



Traumatische bevallingservaringen – wat kunnen we leren van de ervaringen van vrouwen; een samenvatting van 2 studies



dr. Yvonne Fontein-Kuipers, Diana Koster (1965-2016), Chantal Romijn, Elvira Sakko, Catelijne Stam, Nienke Steenhuis, Daniëlle de Vries, Ilze van Willigen, Verloskunde Academie Rotterdam

Achtergrond

Moeder worden is een significante ervaring in het leven van een vrouw. De bevalling markeert het onomkeerbare punt van zwangerschap naar postpartum en de transitie naar het (weer) moeder worden. Het wordt nagestreefd dat de bevalling fysiek en emotioneel een positieve ervaring is. Desalniettemin houdt één op de vijf vrouwen een negatieve herinnering over aan de bevalling (Rijnders et al., 2008) en één op de negen vrouwen ervaart deze als traumatisch (Stramrood et al., 2011). Traumatische bevallingservaringen hebben een negatieve invloed op de borstvoeding (Henderson et al., 2003), moeder-en kindbinding, de partnerrelatie (Ayers et al., 2006; Skari et al., 2002) en kan leiden tot depressieve en fysieke klachten zoals extreme vermoeidheid en slecht functioneren postpartum (Skari et al., 2002). Traumatische ervaringen

Door verbinding te maken met de traumatische ervaringen van vrouwen, kunnen we als vroedvrouwen mogelijk leren van deze ervaringen en de impact op het leven van vrouwen en hun gezin. Begrijpen wat er precies gebeurt tijdens deze bevallingen kan leiden tot aanbevelingen voor de verloskundige zorg om mogelijk traumatische bevallingservaringen te voorkomen en vrouwen die dit doorgemaakt hebben, beter te begrijpen.

gen leiden zelfs tot uitstel of afstel van een volgende zwangerschap (Gotvall et al., 2009) en/of het verzoek om een primaire sectio caesarea (Nieminen et al., 2009). Door verbinding te maken met de traumatische ervaringen van vrouwen, kunnen we als vroedvrouwen mogelijk leren van deze ervaringen en de impact op het leven van vrouwen en hun gezin. Begrijpen wat er precies gebeurt tijdens deze bevallingen kan leiden tot aanbevelingen voor de verloskundige zorg om mogelijk traumatische bevallingservaringen te voorkomen en vrouwen die dit doorgemaakt hebben, beter te begrijpen.

Methode

In deze kwalitatieve studie, uitgevoerd vanuit een feministisch perspectief, werden 36 vrouwen woonachtig in Nederland gevraagd naar hun belevingen van een door hen ervaren traumatische bevalling. Participanten beoordeelden zelf of zij hun partus als traumatisch hadden ervaren; hier werden geen criteria voor gehanteerd (Beck, 2004). De steekproef bevatte zowel primi- als multipara en de participanten waren >3 maanden geleden (≥ 37 weken zwangerschapsduur) bevallen en <3 jaar, in de eerste of tweede lijn. Vrouwen met foetale of neonatale mortaliteit en met ernstige psychiatrische problematiek werden geëxcludeerd van deelname. De participanten werd gevraagd hun negatieve of traumatische ervaren bevalling in detail te beschrijven; een zogenaamde narratief. Vervolgens werd gevraagd hoe zij hun zorg tijdens de betreffende bevalling hadden ervaren, of ze iets gemist hadden, anders hadden gewild en of zij advies hadden aan zorgverleners om zorg te optimaliseren zodat traumatische bevallingservaringen zo veel mogelijk voorkomen kunnen worden. Vrouwen werden geïnterviewd tussen 12 maart en 15 mei 2016. Er werden geluidsopnames gemaakt van de interviews (na toestemming), deze werden daarna letterlijk uitgeschreven en vervolgens twee keer separaat



geanalyseerd: (i) de narratieven, (ii) de semigestructureerde vragen ten aanzien van zorg. De onderzoekers werden getraind en ondersteund in hun interviewtechniek. Opvallend was dat bij de helft van de participanten de baring was ingeleid. Participanten konden gebruik maken van ondersteuning van een counselor, indien dit nodig was.

Resultaten

Analyse narratieven - ik-gedichten

Allereerst lazen we de narratieven en bepaalden we de essentie van de verhaallijnen. Alle participanten beschreven een storm van emoties aan pijnlijke gedachten, negatieve emoties en schrijnende herinneringen. Het zijn ervaringen die pijn doen en de vrouw diep raken als mens, vrouw, moeder en partner. De bevallingsverhalen bevatten angst, boosheid, gevoelens van verslagenheid, paniek en stress. Vervolgens focusten we op zinnen met 'ik' in combinatie met een werkwoord en gerelateerde woorden aan deze zinnen. We construeerden daardoor per participant een format in de vorm van een gedicht. Deze ik-gedichten werden vervolgens thematisch geanalyseerd. Er ontstonden vier thema's: De reis – beschreef de totaal onverwachte wending van de bevalling naast verwachtingen over de bevalling; 'Ik' in het oog van de storm – beschreef de heftige emoties en herinneringen die met de bevalling geassocieerd waren; De ander – beschreef de interactie of gebrek aan interactie tussen de zorgverlener en de barendende vrouw; De omgeving – beschreef het effect van de sensorische sensaties op de beleving van de baring. Participanten beschreven gevoelens van gebrek aan respect en waardigheid. Zij voelden zich genegeerd door hulpverleners en ervoeren dat zij (en hun bevalling) werden gebagatelliseerd en gekleineerd en zij voelden zich soms zelfs onder druk gezet en gechanteerd. De emoties zijn voor vrouwen op dat moment niet te hanteren, te onderdrukken of te negeren en zijn zo krachtig dat ze alles overstemmend zijn en beladen zijn met enorme negativiteit. Het gevangen zijn in 'de storm van emoties' maakt dat vrouwen tijdens de baring niet meer goed kunnen communiceren over hoe zij zich voelen en wat zij willen en/of voor zichzelf op kunnen komen. Omdat de emoties zo negatief geladen zijn, maakt het moeilijk om voor zichzelf de situatie te nuanceren of de gebeurtenis te compen-

Fragment van één van de 36 I-Poems (narratieven):

*Ik lig daar maar
Ik weet niet meer wat ik moet doen
Ik moet het maar uitzoeken
Ik heb niks te vertellen
Ik wil dit niet
Ik ben een mens, geen nummer
Ik word niet serieus genomen
Ik doe maar wat ze willen
Ik heb geen enkele controle over wat er gebeurt
Ik doe dit nooit weer
Ik kan nog heel kwaad worden
Ik heb nachtmerries, herbelevingen
Ik vergeef het ze nooit*

seren met positieve gedachten – ook postpartum is dat vaak moeilijk/onmogelijk. Een aantal van de participanten hadden hier postpartum dan ook professionele hulp voor gezocht.

Analyse semigestructureerde vragen

Aan de hand van thema's worden ervaringen beschreven. Vervolgens worden op basis van de ervaringen relevante zorg(behoefte) vier thema's beschreven:

Vroedvrouw-geSTUURde zorg: Vrouwen beschreven dat zij geen deel uitmaakten van de besluitvorming rondom interventies of de besluitvorming met betrekking tot keuzes voor interventies. De titel van het thema geeft weer dat er 'één kapitein aan het roer' was: de zorgverlener. Vrouwen voelden zich niet of minimaal geïnformeerd en ervoerden geen eigenaarschap over keuzes die gemaakt werden en/of ervoerden geen respect t.a.v. hun waarden, persoonlijke opvattingen, behoeften en/of verwachtingen. Er werd 'aan hen voorbijgegaan' – als (barendende) vrouw: *ik was slechts een nummer, een baarmoeder*. Zij ervoerden geen zeggenschap of controle over wat er gebeurde, waardoor interventies en beslissingen van de zorgverlener als een totale verrassing, soms als een shock, ervaren werden.

Vervreemding: Een direct effect van het feit dat de 'leiding' bij de zorgverlener lag, was dat vrouwen zich als het ware vervreemd en gedis-tantieerd voelden van hun eigen bevalling, van de bevallingsomgeving en zelfs van hun eigen emoties. Vrouwen misten de ondersteuning om





goed om te gaan met het geboorteprocés. Het gebrek aan eigenaarschap van hun bevalling, gebrek aan informatie over de keuzes die gemaakt werden door zorgverleners ten aanzien van de bevalling, effectueerde in passiviteit en het zich overgeven aan de situatie – omdat het geboorteprocés haar toch al niet meer toebehoorde: *Ze doen maar*. De bevalling veranderde op deze manier in een onpersoonlijke en inhumane gebeurtenis.

Resonantie van de context: Er bleken verschillen in bevallingservaringen te zijn wanneer interventies werden uitgevoerd wanneer er sprake was van een noodsituatie/complicatie of wanneer interventies routinematig werden uitgevoerd. Wanneer er sprake was van een noodsituatie, werden interventies/handelingen nooit benoemd als een reden van de traumatische bevalling; het was dan het trauma (complicatie) zelf dat het subjectieve trauma veroorzaakte. Bij routinematig uitgevoerde interventies/handelingen waarbij de vrouw ervaarde dat de aandacht primair op de interventies was, maakte het dat de vrouw zich als ‘op een lopende band’ voelde, waarbij humaniteit en oprechte interesse in de individuele vrouw ontbrak. In beide gevallen (wel/geen complicaties) was er sprake van gebrek aan transparantie over wat er gaande was, wat onzekerheid en angst veroorzaakten. Wanneer interventies en/of handelingen gehaast werden verricht, veroorzaakte dit vaak meer (onnodige) angst. Vrouwen waren dan erg gefocust op non-verbale communicatie van de zorgverlener. Dit versterkte dan vaak de reeds aanwezige onrust en stress en veroorzaakte een neerwaartse spiraal van emoties.

Discrepanties: Alle participanten gaven aan dat de bevalling totaal anders was verlopen dan gedacht/verwacht. Zij waren niet bedacht op de enorme discrepantie tussen wens en werkelijkheid. Discrepancies tussen de verwachtingen

en de realiteit van de vrouw zelf (wat wil ik en wat gebeurt er nu werkelijk) en discrepanties tussen de verwachtingen van de vrouw hoe haar bevalling op dat moment verloopt en die van de hulpverlener, veroorzaken interpersoonlijke conflicten – een conflict en/of dilemma in de vrouw. Een intern proces dat niet altijd zichtbaar gemaakt wordt aan de hulpverlener of niet gesignaleerd wordt door de hulpverlener. De gevolgen uiteten zich postpartum op emotioneel gebied in de vorm van verdriet, rouw, depressieve gevoelens, afbreuk aan zelfvertrouwen, onzekerheid en geen grip kunnen krijgen op wat er gebeurd is.

Discussie

De resultaten laten zien dat informed-consent niet een routinehandeling is van zorgverleners. Zorgverleners zouden veel bewuster moeten zijn over hoe zij communiceren; hoe zij iets uitleggen, een dialoog voeren, de vrouw informeren en betrekken en ondersteunen in keuzes. Medemenselijkheid is een kernbegrip dat altijd gehanteerd zou moeten worden, waarbij aandacht is voor de ervaringen en waarden van de vrouw en de betekenis, behoeften en waarden die iedere individuele vrouw heeft met betrekking tot besluitvorming over haar eigen bevalling (Fontein-Kuipers et al., 2018). Zorgverleners zouden bewust continue en consistent moeten checken of en hoe zij iedere keer maar weer, structureel de vrouw bij haar eigen bevalling betrekken; stapsgewijs informatie/uitleg geven. Bedenken hoe een protocol eventueel aangepast kan worden aan de vrouw in plaats van de vrouw aan het protocol en reflecteren op compassie en medemenselijk gedrag. Het bleek dat vrouwen sensorisch erg sensitief zijn tijdens de baring. Zo beschreven de participanten erg gevoelig te zijn voor geluiden in de bevallingsomgeving, zoals CTG, telefoons, stemmen, deuren.... Deze sensorische sensaties versterkten de negatieve subjectieve bevallingservaring. De zorgverlener zal zich hier bewust van moeten zijn, met oog op zichzelf (verbaal/non-verbaal) als op de bevallingsomgeving. Verbale communicatie kan hier ontzettend bij helpen: uitleggen wat er gebeurt en wat er gedaan wordt of gaat worden en waarom, maar ook simpelweg: let op de bevallingsomgeving: licht, geluid, omgeving. Wanneer er sprake was van een paradox van de beleving van de bevalling tussen de vrouw en de vroedvrouw, veroorzaakte dit dat de vrouw zich ‘in de steek gelaten’ voelde en

Medemenselijkheid is een kernbegrip dat altijd gehanteerd zou moeten worden, waarbij aandacht is voor de ervaringen en waarden van de vrouw en de betekenis, behoeften en waarden die iedere individuele vrouw heeft met betrekking tot besluitvorming over haar eigen bevalling.



zich dan emotioneel distantieerde van de zorgverlener. Het is belangrijk dat de hulpverlener in gesprek blijft met de vrouw en contact blijft houden. Praat over wat de betekenis is voor de vrouw van bijvoorbeeld minder ontsluiting dan verwacht of bijvoorbeeld het feit dat de bevalling in een sectio eindigt, of ze begrijpt waarom dit gebeurt, hoe ze hiermee om wil gaan, hoe ze verder wil, wat voor haar in die situatie belangrijk is, wat precies tegenvalt of anders gaat dan verwacht en hoe de vrouw ondersteund kan/wil worden om (mogelijk) haar plannen en verwachtingen bij te stellen (Berg, 2005; Berg et al., 2012). Met andere woorden: de hulpverlener zal de vrouw moeten ondersteunen om met een tegenslag om te gaan of met een (onverwachte) wending van de bevalling.

De auteurs zijn er zich van bewust dat de resultaten beperkt transformeerbaar zijn, gezien de populatie slechts Nederlandse vrouwen bevatten. De situatie rondom de bevalling kan anders zijn in andere populaties, gezondheidszorg settings en/of landen. Mogelijk hebben we een selecte groep participanten aangetrokken met sterke overtuigingen en zijn mogelijk vrouwen die geen behoefte hebben hun ervaringen te delen voor wetenschappelijk onderzoek gemist. Toch geven de resultaten een sterke boodschap naar zorgverleners die betrokken zijn in de zorg voor barende vrouwen.

Conclusie

Het is geen hogere wiskunde: simpelweg echt luisteren, zich verdiepen in de mens/vrouw die aan het bevallen is, wat belangrijk is voor haar en dat de hulpverlener met de vrouw in contact blijft en een samenwerkingsrelatie aangaat/heeft met haar. De hulpverlener moet zich bewust zijn van haar/zijn eigen bereidwilligheid dit te willen en/of eigen mogelijkheden dit te kunnen. Relationale vaardigheden zijn extreem belangrijk en reflectie hierop dus ook. Een hulpverlener dient zich echt bewust te zijn van de eigen communicatieve vaardigheden, non-verbale communicatie (houding, lichaamstaal, gebaren, mimiek) maar ook van de bevallingsomgeving (geluiden). Een hulpverlener dient moeite te doen om de vrouw te laten participeren in haar eigen bevalling. Het is daarom belangrijk dat hulpverleners reflecteren over hoe zij denken over de samenwerkingsrelatie met de vrouw, over hun attitude t.a.v. keuzevermogen, communicatie en coaching en of zij net zoveel waarde hechten aan de individuele erva-

Een hulpverlener dient bewust te zijn van de eigen communicatieve vaardigheden, non-verbale communicatie, maar ook van de bevallingsomgeving. Een hulpverlener dient moeite te doen om de vrouw te laten participeren in haar eigen bevalling.

ring van de vrouw als aan geboorte uitkomsten. Indien zij slechts gefocust zijn op gezondheidsuitkomsten gaan zij immers voorbij aan de persoon/vrouw die bevalt.

De studies maakten deel uit van een afstudeerproject van zes vierde jaar verloskunde studenten Verloskunde Academie Rotterdam (VAR). We zijn enorm blij dat Diana Koster haar waardevolle bijdrage heeft kunnen leveren aan dit project. Beide onderstaande publicaties zijn postuum aan haar opgedragen. Op basis van de interviews heeft de VAR een Nederlandstalige en Engelstalige voorlichtingsanimatie "She will always remember" gemaakt om hulpverleners te laten delen in de ervaring van de vrouw ten tijde van de negatieve/traumatische bevallingservaring. De originele artikelen van deze samenvatting zijn:

- Fontein-Kuipers, Y., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., Steenhuis, N., de Vries, D., van Willigen, I., Koster, D. (2018). Women's traumatic childbirth experiences: Reflections and implications for practice. *OA Journal of Pregnancy and Child Care*; 1(1).
- Fontein-Kuipers, Y., Koster, D., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., de Vries, D., van Willigen, I. (2018). I-Poems - Listening to the voices of women with a traumatic birth experience. *Journal of Psychology and Cognition*; 3(2):29-36.

Referenties

- Ayers, S., Eagle, A. & Waring, H. (2006). The effects of childbirth related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychol Health Med*, 11:389-98.

Dit artikel is opgedragen aan Diana Koster †(1965-2016), auteur van de boeken: 'Perfecte moeders bestaan niet' en 'Perfecte bevallingen bestaan niet'.





- Beck, T.C. (2004). Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53, 381-390.
- Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: Genuine caring in caring for the genuine. *J Perinat Educ*, 14: 9-21.
- Berg, M., Ólafsdóttir, O.A. & Lundgren, I. (2012) A midwifery model of woman-centred care – in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3: 9-87.
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R. & van Staa, A. (2018). Woman-centred care 2.0. – bringing the concept into focus. *Eur J Midwifery*, 2: 1-12.
- Gotvall, K., Stephansson, O. & Ryding, E.L. (2009) Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - A cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88:807-13.
- Henderson, J.J., Evans, S.F., Straton, J.A.Y., Priest, S.R. & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30:175-80.
- Nieminen, K., Stephansson, O. & Ryding, E.L. (2009) Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - A cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88:807-13.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J. et al. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35, 106-117.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U.F., Dalholt, M., Ostensen, A.B., Egeland, T. et al. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth - A prospective population-based study of mothers and fathers. *Int J Obstet Gynaecol*, 109:1154-63.
- Stramrood, C.A., Paarlberg, K.M., Huis in 't Veld, E.M.J., Berger, L.W., Vingerhoets, A.J., Schultz, W.C. et al. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike and hospital settings. *J Psychosom Obstetric Gynecol*, 32:88-97.



Warmathon Music For Life

In kader van Music For Life riepen we vroedvrouwen op om gezamenlijk te lopen tijdens de verschillende Warmathons voor het goede doel "De Verdwaalde Ooievaar". In totaal liepen 54 vroedvrouwen (en vrienden of familie) voor onze actie. Dit bracht €310 op. De VBOV vzw deed daar nog een schepje bovenop en betaalde €10 extra per deelnemer, hierdoor konden we €540 extra storten. Daarnaast verkochten we nog extra VBOV-materiaal en hesjes.

Vroedvrouwen die deelnamen kregen een 'Midwives for live' fluo hesje, om de vroedvrouw extra in de kijker te zetten. We delen graag enkele sfeerbeelden. We willen jullie nog eens van harte danken voor jullie deelname.

Vele andere vroedvrouwen organiseerden los van de warmathons nog fijne acties. Het is meer dan duidelijk dat vroedvrouwen een warm hart dragen! Bedankt voor al jullie enthousiasme en bijdragen.