-ongewenste-zwangerschap-2016.pdf>
- Fiom. (2018, 28 november). *Abortus blijvend onderwerp van discussie*. Geraadpleegd op <https://fiom.nl/over-fiom/nieuws/abortus-blijvend-onderwerp-discussie>
- Garcia Gonzalez, M. E. (2012). *In search of good motherhood. How prenatal screening shapes women's views on their moral duties to their family*. [Phd-Thesis - Research internal and graduation external, Radboud Universiteit Nijmegen].
- Gilbert, I., & Sewpaul, V. (2014). Challenging Dominant Discourses on Abortion From a Radical Feminist Standpoint. *Affilia*, 30(1), 83-95. <https://doi.org/10.1177/0886109914549232>
- Gray, D. E. (2017). *Doing Research in the Real World* (4de ed.). New York: SAGE Publications.
- Green, F.J. (2020). Feminist mothering. In O'Brien Hallstein, L., O'Reilly, A. & Vandenberg Giles, M. (Eds.), (2020). *The Routledge Companion to Motherhood* (36-50). Routledge.
- Goenee, M., Donker, G., Picavet, C., & Wijsen, C. (2014). Beslissen over een ongewenste zwangerschap. Wat is de rol van de huisarts? *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 2014(158)
- Goodin, R. E. (1985). *Protecting the vulnerable: a reanalysis of our social responsibilities*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gore, A. (2007). High Risk. Who a Mother Should Be. In O'Reilly, A. (ed.). *Maternal Theory. Es-*

- sential Readings* (pp. 756-760). Bradford: Demeter Press.
- Hamington, M. (2004). *Embodied Care: Jane Addams, Maurice Merleau-Ponty and Feminist Ethics*. Illinois: University of Illinois Press
- Hamington, M. (2010). The will to care: performance, expectation, and imagination. *Hypatia*, 25(3), 675-695
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52-69.
- Hankivsky, O. (2014). Rethinking Care Ethics: On the Promise and Potential of an Intersectional Analysis. *American Political Science Association*, 108(2), 252- 264.
- Holten, L., de Goeij, E. & Kleiverda, G. (2021). Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 162–179. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1917042>
- Holten, L., Van Der Wolf, R., & Van Der Pijl, M. S. G. (2023). The difficult process of autonomous choice: using I-poems to understand experiences of abortion-seekers in The Netherlands. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2215963>
- Van Heijst, A. (2011). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Held, V. (1993). *Feminist Morality. Transforming Culture, Society, and Politics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Held, V. (2005). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford: Oxford University Press.
- Held, V. (2015). Care and Human Rights. In Cruft, R., Matthew Liao, S., & Renzo, M. (Eds.) *Philosophical Foundations of Human Rights*. Oxford: Oxford University Press.
- Herring, J., & Chau, P. L. (2007). My body, your body, our bodies. *Medical Law Review*, 15(1), 34–61. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwl016>
- Herring, J. (2019). Ethics of Care and the Public Good of Abortion. *University of Oxford Human Right Hub Journal* 1. 1-24.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2021). *Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap*. Geraadpleegd op 1 oktober 2022, van <https://www.igj.nl/over-ons/publicaties/jaarverslagen/2022/09/22/wafz-2021>
- Jelen, T.G., & Wilcox, C. (2003). Causes and Consequences of Public Attitudes toward Abortion: A Review and Research Agenda. *Political Research Quarterly*, 56(4), 489-500
- Karp, C., Moreau, C., Shiferaw, S., Seme, A., Yihdego, M., & Zimmerman, L. (2023). Evaluation of the London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP) among a nationally representative sample of pregnant and postpartum women Ethiopia. *Contraception: X*, 5, 100094. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2023.100094>
- Keinemans, S. (2014). Be sensible: Emotions in Social Work Ethics and Education. *British Journal of Social Work*, 45(7), 2176-2191.
- Keller, C. (2003). *Face of the Deep. A Theology of Becoming*. New York: Routledge.

- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallet., S., & Rosenthal, D. (2009). 'Reasons Women give for Abortion: A Review of the Literature. *Arch Womens Ment Health*, 12(6). 365-78. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3>
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an inter disciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17–25. <https://doi.org/10.1177/0969733017707008>
- Mair, J. (1996). Maternal / Foetal Conflict: Defined or Defused?. In McLean, S. (Red.) *Contemporary Issues in Law, Medicine, and Ethics*. Dartmouth: Dartmouth Publishing.
- Marion, J. (2002). *Being given. Toward a phenomenology of givenness*. Amsterdam University Press.
- Mazzoni, C., (2002). *Maternal impressions. Pregnancy and childbirth in literature and theory*. New York: Cornell University Press.
- McDonagh, E. L. (1996). *Breaking the Abortion Deadlock: From Choice to Consent*. New York: Oxford University Press
- Moran, D. (2000). *Introduction to phenomenology*. Routledge.
- Morris, A. (1999). Once upon a time in a hospital ... the cautionary tale of St George's Health Care NHS Trust v. S, R v. Collins and others ex parte S [1998] 3 All ER 673. *Feminist Legal Studies*, 7, 75-84. <https://doi.org/10.1023/a:1009227224399>
- Murphy, T. F., & Parks, J. A. (2020). Gestation as mothering. *Bioethics*, 34(9). 960-968 <https://doi.org/10.1111/bioe.12808>
- Neiterman, E. (2010). *The embodied experiences of pregnancy: learning, doing, and attaching meaning to pregnant body in different social contexts*. [Doctoral dissertation, University of Hamilton-Ontaria]. Macsphere [https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/19393/1/Neiterman\\_Elena\\_2010\\_08\\_phd.pdf](https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/19393/1/Neiterman_Elena_2010_08_phd.pdf)
- Niemeijer, A., & Visse, M. (2016). Challenging Standard Concepts of 'Humane' Care through Relational Auto-Ethnography. *Social Inclusion*, 4(4), 168–175. <https://doi.org/10.17645/si.v4i4.704>
- Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- NOS. (2022a, juli 2). *Discussie over abortus ook in Nederland weer actueel*. Geraadpleegd op <https://nos.nl/artikel/2434929-discussie-over-abortus-ook-in-nederland-weer-actueel>
- NOS. (2022b, 13 september). *Hongarije verscherpt abortusregels: eerst naar hartslag foetus luisteren*. Geraadpleegd op <https://nos.nl/artikel/2444509-hongarije-verscherpt-abortusregels-eerst-naar-hartslag-foetus-luisteren>
- O'Reilly, A. (2020). Maternal theory. Patriarchal motherhood and empowered mothering. In O'Brien Hallstein, L., O'Reilly, A. & Vandenbeld Giles, M. (Reds.), *The Routledge Companion to Motherhood* (19-35). Routledge.
- O'Brien Hallstein, L., O'Reilly, A. & Vandenbeld Giles, M. (2020). *The Routledge Companion to Motherhood*. Routledge.
- Park, S.M. (2020). Queering and Querying Motherhood. In O'Brien Hallstein, L., O'Reilly, A. &

- Vandenbeld Giles, M. (Reds.), *The Routledge Companion to Motherhood* (pp. 63-76). Routledge.
- Pulcini, E. (2016). What Emotions motivate care? *Emotions Review*, 9(1), 64-71.
- Ralph L.J., Foster, D.G., Kimport, K., Turok, D., & Roberts, S. (2017). Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception*, 95(3), 269–278.
- Rigter J. (2002). *Ontwikkelingspathologie bij kinderen en jeugdigen*. Couthinho.
- Rothman, B. K. (1989). *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. Rutgers University Press.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*. Beacon Press.
- Sander-Staudt, M. (2021). Care ethics. In Fieser, J. & Dowden, B. (Reds.), *Internet Encyclopedia of Philosophy*. Geraadpleegd op <https://iep.utm.edu/care-eth/>
- Sherwin, S. (1992). *No Longer Patient*. Philadelphia: Temple University Press.
- Slatman J. (2017). Inleiding. In: Merleau-Ponty, M. (Red.). *De wereld waarnemen*. Amsterdam: Boom.
- Slatman, J. (Host). (2020, 10 september). Maurice Merleau-Ponty. [Podcastaflevering]. In *Podcast Filosofie*.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2022). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research*. (2de editie). SAGE.
- Smith, J.A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. IN: J. Smith (eds.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. (pp. 53- 80). London: Sage
- Stoyles,B. (2015). The Value of Pregnancy and the Meaning of Pregnancy Loss. *Social Philosophy*, 46(1), 91-105.
- Stroecken G. (2003) De stem van het jonge kind. Unieboek
- Tillmann-Healy, L.M. (2003). Friendship as method. *Qualitative Inquiry*, 9(5), 729-749. <https://doi.org/10.1177/1077800403254894>
- Tops, M. (2017). Lichamelijkheid: een onderschatte factor binnen morele reflectie. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 27(2), 34-40.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York: University Press.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument For An Ethic Of Care*. New York, Routledge.
- Van der Meide, H. (2015). Het onthullen van ervaringen: fenomenologie als kwalitatieve onderzoeksbenadering: deel 1 van een tweeluik. *Kwalon*, 20(1), 21-28. doi:10.5553/KWALON/138515352015018001007
- Van der Pal, T., & Goudsmit, R. (2022, 11 november). *Deze Nederlandse abortuskliniek is een toevluchtsoord voor Poolse vrouwen*. Trouw. Geraadpleegd op <https://www.trouw.nl/verdieping/deze-nederlandse-abortuskliniek-is-een-toevluchtsoord-voor-poolse-vrouwen~b1e4e0ae/>
- Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Van Nijnatten, C.H.C.J., & Vollebergh, W.A.M.

- (2015). The impact of psychiatric history on women's pre- and post-abortion experiences. *Contraception*, 92(2), 246-53.
- Van Heijst, A. (2011). *Professional loving care: An ethical view of the healthcare sector*. Peeters Publishers.
- Van Nistelrooij, I. (2015). Het goede in de zorg: een kwestie van kiezen of beamen? *Speling*, 45-51
- Van Nistelrooij, I. (2015). Wat moeten we met naasten en familie? Gezamenlijke besluitvorming en het relationele netwerk van de patiënt. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 25(1), 14-18.
- Van Nistelrooij, I. (2019). *De uitgewiste vrouw*. Geraadpleegd op <https://www.zorgethiek.nu/de-uitgewiste-vrouw/>
- Van Nistelrooij, I., & Leget, C. (2016). Against dichotomies. *Nursing Ethics*, 24(6), 694–703. <https://doi.org/10.1177/0969733015624475>
- Van Nistelrooij, I. & Van der Waal, R. (2019). Moederschap en geboorte: relationaliteit als alternatieve ethische benadering. *Tijdschrift Gezondheidszorg en Ethiek*, 29(2), 53-57.
- Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A., & De Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of Medical Ethics*, 43(9), 637–644. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103791>
- Van Nistelrooij, I. (2022a). Basisboek Zorgethiek: Over mensbeeld, moraal en ethische reflectie in de zorg. (2de editie). Berne Educatie
- Van Nistelrooij, I. (2022b). The Fluidity of Becoming. The Maternal Body in Feminist Views of Care, Worship and Theology. In Van Nistelrooij, I., Sander-Staudt, M. & Hamington, M. (Eds.) *Care Ethics, Religion, and Spiritual Traditions* (pp. 159-194). Peeters
- Van Nistelrooij, I. (2022c). *Het zelf als moeder, de dialogical self theory, vanuit zwangerschap, zorgpraktijken en baarzaam zijn*. [Oratie]. Graadpleegd van [https://ingevannistelrooij.files.wordpress.com/2022/03/oratie\\_inge\\_van\\_nistelrooij.lr\\_.pdf](https://ingevannistelrooij.files.wordpress.com/2022/03/oratie_inge_van_nistelrooij.lr_.pdf)
- Van Wijngaarden, E. (2015). Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen. Deel II van een tweeluik. *Kwalon*, 26(1), 34-39.
- Van Wijngaarden, E., Van Der Meide, H., & Dahlberg, K. (2017). Researching Health Care as a Meaningful Practice: Toward a Nondualistic View on Evidence for Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1738–1747. <https://doi.org/10.1177/1049732317711133>
- Verhoeven, M. (2003). *Boreling En Beginner: nataliteit bij Hannah Arendt*. Kok Boekencentrum
- Walker, M. (2007). *Moral understandings: A feminist study in ethics*. Oxford University Press.
- Wet AZ 2023. (2023, 14 juli). Geraadpleegd van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0003396/2023-01-01/>
- Wimpenny, P., & Gass, J. (2000). Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1485–1492. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01431.x>

Wolf-Devine, C. (1989). Abortion and the "Feminine Voice". *Public Affairs Quarterly*, 3(3), 81-97.

Young, I. M. (2005). *On Female Body Experience: "Throwing like a Girl" and Other essays*. Oxford University Press.

Zorgethiek. (2017). *Startsubsidie voor onderzoek naar materniteit en goede zorg aan het begin van het leven*. Geraadpleegd op 23 april 2021, van <https://www.zorgethiek.nu/materniteit-zingeving-zorgethiek/>

## Bijlage 1. De Utrechtse Zorgethiek

# De Utrechtse Zorgethiek

*Wat is het moreel goede in deze particuliere context?*

### Critical Insights

- Relationaliteit
- Contextualiteit
- Affectiviteit
- Practices
- Kwetsbaarheid
- Lichamelijkheid
- Macht en positie
- Betekenis/zin

zorg

### Empirische methoden

- Fenomenologie
- Narratieve analyse
- Discoursanalyse
- Auto-etnografie
- Institutionele etnografie
- Visuele data analyse
- Responsieve evaluatie



[www.zorgethiek.nu](http://www.zorgethiek.nu)



## Bijlage 2: Informed consent

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode van het onderzoek, zoals uiteengezet in de toelichtingsbrief. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven en besef dat ik op elk moment mag stoppen met mijn deelname. Indien mijn onderzoeksresultaten gebruikt zullen worden in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming. Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot Willeke Hoogendoorn of Inge van Nistelrooij.

In tweevoud getekend:

Naam respondent : .....

Handtekening : .....

Ik heb toelichting verstrekt op het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Naam onderzoeker : .....

Handtekening : .....

Ik geef toestemming om de data ook in verder onderzoek te gebruiken.

Naam respondent : .....

Handtekening : .....

## Bijlage 3: Informatiebrief participanten

Beste vrouw,

Ik wil je vragen om deel te nemen aan een zorgethisch onderzoek voor mijn thesis aan de Universiteit voor Humanistiek. Dit onderzoek gaat over de ervaring van de vrouw in een keuzeprocés over het voldragen of afbreken van een ongewenste zwangerschap. Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Om deel te nemen is je schriftelijke toestemming nodig. Voordat je hiertoe beslist, geef ik je in deze brief uitleg over de inhoud van het onderzoek. Lees deze informatie rustig door. Als je daarna nog vragen hebt, mag je die aan mij stellen.

### **Wat is het doel van het onderzoek?**

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de ervaring en gevoelens van vrouwen in het keuzeprocés bij een ongewenste zwangerschap. Deze ervaring en gevoelens kunnen een bijdrage leveren aan het denken over vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een keuzeprocés doormaken over het afbreken of voldragen van hun zwangerschap.

### **Wat houdt het onderzoek precies in?**

Je gaat eenmalig in gesprek met mij, in de vorm van een interview, om je ervaring met het maken van een keuze bij een ongewenste zwangerschap te bespreken. Deze keuze kan zowel het afbreken of voldragen zijn van de zwangerschap.

### **Wie is de onderzoeker?**

Mijn naam is Willeke Hoogendoorn, 27 jaar en werkzaam in de jeugdzorg als sociotherapeut en actief als vrijwilliger in Het Babyhuis. Als je op mijn naam zoekt kan het zijn dat je verschillende artikelen en filmpjes tegenkomt. Meer dan een jaar geleden heb ik mij actief uitgesproken in het debat over abortus vanuit de zogenaamde pro-life beweging. Gedurende mijn master Zorgethiek en Beleid ben ik veel kritischer geworden op mijn eigen opvattingen en ben ik vragen gaan stellen zoals: wat is goede zorg bij een ongewenste zwangerschap? Hoe is het voor de vrouw om een keuze te maken over het wel/niet afbreken van een zwangerschap? Ik heb in het verleden veel gesproken over vrouwen met een ongewenste zwangerschap maar nauwelijks met hen. Ik wil daar graag verandering in brengen. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat dit onderzoek niet beïnvloed wordt door een politieke voorkeur of religie. In dit onderzoek zal ik als onderzoeker een neutrale positie aannemen om op die manier een wetenschappelijk onderzoek uit te voeren.

### **Waarom zou ik mee willen doen?**

Meedoen doe je vanuit een betrokkenheid met dit onderwerp. Heb jij ooit te maken hebt gehad met een ongewenste zwangerschap en heb je getwijfeld over het voldragen of afbreken van je zwangerschap? Dan nodig ik je uit om deel te nemen aan dit onderzoek. Door deze ervaring te bespreken ontstaat er meer inzicht in hoe het besluitvormingsproces is voor een vrouw die ongewenst zwanger is. Ik hoop dat deze informatie zal bijdragen aan een respectvol dialoog over ongewenste zwangerschap en het afbreken of voldragen van deze zwangerschap. Inzichten kunnen ook bijdragen aan goede zorg voor vrouwen die ongewenst zwanger zijn. De onderzoeksresultaten kunnen bijvoorbeeld gedeeld worden met zorgaanbieders. Daarnaast ben ik je dankbaar als je mee wilt doen, omdat het mijn denken en handelen in de dagelijkse zorgpraktijk zal beïnvloeden!

### **Hoe zit het met mijn privacy?**

Ik ben heel voorzichtig met de informatie die ik van jou krijg. Alle informatie die ik van jou ontvang wordt *geanonimiseerd*. Dit betekent dat de gegevens zonder jouw naam worden bewaard. Niemand buiten mij kan dus weten wat we hebben besproken. Na afloop van het onderzoek worden de gegevens (persoonlijke gegevens, opname van het gesprek en uitgewerkte versie) vernietigd. Alleen met jou toestemming kan de data worden gebruikt voor verder onderzoek. Deze onderzoeksgegevens zullen gedurende 10 jaar worden bewaard en hierna vernietigd worden.

### **Wat als ik niet meer mee wil doen?**

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Je kan op elk moment besluiten om toch niet meer deel te nemen, zonder een reden op te geven. Ook kan je je toestemming intrekken voor het gebruik van jouw data voor dit onderzoek. In dat geval zullen al je persoonlijke gegevens worden verwijderd uit het systeem.

### **Waar kan ik terecht met klachten?**

Ik sta altijd open voor feedback en een open gesprek als je ervaart dat een interview beter had gekund. Als er klachten zijn over het onderzoek kan je deze bespreken met mij of mijn onderzoeksbegeleider Inge van Nistelrooij ([i.vannistelrooij@uvh.nl](mailto:i.vannistelrooij@uvh.nl)).

Mocht het gesprek gevoelens van verdriet, angst of somberheid bij je oproepen waardoor je de behoefte voelt om hier met iemand over te spreken is er een aanbod om dit te bespreken met Inge van Nistelrooij. Daarnaast wil ik je graag wijzen op het hulpaanbod van FIOM.

### **Hoe kan ik deelnemen?**

Als je wilt deelnemen aan het onderzoek, kan je contact met mij opnemen door mij te bellen op 0625229365 of te mailen naar [willeke.hoogendoorn@uvh.nl](mailto:willeke.hoogendoorn@uvh.nl). Het interview duurt ongeveer 45-60 minuten en kan zowel face-to-face als digitaal, afhankelijk van jouw voorkeur. Ook de plek kan in onderling overleg afgestemd worden. Tijdens onze afspraak wordt van je gevraagd om een toestemmingsverklaring te tekenen.

### **Vragen?**

Voor vragen over het onderzoek kun je mailen naar het bovenstaande adres.

Hartelijk dank voor het lezen.

Met vriendelijke groet,  
Willeke Hoogendoorn

## Bijlage 4. Open interview

Korte introductie:

- Mezelf voorstellen
- Onderzoek toelichten
- Toestemming vragen voor het opnemen van het gesprek
- Anonimiteit garanderen
- Vrijwilligheid onderstrepen
- Informed consent doornemen en laten tekenen (let op: vragen of de data ook voor andere onderzoeken gebruikt mag worden).
- Bij een gesprek online benoemen dat het lastiger is om te zien of het onderwerp emoties oproept en afspreken dat deelnemer dit ten alle tijden mag aangeven (optioneel: gebaar afspreken)

**Hoofdvraag:** Hoe ervaren vrouwen de besluitvorming bij een ongewenste zwangerschap en wat kunnen zorgethische inzichten over ‘relationaliteit’, ‘lichamelijkheid’ en ‘verantwoordelijkheid’ betekenen voor het denken over ongewenste zwangerschap?

**Deelvraag:** Wat is de geleefde ervaring van vrouwen die ongewenst zwanger zijn en een besluitvormingsproces doormaken met betrekking tot het uitdragen of afbreken van de zwangerschap?

Gespreksvragen:

1. In mijn onderzoek praat ik over ‘ongewenst’ wat vind jij van deze term?  
*Aanwijzingen* (mocht vrouw nogmaals zwanger zijn geworden): Kan je beschrijven wat een verschil is tussen een gewenste of ongewenste zwangerschap?
  - Vraag de vrouw of ze een voorkeur heeft voor een term: onbedoeld, ongewenst, ongepland of onverwacht?
2. Kan je mij iets vertellen over het moment dat je ontdekte dat je zwanger was?  
*Aanwijzingen:* Welke gedachten gingen er door je heen? Hoe zag je levenssituatie er op dat moment uit?
3. Hoe ervaarde jij het om ongewenst (GEBRUIK TERM DIE DE VROUW Kiest) zwanger te zijn?
4. Kan je mij vertellen hoe het was om een keuze te maken? Zijn er momenten die jij je nog kan herinneren en wil je dit zo gedetailleerd mogelijk vertellen?  
*Aanwijzingen:* Wat ervaarde je? Kan je beschrijven hoe je lichaam voelde? Welke emoties ervaarde jij daarbij? Welke gedachten gingen er door je heen?

**Toepassing voor de praktijk:**

- Hoe zou je willen dat er wordt gedacht over het afbreken van een ongewenste zwangerschap?
- Hoe zou je willen dat er wordt gedacht over het uitdragen van een ongewenste zwangerschap?

**Afsluiting:**

- Hoe vond je het om hierover te spreken?
- Wijzen op aanbod nazorg!
- Vervolg bespreken: uittypen en opsturen.
- Deelnemer bedanken voor deelname aan het onderzoek.

## Bijlage 5. Data-analyse voorbeelden

Opkomende thema's (stap 3)	Thema's (stap 4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levenssituatie: 23/24 tijdens zwangerschap/geboorte</li> <li>- 5 jaar geleden</li> <li>- Levenssituatie: zwangerschap ongepland midden in studie</li> <li>- Ongepland</li> <li>- Kind welkom, maar geen handige situatie om een kind te krijgen.</li> <li>- Levenssituatie: afstudeerstage in buitenland</li> <li>- Ontdekken zwangerschap: voelde beetje gek en niks meer snappen.</li> <li>- Ontdekken zwangerschap: eerste reactie NIET dit gaat het worden</li> <li>- Ontdekken zwangerschap: menstruatie bleef uit, gevoel dat er iets niet klopt.</li> <li>- Ontdekken zwangerschap: even stil staan en niet weten wat te denken/doen.</li> <li>- Echo aan het kijken: wat moet je doen?</li> <li>- Ontdekken zwangerschap bij 13/14 weken</li> <li>- Levenssituatie: participant is niet meer in relatie met vader van kind.</li> <li>- Partner in shock bij ontdekken zwangerschap. Wist niet goed wat hij ermee moest.</li> <li>- Even voor zichzelf houden en bedenken wat ze wilde met zwangerschap</li> <li>- Partner deelde het al met familieleden, terwijl participant nog niet wist wat ze ermee wilde.</li> <li>- Ongepland zwanger zijn voelde raar, beetje onhandig/dom.</li> <li>- Op school met een buik dan krijgt iedereen vooroordelen en gaan dingen verzinnen</li> <li>- Een oordeel over zichzelf</li> <li>- Keuze accepteren</li> <li>- Geen fout gemaakt gebruikte anticonceptie</li> <li>- Mensen die je het gevoel geven dat je iets fout hebt gedaan</li> <li>- Blijven reflecteren op positieve reactie familie dan een positieve ervaring.</li> <li>- Gevoel iets verkeerd te doen, maar niet weten wat.</li> <li>- Gevoel van een oordeel van klasgenoten</li> </ul>	<p><b>Ondanks niet ideale omstandigheden: gewenst!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kind welkom, maar geen handige situatie om een kind te krijgen.</li> <li>- Ontdekken zwangerschap: eerste reactie NIET dit gaat het worden</li> <li>- Ongepland zwanger zijn voelde raar, beetje onhandig/dom.</li> <li>- Een oordeel over zichzelf</li> <li>- Ongepland zwanger zijn voelde raar, beetje onhandig/dom.</li> <li>- Blij dat dochter er is. Dankbaar voor de steun.</li> <li>- Blij dat kinderen er zijn</li> <li>- Niet gepland, wel gewenst.</li> </ul> <p><b>Gevoel iets fout gedaan te hebben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen fout gemaakt gebruikte anticonceptie</li> <li>- Mensen die je het gevoel geven dat je iets fout hebt gedaan</li> <li>- Op school met een buik dan krijgt iedereen vooroordelen en gaan dingen verzinnen</li> <li>- Gevoel iets verkeerd te doen, maar niet weten wat.</li> <li>- Gevoel van een oordeel van klasgenoten</li> </ul> <p><b>Een moment van stilstaan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontdekken zwangerschap: voelde beetje gek en niks meer snappen.</li> <li>- Ontdekken zwangerschap: menstruatie bleef uit, gevoel dat er iets niet klopt.</li> <li>- Ontdekken zwangerschap: even stil staan en niet weten wat te denken/doen.</li> <li>- Echo aan het kijken: wat moet je doen?</li> <li>- Partner in shock bij ontdekken zwangerschap. Wist niet goed wat hij ermee moest.</li> <li>- Even voor zichzelf houden en bedenken wat ze wilde met zwangerschap</li> </ul> <p><b>Een proces van acceptatie voor zowel zichzelf als omgeving</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keuze accepteren</li> <li>- Blijven reflecteren op positieve reactie familie dan een positieve ervaring.</li> <li>- Ouders/zus eerst niet positief over zwangerschap</li> <li>- Situatie accepteren en kijken hoe het loopt.</li> </ul>

- Ouders/zus eerst niet positief over zwangerschap
- Keuze gemaakt, omdat termijn voorbij was.
- Keuze tussen houden of afstaan
- Kon niet meer voor abortus kiezen
- Zwangerschap doorzetten en dan houden of wegdoen.
- Keuze om te voldragen dan is het mijn kind en ga ik het houden.
- Alles doormaken (uitgezeten/gevoeld /meegekregen) dan is het mijn kind en is weggeven geen optie.
- Zwangerschap: rustig en goed ervaren.
- Stage kon worden aangepast en dat maakt het makkelijker om door te zetten.
- School reageerde positief en hierdoor ging L. zelf ook anders naar zwangerschap kijken.
- Situatie accepteren en kijken hoe het loopt.
- Ik leef mijn eigen leven en trekt zich niks aan van mensen die een oordeel hebben, kennen mijn verhaal niet.
- Andere zwangerschap was anders, want gepland en had steun van partner.
- Blij dat dochter er is. Dankbaar voor de steun.
- Vader was op het moment dat baby er was niet beschikbaar voor steun/zorg.
- Steun ouders/zussen
- Blij dat kinderen er zijn
- Andere zwangerschap andere uitdaging (werk zoeken)
- Zus heeft ondersteund in de zorg en hierdoor een speciale band met het kind.
- Vriend bij geboorte en eerste nachten aanwezig. Was teveel en hierna zorg overgedragen aan zus.
- Zus heeft ondersteund in de zorg. Boos op vriend.
- Wisselend in emotie gedrag toenmalige vriend. Enerzijds begrip anderzijds boosheid.
- Begrip over invloed gebroken nachten op werk. Tegenstrijdig dat vriend dit wel van zus verwachtte met een stage.
- Denken over zwangerschap: stoppen met vooroordelen.
- Denken over ongeplande zwangerschap: ga in gesprek met iemand die zwanger is.

- Ik leef mijn eigen leven en trekt zich niks aan van mensen die een oordeel hebben, kennen mijn verhaal niet.

**Gevoel dat weggeven geen optie is na het voldragen (doorleven) van een zwangerschap// Na het voldragen is en blijft het mijn kind**

- Keuze gemaakt, omdat termijn voorbij was.
- Keuze tussen houden of afstaan
- Kon niet meer voor abortus kiezen
- Zwangerschap doorzetten en dan houden of wegdoen.
- Keuze om te voldragen dan is het mijn kind en ga ik het houden.
- Alles doormaken (uitgezeten/gevoeld /meegekregen) dan is het mijn kind en is weggeven geen optie.

**De keuze in emotie gemaakt, achteraf gezien mogelijk een andere keuze gemaakt als deze gebaseerd was op ratio. Tegelijk is het kind gewenst. [tegenstrijdigheid]**

- Kon op moment ontdekken zwangerschap niet rationeel nadenken. Met rationeel denken misschien een andere keuze gemaakt.
- Keuze in emotie gemaakt.
- Met de ervaringskennis van nu toen mogelijk een andere keuze gemaakt.

**Ervaren steun en het ontbreken daarvan**

- Vader was op het moment dat baby er was niet beschikbaar voor steun/zorg.
- Steun ouders/zussen
- Zus heeft ondersteund in de zorg en hierdoor een speciale band met het kind.
- Stage kon worden aangepast en dat maakt het makkelijker om door te zetten.
- School reageerde positief en hierdoor ging L. zelf ook anders naar zwangerschap kijken.
- Vriend bij geboorte en eerste nachten aanwezig. Was teveel en hierna zorg overgedragen aan zus.
- Zus heeft ondersteund in de zorg. Boos op vriend.
- Wisselend in emotie gedrag toenmalige vriend. Enerzijds begrip anderzijds boosheid.
- Begrip over invloed gebroken nachten op werk. Tegenstrijdig dat vriend dit wel van zus verwachtte met een stage.

**Denken over een ongeplande zwangerschap**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesprek aangaan om de keuze van de ander te begrijpen</li> <li>- Gesprek aangaan om de keuze van de ander te begrijpen</li> <li>- Niet gepland, wel gewenst.</li> <li>- Kon op moment ontdekken zwangerschap niet rationeel nadenken. Met rationeel denken misschien een andere keuze gemaakt.</li> <li>- Keuze in emotie gemaakt.</li> <li>- Met de ervaringskennis van nu toen mogelijk een andere keuze gemaakt.</li> <li>- Geen vorm van relatie ervaren bij eerste echo. Verdriet hoe ze dit had kunnen missen.</li> <li>- Horen van geslacht, namen bedenken en dan bouwen aan een relatie met je kindje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Denken over zwangerschap: stoppen met vooroordelen.</li> <li>- Denken over ongeplande zwangerschap: ga in gesprek met iemand die zwanger is.</li> <li>- Gesprek aangaan om de keuze van de ander te begrijpen</li> <li>- Gesprek aangaan om de keuze van de ander te begrijpen</li> </ul> <p><b>Relationeel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen vorm van relatie ervaren bij eerste echo. Verdriet hoe ze dit had kunnen missen.</li> <li>- Horen van geslacht, namen bedenken en dan bouwen aan een relatie met je kindje.</li> <li>- Zus heeft ondersteund in de zorg en hierdoor een speciale band met het kind.</li> </ul>
---	--

<p><b>Opkomende thema's (stap 3)</b></p> <p>Heeft geen kinderwens  Geen sterke emotie bij het zwanger worden  Geen argumenten voor de wens om geen kinderen te krijgen.  Al vanaf begin pubertijd geen kinderwens.  Wens om moeder te worden niet omhooggekomen.  Geen activistisch gevoel</p> <p><i>Zwangerschap was ongewenst.  Zwanger niet ongepland, want niet alles is planbaar in het leven.  Nieuw leven is niet planbaar daar moet je een planning op aanpassen.</i></p> <p><i>Situatie: moeder een jaar voor zwangerschap overleden  Na overlijden moeder geen gestructureerd leven/anticonceptiegebruik</i></p> <p>Levenssituatie was standje overleven</p> <p>Ontdekken zwangerschap: voelde dat aan het lichaam.  Lichamelijke ervaring: bij ontdekking zwangerschap pijnlijke borsten.  Lichamelijke: invloed hormonen  Overgeven aan lichamelijke ervaring om het te verwerken.</p>	<p><b>Thema's (stap 4)</b></p> <p><b>Terminologie over ongewenste zwangerschap</b>  Zwangerschap was ongewenst.  Zwanger niet ongepland, want niet alles is planbaar in het leven.  Nieuw leven is niet planbaar daar moet je een planning op aanpassen.</p> <p><b>LEVENSITUATIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zat in rouwproces vanwege overlijden moeder.</li> <li>- Situatie: moeder een jaar voor zwangerschap overleden</li> <li>- Na overlijden moeder geen gestructureerd leven/anticonceptiegebruik</li> <li>- Levenssituatie intensief en wilde periode</li> <li>- Levensstijl niet volgehouden.</li> <li>- Daarna landen in gevoel.</li> </ul> <p>Ontbreken van een kinderwens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heeft geen kinderwens</li> <li>- Geen argumenten voor de wens om geen kinderen te krijgen.</li> <li>- Al vanaf begin pubertijd geen kinderwens.</li> <li>- Wens om moeder te worden niet omhooggekomen.</li> <li>- Geen activistisch gevoel</li> </ul>
--	---

Vooraf niet verwacht.

Zakelijk keuze maken om zwangerschap af te breken

Partner heeft zich gevoegd naar keuze van deelnemer.

Partner heeft nog keuze gegeven om het te houden

Keuze niet hoeven verantwoorden in kliniek

Iets wat je moet doen om overeind te blijven in het leven

Overleven.

Zat in rouwproces vanwege overlijden moeder.

Levenssituatie intensief en wilde periode

Levensstijl niet volgehouden.

Daarna Landen in gevoel.

Emotionele huishouding

Uitschakelen van emoties

Beslissing niet gebaseerd op emotie

Geen levendige herinnering aan bedenker mijn

Termijn geaccepteerd

Haast om dit achter de rug te hebben

Hoe sneller hoe minder het beëindigen van het leven van een mens

Eerder beëindigen een verschil voor eigen oordeel

Eerder zwangerschap beëindigen hoe moreel juist

Eerder beëindigen als teken van oplettendheid

Besproken met vrienden.

Niet besproken met vader

Niet besproken met vader past bij relatie.

Vader niet willen belasten hiermee. Zorgzaamheid

Vader niet boos (afwijzend) over keuze

Verschillende gesprekken met vrienden.

Vrienden zagen haar ook als leuke moeder.

Vriendin verbaasd over keuze

In vriendschap ook over verschil van opvatting kunnen spreken

Na abortus terugslag (stemmingsgerelateerd)

Niet voorbereid op ervaring

Naïef

- Heeft geen argument voor het ontbreken van kinderwens
- Verzet tegen het niet bevragen van kinderwens.

Lichamelijkheid

- Ontdekken zwangerschap: voelde dat aan het lichaam.
- Lichamelijke ervaring: bij ontdekking zwangerschap pijnlijke borsten.
- Lichamelijkheid: invloed hormonen
- Overgeven aan lichamelijke ervaring om het te verwerken.
- Vooraf niet verwacht
- Geen sterke emotie bij het zwanger worden
- Onzeker door de lichamelijke verandering

Een rationele zakelijke keuze om te overleven

- Zakelijk keuze maken om zwangerschap af te breken
- Partner heeft zich gevoegd naar keuze van deelnemer.
- Iets wat je moet doen om overeind te blijven in het leven
- Overleven.
- Uitschakelen van emoties
- Beslissing niet gebaseerd op emotie
- Levenssituatie was standje overleven
- Zekerheid over de keuze
- Geen twijfel
- Niet veel meer gedacht over ervaring
- Geen had - ik – maar

Hoe sneller hoe beter

- Haast om dit achter de rug te hebben
- Hoe sneller hoe minder het beëindigen van het leven van een mens
- Eerder beëindigen een verschil voor eigen oordeel
- Eerder zwangerschap beëindigen hoe moreel juist
- Eerder beëindigen als teken van oplettendheid
- Zo snel mogelijk willen afbreken
- Zo snel mogelijk willen afbreken



Onverwacht onaangename hormonale verschijnselen ervaren

Geen emotionele reactie

Huilbuien niet willen duiden.

Huilbuien goede manier om te uiten.

Geen twijfel

Niet veel meer gedacht over ervaring

Heeft geen argument voor het ontbreken van kinderwens

Verzet tegen het niet bevragen van kinderwens.

Geen had - ik - maar

Zo snel mogelijk willen afbreken

Onzeker door de lichamelijke verandering

Zekerheid over de keuze

Emotie is er vanaf

Bespreken met vrienden, maar niet met vader

- Besproken met vrienden.
- Niet besproken met vader
- Niet besproken met vader past bij relatie.
- Vader niet willen belasten hiermee. Zorgzaamheid
- Vader niet boos (afwijzend) over keuze
- Verschillende gesprekken met vrienden.
- Vrienden zagen haar ook als leuke moeder.
- Vriendin verbaasd over keuze
- In vriendschap ook over verschil van opvatting kunnen spreken

Onvoorbereid op de terugslag na de keuze

- Na abortus terugslag (stemmingsgerelateerd)
- Niet voorbereid op ervaring
- Naïef
- Onverwacht onaangename hormonale verschijnselen ervaren
- Geen emotionele reactie
- Huilbuien niet willen duiden.
- Huilbuien goede manier om te uiten.

## Bijlage 6. Illustratieve fragmenten uit reflexief logboek

### *Fragment: dataverzameling*

Mijn tweede interview vind ik veel minder spanning. Ik neem mijn geleerde lessen mee en kijk uit naar het gesprek. Ik merk direct dat ik een bepaalde connectie ervaar met deze vrouw. Ze is vriendelijk en praat op een fijne manier. Ik durf soms door te vragen en voel tegelijk soms de neiging om haar te stimuleren milder te zijn voor mezelf. Ik vind het oprecht heftig om te horen dat ze vond dat ze het moest voelen. Wellicht dat er vanuit mijn gemeenschap soms ook zo wordt gedacht, maar als iemand dat tegen je zegt komt het binnen. Alsof ongewenst zwanger zijn niet al vervelend genoeg is. Ik vind het heel knap hoe de respondent gedurende het gesprek ook zichzelf durft te bevragen en daarmee soms vragen stelt die ik eigenlijk wilde stellen. Ze neemt mij mee in haar gedachten(spinsels).

### *Fragment: dataverzameling*

Mijn derde interview was met iemand die ik ken vanuit mijn periode dat ik actief was binnen de pro-life beweging. Haar verhaal is daarom bekend voor mij. Ik vond het persoonlijk meer lastig dat zij niks weet over al mijn gedachtenspinsels en het voelt alsof ik haar wellicht met mijn scriptie ook zou kunnen kwetsen. Anderzijds heb ik, net als toen, wel veel bewondering voor keuze. Het interview verliep eigenlijk heel goed. Ze is recent nogmaals moeder geworden en het was mooi hoe het moederschap ook gedurende het gesprek weer zichtbaar was. Ze moest even pauzeren om haar zoontje te halen en was aan het 'moederen' voor de camera.

### *Fragment: dataverzameling*

Mijn allerlaatste interview. Ik ben niet nerveus en heb er vooral eigenlijk veel zin in. Als ik voor de deur sta valt mijn oog op de sticker

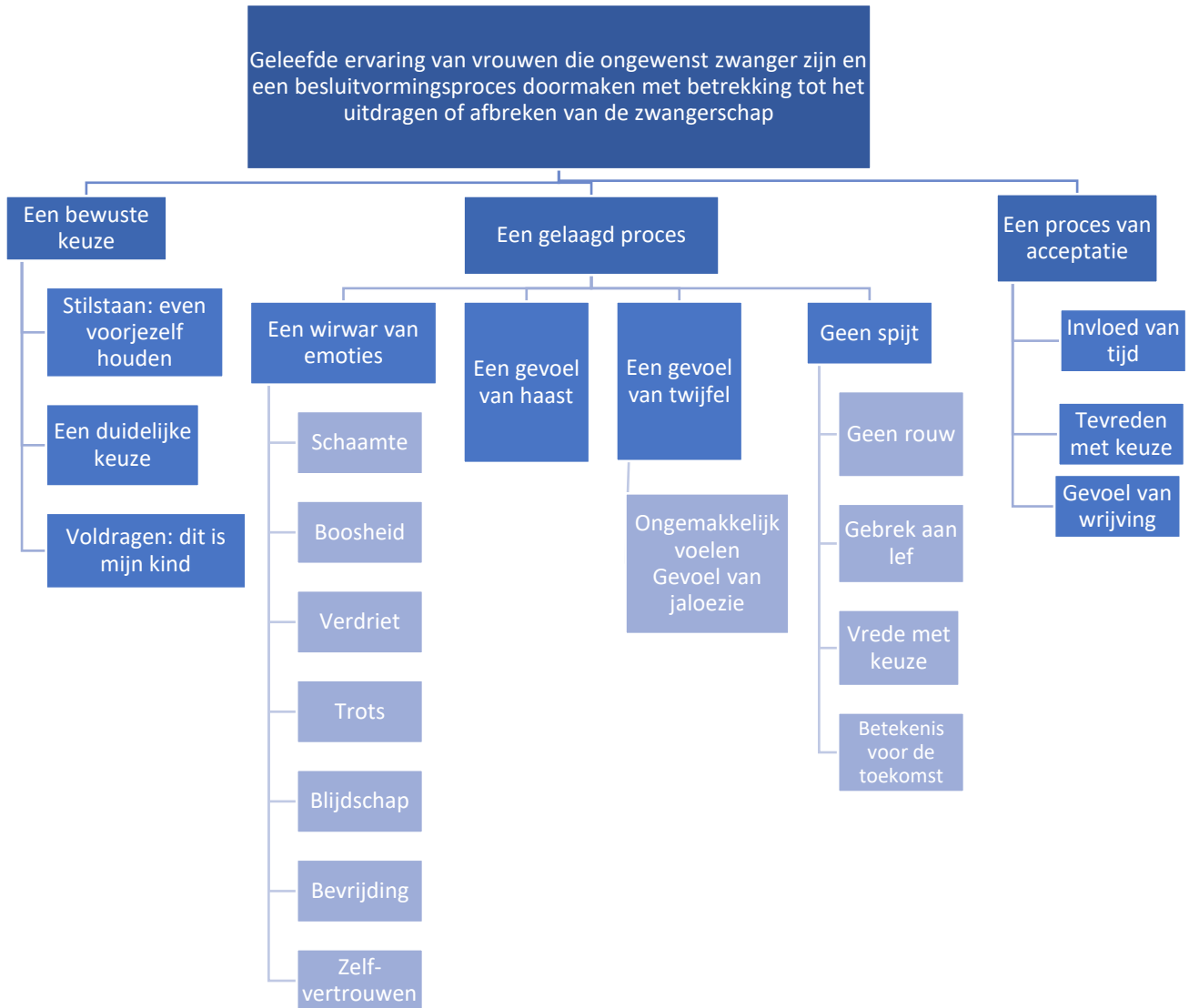
JA: voor de vrije keuze

NEE: tegen anti-abortusreclame

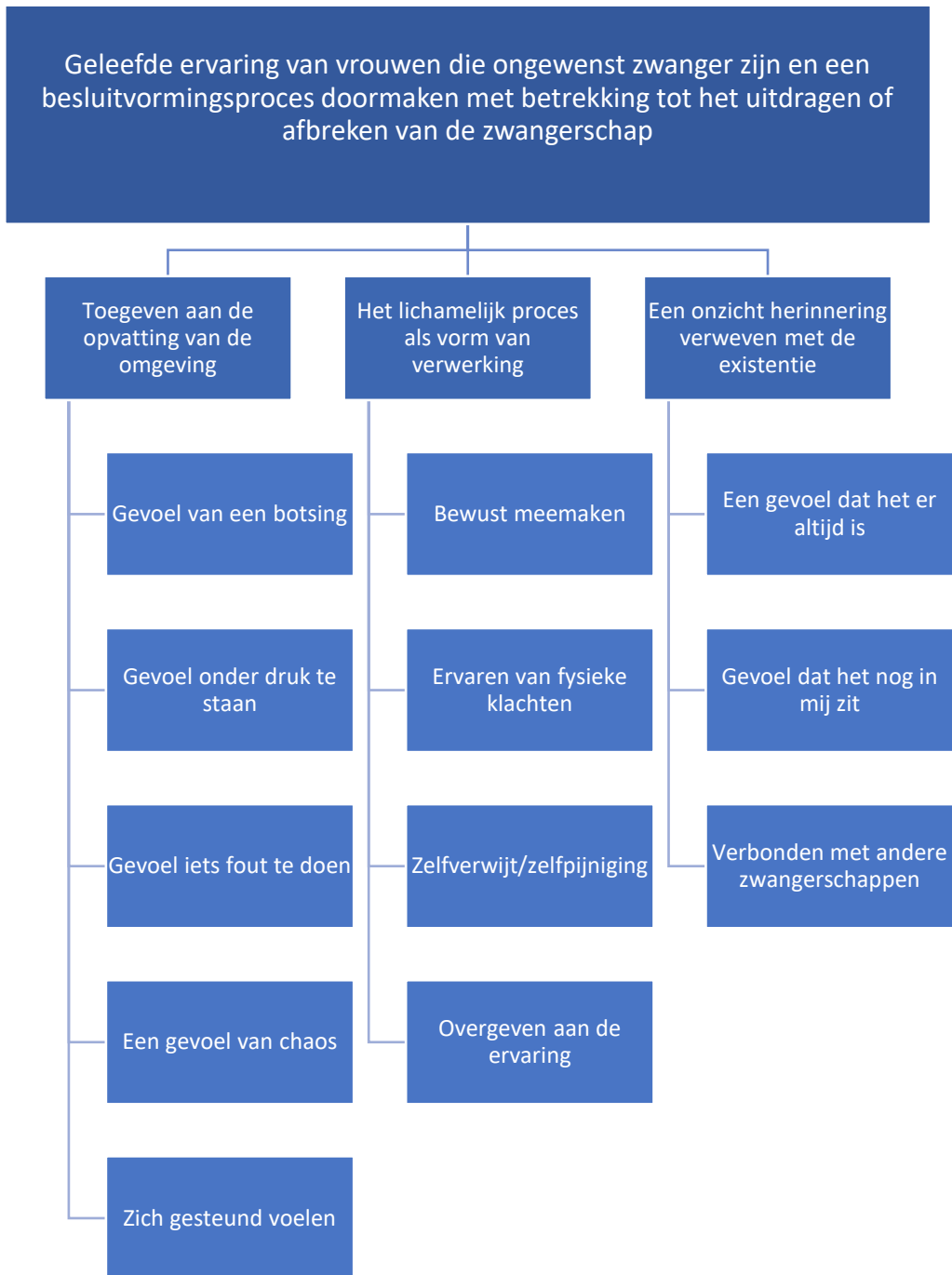
Ik schrik even een beetje en vraag mij af of de deelnemer wel voldoende op de hoogte is van mijn achtergrond. Ik sta al voor de deur en heb de bel al ingedrukt dus er is ook eigenlijk geen weg terug. Het huis is prachtig en helemaal mijn stijl. Ik geniet van het interieur en doe inspiratie op voor mijn eigen interieur. Het gesprek is fijn. Ze heeft de tijd voor mij genomen en vertelt mij uitgebreid over haar ervaring. We hebben een mooi raakvlak als hulpverlener in de zorg en daardoor ook herkenning. In dit interview is het mij bij gebleven dat absoluut geen moeder willen worden ook een reden voor abortus is en dat er echt vrouwen zijn die absoluut geen kind willen. Ik kom ze niet/nauwelijks tegen, maar daarom juist heel interessant om is met iemand te spreken die zo'n ervaring heeft. Bij het analyseren valt het op dat ik wel regelmatig hierover heb doorggevraagd, omdat het blijkbaar best ver van mij afstaat. Ze reageerde begripvol hierop en leek het niet als storend te ervaren.

## Bijlage 7. Codeboom 'geleefde ervaring' (fenomenologisch onderzoek)

### Deel 1.



Bijlage 7. Codeboom 'geleefde ervaring' (fenomenologisch onderzoek)  
Deel 2.



## Bijlage 8. Aanbevelingen van de deelnemers

### Hoe wensen de deelnemers dat er wordt gedacht over het afbreken of voldragen van een ongewenste zwangerschap?

Gedurende het gesprek vroeg ik aan het einde aan iedere vrouw hoe zij wenst dat er wordt gedacht over het afbreken of voldragen van een ongewenste zwangerschap.

#### Aanbevelingen van de deelnemers die ervoor hebben gekozen om hun ongewenste zwangerschap af te breken

##### **Eva:**

- Spreek erover in termen van radicale zelfbeschikking;
- De abortuspil moet beschikbaar zijn bij de apotheek zonder interventie van een medisch professional;
- We moeten het afbreken van een zwangerschap meer normaliseren en het gewicht eraf halen;
- Verander het narratief, omdat dit maakt dat we abortus nog steeds behandelen als taboe.
  - o Door de focus op preventie
  - o Doordat abortus nog is opgenomen in het wetboek van strafrecht
  - o Door het beeld wat er bestaat dat losbandige vrouwen een abortus ondergaan, terwijl het vaak vrouwen zijn die al moeder zijn.

##### **Thessa:**

- Geef niet direct een oordeel;
- Zet vrouwen die gebruik maken van een abortus niet weg als slachtoffers;
- Leg de focus op de regie van de vrouw.

*Maar de focus zou ik veel meer willen hebben op het stukje regie. Dus niet alleen als je in een helemaal benarde situatie zit dan is het [abortus, red.] een fijne uitkomst, want ik denk dat je daardoor als kwetsbaar en in de slachtofferrol geframed wordt. Terwijl gek genoeg. Tenminste ik heb dat als verrassend ervaren ik het ook best nog wel een beetje bekrachtigend ervaarde. Ik kijk er niet alleen negatief op terug.*

##### **Fleur:**

- Laat iedereen een eigen keuze maken;
- Laat iedereen in zijn waarde;
- In ons denken ook bewust zijn dat er een taboe ligt op het uitdragen van een ongewenste zwangerschap.

### Karlijn:

- Zelfbeschikkingsrecht over het eigen lichaam is belangrijk;
- In het denken ook belangrijk om na te gaan in hoeverre een eigen keuze ook echt een vrije keuze is? Vanwege de voorwaarden die worden gesteld aan het zijn van moeder (financieel, cognitief, emotioneel etc.) Deze voorwaarden zijn waarden geladen in onze samenleving.

*Daar heb ik dus mijn vragen bij, want als je de mogelijkheid hebt om een zwangerschap af te breken en dat is zo ingericht in de samenleving dat dat dus kan. Waar ik dus volledig voor ben. De schaduwkant is wel dat het[een abortus, red.] dan ook heel snel als eerste optie.*

- Oordeel niet over de keuze van de ander
  - o Als voorbeeld noemt Karlijn een situatie die zij op haar werk [jeugdhulpverlening: jongeren met een licht verstandelijke beperking of psychische problematiek] meemaakte.

De jongeren waar ik mee te maken heb die denken ook vaak: God ik kan moeilijk mijn toekomstplannen. Dus scholing is voor hen ook vaak lastig. Dus het is of laagbetaald werken, maar als ik moeder wordt dan heb ik een professie. Dan krijg ik met huursubsidie een huis. Dat is vaak de praktische kant. De pragmatische kant van de jongeren. Daar heb je dan met zijn allen een oordeel over.

- Laat hulp zich erop richten dat iedere vrouw in vrijheid een keuze kan maken.
  - o Als voorbeeld in het werk van Karlijn. Kregen de vrouwen wel hulp gericht op het moederschap, maar geen behandeling voor hun eigen problematiek. Laat behandeling zich dus richten op de ontwikkeling van de vrouw en de ontwikkeling van de vrouw als moeder.

### Aanbevelingen van de deelnemers die ervoor hebben gekozen om hun ongewenste zwangerschap te voldragen

#### Roos:

- Het voldragen van een ongewenste zwangerschap moet gezien worden als *women empowerment*

*Als echte women empowerment. Dat ondanks de omstandigheden niet ideaal zijn of zoals het perfecte plaatje de vrouw ervoor kiest om haar zwangerschap te voldragen. Het moet gezien worden als iets sterks en krachtigs in plaats van het beste idee is dat de vrouw kiest voor abortus en dat empowerment is. Dat ze dan kiest voor zichzelf en daarom is het goed. Het zou juist andersom moeten zijn naar mijn mening.*

**Anne:**

- Stop met vooroordelen over iemand die zwanger is;
- Ga in gesprek met iemand die ongewenst zwanger is geweest;
- Ga in gesprek met de ander om de keuze te begrijpen.

*Dat je leuk met je Tweede Kamer een debat een debat gaat voeren over ongeplande/ongewenste zwangerschappen prima, maar heb je er zelf ervaringen mee? Ga het gesprek aan met mensen. Ga kijken waarom mensen bepaalde dingen doen en vinden.*

## Bijlage 9: Datamanagementplan

<b>1</b>	<b>Administratieve informatie</b>	
1.a	Werktitel Ma-thesis, student, begeleider, meezeer, eventuele externe opdrachtgever(s), datum van dit plan en van eerdere versies	Zie voorblad
1.b	Wie is de eerstverantwoordelijke voor het datamanagement?	Willeke Hoogendoorn Inge van Nistelrooij
<b>2</b>	<b>Beschrijving van de data</b>	
2.a	Worden bestaande data hergebruikt of nieuwe data gegenereerd?	Nieuwe data
2.b	Om welke soort(en) data gaat het; omvang van de bestanden; groeitempo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persoonlijke gegevens</li> <li>- Interviewdata in de vorm van audio-opname (mp3)</li> <li>- Transcripties</li> <li>- Sleutelbestand.</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Standaarden en metadata, ofwel alles wat nodig is om de data te vinden en te benutten</b>	
3.a	Welke metadatastandaarden worden gebruikt ( <i>vindbaarheid</i> )?	
3.b	Welke coderingen e.d. worden gebruikt die toekomstige koppeling met andere data mogelijk maken ( <i>duiding, interoperabiliteit</i> )?	N.v.t.
3.c	Welke software en eventueel hardware wordt er gebruikt ( <i>duiding, bruikbaarheid</i> )?	MP3 Microsoft Word Dictafoon (via telefoon)
3.d	Wat wordt er gedocumenteerd en bewaard om replicatie mogelijk te maken? Wat zijn de afspraken als betrokkenen (voortijdig) vertrekken?	Vragenlijst, codeerschema. Bij vertrek wordt overlegd met de betrokkenen wat met de data mag worden gedaan.
<b>4</b>	<b>Ethisch en juridisch</b>	
4.a	Hoe wordt bij het verwerven of genereren van de data de hiervoor eventueel benodigde toestemming verkregen van dataleverancier/ proefpersonen/ ...? Welke beperkingen gelden er eventueel tijdens het onderzoek?	Informed consent formulieren  Exclusiecriteria zijn: onvoldoende beheersen Nederlandse taal of psychische problematiek.
4.b	Hoe worden gevoelige gegevens beschermd tijdens en na het project?	Veilige opslag Geanonimiseerd verwerken van data
4.c	Zijn de data na het project – eventueel na een embargo-periode – als Open Access beschikbaar? Zo nee, welke voorwaarden gelden er?	Mogelijk kan de data beschikbaar gesteld worden voor eigen onderzoek van Inge van Nistelrooij.



		Bij gebruik van de data voor verder onderzoek, zal expliciet toestemming gevraagd worden.
<b>5</b>	<b>Opslag en archivering</b>	
5.a	Hoe wordt voldoende opslag- en back-upcapaciteit tijdens het project geregeld, inclusief versiebeheer? Zijn de kosten hiervoor gedekt; zo nee...?	Volgens UvH-protocol opgeslagen op R-schijf
5.b	Waar en hoe lang worden de data na afloop van het project beschikbaar gesteld voor vervolgonderzoek en verificatie? Is dit een <i>Trusted Digital Repository</i> , dus met een internationale certificering? Zo niet, hoe worden de data dan vindbaar ( <i>denk aan metadata en aan persistent identifiers zoals DOI, Handle en URN</i> ) en duurzaam toegankelijk en bruikbaar?	N.v.t.
5.c	Zijn de kosten voor (het voorbereiden van de data voor) archivering gedekt; zo nee...?	UvH: ja

Het invullen van de hierna volgende aanvulling op het DMP is verplicht wanneer mensgebonden onderzoek wordt gedaan waarbij natuurlijke personen in het onderzoek worden betrokken.

## Bijlage 10: Beoordelingschema (onderzoeksvoorstel)

<b>Willeke Hoogendoorn (1037161)</b>	
Thesisbegeleider: Inge van Nistelrooij Tweede Lezer: Alice Schippers	Herkansing: 2 <sup>e</sup> herzien voorstel

<b>PROBLEMATISERING en ONDERZOEKSOPZET</b>	<b>Toelichting</b>
Het titelblad bevat alle benodigde informatie	Ja prima.
De onderzoeksopzet bestaat uit min 1500 - max 2500 woorden	Ja, netjes.
De aanleiding is helder omschreven, inclusief wat de student/e bewogen heeft dit onderwerp te kiezen.	Ja, helder.
Het maatschappelijk probleem is duidelijk verwoord	Ja, helder.
Het wetenschappelijk probleem is duidelijk verwoord	Ja, nu is het goed. Aandachtspunt voor je thesis is dat je helder maakt dat er weinig onderzoek in de Nederlandse context is gedaan. Contexten zijn enorm van invloed, dus een bron uit Ghana geeft echt andere inzichten dan uit Nederland. Dat is o.a. door zorgethiek benadrukt. Laat die nadruk zien en uitkomsten in jouw onderzoek.
De onderzoeksvraag (hoofdvraag) is helder geformuleerd	Ja, helder.
De hoofdvraag is uitgesplitst in (2 tot 4) heldere deelvragen	Ja, goed.
De doelstelling is helder geformuleerd	Helder.
Samenhang: Maatschappelijk probleem, wetenschappelijke probleem, probleemstelling, vraagstelling en deelvragen sluiten op elkaar aan en vloeien logisch uit elkaar voort	Is nu goed uitgewerkt.
Het theoretisch kader is voldoende uitgewerkt, incl. conceptuele verkenning, omschrijving van definities en een conclusie	Ja, voldoende. Let goed op spelling, o.a. van namen. Data is altijd meervoud (zoals ik al eerder aan je aangaf), dus: data zijn / worden/ etc.. Laat eventueel je tekst door ande-

	ren corrigeren op taal- en typfouten; dit is van invloed op de eindbeoordeling.
De methode (dataverzameling, data-analyse, fasering en kwaliteitscriteria) is helder en haalbaar	Ja voldoende. En nu heb je je eigen positie goed verhelderd.
Het datamanagementplan is adequaat ingevuld	Ja.
Er is toestemming van de Ethische Toetsingscommissie	Ja, goed gedaan. Je self-disclosure is passend en heel moedig, omdat je jezelf kwetsbaar opstelt. Tegelijkertijd is het terecht, want ook je participanten zijn kwetsbaar. Dus: in orde en de toestemming wordt bij deze gegeven.
Er is voldoende verwerking van wetenschappelijke literatuur.	Ja.
De literatuurlijst en -verwijzingen voldoen aan de UvH-voorschriften	Ja, maar hij is nog niet volledig. Ik kwam o.a. 'Van Nistelrooij 2020' tegen in de tekst, maar zie deze niet terug (en klopt het jaartal?).
<b>Eindbeoordeling door de examiner</b>	Voldoende

## Bijlage 11. Beoordelingsformulier Master Zorgethiek en Beleid-thesis 2022-2023

Naam student: Willeke Verwoerd - Hoogendoorn

Student nr.: 1037161

Titel masterthesis ZeB: De keuze (bij een ongewenste zwangerschap)

Naam begeleider en examinator: Prof. dr. Inge van Nistelrooij

Naam tweede lezer: Prof. dr. Alice Schippers

Voorstel eindcijfer: 5.5

Datum: 20 juli 2023

	ov	v	rv	g	zg
<b>INHOUDELIJK</b>					
<b>Problematisering:</b> Het maatschappelijk en wetenschappelijk probleem is helder en goed onderbouwd beschreven met voldoende relevante literatuur.					
<b>Probleemstelling:</b> Doelstelling, vraagstelling en evt. deelvragen zijn helder geformuleerd, vloeien logisch uit elkaar voort, zijn goed ingeleid en theoretisch gefundeerd.					
<b>Onderzoekopzet, methoden en technieken:</b> Goede beschrijving van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zoeken en selecteren van relevante en recente literatuur rondom centrale concepten</li> <li>- Gekozen opzet, gehanteerde methoden en technieken voor het empirische onderzoek</li> <li>- Transparantie in onvolkomenheden en hiaten</li> </ul>					
<b>Theoretisch kader:</b> Coherent betoog, heldere uiteenrafeling van concepten, goede referenties naar en kritische verwerking van belangrijkste literatuur. Voldoende nuancering.					
<b>Weergave en analyse van verzamelde data en gegevens:</b> Heldere en systematische presentatie van bevindingen, voortvloeiend uit de vraagstelling. De argumentatie is gefundeerd en overtuigend. Er wordt voldoende ingegaan op voor de hand liggende tegenargumenten. Er worden heldere conclusies getrokken en deze conclusies grijpen terug op de onderzoeksvraag.					
<b>Terugkoppeling naar theorie:</b> De bevindingen worden nadrukkelijk en kritisch in verband gebracht met het gekozen theoretisch kader. Tegenstrijdigheden en hiaten worden uitgewerkt. De nuance wordt opgezocht.					

<p><b>Relevantie zorgethiek:</b></p> <p>Er is sprake van een expliciete uiteenzetting met zorgethische literatuur. Op basis van de bevindingen wordt een voor de zorgethiek relevante argumentatie uiteengezet. De student laat zien zowel te kunnen meedenken als tegendenken en omdenken.</p>					
<p><b>Schrijfstijl:</b></p> <p>De thesis is geschreven in correct Nederlands of Engels en er is op correcte en consequente wijze verwezen naar bronnen.</p>					
<p><b>Vormeisen:</b></p> <p>De scriptie voldoet aan de eisen t.a.v. vormgeving, omvang (15.000 - 25.000 woorden), structuur en leesbaarheid</p>					
<p><b>PROCES (maximaal 0,5 punt van invloed)</b></p>					
<p>De student heeft zelfstandigheid, creativiteit en initiatief getoond in het opzetten en uitvoeren van het onderzoek</p>					
<p>De student heeft feedback adequaat verwerkt</p>					

\***ov** onvoldoende; **v** voldoende; **rv** ruim voldoende; **g** goed; **zg** zeer goed

**NB:** dit formulier vult de student ook zelf in en levert het in bij de definitieve versie van de thesis, samen met de ingevulde checklist (zie 3.1)

**Aanvullende motivering van eindcijfer:**

*(belangrijkste sterke en zwakkere punten van de thesis in maximaal 200 woorden)*

Student	<p>Sterk punt van deze thesis: Het betreft een persoonlijk onderwerp waarbij ik mij als onderzoeker kwetsbaar heb opgesteld. Ik heb mij opengesteld voor de ervaring van de ander! Ik ben er persoonlijk trots op dat ik niet heb opgegeven op momenten waarop het moeilijk was en er nu een eindproduct ligt</p> <p>Zwakker punt van de thesis: Gedurende het proces had ik op sommige momenten beter moet communiceren over mijn plannen en daarin mijn begeleider actiever moeten betrekken.</p> <p>Gedurende het proces had ik soms nauwkeuriger en met meer aandacht moeten werken. Tijdens het schrijven van deze thesis heb ik in mijn privé leven niet stilgestaan (een intensieve baan in de zorg, het plannen van een bruiloft, een nieuwe baan en een verhuizing). Hierdoor ontbrak het soms aan rust en de benodigde concentratie waardoor ik op sommige momenten minder aandacht aan deze thesis heb kunnen besteden dan ik had willen doen en het soms lastiger was om de verdieping aan te brengen in de thesis (met name bij de zorgethische discussie).</p>
-	

Eindoordeel examiner: handtekening	
Eindcijfer:	
in woorden:	
Datum:	