

Abstract

Titel: Baringspijn natuurlijk?! Het effect van de vroedkundige begeleiding op de beleving van baringspijn

Auteurs: Katoesjka Behaeghel
Marjolein Demeyere

Opleiding: Bachelor in de Vroedkunde

Promotoren: Mevr. Rita Devriendt, docente vroedkunde KHBO Brugge
Mevr. Mia Slabbinck, zelfstandige vroedvrouw 'Eb en Vloed' Torhout

Inleiding: Als toekomstige vroedvrouwen verdiepen we ons in de wereld van de barendende vrouw. Dit met het oog op het optimaliseren van de begeleiding bij baringspijn.

Achtergrondinformatie: Met behulp van deze informatie wordt het begrip 'baringspijn' en zijn multidimensionaal karakter verduidelijkt.

Methode: Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand van tien semigestructureerde interviews, ondersteund door een literatuurstudie.

Resultaten: Zes pijnreducerende technieken werden nagegaan in de literatuur. De interviews werden verwerkt.

Discussie: De praktijk en de literatuur worden met elkaar vergeleken. De resultaten van het onderzoek kunnen echter niet veralgemeend worden.

Conclusie: Baringspijn is subjectief en vergt een individueel aangepaste begeleiding.

Trefwoorden: eindwerk
vroedkunde
baringspijn
perpartale begeleiding

Woord vooraf

Ter voltooiing van onze driejarige opleiding aan de KHBO Brugge hebben wij met enthousiasme deze bachelorproef geschreven. Met dit eindwerk hebben wij ons kunnen verdiepen in een thema dat ons sterk boeide. Dit bood ons de mogelijkheid om ons verder te ontplooien in ons proces van 'vroedvrouw-woorden'. Wij appreciëren dan ook ten zeerste de steun en de hulp die wij vanuit verschillende hoeken mochten ontvangen.

Mevr. Rita Devriendt, docente vroedkunde in de KHBO Brugge, heeft de interne begeleiding op zich genomen. Wij danken haar voor haar bereidwilligheid, het advies en de steun die ze ons gaf. Ze was een steunpilaar waar we steeds bij terecht konden.

Ook onze externe promotor, Mevr. Mia Slabbinck, zelfstandige vroedvrouw in 'Eb en Vloed' Torhout, willen wij bedanken voor de tijd die ze vrijmaakte. Wij waarderen de goede begeleiding. De gesprekken gaven ons steeds nieuwe inzichten in het eindwerk en hielpen ons telkens verder op weg.

Wij danken het AZ Damiaan Oostende en het AZ St-Jan Brugge, dat zij het voor ons mogelijk maakten om het onderzoek uit te voeren op de materniteit. Ook de participanten willen wij hartelijk bedanken voor hun medewerking. Zonder hen was het voltooiën van het eindwerk niet mogelijk geweest.

Ten slotte mogen we onze omgeving, familie en vrienden niet vergeten te bedanken voor hun steun, begrip en paraatheid. Zowel gedurende de opleiding als bij het schrijven van ons eindwerk stonden zij steeds voor ons klaar.

Aan al deze mensen een woord van oprechte dank.

Inhoudstafel

1	Inleiding	1
2	Achtergrondinformatie.....	2
2.1	Wat is baringspijn?	2
2.2	Nut van baringspijn.....	5
2.3	Pijntheorie van Ronald Melzack.....	7
2.4	Hormonale invloed op baringspijn	9
2.4.1	Catecholamines	9
2.4.2	Cortisol.....	10
2.4.3	Oxytocine	11
2.4.4	Beta-endorfinen	11
2.5	Omgaan met baringspijn	13
2.6	Tevredenheid over geboorte-ervaring.....	15
2.7	De herinnering van baringspijn.....	17
3	Methode	19
4	Resultaten	21
4.1	Resultaten uit de literatuur	21
4.1.1	Prenatale educatie	21
4.1.2	Continue steun van de vroedvrouw	21
4.1.3	Ademhalingsoefeningen	23
4.1.4	Mobilisatie tijdens de arbeid en het gebruik van de bal	23
4.1.5	Massage	26
4.1.6	Hydrotherapie	28

4.2	Resultaten van de interviews.....	31
4.2.1	Demografische gegevens	31
4.2.2	Prenatale voorbereiding betreffende de omgang met baringspijn	31
4.2.3	Pijnreducerende technieken tijdens de arbeid	32
4.2.4	De begeleiding van de vroedvrouw.....	35
4.2.5	De ervaring van het geboorteproces als koppel.....	36
4.2.6	Moeilijk moment tijdens de arbeid.....	37
4.2.7	Invloed van de geboorte-ervaring op de vrouw	38
5	Discussie	39
6	Conclusie	42
	Literatuurlijst	
	Bijlagen.....	

1 Inleiding

In Vlaanderen bevallen meer en meer vrouwen in een gemedicaliseerde omgeving. Het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie toont een stijgende tendens aan betreffende het gebruik van epidurale anesthesie. Vanaf het begin van de jaren negentig werd bij 32% van de vrouwen in arbeid epidurale verdoving angewend. In 2010 bedroeg dit percentage reeds 67,7%. (Cammu, Martens, Van Mol, & Defoort, 2011)

Graag hadden wij in deze bachelorproef nagegaan wat het effect is van de vroedkundige begeleiding op de beleving van baringspijn. Daarbij hebben wij onderzocht hoe vrouwen in arbeid omgaan met deze pijn. Vaak wordt baringspijn echter weggewuifd onder het motto: "Waarom pijn lijden als er epidurale anesthesie bestaat?" Wij stelden ons de vraag of dit steeds een goede aanpak is. Daarom wilden wij het nut van baringspijn nagaan. Door ons te verdiepen in de wereld van de barendende vrouw hopen wij, als toekomstige vroedvrouw, onze begeleiding wat betreft de omgang met baringspijn te optimaliseren. Aan de hand van een literatuurstudie en door kersverse moeders aan het woord te laten, willen wij de beleving van baringspijn van nabij belichten.

2 Achtergrondinformatie

Deze informatie is bedoeld om het begrip 'baringspijn' en zijn multidimensionaal karakter te duiden. Deze inzichten zijn nuttig om het eindwerk te kunnen kaderen.

2.1 Wat is baringspijn?

Om baringspijn te begrijpen, moet eerst de definitie van het woord pijn duidelijk zijn. Doorheen de tijd zijn er verschillende definities aan gegeven.

- "Pijn is een onplezierige sensorische en emotionele gewaarwording, geassocieerd met acute of potentiële weefselbeschadiging." (Merskey, 1997 in Lowe, 2002)
- "Pijn is een sensorische boodschap van perifere weefseltrauma dat specifiek en nauwkeurig is gecodeerd in perifere zenuwen, is overgebracht in de centrale neurale banen en is gedecodeerd in de hersenen." (Chapman, 1999 in Lowe, 2002)
- "Pijn is een extreem complex fenomeen met zowel sensorische als emotionele componenten en heeft de mogelijkheid om aandacht te vragen en andere cognitieve processen te domineren." (Chapman, 1999 in Lowe, 2002)

In deze drie definities komt duidelijk naar voor dat pijn een complex samenspel is van sensorische en emotionele componenten. (Lowe, 2002) Nociceptie wordt gedefinieerd als de pijngewaarwording die ontstaat door de prikkeling van nociceptoren/ pijnreceptoren. De pijnervaring is de betekenis die de persoon aan de pijn geeft. Hier gaat het om de beleving van de pijn. Deze pijnervaring is afhankelijk van de emotionele toestand en de cognitieve benadering van de pijn. Bijvoorbeeld: baringspijn is nodig, het is geen alarm. (Bogaerts, Geerdens, & Gooris, 2009) In de omgang met pijn kunnen op deze twee componenten worden ingespeeld. De farmacologische pijnbestrijding focust zich vooral op de sensorische component. De niet-farmacologische pijnreducerende methoden hebben meer betrekking tot de emotionele factor van pijn. (Lowe, 2002)

De oorsprong van de sensorische impulsen van baringspijn is afhankelijk van de fase van de arbeid. In de ontsluitingsfase is er pijn door de uitzetting van het onderste uterussegment, de dilatatie van de cervix en de mechanische druk op de zenuwuiteinden ten gevolge van uteriene contracties. Daarnaast ontstaat er tijdens een contractie ischemie in het myometrium. De chemische componenten die hierbij vrijkomen, prikkelen ook de nociceptoren. Tijdens een contractie wordt er abdominale pijn en soms ook lumbosacrale pijn ervaren. Dit is gerefereerde pijn. Dit ontstaat doordat de sensorische zenuwen het ruggenmerg binnenkomen op dezelfde plaats waar de zenuwen van de buikwand en de lumbosacrale zone aankomen. Deze zenuwen zouden geprikkeld worden en geven foute informatie door aan de hersenen. Sommige vrouwen omschrijven

de pijn als wijd verdeeld terwijl anderen de pijn als lokaal beschrijven. De pijnimpulsen van de uterus gaan via de plexus pelvinus, de plexus hypogastricus superior en de sympathische grensstreng naar het ruggenmerg ter hoogte van de thoracale wervels 11 en 12. Tijdens de arbeid oefent het foetale caput druk uit op het baringskanaal en de bekkenbodemspieren. Deze prikkels worden eveneens via de plexus pelvinus en de plexus hypogastricus superior naar de hersenen geleid. (Bogaerts et al,2009) In de uitdrijvingsfase overheerst de pijn die ontstaat door tractie op de pelvische structuren en oprekking van de bekkenbodemspieren en het perineum. Deze prikkels worden via de nervus pudendus naar het ruggenmerg sacraal 3-4 gebracht. (Lowe, 2002)

De sensorische gewaarwording van baringspijn is verschillend bij nullipara vergeleken met multipara. Nullipara ervaren meer sensorische pijn in het begin van de arbeid tot vijf centimeter. Tussen vijf en tien centimeter ontsluiting is de sensorische pijnervaring gelijklopend. In de tweede fase ervaren multipara meer sensorische pijn dan nullipara. Deze verschillen zijn te wijten aan het verschil in progressie van de arbeid. De cervix en het onderste uterussegment zijn soepeler bij multipara en geven minder nociceptieve impulsen. Naar het einde van de arbeid toe daalt de baby veel sneller in bij multipara waardoor de nociceptoren plots gestimuleerd worden en sterke sensorische prikkels doorgeven. (Lowe, 2002)

Baringspijn wordt heel gevarieerd ervaren ondanks dezelfde sensorische stimulans. Deze variatie heeft te maken met de subjectieve beleving van pijn. De pijn bestaat op het moment dat de persoon die de pijn ervaart dat zegt. Baringspijn werd door sommige vrouwen 'verschrikkelijk en ondraaglijk' genoemd, terwijl andere vrouwen de pijn heel hoog scoorden, maar deze woorden niet van toepassing vonden. (Lowe, 2002) Daartegenover omschreef een vrouw de baringspijn als een aangenaam gevoel vergelijkbaar met een orgasme. (Trout, 2004) De meest gebruikte beschrijvingen van de sensorische gewaarwording van baringspijn waren kramp, scherp, steken, zwaar, trekken, kloppend en warm. De beschrijvingen van de emotionele gewaarwording waren vermoeiend, intens en lastig. De psychologische invloed op pijn is zeer groot. Interventies die gericht zijn op het psychosociale doen de pijn duidelijk verminderen. Baringspijn wordt ook wel eens omschreven als lijden. Lijden gaat om het ervaren van een bedreiging voor je lichaam en/of psychosociale zelf. Hulpeloosheid en lijden worden ervaren als de vrouw onvoldoende middelen of mogelijkheden heeft om met de situatie om te gaan. Als ze het gevoel heeft dat ze de situatie onder controle heeft en er meestervol mee kan omgaan, dan zal ze niet het gevoel hebben te lijden, maar eerder opwindend ervaren. Als de oorsprong van de pijn wordt uitgelegd en de vrouw beseft dat de pijn geen bedreiging vormt, dan zal het lijden teruggedrongen worden. Prenatale

lessen, steun tijdens de arbeid en niet-farmacologische pijnreducerende interventies kunnen het gevoel van controle versterken en het lijden reduceren. (Lowe, 2002)

2.2 Nut van baringspijn

In huidige discussies over pijnbestrijding bij de bevalling komt de vraag waarom baringspijn bestaat zelden aan bod. De hedendaagse westerse pijncultuur schrijft voor dat iedereen recht heeft op een pijnloze bevalling en pijn dus bestreden moet worden. Als baringspijn echter nut heeft, is deze manier van omgaan met pijn niet zonder risico's. Zwangerschap en bevalling mogen niet nodeloos gemedicaliseerd worden. (Veringa & van Cranenburgh, 2010) Pijn heeft als doel de mens op de hoogte te brengen van ziekte, trauma of potentieel gevaar. Het zorgt ervoor dat de mens rust neemt, bepaalde dingen vermijdt en hulp zoekt zodat het lichaam kan herstellen. (Melzack, 2001) De baring van een kind is het enige proces waarbij pijn gebruikelijk is. Het heeft niets met pathologie te maken maar met de fundamenteën van het leven, namelijk het voortbrengen van leven. (Lowe, 2002) De baringspijn zou de zwangere waarschuwen dat het baringsproces begonnen is zodat ze een veilige plek kan zoeken om haar kind te baren. (Trout, 2004)

Veringa & van Cranenburgh (2010) stellen diverse inzichten over pijn voorop die mede het belang ervan bevestigen. Een eerste visie handelt over het evolutionaire aspect van pijn. Pijn is miljoenen jaren blijven bestaan en is bijgevolg een vitale emotie. Pijn bestrijden omdat deze onaangenaam is, lijkt dus zeer ondoordacht. Naast dergelijke benadering kan pijn ook opgevat worden als een waarschuwing of signaal voor een onderliggend probleem. Knelpunten en complicaties tijdens de bevalling kunnen zo tijdig opgemerkt worden. Daarnaast heeft pijn, doordat het een bepaald gedrag uitlokt, mogelijks een doel. Baringspijn dwingt de aandacht van de vrouw immers op het eigen lichaam. Pijn kan ook als stressor gezien worden. Dit wil zeggen dat de huidige toestand van het lichaam invloed heeft op het metabolisme. Toegepast op de baring betekent dit dat meerdere stressmechanismen in gang worden gezet die het baringsproces positief beïnvloeden. Deze stressreacties omvatten onder andere een stijging van het catecholamine-, cortisol- en oxytocinegehalte en de beta-endorfine in het maternel bloed. Een stijging van deze hormonen bevordert de foetus ejectie reflex, werkt euforie in de hand, leert de moeder omgaan met pijn en zorgt voor een goede start van de borstvoeding. Bovendien helpt de pijn en de geboorte-ervaring haar bij het moederworden en de relatie tot haar kind: het geeft haar de kracht om te kunnen voldoen aan de nieuwe verwachtingen als kersverse moeder. Eenmaal een kind gebaard, is de vrouw sterker geworden als persoon. (Lowe, 2002) Vrouwen verwoorden ook beter te kunnen omgaan met andere intense pijn door het vertrouwen die ze gekregen hebben in zichzelf en in hun eigen lichaam: "Als ik kan omgaan met baringspijn kan ik alles aan." (Niven & Murphy-Black, 2000; Trout, 2004)

Pijn bestrijden omdat het vervelend en overbodig is, lijkt zeer kortzichtig en risicovol. Uit wetenschappelijke artikels blijkt dat baringspijn wél zin heeft. Het signaleert over de evolutie van de baring, zorgt ervoor dat complicaties tijdig kunnen opgemerkt worden en dwingt een bepaald gedrag af. Door de pijn krijgt de vrouw voeling met haar eigen lichaam en het geboorteproces. We kunnen dus besluiten dat de barende vrouw moet kunnen omgaan met baringspijn binnen haar eigen mogelijkheden, gesteund door professionelen die de toekomstige moeders stimuleren. (Veringa & van Cranenburgh, 2010)

2.3 Pijntheorie van Ronald Melzack

Baringspijn wordt door iedereen en op elk moment anders ervaren. De pijntheorie van Ronald Melzack biedt hiervoor een verklaring. Deze theorie verklaart ook op welke wijze pijn gereduceerd kan worden via niet-farmacologische technieken. (Trout, 2004)

Vanuit perifere zenuwen worden prikkels naar het ruggenmerg gezonden. Er zijn twee soorten perifere zenuwen die pijnprikkels geleiden:

- C-vezels: Deze zenuwen worden geactiveerd bij weefselbeschadiging. Deze zenuwen zijn dun en bevatten geen myeline waardoor ze langzaam geleiden. Bij activatie wordt er vooral doffe pijn ervaren. (Bogaerts et al, 2009)
- A- delta vezels: deze zenuwen worden geactiveerd bij mechanische en thermische prikkels. Ze zijn fijn en gemyeliniseerd. Deze zenuwen geleiden sneller dan de C-vezels. Bij activatie van deze zenuwen wordt er vooral scherpe pijn waargenomen. (Bogaerts et al, 2009)

In de dorsale hoorn maken de zenuwen synapsverbinding met de ruggenmergzenuwen die de informatie naar de hersenen brengen. Ter hoogte van de substantia gelatinosa in de dorsale hoorn komen er ook andere perifere zenuwen toe, namelijk de A-beta vezels. Dit zijn dikke goed gemyeliniseerde zenuwen. De transmissie van deze impulsen gebeurt veel sneller dan bij de C- en A-delta vezels. Deze zenuwen worden bijvoorbeeld geactiveerd bij massage en hebben een inhiberende werking op pijnprikkels. Dit wordt ook wel het poortsysteem genoemd. In normale omstandigheden staat de poort open en worden de pijnprikkels van de C- en A-delta vezels naar de hersenen geleid. Bij het prikkelen van de A-beta vezels wordt de presynaptische transmissie van de dunne vezels geïnhibeerd. De poort wordt dus gesloten, tenzij de stimulatie van de C- en A-delta vezels groter is dan van de A-beta vezels. Met andere woorden is de mate waarin pijnprikkels worden doorgestuurd naar de hersenen afhankelijk van het evenwicht tussen de stimulatie van A-beta vezels en de A-delta en C-vezels. (Bogaerts et al, 2009)

Naast het poortsysteem ter hoogte van het ruggenmerg, gebeuren er tal van processen ter hoogte van de hersenen die de pijnprikkel beïnvloeden. De pijnprikkel komt toe ter hoogte van de thalamus en wordt via synapsverbindingen gedistribueerd naar andere centra in de hersenen. Op dat moment wordt er nog geen pijn gevoeld. De pijnprikkel wordt geïnterpreteerd in de hersenen en gaat via dalende zenuwbanen terug naar de perifere weefsels. Op dat moment wordt de pijn ervaren. De prikkels die via de dalende banen gestuurd worden en de reactie op de pijn zijn afhankelijk van drie processen, namelijk het sensorisch-discriminatief, motivationeel-affectief en cognitief-evaluatief proces. (Trout, 2004)

- Het sensorisch-discriminatief proces heeft betrekking tot de sensorische input, zoals pijn-, gevoels-, visuele- en auditieve prikkels, die doorgestuurd wordt naar de hersenen. Bij het aanraken van heet water, zal men de hand wegtrekken zonder dat de pijn werd waargenomen. Deze reactie wordt vanuit de reflexboog, ter hoogte van het ruggenmerg, gestuurd en passeert de hersenen niet. (Bogaerts et al, 2009)
- Het motivationeel-affectief proces speelt zich af in het limbisch systeem. Dit systeem heeft een belangrijke invloed op de verwerking van de pijnprikkel. Het limbisch systeem is verantwoordelijk voor emotie, motivatie en geheugen. Daar worden emoties aan de pijnprikkel gekoppeld. Hier spelen adrenaline, noradrenaline, het immuunsysteem en endogene opiaten een rol. (Bogaerts et al, 2009)
- Het cognitief-evaluatief proces evalueert de pijn aan de hand van vroegere ervaringen, cultuur, verwachtingen over de pijn, kennis over de pijn en de betekenis van de pijn. (Bogaerts et al, 2009)

Deze drie processen kunnen de pijnprikkel zowel inhiberen als stimuleren en bepalen de pijngewaarwording, de pijnreactie en regelen het stresssysteem met inbegrip van cortisol-, noradrenaline-, adrenaline-, endorfine-, cytokinenspiegels en het immuunsysteem. Dit verklaart waarom iedereen zijn pijngewaarwording en pijngedrag verschillend is. De begeleiding van een vrouw in arbeid zal dan ook individueel moeten aangepast worden. (Melzack, 2001)

2.4 Hormonale invloed op baringspijn

De graad van pijn tijdens de arbeid is zoals eerder vermeld niet alleen afhankelijk van sensorische impulsen, maar ook van de emotionele toestand. Het baren van een kind is op zichzelf al een stressvol gebeuren. Deze emotionele toestand heeft dan ook een invloed op de wijze waarop een vrouw omgaat met de pijn. (Bogaerts et al, 2009)

2.4.1 Catecholamines

Bij het ontstaan van stress, zoals honger, koude, lawaai, angst, pijn, opwinding, enz., worden er catecholamines geproduceerd in het bijniermerg. De productie wordt gereguleerd door het sympathische zenuwstelsel. De vrijzetting van dit hormoon is individueel zeer gevarieerd. Er zijn twee soorten catecholamines: adrenaline en noradrenaline. Ze hebben elk een andere inwerking op het lichaam. Noradrenaline wordt vrij gezet bij fysieke stress terwijl adrenaline vrij gezet wordt bij mentale stress, dit zowel bij positieve als negatieve stress. Adrenaline doet de hartslag verhogen, glucosespiegels in het bloed stijgen, de stofwisselingssnelheid dalen en zorgt voor herverdeling van het bloed. Er treedt vasodilatatie op in de essentiële organen zoals hersenen, hart en skeletspieren en vasoconstrictie ter hoogte van de minder essentiële organen zoals het gastro-intestinaal stelsel en de uterus met een verminderde doorbloeding van de placenta tot gevolg. Adrenaline en noradrenaline hebben een tegengestelde werking op de uterus. Noradrenaline stimuleert de alfa-receptoren in het myometrium waardoor de contractiliteit verhoogd wordt en adrenaline stimuleert de beta-receptoren waardoor contracties geïnhibeed worden. Deze twee hormonen zijn dus van groot belang tijdens de arbeid, maar moeten in evenwicht blijven. (Bogaerts et al, 2009)

Een normale activatie van het stresssysteem stelt de moeder in staat om te gaan met haar baringspijn omdat adrenaline de vrijzetting van natuurlijke endorfine stimuleert. Voor de foetus is deze stress een voorbereiding op het extra-uteriene leven. Het zorgt voor een versnelling van de longrijping, beschermt de hersenen tegen lage bloedsuikerwaarden, beschermt de foetus tegen hypoxie, stimuleert de zuigreflex en dilateert de pupillen die de moeder-kind hechting bevordert. (Alehagen, Wijma, Lundberg, Melin, & Wijma, 2001) Overmatige stress is dan weer negatief. Zoals eerder vermeld heeft adrenaline een contractie-inhiberende werking op de uterus. Deze natuurlijke reflex zorgt ervoor dat ze kan vluchten in een noodsituatie. Als de pijn ondragelijk wordt, zal er meer adrenaline geproduceerd worden zodat de weeën minderen en de vrouw terug op krachten kan komen. De nadelige effecten van hoge adrenalineconcentraties zijn het stilvallen van de arbeid en sluiten van de bekkenbodemspieren met risico op sectio en een verminderde bloedstroom naar de

uterus en placenta waardoor er minder zuurstof naar de baby gaat. (Bogaerts et al, 2009)

In grote lijnen wordt er gezien dat de vrijzetting van stresshormonen bij iedere vrouw gelijklopend is. Noradrenaline kent een geleidelijke stijging tijdens de arbeid die versneld wordt tijdens de uitdrijvingsfase. Dit komt door de intense spieractiviteit. (Alehagen et al, 2001) Op het einde van een ongestoorde arbeid kan er zich een foetus ejectie reflex voordoen. Door een hoge stijging van noradrenaline krijgt de moeder een opwelling van energie en wordt ze zeer alert. Er kan ook plotse angst optreden. Deze opstoot van noradrenaline gaat samen met een oxytocinepiek die hevige contracties opwekt en onweerstaanbare persdrang geeft. (Bogaerts et al, 2009) Adrenaline stijgt vooral tijdens de arbeid en kent een langzamere stijging tijdens de uitdrijvingsfase. (Alehagen et al, 2001) Het is belangrijk dat adrenaline daalt na de geboorte zodat de uterus goed kan samentrekken. Hoge adrenalinespiegels verhogen het risico op een postpartumbloeding. (Bogaerts et al, 2009)

2.4.2 Cortisol

Het stijgen van cortisol in het bloed is ook verwant met mentale stress, maar voornamelijk met negatieve stress zoals angst, depressie en een gevoel van controleverlies. (Alehagen et al, 2001) Het wordt geproduceerd in de bijnierschors. De cortisolproductie wordt gereguleerd vanuit de hypofyse door adrenocorticotrop hormoon. (Alehagen et al, 2001) Dit stresshormoon is essentieel om te overleven. Het zorgt voor hoge glucosespiegels in het bloed door proteïnen in de spieren af te breken. (Melzack, 2001) Glucose is een belangrijke bron van energie voor de moeder, uterus en foetus. Continue vrijzetting van cortisol is echter wel schadelijk voor het lichaam. (Melzack, 2001) Cortisol stijgt voornamelijk tijdens de arbeid en is het eerste stresshormoon dat daalt na de bevalling. De mate waarin de stresshormonen stijgen is echter afhankelijk van de persoonlijke geboorte-ervaring. Als de pijn gereduceerd wordt, dalen de stresshormonen in het bloed. Bij epidurale analgesie stelde men vast dat noradrenaline en adrenaline daalden in het bloed, maar de cortisolspiegels bleven echter gelijk. Dit toont aan dat ondanks minder pijn, vrouwen zich toch in een onplezierige situatie kunnen bevinden, zich hulpeloos voelen, angst hebben of het gevoel de controle kwijt te zijn, kunnen hebben. (Alehagen et al, 2001)

Niet-farmacologische pijnreducerende methoden en mentale steun kunnen een positieve invloed hebben op het reduceren van stresshormonen. Als de mentale stress daalt, zullen adrenaline en cortisol dalen, waardoor de vrouw beter kan omgaan met de baringspijn en een positievere geboorte-ervaring kan hebben. (Chang, Wang, & Chen, 2002)

2.4.3 Oxytocine

Oxytocine wordt geproduceerd in de hypothalamus en wordt opgeslagen in de hypofyseachterkwab. Tijdens de zwangerschap stijgen de productie en opslag van dit hormoon onder invloed van progesteron en oestrogeen. Oxytocine wordt vrij gezet bij stimulatie van de tepel, vagina, clitoris en bij druk op de cervix, bekkenbodemp en perineum. Oxytocine werkt in op de gladde spiercellen in de uterus en op de lacterende borsten. Op het einde van de zwangerschap neemt het aantal oxytocinereceptoren aanzienlijk toe. Oxytocine heeft zowel een mechanische als een emotionele werking. Mechanisch gezien zorgt het voor de uteriene contracties. Het hormoon wordt vrij gezet als reactie op de prikkeling van rekreceptoren in de cervix. In de uitdrijvingsfase stijgt de concentratie van oxytocine in het bloed zeer snel. Dit wordt ook wel de foetus ejectie reflex genoemd. Dit wordt gestimuleerd door een piek van noradrenaline en door het indalen van het voorliggend deel. Emotioneel zien we dat oxytocine een invloed heeft op de vrouw haar gedrag. Oxytocine wordt daarom ook wel het liefdeshormoon of knuffelhormoon genoemd. Voor vrijzetting van oxytocine is intimiteit en rust belangrijk. Het zorgt ervoor dat de vrouw rust en verbondenheid ervaart. Het reduceert stresshormonen waardoor de vrouw zich meer ontspannen voelt. Deze rust en relaxatie zorgen ervoor dat de vrouw beter om kan gaan met haar baringspijn. Het is dus van belang om een rustige situatie te creëren. Warm water, massage en aanraking kunnen de vrijzetting van oxytocine ook bevorderen. (Bogaerts et al, 2009)

2.4.4 Beta-endorfines

Tijdens de arbeid wordt er beta-endorfine vrij gezet vanuit de hypofyse. Dit is een natuurlijke pijnstillert. De beta-endorfine bindt op de opioïde receptoren op de dorsale hoorn zenuwen en vermindert zo het aantal pijnimpulsen dat naar de hersenen gaat. De vrijzetting van endorfine is beter als een vrouw zich in een goede fysieke conditie bevindt. (Trout, 2004) De endorfine wordt vrij gezet bij pijn en stress. Baringspijn is dus van cruciaal belang bij het produceren van beta-endorfine. Endorfine verandert het bewustzijnsniveau. Het geeft een gevoel van euforie, succes en verbetert het zelfbeeld en zelfvertrouwen. Dit helpt de vrouw om de pijn op te vangen. Het gevoel van euforie maakt de beleving van de bevalling intens en zorgt ervoor dat vrouwen de ergste aspecten van de bevalling kunnen relativiseren of vergeten. De endorfine heeft ook een positief effect na de bevalling. Het vergemakkelijkt de moeder-kind hechting, stimuleert het vrijkomen van prolactine wat noodzakelijk is voor de borstvoeding en stimuleert de longrijping van de baby. Via de moedermelk krijgt de baby de volgende dagen nog endorfine die de moeder-kind hechting verder stimuleert. Drie dagen na de bevalling komt de endorfinespiegel in het bloed weer op een normale waarde. (Bogaerts et al, 2009) Bij het aanwenden van epidurale anesthesie wordt er weinig beta-endorfine

aangetroffen in het bloed. Dit verklaart waarom deze vrouwen de bevalling anders ervaren. (Trout, 2004).

2.5 Omgaan met baringspijn

Pijn is een element dat het baringsproces definieert. Hoe de pijn wordt ervaren en hoe ermee wordt omgegaan, is individueel verschillend. (McNeil & Jomeen, 2010) Pijngedrag kent dus een enorme diversiteit. Coping – *'to cope with'* – is één van de mogelijke vormen waarop iemand met pijn omgaat. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen actieve en passieve coping. Een persoon die zelf weinig onderneemt en zich afhankelijk opstelt ten opzichte van medici doet aan passieve coping. Bij actieve coping gaat de persoon zelf op zoek naar mogelijkheden om de pijn te verminderen. Coping kan soms leiden tot een gevecht tegen de pijn. Een andere vorm van pijngedrag is acceptatie. De barende vrouw accepteert de pijn waardoor er energie vrijkomt voor positieve dingen zoals de geboorte van haar kind. (Veringa & van Cranenburgh, 2009) Vrouwen die vroeger een niet gynaecologische intense pijnervaring hebben meegemaakt, kunnen beter met baringspijn om. Voor veel nullipara is baringspijn de eerste intense pijnervaring in hun leven. (Lowe, 2002)

Hoe de barende vrouw omgaat met de pijn wordt gestuurd door verschillende factoren. Uit het bestaan van pijnmodulerende systemen blijkt dat cognities baringspijn beïnvloeden: de pijndrempel of pijngevoeligheid kan toenemen of verminderen. Zowel een hogere als een lagere pijngevoeligheid kunnen nuttig zijn. Er is in beide gevallen sprake van een survivalvoordeel. Pijnvermindering komt vooral voor in stresssituaties waarbij een concreet doel voor ogen gehouden wordt. Indien er geen concreet doel is, verhoogt de pijn. De mate van pijn tijdens het baringsproces is dus afhankelijk van wat overheerst: het concrete doel – de geboorte van een kind – of de angst voor wat komen zal. Veringa & van Cranenburgh (2010) maken bovendien een onderscheid tussen het nocebo- en placebo-effect. Negatieve verwachtingen kunnen baringspijn versterken, dit wordt het nocebo-effect genoemd. Het placebo-effect houdt in dat positieve cognities of ideeën de pijn kunnen verminderen. De verwachtingen van de zwangere vrouw ten opzichte van baringspijn vooraf kennen, kan dus een meerwaarde bieden tijdens de begeleiding. (Veringa & van Cranenburgh, 2010)

Naast cognities, verwachtingen, emoties enz. heeft ook de cultuur een belangrijke invloed. Uit een onderzoek blijkt dat vrouwen van verschillende culturen de pijn even intens scoorden, maar hun pijngedrag was zeer verschillend. Pijngedrag is afhankelijk van het verwachte pijngedrag dat aangeleerd werd door een cultuur. (Lowe, 2002) De expressie van pijn verschilt naargelang de etniciteit. Culturele verwachtingen in verband met arbeid en de pijn in het bijzonder hebben een sterke invloed op de pijnperceptie. Culturele normen bepalen wat acceptabele bewegingen en geluiden zijn. De zorgverlener moet zich dus bewust zijn van deze normen zodat ook non-verbale uitingen correct

geïnterpreteerd worden en de barende vrouw de kans krijgt om haar eigen arbeid te 'dirigeren'. (Trout, 2004) Ook de omgeving waarin de vrouw haar arbeid beleeft, speelt volgens McNeil & Jomeen (2010) een belangrijke rol in de pijnbeleving. Een gezellige omgeving werkt gevoelens zoals veiligheid en comfort in de hand. Een rustige plek bevordert een goed gevoel bij de barende vrouw en heeft zo een positieve invloed op de voortgang van de baring. Mogelijkheden om dergelijke omgeving te creëren zijn: gebruik maken van geuren, licht aanpassen, aangename kamertemperatuur, aanwezigheid van bepaalde personen, de emotionele toestand van zichzelf en anderen en herinneringen aan de omgeving. Thuisbevalling is geen must om aan een gezellige omgeving te kunnen voldoen. Ook in het ziekenhuis kan voor een huiselijke sfeer gezorgd worden: een vriendelijke vroedvrouw, respect voor de privacy, aanpasbare lichtsterkte, een comfortabel bed, goed uitgeruste accommodatie enz. (McNeil & Jomeen, 2010) Daarnaast is een gevoel van *self-efficacy* belangrijk om met de pijn te kunnen omgaan. *Self-efficacy* is het vermogen en de overtuiging hebben om adequaat en efficiënt te handelen in een gegeven situatie. Dit is afhankelijk van de persoon en kan verbeteren door de ervaring van een arbeid. Het zorgt voor een groter vertrouwen in de arbeid en in zichzelf. *Self-efficacy* kan ook groeien doorheen de arbeid. Ademhalingsoefeningen en relaxatie oefeningen kunnen dit gevoel versterken. (Lowe, 2002)

2.6 Tevredenheid over geboorte-ervaring

De tevredenheid over de geboorte-ervaring is onderhevig aan verschillende factoren en kan bovendien na verloop van tijd veranderen. Vooral persoonlijke verwachtingen, de steun van de zorgverleners, de kwaliteit van de relatie tussen parturiënte - zorgverlener en de betrokkenheid bij het maken van beslissingen beïnvloeden de tevredenheid sterk. Tevredenheid over de zorg mag niet verward worden met tevredenheid over de prestatie/ ervaring. Een vrouw die ontevreden is over de zorg durante partu kan wel tevreden zijn over haar gedrag. De twee zijn echter wel met elkaar verbonden, daar de kwaliteit van de zorgverlening effect heeft op het pijngedrag van de vrouw en de tevredenheid over haar prestatie. (Hodnett, 2002)

Vrouwen die prenataal te kennen geven dat ze angst hebben voor de pijn blijken minder tevreden te zijn postnataal. Vrouwen die gedurende de arbeid geen pijnstillende medicatie gebruikt hebben, lijken het meest tevreden. Indien de vrouw niet veel steun ervoer van de zorgverlener of niet actief betrokken werd bij het maken van beslissingen voelen vrouwen minder voldoening. Een tekort aan steun en inspraak heeft zelfs een grotere invloed op de pijn- en geboorte-ervaring dan het onvoldoende werken van de aangewende pijnreducerende technieken. Hieruit blijkt dat het belangrijk is voor de vrouw om een gevoel van controle te ervaren. (Hodnett, 2002) Demografische factoren zoals leeftijd en socio-economische status lijken weinig tot geen invloed te hebben op de mate van tevredenheid na de geboorte. Cultuur en etniciteit hebben onrechtstreeks wel een invloed op de geboorte-ervaring, vooral in de mate waarin deze componenten het gedrag van de zorgverlener sturen: meer bepaald de bekwaamheid van de professional om met deze vrouwen te communiceren en of de vrouwen al of niet inspraak krijgen bij het maken van beslissingen. (Hodnett, 2002) Daarnaast zouden multiparae een hogere graad van tevredenheid aangeven dan primiparae. (Hodnett, 2002) Dat de kracht van de verwachting groot is ten opzichte van de pijnperceptie werd reeds aangehaald in het 'Nut van baringspijn'. (Veringa & van Cranenburgh, 2009) Verwachtingen betreffende het geboorteproces hebben echter ook hun invloed op de tevredenheid nadien. Vrouwen waarvan de ervaring beter was dan dat ze hadden verwacht, waren in hoge mate tevreden. Vrouwen met hoge verwachtingen bleken bovendien meer kans te hebben op een groter gevoel van tevredenheid. Lage verwachtingen, die weliswaar vervuld werden, zorgden voor een mindere mate van tevredenheid. Zoals eerder al aangehaald werd, heeft een comfortabele omgeving – *homelike birth setting* – een positief effect op de voortgang van de baring, zo ook op de tevredenheid over de geboorte-ervaring. Een belangrijke rol is weggelegd voor de vroedvrouw die deel uitmaakt van de context/ omgeving. De steun van de vroedvrouw is één van de belangrijkste factoren die invloed hebben op de tevredenheid van de parturiënte na de geboorte. Volgende elementen zijn

maatstaven voor de kwaliteit van de zorgverlening: de relatie parturiënte-vroedvrouw, communicatie, bieden van informatie, inspraak bij het nemen van beslissingen, de mogelijkheid of vrijheid tot het uiten van gevoelens/ pijn. (Hodnett, 2002)

Tevredenheid over de geboorte-ervaring wordt vaak onder woorden gebracht door middel van volgende termen: zelfvertrouwen, zelfrespect, gevoel van controle, emotioneel welzijn, vervulling en tevredenheid in het algemeen. (Hodnett, 2002) Het baren van een kind is een levenservaring en kan vergeleken worden met het beklimmen van een berg. Het versterkt onder andere het gevoel van eigenwaarde. De pijn die ervaren wordt gedurende de arbeid is soms moeilijk onder woorden te brengen en wekt tegenstrijdige gevoelens op. De pijn is enerzijds zeer intens, maar voelt anderzijds goed aan. De vrouw gaat op een bepaalde manier met die pijn om, gesteund door het vertrouwen in haar eigen lichaam en eigen kunnen. Hoe de vrouw de pijn ervaart, is mede afhankelijk van de personen die bij het geboorteprocess betrokken zijn, in het bijzonder haar partner en de vroedvrouw. Veel hangt af van het vertrouwen dat de vrouw heeft in deze mensen en de bevestiging, ondersteuning en aanmoediging die ze krijgt. (Lowe, 2002) Wanneer men terugdenkt aan die intense pijn beschrijft men een gevoel van trots en voldoening. Het verhoogt hun gevoel van zelfredzaamheid, zelfwaarde en zelfvertrouwen. (Niven & Murphy-Black, 2000)

2.7 De herinnering van baringspijn

Herinneringen vormen een belangrijk aspect in een mensenleven. Een groot deel van de hersenen is erbij betrokken. Korte termijn herinneringen zijn beperkt in duur, maar kunnen in deze periode snel opgeroepen worden. Gebeurtenissen die als lange termijn herinnering worden opgeslagen blijven langer aanwezig. In sommige gevallen, zoals het baren van een kind, kan de herinnering het hele leven aanwezig blijven. Enkele lange termijn herinneringen kosten veel moeite om ze terug op te halen terwijl andere herinneringen een deel van het bewustzijn lijken te zijn. (Martini & Bartholomew, 2008) In stresssituaties verloopt het vastleggen van de gebeurtenis sneller en beter. Dit verklaart waarom de herinneringen aan arbeid en bevalling snel en goed worden opgeslagen. Een herinnering kan door een trigger snel terug worden opgehaald. (Lopes da Silva, 2000) Bijvoorbeeld: Een parturiënte kon zich in het postpartum de baringspijn nog moeilijk herinneren. Als ze enkele weken later de video-opname van de bevalling bekijkt, heeft ze het gevoel de pijn te herbeleven en kan ze zich de pijn weer levendig voorstellen. Dit wordt ook wel een associatieve herinnering genoemd. (Niven & Murphy-Black, 2000)

Zoals eerder aangehaald, is baringspijn multidimensionaal. Daardoor is de herinnering aan baringspijn sterk gevarieerd. In de meeste gevallen scoren vrouwen hun baringspijn lager vanuit hun herinnering, dan dat ze deze scoorden tijdens de arbeid. Enkele vrouwen scoorden ook hun pijn gelijk of zelfs hoger vanuit hun herinnering. De herinnering wordt sterk beïnvloed door de associatie met één van de meest emotionele gebeurtenissen uit een mensenleven. Voor sommige vrouwen is de herinnering aan pijn niet verenigbaar met de herinnering aan de baringspijn. Zij omschrijven dat ze zich de pijn niet meer kunnen voorstellen. Op het moment dat deze vrouwen opnieuw in arbeid gaan bij een volgende zwangerschap, kunnen ze zich de pijn van de eerste arbeid wel onmiddellijk terug herinneren. Dit heet een associatieve herinnering. De herinneringen aan de pijn kunnen terugkomen op zeer gevarieerde momenten, in het postpartum tot maanden of jaren nadien. Sommige vrouwen omschrijven de herinnering aan baringspijn als 'de meest memorabele herinnering'. Vooral de baringspijn in de uitdrijvingsfase wordt het meest nauwkeurig onthouden. De baringspijn uit de ontsluitingsfase wordt vaker lager gescoord in de herinnering. Het is dan ook onmogelijk om alle aspecten van elke pijnepisode/contractie te onthouden. Mensen onthouden meestal de piekpijn en de eindpijn. Dit verklaart waarom vrouwen zich de pijn van de tweede fase beter kunnen herinneren want in arbeid en bevalling vallen de piek- en eindpijn ongeveer samen met de uitdrijving. De herinnering aan baringspijn kan ook beïnvloed worden door de huidige emotionele toestand van de vrouw. Bijvoorbeeld als een vrouw andere pijn ervaart, depressief is, postpartumongemakken heeft, angstig is of last heeft van de babyblues,

dan zal ze de herinnering anders ervaren. Daarnaast zouden de hormonen ook een invloed hebben op de herinnering. Oxytocinespiegels in het bloed zijn hoger tijdens de arbeid tot drie dagen postpartum. Oxytocine zorgt voor een afzwakking in het ophalen van herinneringen. De herinnering wordt in zijn geheel ook sterk beïnvloed door wat de vrouw voor de arbeid weet over baringspijn door televisie, verhalen en wat ze gelezen heeft. Door deze beïnvloedende factoren kan er geconcludeerd worden dat de herinnering aan baringspijn niet volkomen nauwkeurig is. (Niven & Murphy-Black, 2000)

De herinnering aan baringspijn kan zowel positieve als negatieve gevolgen hebben. In de meeste gevallen wordt er gezien dat vrouwen beter om kunnen gaan met andere pijn. Ze hebben het gevoel een prestatie te hebben geleverd waarop ze trots zijn. De vrouwen krijgen een boost van zelfvertrouwen, voldoening, zelfredzaamheid en *self-efficacy*. In sommige gevallen kan de herinnering zich uiten in negatieve postpartumreacties. In zeldzame gevallen werd er posttraumatisch stresssyndroom vastgesteld. (Niven & Murphy-Black, 2000)

3 Methode

Dit eindwerk bestaat uit twee hoofddelen. Het eerste deel omvat de literatuurstudie. Deze bevat enerzijds achtergrondinformatie, welke noodzakelijk is om inzicht te krijgen in baringspijn en de beleving van een natuurlijke arbeid. Anderzijds komen nieuwe inzichten omtrent niet-farmacologische pijnreducerende technieken aan bod. Het tweede luik ten slotte omvat de uitwerking van het praktische gedeelte.

De theorie voor de literatuurstudie werd verworven via LibriSource^{Plus}. Met behulp van verschillende databases zoals Cinahl, PubMed, ScienceDirect en The Cochrane Library konden tal van artikels geraadpleegd worden. Voor het onderdeel 'Achtergrondinformatie' werden de volgende zoektermen gebruikt: *labour pain, labor pain relief, experience labour* en *labor satisfaction*. Wetenschappelijke artikels in verband met niet-farmacologische pijnreducerende technieken werden opgezocht met deze zoektermen: *labor pain relief, effect of ball on labour pain, hydrotherapy AND labor, warm water AND labor, massage AND labor, breathing AND labor, positioning during labor, midwife support, doula* en *prenatal education*. Daarnaast werden heel wat artikels bekomen via snowball sampling. Alle wetenschappelijke artikels werden gelezen en samengevat. De relevante informatie werd verwerkt in een tekst. Er werd tevens een handboek vanuit de opleiding geraadpleegd. Wat betreft het onderdeel over de niet-farmacologische pijnreducerende technieken werd er vooraf geselecteerd welke technieken wel of niet besproken zouden worden. Er is echter een te ruim aanbod van verschillende niet-farmacologische technieken om allemaal in dit eindwerk te kunnen bespreken. Er werden zes aspecten uitgekozen die frequent aangewend worden in de Belgische ziekenhuizen: het effect van de prenatale educatie, de steun van de vroedvrouw, houdingen en het gebruik van de bal hierbij, ademhalingstechnieken, massage en hydrotherapie.

Het praktische deel bestaat uit een kwalitatief onderzoek en vond plaats in twee West-Vlaamse ziekenhuizen, namelijk het AZ Sint-Jan te Brugge en het AZ Damiaan te Oostende. Er werd gekozen voor semigestructureerde interviews. Toestemming voor het onderzoek werd vooraf aangevraagd aan de ethische commissies van de desbetreffende ziekenhuizen. De ethische commissies stelden geen ethische bezwaren, alsook de hoofdvroedvrouwen gaven hun goedkeuring. De rekrutering van de participanten gebeurde at random. De inclusiecriteria waren: spontaan bevallen vrouwen, geen gebruik van farmacologische pijnstilling gedurende arbeid en bevalling en verblijvend op de materniteit in één van de geselecteerde ziekenhuizen. In het totaal werden er tien vrouwen geselecteerd, vijf per ziekenhuis. Het doel van de studie werd hen vooraf uitgelegd door de onderzoeker. Men kreeg een begeleidende brief met extra uitleg omtrent het onderzoek. De vrouw werd gevraagd om, indien akkoord, een

toestemmingformulier te ondertekenen. Een anonimiteitformulier werd door de onderzoeker ondertekend en aan de vrouw gegeven. Het interview werd gepland gedurende hun verblijf op de afdeling. De voorziene tijd hiervoor bedroeg een dertigtal minuten. Vooraf werd gepeild naar de leeftijd van de participant, de pariteit en een eventueel eerder gebruik van epidurale anesthesie tijdens de arbeid bij multipara. Daarna volgden zes hoofdvragen, met ruimte voor bijvragen. Het interview werd op bandrecorder opgenomen en vervolgens woordelijk uitgetypt voor verwerking. De gegevens uit de interviews werden samen gelegd en vergeleken. Gelijkenissen en verschillen werden eruit gehaald en in een tekst verwerkt.

NOOT: Bijhorende documenten kunnen in bijlage geraadpleegd worden: de toestemming van de ethische commissies (zie bijlage 1), de begeleidende brief aan het koppel (zie bijlage 2), het anonimiteitformulier (zie bijlage 3), het toestemmingsformulier (zie bijlage 4) en de vragenlijst van het semigestructureerd interview (zie bijlage 5).

4 Resultaten

4.1 Resultaten uit de literatuur

In de literatuur werden verschillende methoden onderzocht om met baringspijn om te gaan. In de praktijk mogen deze methoden niet los van elkaar gezien worden. De verschillende items die besproken worden, worden in praktijk meestal gecombineerd en als geheel gezien. Bijvoorbeeld: een vrouw kan het aangenaam vinden dat de vroedvrouw continu aanwezig is en haar rug masseert terwijl ze wiegend voorovergebogen staat.

4.1.1 Prenatale educatie

Prenatale educatie heeft als doel mensen belangrijke kennis bij te brengen. Dit zorgt ervoor dat ze beslissingen kunnen nemen tijdens de arbeid, preventief aan gezondheid gewerkt wordt, vrouwen hun vertrouwen verhogen en vaardigheden aangeleerd worden wat betreft de omgang met baringspijn, baby's, borstvoeding en ouderschap. Er is een breed spectrum aan soorten prenatale educatie waarbij het doel, de duur en de kwaliteit sterk varieert. Dit zorgt ervoor dat het moeilijk is om de voordelen van prenatale educatie te onderzoeken. De meeste participanten volgen prenatale lessen om hun angst rond arbeid en bevalling te reduceren, babyverzorging te leren en informatie te krijgen over de veranderingen in de zwangerschap, foetale ontwikkeling en mogelijke complicaties. (Gagnon & Sandall, 2011) Volgens Gau, Chang, Tian, & Lin (2011) zou het volgen van prenatale educatie belangrijk zijn om het vertrouwen en de *self-efficacy* bij het koppel te vergroten. Dit zou bijdragen tot het verminderen van de pijnperceptie en het gebruik van analgesie doen dalen tijdens de arbeid. Daarnaast zou het hen algemeen een positiever geboorte-ervaring geven.

Uit onderzoek blijkt dat de kennis van vrouwen positief beïnvloed wordt door het volgen van prenatale lessen. Volgens Mehdizadeh (2005) zou het volgen van prenatale lessen de arbeidsduur verkorten. (in Gagnon & Sandall, 2011) Er bestaat te weinig evidentie om het effect van prenatale educatie te verduidelijken. (Gagnon & Sandall, 2011)

4.1.2 Continue steun van de vroedvrouw

Reeds eeuwenlang wordt de barendende vrouw bijgestaan en ondersteund door andere vrouwen. In vele landen echter vindt de bevalling meer en meer plaats in het ziekenhuis in plaats van in de natuurlijke setting en wordt een continue ondersteuning een uitzondering op de regel. De moderne verloskundige zorg onderwerpt de vrouwen dikwijls aan institutionele routines, welke negatieve gevolgen kunnen hebben op de

voortgang van de arbeid. Steun tijdens de arbeid houdt verschillende aspecten in: emotionele steun, comfort, informatie en belangenbehartiging. Deze kunnen de kans op een fysiologisch geboorteprocess, alsook het gevoel van controle en bekwaamheid bij de vrouw, verhogen waardoor de nood aan medische interventies daalt. De gelezen review omvatte eenentwintig onderzoeken, afkomstig van vijftien verschillende landen, waar meer dan vijftienduizend diverse vrouwen werden ingecalculerd. De continue steun werd verleend ofwel door het ziekenhuispersoneel, ofwel door vrouwen die niet in het ziekenhuis tewerkgesteld waren en geen persoonlijke relatie hadden met de barendende vrouw zoals doula's, ofwel door mensen uit de persoonlijke omgeving van de vrouw. Vrouwen die tijdens hun arbeid continue steun ervoeren, bevielen vaker spontaan en maakten minder gebruik van pijnmedicatie. Zij waren meer tevreden en hadden een ietwat kortere arbeid. De Apgarscore van deze pasgeborenen na vijf minuten was zelden laag. Er werden geen negatieve effecten vastgesteld. (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011)

In de review wordt geconcludeerd dat alle vrouwen continue steun zouden moeten krijgen tijdens hun arbeid. Iemand die uitsluitend aanwezig is om deze steun te geven en dus niet tewerkgesteld is in het ziekenhuis, die geen deel uitmaakt van het sociaal netwerk van de vrouw, ervaring heeft en een minimale opleiding genoten heeft, schijnt het meest gunstig te zijn. Steun van een familielid of een vriend lijkt de tevredenheid van de vrouw over haar geboorte-ervaring te doen toenemen. Daarnaast is een setting waarin epidurale anesthesie niet routineus beschikbaar is, bevorderend voor de continuïteit en de effectiviteit van de steun. (Hodnett et al, 2011) Bovendien: hoe vroeger de vrouw ondersteund wordt tijdens haar arbeid, hoe beter. (Romano & Lothian, 2008; Simkin & Bolding, 2004) Volgens de NICE-richtlijnen moet een vrouw in arbeid een ondersteunende one-to-one begeleiding krijgen en zou ze niet alleen mogen gelaten worden, uitgezonderd voor korte periodes of wanneer zij dat wenst. De vrouw moet aangemoedigd worden om zelf te kiezen wie haar steunt tijdens de arbeid. (National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007)

Verschillende studies bevestigen of vullen deze bevindingen aan. Romano & Lothian (2008), alsook Simkin & Bolding (2004) geven dezelfde voordelen aan. McNeil & Jomeen (2010) vermelden naast de reeds genoemde voordelen een comfortabeler gevoel tijdens de arbeid, minder pijn en een betere moeder-kindbinding. Ook steun van een vreemde kan volgens hen comfort bieden, hoewel een ontmoeting met de vroedvrouw voordien vertrouwdeheid en vertrouwen met zich kan meebrengen en mede helpt bij het ontspannen durante partu. (Mc Neil & Jomeen, 2010)

De positieve invloed van continue steun is wellicht het gevolg van een daling van de maternele angst en een hieraan gerelateerde afname in stresshormonen. Een stijging

van catecholamines tijdens de arbeid kunnen echter een vasoconstrictie veroorzaken en een afname in de bloeddorstrooming ter hoogte van de uterus, wat mogelijks schadelijk kan zijn voor de foetus en de arbeid kan doen vertragen. (Romano & Lothian, 2008)

4.1.3 Ademhalingsoefeningen

Ademhalingsoefeningen worden vaak aangewend tijdens de arbeid. Er is echter weinig onderzoek gebeurd naar de effectiviteit van deze techniek. (National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007) Ademhalingstechnieken zouden aangewend worden om relaxatie te bevorderen en de aandacht van de pijn af te leiden. Het zou ook het gevoel van controle bevorderen. (Simkin & Bolding, 2004) Er is één onderzoek die aantoont dat 69% van de onderzoekspopulatie de ademhalingstechniek als zeer hulpvol of als hulpvol ervoer. De overige 30% vond dit niet nuttig. Hieruit werd geconcludeerd dat deze techniek kan bijdragen tot het beter omgaan met de pijn. Dit is echter persoonsafhankelijk en geldt niet voor elk individu. (Simkin & Bolding, 2004)

In het onderzoek van Davim, Torres, & Melo (2007) kwam naar voor dat de combinatie van ademhalingsoefeningen, spierrelaxatie en lumbosacrale massage de pijnintensiteit significant deed dalen.

Volgens National Collaborating Centre For Women's And Children's Health (2007) is er dus weinig evidentie omtrent ademhalingsoefeningen tijdens de arbeid. Er wordt geadviseerd om vrouwen te steunen in hun individuele keuze hieromtrent.

4.1.4 Mobilisatie tijdens de arbeid en het gebruik van de bal

Het geboorteprocess is onderhevig aan vier aspecten, namelijk de vier P's: *Power* – uteruscontracties, zwaartekracht, kracht van de moeder, *Passage* – weke en benige baringskanaal, *Passenger* – foetus en placenta & *Psyche* – mate van angst en pijn bij de moeder. Daar variatie in posities en mobilisatie tijdens de arbeid een invloed kunnen hebben op bovenvernoemde aspecten zou *Position* aan het lijstje kunnen toegevoegd worden. De positie van de moeder durante partu kan immers de frequentie en de kwaliteit van de uteruscontracties beïnvloeden, alsook de diameter van het bekken, de positie van de baby en de maternele angst. (Zwelling & Anderson, 1997) Verschillende bronnen tonen ook een effect aan op de pijngewaarwording van de barendende vrouw. (Baker, 2010; Gau et al, 2001; Kerrigan, 2006; Romano & Lithian, 2008)

Naar het einde van de zwangerschap toe zorgen hormoonwisselingen voor een relaxatie van de ligamenten en het kraakbeen in het bekken. Daardoor worden de sacro-iliacale gewrichten en de symphysis pubica soepeler en beweeglijker. Lichte veranderingen in vorm en diameter van het bekken worden op deze manier mogelijk. Dit vergemakkelijkt

de passage van de baby doorheen het bekken. Wanneer een vrouw in arbeid beweegt en verticale posities inneemt, worden deze veranderingen geoptimaliseerd. Bovendien wordt het voorliggend deel van de foetus door de zwaartekracht tegen de cervix aangedrukt, waardoor de effectiviteit van de contracties verbetert en de ontsluiting vordert. De kans dat deze vrouwen hun kind baren zonder medische interventie is verhoogd. Een tekort aan beweging en het toepassen van liggende posities daarentegen vermindert de beschikbare ruimte in het bekken en bemoeilijkt de indaling van de baby. Hier is geen sprake van zwaartekracht, de contracties worden bijgevolg minder effectief. (Baker, 2010)

Van nature uit bewegen vrouwen om te kunnen omgaan met de baringspijn. Rechtop staan, wandelen, ritmisch heen en weer wiegen, voorover leunen, op handen en knieën gaan zitten, zijn spontane bewegingen die vrouwen in arbeid instinctief gebruiken als reactie op de pijn. De arbeid kan efficiënter verlopen wanneer de vrouw luistert naar haar lichaam, gebruik makende van verticale posities of het frequent veranderen van houding. (Romano & Lothian, 2008) Het is de taak van de vroedvrouw om de vrouw in arbeid aan te moedigen en te steunen om voldoende te bewegen en verticale posities aan te nemen. (Baker, 2010) In de praktijk echter zorgen continue foetale monitoring en de aanwezigheid van een infuus ervoor dat de vrouw haar arbeid vaak in bed doorbrengt. (Romano & Lothian, 2008) Ook de media hebben hierop een grote invloed. Televisiebeelden tonen in het algemeen vrouwen die hun arbeid in bed doorbrengen en hun kind reeds baren na enkele minuten volledige ontsluiting. Daarenboven zijn zowel de vroedvrouwen als de parturiënten zo gewend geraakt aan het bed als hoofdruimte bij een geboorte dat de vrouw een passief element geworden is in het ganse geboorteproces. (Kerrigan, 2006) Vrijheid van beweging en niet-liggende posities hebben nochtans heel wat voordelen: een kortere arbeidsduur, een verhoogde uteruscontractiliteit, een groter comfort en minder nood aan farmacologische pijnstilling. (Romano & Lothian, 2008) Baker (2010) voegt hier ook meer geruststellende foetale harttonen aan toe en hogere Apgarscores bij de baby. Bovendien worden vrouwen door te bewegen afgeleid van de pijn en stijgt het gevoel van controle. Verticale houdingen hebben tevens hun invloed op de tweede fase van de arbeid: minder lang meepersen, een verminderd risico op een instrumentele bevalling, minder scherpe pijn en minder episiotomies. (Baker, 2010) Ten slotte kunnen complicaties of ongemakken tijdens de arbeid verholpen worden aan de hand van een positiewijziging. Voorbeelden zijn: een slecht vorderende arbeid, een malpositie van de foetus, lage rugpijn, vroegtijdige persdrang, een hardnekkig boordje bij 9 cm ontsluiting en bepaalde afwijkende foetale harttonenpatronen. Wijzigen van positie is dus een optimale eerstelijns oplossing bij complicaties of andere problemen, op voorwaarde dat de toestand van moeder en kind het toelaat. (Romano & Lothian, 2008)

De bal, ook wel gekend als de Swiss bal, werd in de jaren zestig gebruikt voor fysieke therapie bij neurologische problemen. Pas in de jaren tachtig werd dit hulpmiddel geïntroduceerd in de verloskunde. De bal promoot een optimale positionering en zorgt voor pijnreductie tijdens de contracties. Daarom is het een uitstekende hulp tijdens de arbeid. Bovendien verbetert het de lichaamshouding, het evenwichtsvermogen, de coördinatie en het lichaamsbewustzijn van de vrouw. Dit geeft haar meer controle alsook meer vertrouwen in haar lichaam. Kortom, de bal is een goede manier om stress en spanningen te reduceren. Dit hulpmiddel kan in verschillende posities gebruikt worden – zittend, staand, knielend en hurkend – en kent diverse toepassingen. Schommelen op of over de bal, tegen de bal leunen en wiegen en wippen op de bal zijn hiervan enkele voorbeelden. Een studie toont aan dat de geboortebal de pijn tijdens de arbeid effectief vermindert en mede het gevoel van *self-efficacy* verhoogt. Hoe zelfzekerder de vrouw, hoe minder pijn ze immers ervaart. Parturiënten die de bal gebruiken, hebben volgens dit onderzoek een kortere latente fase van de arbeid, maken minder gebruik van epidurale analgesie en hebben minder risico op een sectio. (Gau et al, 2011) De NICE-richtlijnen stellen echter dat er geen evidentie is dat de geboortebal de pijn tijdens de arbeid reduceert, noch is er een evidentie dat de bal een effect heeft op de geboorte-ervaring of op klinische resultaten. Dit hulpmiddel kan de vrouw wel helpen om een comfortabele positie aan te nemen. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007)

De pijntheorie van Melzack biedt mogelijks een verklaring voor de pijnreductie bij het gebruik van een geboortebal tijdens de arbeid. De zachte oppervlakte zorgt voor een goede ondersteuning van het perineum en/of de onderrug zonder hiervoor een grote druk te moeten toepassen. Wanneer vrouwen rollen op de bal worden de A-beta vezels gestimuleerd, wat zorgt voor een verminderde pijnperceptie. Daarnaast is ook vrijheid in beweging gecorreleerd met pijnverlichting. Een schommelende beweging helpt ervoor te zorgen dat de foetus goed gepositioneerd ligt, wat de geboorte makkelijker maakt. Bovendien ervaren vrouwen die voldoende bewegen tijdens de arbeid minder rugpijn. Het gebruik van de bal verhoogt ook de tevredenheid over de partner. Ook de partner ervaart een grote tevredenheid. Vrouwen in arbeid en hun partners ontwikkelen een 'wij-samen' gevoel wanneer ze oefeningen doen met de bal. Samen proberen ze de meest optimale en comfortabele positie te nemen. De bal speelt dus een belangrijke rol inzake de participatie van de vader tijdens de arbeid. Verbale en morele steun, in het bijzonder van de partner, wordt eveneens geassocieerd met een lager gebruik van analgesie, minder baringspijn en een positieve geboorte-ervaring. (Gau et al, 2011)

Bewegen en frequent veranderen van houding tijdens de arbeid – met of zonder hulpmiddel - helpt mee aan een fysiologisch geboorteprocés. Één ultieme houding voor

alle vrouwen in arbeid bestaat niet. Elke vrouw is uniek en een geboorte is een dynamische gebeurtenis. De vroedvrouw moet de vrouw dus aanmoedigen om verschillende houdingen uit te proberen en dient haar te informeren over de bijkomende voordelen. Daarbij zou de vrouw ook op de hoogte moeten gesteld worden van de mogelijke nadelige effecten die een arbeid in bed, gebruik makende van horizontale posities, met zich kan meebrengen. Enkel op die manier kan de vrouw een geïnformeerde beslissing nemen betreffende hun zorg. (Baker, 2010)

4.1.5 Massage

In verschillende studies wordt aangetoond dat massage tijdens de arbeid baringspijn reduceert. (Brown, Douglas, & Plaster Flood, 2001; Chang, Wang, & Chen, 2002; Davim, Torres, & Melo, 2007; Field, Hernandez-Reif, Quintino, & Burman, 1997; Field, 2010; Kimber, McNabb, Court, Haines, & Brocklehurst, 2008; Smith, Levett, & Jones, 2011; Yildirim & Sahin, 2004) Op verschillende momenten tijdens de arbeid werden er pijnscores genoteerd bij een interventiegroep – participanten die gebruik maakten van massage – en een controlegroep. Er werd vastgesteld dat in beide groepen de pijn lineair toenam. De pijnscores van de interventiegroep lagen wel duidelijk lager dan in de controlegroep. (Chang et al, 2002) Naast een pijnreducerende werking, werkt massage ook ontspannend. (Field et al, 1997; Yildirim & Sahin, 2004) Massage heeft ook een positieve invloed op de gemoedstoestand. Vrouwen die massage krijgen tijdens de arbeid voelen zich beter. Ze hebben minder stress en minder depressieve gevoelens. Daarnaast blijkt ook dat ze minder angst hebben. (Field et al, 1997) Volgens Chang et al (2002) zou de angst vooral gereduceerd worden in de latente fase van de arbeid.

De massage kan gegeven worden door de partner of door de zorgverlener. Dit brengt met zich mee dat er een grotere betrokkenheid is van de partner en er een betere relatie gecreëerd wordt met de zorgverlener. Deze relatie verbetert de communicatie. Bij het uitvoeren van de massage zou de parturiënte een vorm van psychologische steun ervaren. (Chang et al, 2002) In het onderzoek van Kimber et al (2008) verwoordden vrouwen dat massage hen een groter gevoel van controle gaf. Dit zorgt ervoor dat de tevredenheid over de geboorte-ervaring aanzienlijk hoger ligt bij vrouwen die massage ontvingen in de arbeid. (Kimber et al, 2008) Geboortetevredenheid heeft meestal niet te maken met de mate van pijn, maar eerder met de persoonlijke verwachtingen, de mate van steun van de zorgverlener, de zorgverlener-parturiënte relatie en betrokkenheid bij beslissingen. (Hodnett, 2002)

Volgens Field (2010) zou de arbeidsduur verkort worden onder invloed van massage. Hij stelt dat de gemiddelde arbeidsduur met drie uur vermindert. Het gebruik van medicatie tijdens de arbeid ligt ook duidelijk lager. Volgens een onderzoek van Field et al (1997)

komen postpartumdepressies minder vaak voor bij gemasseerde vrouwen. Ook de verblijfsduur in het ziekenhuis werd aanzienlijk verkort. De neonaten van gemasseerde moeders scoorden beter op de 'Brazelton Neonatal Behavioral Assessment habituation, orientation and motor scales' – een interactieve neuro-gedragsmatige beoordeling van de pasgeborene. Dit is waarschijnlijk het gevolg van een toegenomen vagale activiteit en een gedaald cortisolgehalte in het bloed. (Field, 2010)

Massage heeft veel positieve effecten, maar blijkt niet bij iedereen te werken. In het onderzoek van Brown et al (2011) werd massage bij 25 vrouwen toegepast. Negen participanten ervoeren massage als zeer effectief, 14 participanten ervoeren massage als effectief en twee participanten vonden massage niet effectief. (Brown et al, 2011) De wijze van omgaan met baringspijn is dan ook persoons-, cultureel- en religiegebonden. Een voorbeeld hiervan is dat Chinezen eerder afstand wensen in ontmoetingen om hun privacy te behouden. (Holroyd et al, 1997 in Chang et al, 2002)

Afhankelijk van het soort pijn die de vrouw ervaart, is er een ander soort massage wenselijk. Bij lage rugpijn tijdens de weeën werd massage zeer positief ervaren. (Yildirim & Sahin, 2004) Hierbij werd lumbosacrale massage het aangenaamst ervaren. (Smith et al, 2011) Als de pijn tijdens de weeën zich vooral abdominaal situeert, dan wordt vooral lichte abdominale massage positief ervaren. (Smith et al, 2011) Combinaties van andere technieken en massage kunnen de effectiviteit van pijnreductie verhogen. De combinatie van ademhalingsoefeningen, lumbosacrale massage en spierrelaxatie toonde een duidelijke daling in pijnintensiteit. (Davim et al, 2007)

Een andere vorm van massage kan koude of warmtetherapie zijn. Warmte wordt meestal aangebracht ter hoogte van de rug, abdomen of perineum. Dit kan door middel van een warmwaterkruik, warme kompressen, kersenpitkussen, douche, enz. Warmte kan worden gebruikt bij rillen en beven, het doet gewrichtsstijfheid dalen, vermindert spierspasmen en het verhoogt de mogelijkheid tot uitzetten van het bindweefsel. Koude wordt vooral ter hoogte van de rug, borst en gezicht aangebracht. Koude wordt door middel van een washand met ijs, koud water of een bevroren gelpack aangebracht. Het zou spierspasmen, inflammatie en oedeem reduceren. Er is echter nog weinig onderzoek gebeurd naar de effectiviteit van warmte- en koudetherapie wat betreft hun pijnreducerende werking. (Simkin & Bolding, 2004)

De werking van massage op de pijngewaarwording kan verklaard worden aan de hand van de poorttheorie van Ronald Melzack. Druk, massage en warmte zouden de A-beta vezels stimuleren waardoor de poort voor pijnprikkels gesloten wordt en de pijngewaarwording daalt. (Chang et al, 2002) Daarnaast zorgt het voor een daling van de stresshormonen doordat massage vagale vezels stimuleert. Deze vagale activiteit zorgt

voor een daling van de cortisol secretie. Deze daling van cortisol zou het risico op een postpartumdepressie verlagen. (Field, 2011) De vrijzetting van beta-endorfine zou ook positief worden beïnvloed door massage. (Chang et al, 2002) De ontspanning die massage met zich meebrengt, zorgt voor een betere oxygenatie van de weefsels waardoor ischemische pijn gereduceerd wordt. (Smith et al, 2011) Massage kan ook als methode van visualisatie gebruikt worden. Tijdens de massage kan aan de vrouw gevraagd worden zich goed te focussen op de massage. Dan krijg je een vorm van visualisatie. Dit leidt de vrouw af van haar pijn. (Kimber et al, 2008) Naast deze biochemische mechanismen is massage ook werkzaam doordat het de relatie met de partner of zorgverstrekker verbetert. De vrouw ervaart mentale steun waardoor ze beter met de pijn om kan. (Chang et al, 2002)

4.1.6 Hydrotherapie

Het gebruik van hydrotherapie kent een groei in de verloskunde. In vele ziekenhuizen is het mogelijk om te baden tijdens de arbeid. Hydrotherapie kent dan ook veel voordelen. In de literatuur komt duidelijk naar voor dat baden tijdens de arbeid de pijn verlicht. (Benfield, 2002; Cluett, Nikodem, McCandlish, & Burns, 2004; Jessiman, 2009; National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007; Simkin & Bolding, 2004) De pijn zou na 15 minuten gedaald zijn en 83% ervaart na 60 minuten duidelijk minder pijn. (Benfield, 2002) Er is één bron die geen significant verschil zag in pijnreductie. (Eckert, Turnbull, & MacLennan, 2001) Zoals eerder aangehaald hebben angst en pijn een invloed op elkaar. Hydrotherapie zou zowel angst als pijn doen dalen en relaxatie verhogen. Volgens Benfield (2002) is de angst na 15 minuten baden duidelijk gedaald. Meerdere bronnen tonen aan dat er minder farmacologische pijnbestrijding nodig is bij vrouwen die hydrotherapie aanwenden. (Cluett et al, 2004; National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007) Enkel het onderzoek van Eckert et al (2001) toonde geen verschil aan in het gebruik van farmacologische pijnmedicatie. Het baden tijdens de arbeid zou ook het gevoel van controle versterken bij de barende. Dit zorgt ervoor dat ze beter met de pijn kunnen omgaan en een grotere tevredenheid hebben over hun geboorte-ervaring. (Benfield, 2002; Hall & Holloway, 1998; Jessiman, 2009) De grotere tevredenheid wordt ook bevorderd door de toegenomen vrijheid in beweging en door de gewichtloosheid in het water. (National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007)

In de literatuur wordt er vermeld dat er minder vaak weeënstimulatie nodig is bij vrouwen die gebruik maken van hydrotherapie. (Benfield, 2002; National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007; Simkin & Bolding, 2004) De arbeidsduur van vrouwen die baden vergeleken met vrouwen die geen gebruik maken van hydrotherapie blijft echter wel gelijk. Er is dus geen evidentie dat het de ontsluiting

en indaling bevordert. (Simkin & Bolding, 2004) Er is onduidelijkheid wat betreft het moment waarop de hydrotherapie kan gestart worden en de duur van het baden. Sommige studies tonen aan dat er vaker pijnmedicatie en weeënstimulatie moet worden gegeven bij vrouwen die vroeg starten met het baden. (National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007) Volgens Simkin & Bolding (2004) zou langdurig baden de arbeid vertragen. Daar tegenover zegt Jessiman (2009) dat 83% van haar onderzoekspopulatie in het bad ging voor vijf centimeter ontsluiting en slechts 1% het bad moest verlaten omwille van een verminderde weeënfrequentie. In haar onderzoek varieerde de duur van het baden van 10 minuten tot 255 minuten. (Jessiman, 2009)

Baden tijdens de arbeid doet het risico op zowel maternale als neonatale infecties niet stijgen. (Cluett et al, 2004; Eckert et al, 2001; National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007) Het baden zou verder ook geen negatieve gevolgen hebben wat neonatale uitkomst betreft. In meerdere onderzoeken werd aangetoond dat de Apgarscores van baby's uit de groep die hydrotherapie aanwendde vergelijkbaar was met de controlegroep. (Benfield, 2002; Cluett et al, 2004; Eckert et al, 2001; National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007) Enkel bij langdurig gebroken vliezen werden vaker lagere Apgarscores na vijf minuten gezien. (Benfield, 2002) Er is één bron die vaker reanimatie van de pasgeborene beschreef. (Eckert et al, 2001) Dit is een onverwacht resultaat omdat de Apgarscores vergelijkbaar zijn. Benfield (2002) denkt dat dit komt door een gestegen maternale temperatuur bij te warm badwater van meer dan 37°C. De invloed van watertemperatuur op de baby werd nog onvoldoende onderzocht. De meeste vrouwen verkiezen een watertemperatuur van 36 tot 38°C. (Benfield, 2002)

Jessiman (2009) onderzocht waarom vrouwen hydrotherapie verkozen tijdens de arbeid. 615 vrouwen van de 779 gingen in bad met het oog op pijnverlichting. 67 vrouwen gaven pijnverlichting en relaxatie als reden. Als derde reden werd pijnverlichting en de wens voor een onderwaterbevalling door 31 vrouwen vermeld. Daarnaast werd ook de reden voor het verlaten van het bad onderzocht. Er werden zeer gevarieerde redenen gezien. Op de eerste plaats werd de wens voor verdere analgesie door 423 vrouwen vermeld. 126 vrouwen gaven als reden dat de uitdrijving aangebroken was. Het bad werd door 115 vrouwen verlaten voor inwendig onderzoek, amniotomie of cardiotocografie. Andere redenen waren: de wens voor andere beweging, er genoeg van hebben, te warm, naar het toilet gaan, vermoeidheid, minder contracties, meconium en foetale indicaties. Het bad werd slechts door vier vrouwen verlaten omdat ze het niet aangenaam vonden. (Jessiman, 2009)

Hydrotherapie kan op verschillende wijzen aangewend worden. Dit heeft dan ook een invloed op de beleving van de parturiënte. De waterdiepte is een belangrijke variabele.

Ook de grootte van het bad is bepalend. Het beïnvloedt de bewegingsmogelijkheden van de vrouw. Vrouwen vinden het belangrijk om vrij te kunnen bewegen in het water. Een jacuzzi wordt door sommige vrouwen aangenaam ervaren. De bubbels zouden ook een weeënstimulerend effect hebben doordat ze de tepels stimuleren. (Benfield, 2002)

Hydrotherapie werkt pijnverlichtend omdat de secretie van beta-endorfine verhoogd wordt tijdens het baden. (Benfield, Hortobagyi, Tanner, Swanson, Heitkemper, & Newton, 2010) Er wordt ook meer bewegingsvrijheid en verlichting ervaren door de hydrostatische druk. (Stark, Rudell, & Haus, 2008) Bij het gebruik van een jacuzzi is het pijnverlichtingsmechanisme vergelijkbaar met massage. (Benfield, 2002)

Hydrotherapie kan dus beschouwd worden als pijnverlichtend zonder negatieve invloed op de maternale en neonatale outcome. (National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007)

4.2 Resultaten van de interviews

De resultaten van de interviews worden in deze topic besproken met als doel een algemeen beeld te geven van de ondervraagde populatie. Deze resultaten mogen echter niet veralgemeend worden en dienen enkel als toetsing van de literatuur aan de praktijk.

De onderzoekspopulatie bestond uit tien parturiënten die tijdens hun verblijf op de materniteit geïnterviewd werden. Spontaan bevallen vrouwen die geen gebruik maakten van farmacologische pijnstilling gedurende de arbeid werden geselecteerd.

4.2.1 Demografische gegevens

De gemiddelde leeftijd van de participanten was 28,7 jaar met een spreiding van 22 tot 34 jaar. De onderzoeksgroep bestond uit drie primipara's en zeven multipara's. De pariteit van zes multipara bedroeg twee, één multipara was bevallen van haar derde kind. Uit de groep multipara bevielen vijf vrouwen eerder zonder farmacologische pijnbestrijding. De overige twee bevielen in een voorafgaande partus met epidurale anesthesie.

4.2.2 Prenatale voorbereiding betreffende de omgang met baringspijn

Op de vraag "Heeft u zich prenataal voorbereid wat betreft het omgaan met baringspijn?" antwoordde het grootste deel van de participanten prenataal te hebben nagedacht over de omgang met baringspijn. In tabel 1 vindt u een overzicht. Acht van de tien vrouwen kozen bewust om op natuurlijke wijze met de pijn om te gaan. De motivaties hiervoor waren uiteenlopend. De meerderheid van deze vrouwen geloven in de natuurlijke kracht van het lichaam. Een participant verwoordde: "Natuurlijk erin is natuurlijk eruit". Deze stelling werd bevestigd door andere participanten. Vrouwen willen weten hoe het voelt om een kind te baren, willen de pijn ervaren. Ze geloven dat ze het zullen kunnen, daar vele vrouwen voor hen deze pijn doorstaan hebben, dikwijls in veel armzaligere omstandigheden. Daarnaast bleek een eerdere spontane arbeid een duidelijke indicatie om het deze keer opnieuw natuurlijk te laten verlopen. Naast het vertrouwen in het eigen lichaam beschrijft één vrouw een bepaalde angst voor de prik die nodig is om de epidurale te plaatsen. Eén participant had geen duidelijke beslissing genomen voordien omtrent het omgaan met de pijn. Ze was van mening dat je eerst met de pijn moet leren omgaan en dan pas kunt oordelen of je het verder aan kan. Ze zegt dat haar mening wellicht beïnvloed is door haar Nederlandse afkomst. Epidurale verdoving is volgens haar bij de Nederlandse bevolking niet gebruikelijk. Eén participant had voordien besloten dat

ze absoluut met epidurale wou bevallen. Doordat haar arbeid te snel ging was het niet meer mogelijk om aan deze wens te voldoen.

Er werden prenatale lessen gevolgd in het ziekenhuis en bij een kinesist. Drie van de gerekruteerde vrouwen volgden tijdens de huidige zwangerschap deze lessen in het ziekenhuis. Drie multipara vonden de lessen uit een voorafgaande zwangerschap voldoende. Eén participant volgde zwangerschapsyoga en ging ook ten rade bij een kinesist. De overige drie participanten volgden geen prenatale lessen. Hiervoor werden diverse redenen vermeld: enerzijds wegens tijdsgebrek en anderzijds omdat ze geloofden in hun natuurlijke instinct wat betreft de omgang met baringspijn. Eén participant volgde geen lessen omdat ze absoluut pijnloos wou bevallen. Uit de interviews bleek dat praktisch gerichte lessen omtrent het opvangen van de pijn positief werden ervaren, bijvoorbeeld houdingen op de bal, ademhalingsoefeningen, massage en de rol van de partner hierbij. Eén vrouw vermeldde dat ze in de les die zij volgde praktische informatie rond spontaan bevallen miste en de foto's omtrent epidurale anesthesie beangstigend vond. Bepaalde vrouwen gingen ook zelfstandig op zoek naar informatie. Een drietal participanten lazen een boek, één iemand raadpleegde het internet. Zij ervoer de fora op het internet als negatief omdat daar vaak verhalen op komen te staan die zeer subjectief getint en overdreven zijn.

Tabel 1: Prenatale voorbereiding

Prenatale verwachtingen omtrent de omgang met baringspijn	
• Natuurlijke wijze	8
• Geen verwachtingen	1
• Epidurale anesthesie	1
Prenatale lessen	
• In huidige zwangerschap	4
• Enkel in vorige zwangerschap	3
• Niet gevolgd	3
Andere informatie bronnen	
• Boek	3
• Internet	1

4.2.3 Pijnreducerende technieken tijdens de arbeid

Er werd nagevraagd welke pijnreducerende technieken tijdens de arbeid werden aangewend en hoe die werden ervaren. De gebruikte technieken worden onderverdeeld in veertien categorieën.

- **Ademhalingsoefeningen** werden door iedere vrouw aangewend. Negen van de tien vrouwen hebben dit positief ervaren. De vrouwen verwoordden hierdoor gemakkelijker te ontspannen, rustiger te worden en vooral zichzelf en daarbij de pijn onder controle te kunnen houden. Hierbij bleek de begeleiding van de vroedvrouw van zeer groot belang. Zij gaf een bepaald ritme aan die de vrouw overnam zodat ze beter tot rust kon komen. De partner kon hier ook een belangrijke rol vervullen bijvoorbeeld door mee te puffen. Eén vrouw had vooral baat bij deze ademhalingsoefeningen op vlak van controle, maar stelde zich vragen bij het pijnstillend effect dat anderen beschrijven. Eén participant was niet tevreden over het aanwenden van een bepaalde ademhalingstechniek. Ze kon het ritme niet volgen. Ze moest zich teveel daarop concentreren waardoor ze het als onaangenaam ervoer.
- Een veel voorkomend gedrag, dat door vele vrouwen reflexmatig gedaan werd, was in iets of iemand **knijpen**. Velen knepen in de hand van de partner of de vroedvrouw, in de patiëntenoplichter of in de lakens. Dit gedrag kwam vooral voor bij hevige pijn tijdens de ontsluitingsweeën of bij persdrang waaraan ze nog niet mochten toegeven. Een vrouw verwoordde: "Je wilt eigenlijk die pijn ergens anders naartoe sturen door je handen te gebruiken."
- **Massage** werd door vijf participanten gehanteerd en door vier ervan als positief ervaren. In het bijzonder de rol van de partner hierbij werd zeer geapprecieerd. Enkele vrouwen beschreven dat druk ter hoogte van de onderrug pijnverlichtend was, terwijl andere vrouwen eerder baat hadden bij circulaire bewegingen. Eén vrouw kon deze aanrakingen niet verdragen. Als ze pijn heeft, heeft ze liever geen fysiek contact.
- Een kersenpitkussen of warmwaterkruik ter hoogte van de buik of onderrug boden **warmte**, wat als deugddoend ervaren werd. Vooral in het begin van de arbeid had dit volgens hen zijn nut, maar eenmaal de weeën te hevig waren, ondervonden ze er weinig voordeel van.
- De warme stralen van de **douche** werkten bij twee vrouwen pijnreducerend. Eén vrouw vond dit zeer verlichtend in combinatie met massage. Ook het gevoel van algemeen welzijn werd hierdoor versterkt: ze voelde zich opgefrist en comfortabeler. Een groot pluspunt was dat haar partner haar hierbij kon begeleiden. Na het douchen had ze geen moed meer om zich af te drogen. De partner heeft deze taak op zich genomen.

- Bij één vrouw werd **aromatherapie** gebruikt. Zij vond het zeer goed dat de vroedvrouw haar de keuze liet betreffende de geur. Ze vond dit kalmerend, relaxerend en een aangename geur.
- Eén participant **zong** tijdens een wee om de pijn te kunnen opvangen. Dit werkte rustgevend en ontspannend.
- De **bal** werd door vier vrouwen gebruikt en allen vonden ze dit een zeer goed hulpmiddel. Doordat het op deze manier mogelijk was om verschillende houdingen aan te nemen, te wiegen, konden ze de pijn beter aan. Eén vrouw toonde aan dat de bal een frappant verschil teweeg bracht: "Je zit op die bal en als die wee begint te komen, begin je gewoon een beetje te bewegen. Dat was heel rustgevend en je denkt meer op die bal dan op de wee. [...] In het bed was het niet aangenaam. Het trok allemaal samen, je spieren en je buik. Ik was veel meer ontspannen op de bal dan in bed." Houdingen die werden aangewend, waren: voorover leunen, achterover leunen tegen de partner, rechtop zitten en op de bal liggen.
- **Zitten op het toilet** werd door drie van de tien vrouwen aangehaald en omschreven als een gemakkelijke houding.
- Naast het zitten op de bal of op het toilet hebben twee participanten geëxperimenteerd met diverse **verticale houdingen** zoals zitten in de zetel, hurken, leunen over de rand van de zetel of op de tafel.
- **Rondwandelen** was voor twee participanten een goede manier om de weeën op te vangen in het begin van de arbeid. Zo zei een vrouw: "Ik heb nog de krant gelezen en de vaatwas aangestoken. Op het moment dat je geen weeën hebt, ben je perfect goed. Dat is heel raar. Ik had dat niet verwacht. Ik dacht dat je tussen de weeën ook last ging hebben, maar dat was absoluut niet het geval eigenlijk."
- Eenmaal de weeën zeer hevig geworden waren, hadden een aantal vrouwen de moed niet meer om uit bed te komen. Eén van de vrouwen merkte het volgende op: "Ik heb mijn arbeid vooral in **bed** doorgebracht. Als je zodanig veel pijn hebt, begrijp ik niet hoe je nog... Ik kon niet veel meer bewegen, je krimpt een beetje in elkaar. Voor mij was dat het ideale." Twee participanten verkozen **rugligging**. Daartegenover kon één participant deze houding niet verdragen.
- **Zijligging** werd bij vier vrouwen voorgesteld door de vroedvrouw. De mening omtrent deze houding was verdeeld. Twee vrouwen voelden zich hierdoor comfortabeler. Door deze ligging bleef de rug vrij en kon de partner daar masseren.

De andere twee vrouwen konden de pijn nog minder goed opvangen in deze houding.

- Drie vrouwen beschreven dat ze frequent **wisselden van houding in bed**. Twee van deze vrouwen vertelden dat ze tijdens de wee niet goed wisten welke houding ze moesten aannemen. Daardoor bewogen ze veel tijdens een wee, op zoek naar een houding waarin ze de pijn het best aankonden.

4.2.4 De begeleiding van de vroedvrouw

De vroedvrouw was voor alle participanten een meerwaarde. In de verschillende interviews zijn er diverse aspecten aan bod gekomen op de vraag: "Hoe heeft u de begeleiding van de vroedvrouw ervaren?" Zowel het verbaal als non-verbaal gedrag van de vroedvrouw bleken een invloed te hebben op hoe de vrouw zich voelt, alsook op haar tevredenheid omtrent de arbeid. De rust die ze uitstraalde, bracht ze over op de parturiëntes. Voor veel vrouwen was het belangrijk dat de vroedvrouw hen bevestigde: "Je doet het goed, je bent goed bezig." De wijze waarop de vroedvrouw iets verwoordde, werkte stimulerend en motiverend. Haar woordkeuze kon het verschil maken: "Je kan zeggen het is vijf centimeter, maar zij zei, het is *al* vijf centimeter." De positieve ingesteldheid van de vroedvrouw en een persoonlijke benadering zorgden voor een gerust gevoel. Tevens deed zij voorstellen in verband met mogelijke pijnreducerende technieken en betrok ze de partner hierbij. De vroedvrouw leerde verschillende partners aan hoe ze hun vrouw konden masseren en ondersteunen. Meerdere participanten ervoeren het meepuffen van de vroedvrouw als een grote steun. Naast een rol als coach is professionaliteit één van de belangrijkste kwaliteiten van een vroedvrouw. De participanten vonden de informatie die ze verstreekte zeer nuttig. Haar aanwezigheid gaf een gevoel van zekerheid dat alles normaal verliep. Eén van de multipara's vermeldde dat zij dit aspect vooral nodig had tijdens haar eerste arbeid omdat ze zelf niet goed wist wat er gebeurde. Erkenning van de pijn en het benoemen ervan stelde de vrouwen gerust: "Als ik iets voelde wat ik voordien nog niet gevoeld had, kon zij het benoemen." Daarnaast vonden ze het een geruststelling dat ze steeds bij de vroedvrouw terecht konden met vragen en er altijd iemand in de buurt was indien er zich een probleem zou voordoen.

Afhankelijk van de persoonlijkheid van de participant werd continue aanwezigheid van de vroedvrouw al dan niet verwacht. Twee participanten vertelden dat ze in paniek sloegen nadat de vroedvrouw de kamer had verlaten. De meerderheid vond het aangenaam dat de vroedvrouw frequent binnenkwam en steeds bereikbaar was via het oproepsysteem. Eén vrouw had weinig nood aan een nauwe begeleiding tijdens de arbeid. Voor haar was de prenatale voorbereiding voldoende om zelfstandig de weeën te kunnen opvangen.

Meerdere vrouwen vermeldden dat ze continue CTG-registratie vrijheid beperkend vonden. De druk van de cup was storend en ongemakkelijk. Daarnaast verwoordde één participant dat er te vaak inwendig onderzocht werd. Ook het op orde stellen van administratieve zaken stelde één parturiënte niet zo op prijs. Ze voelde zich met haar pijn aan haar lot overgelaten, daar de partner opgeëist werd om anamnesevragen te beantwoorden.

4.2.5 De ervaring van het geboorteprocés als koppel

Het geboorteprocés werd door ieder koppel anders ervaren. De meeste vrouwen omschrijven de ervaring als emotioneel, samenwerken, een grote hulp en een grote steun. De verbale steun, in de zin van 'we zijn er bijna, je doet het goed', motiveerde de vrouwen. Het praten met de partner zorgde bovendien voor afleiding. Uit vele verhalen bleek dat de aanwezigheid van de partner een must was. Een participant vertelde dat haar partner bijna te laat kwam. Ze kon pas tot rust komen eens hij aanwezig was. Indien de partner weinig betrokken was of de kamer verliet, dan was de steun van een derde persoon welkom. Sms'en werd als storend ervaren. Sommige partners wisten niet altijd even goed wat te doen om hun vrouw te helpen. Anderen daarentegen vervulden een actieve rol. Het verrichten van kleine handelingen kon een groot verschil maken. Een multipara verwoordde dat haar partner tijdens de tweede arbeid beter wist wat te doen. Doordat zij het algemeen verloop van een arbeid kende, kon zij ook zelf instructies geven. Hoewel de steun van de partner zeer op prijs gesteld werd, meende één vrouw dat de steun van de vroedvrouw op bepaalde vlakken waardevoller was. De vroedvrouw is een professional en weet wat te doen. Daartegenover staat dat de aanwezigheid van een bekende, een vertrouwd persoon, een veilig gevoel geeft. Dit wordt als volgt bevestigd door één van de participanten: "Het is echt wel goed dat er iemand is dat je goed kent, die daar is op dat moment en die u ook kent. Want ja, je wordt op uw zwakst getoond. Daarbij iemand die je echt vertrouwt – de vroedvrouwen vertrouwt ik ook zeker tweehonderd procent, het is hun job, ze doen dat goed – maar echt zo iemand die dicht bij u staat, die er is op dat moment, dat is zeker heel belangrijk." Doordat de partner haar goed kent, kan hij op haar inpraten. Het is daarbij belangrijk dat de partner achter de vrouw haar mening staat.

Een participant bracht het belang van prenatale voorbereiding aan in het interview, ook wat dit aspect betreft. Zij vond het nuttig dat ze prenataal elkaars wensen besproken hadden omtrent het verloop van de arbeid. Tijdens de zwangerschap hebben ze samen informatie opgezocht en oefeningen uitgeprobeerd.

Het geboorteprocés deed één partner in het bijzonder versteld staan van de kracht die zijn vrouw bezat: "Hij zei dat hij versteld stond van mijn krachten. Je beseft dat op het

moment zelf niet, maar ik denk dat je inderdaad zodanig veel kracht ontwikkelt in je armen. Nog eventjes alles geven... Dat moet ook voor hem een ervaring geweest zijn."

4.2.6 Moeilijk moment tijdens de arbeid

Iedere participant heeft een moeilijk moment gekend tijdens de arbeid. Het valt op dat elk individu anders omgaat met dergelijke situatie. Voor sommigen kwam de vraag naar epidurale, terwijl anderen nooit de stap naar epidurale anesthesie overwogen hebben. Een participant verwoordde dat het belangrijk was om zichzelf in controle te kunnen houden: "Je mag de controle over jezelf niet verliezen op dat moment. Als je de pijn voelt toenemen en het gaat niet vooruit is dat, denk ik, moeilijk om jezelf niet te verliezen. Als je jezelf verliest, is het hopeloos."

De meeste participanten gingen door een moeilijk moment naar het einde van de arbeid toe. Vooral heftige weeën waren een reden om de moed even te verliezen. De oorzaak van deze pijntoename was dikwijls te wijten aan het breken van de vliezen, versnelling van de arbeid en/of het optreden van persdrang bij onvolledige ontsluiting. Veel vrouwen vonden het ondraaglijk indien ze nog niet mochten toegeven aan deze persdrang. Eén participant had het moeilijk met het feit dat ze de afloop van vruchtwater, ontlasting en kreunen van de pijn niet kon controleren. Zij hoopte dat een epidurale dit ongemak ging kunnen wegwerken.

Een korte arbeidsduur bleek een belangrijke factor te zijn die vrouwen hielp doorzetten. Bepaalde vrouwen hielden vol omwille van een vergevorderde ontsluiting. Voor anderen was epidurale geen optie meer, daar de arbeid te ver gevorderd was. Een citaat van een participant: "Ik heb eigenlijk nooit de gedachte gehad van 'ik wil toch een epidurale', maar wel van 'wat heb ik mezelf aangedaan'. Op het moment dat je het dan moeilijk hebt, weet je dat je toch geen epidurale meer kunt krijgen, dus dat gaat dan ook niet meer door je gedachten. Dan is het gewoon zien het beste ervan te maken met de middelen die je krijgt om toch zo snel en zo pijnloos mogelijk te kunnen verder doen." Bij hevige persdrang werd het 'mogen' meepersen als verlossend ervaren. De steun van de partner of de vroedvrouw werd tijdens een moeilijk moment enorm op prijs gesteld. Hun aanwezigheid, de motiverende woorden en instructies die ze gaven, hielpen de vrouw doorheen deze fase. "Het stimuleren van de vroedvrouw die bij me stond, die steeds motiveerde van 'wees rustig, doe me na', constant praten en doen... Als dat niet had moeten gebeuren, ging ik in een zak zitten en ging er niets meer gebeurd zijn. Ik ging niet meer geluisterd hebben en geduwd hebben, ook al mocht ik niet." Daartegenover staat de mening van een andere vrouw die zegt dat ze juist helemaal in zichzelf gekeerd was en geen instructies nodig had. Zo kon ze zelfstandig de weeën opvangen.

Eén vrouw haalde aan dat ook hier prenatale voorbereiding zijn voordelen had. De kennis over het verloop van de arbeid zorgde ervoor dat zij de intense pijn aankon. Vrouwen stelden het op prijs indien de vroedvrouw of de partner de mogelijkheid tot epidurale anesthesie niet voorstelden. Dit zou twijfels kunnen opgewekt hebben. Daarnaast zorgde de wens voor een intense bevallingervaring ervoor dat epidurale niet als optie werd gezien. Tevens leek het voor haar ook beter voor een goede perstechniek en het welzijn van de baby. Een vroegere intense pijnervaring kon enkele vrouwen helpen bij het omgaan met de baringspijn. Enkele voorbeelden die uit de interviews naar voren kwamen, zijn chronische migraine, de intense pijn die tijdens een trektocht werd ervaren en bekkenpijn tijdens de zwangerschap. Indien deze pijn voor ogen werd gehouden, leek de baringspijn beter te verdragen en vol te houden.

4.2.7 Invloed van de geboorte-ervaring op de vrouw

Op de vraag 'welke invloed heeft de geboorte-ervaring op u als persoon?' vonden veel vrouwen het moeilijk om hierop een sluitend antwoord te geven. Ze vermoedden dat ze de invloed van deze gebeurtenis pas later in hun leven zullen beseffen, maar waren er wel van overtuigd dat het hen op bepaalde vlakken veranderd heeft.

In het algemeen werd een gevoel van voldoening en trots beschreven. Vrouwen vinden het een hele levenservaring en zijn blij om te weten hoe het voelt om een kind te baren. Eén vrouw omschreef duidelijk het directe effect van de ervaring op haar zelfvertrouwen en zelfbeeld. Een andere participant verwoordde dat ze zich meer matuur voelde nadien: "Ik denk dat ik er ook meer ga staan in mijn job bijvoorbeeld omdat ik zoiets heb van 'ik ben nu evenveel vrouw als die vrouw van veertig, want ik heb ook een kind kunnen baren en ik heb ook die pijn doorstaan en die miserie, en dat plezier en die emoties'. Het maakt u wel meer vrouw en meer een volwassen vrouw dan dat je ervoor was. Dat valt niet te ontkennen."

Een vrouw sprak over de oerkracht die zij tijdens de arbeid mocht ervaren: "Ik geloof wel ergens dat je eigenlijk veel meer aankunt dan dat je denkt, dat je sterker bent dan dat je denkt. Echt zo een oerkracht dat je voelt dat je anders nooit voelt in je leven." Ze stond versteld tot wat haar lichaam in staat was. Dit sterkt het vertrouwen in haar eigen lichaam. Verhalen van andere participanten bevestigden dit. Enkele vrouwen verwoordden dat hun pijngrens door een geboorte-ervaring verlegd werd. Ze hadden het gevoel dat ze zowel fysiek als mentaal sterker geworden zijn. Het maakt hen harder in hoe ze denken over pijn. Ze denken in de toekomst moeilijke situaties beter te kunnen relativeren: "Als ik alleen ben met de twee kinderen en ik heb barstende koppijn, dan heb je zoiets van 'slikken en we weten dat het over gaat'. Voordien ging ik misschien iets sneller de zenuwpiet uitgehangen hebben en het mij aangetrokken hebben."

5 Discussie

In dit onderdeel worden de resultaten uit de literatuur en uit de interviews aan elkaar getoetst.

Participanten die prenatale lessen volgden, ervoeren de praktische aanpak als positief. Lessen waar de nadruk op de theorie lag, werden minder hulpvol ervaren daar de praktijk gemist werd. Ook in de literatuur komt naar voor dat er een grote diversiteit is aan soorten prenatale educatie. (Gagnon & Sandall, 2011) Bepaalde bronnen tonen aan dat het voordelen met zich meebrengt, zoals een grote tevredenheid. (Gagnon & Sandall, 2011; Gau et al, 2011) Toch bestaat er weinig evidentie hieromtrent en is verder onderzoek noodzakelijk. (Gagnon & Sandall, 2011)

De literatuur geeft weinig evidentie wat betreft de effectiviteit van ademhalingsoefeningen. (National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007) Uit de interviews blijkt dat negen van de tien vrouwen ademhalingsoefeningen relaxerend vonden en hen hielpen om de pijn onder controle te houden. Volgens Simkin & Bolding (2004) bevordert het aanwenden ervan inderdaad relaxatie en leidt het de aandacht af van de pijn. Eén participant had geen baat bij deze techniek. Zoals de NICE-richtlijnen voorstellen, moeten vrouwen gesteund worden in hun individuele keuze hieromtrent. (National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007)

Het gebruik van massage werd positief ervaren. De participanten beschreven het als pijnverlichtend en apprecieerden het nauwe contact met de partner. Het pijnreducerende effect werd ook in de literatuur terug gevonden. (Brown et al, 2001; Chang et al, 2002; Davim et al, 2007; Field et al, 1997; Field, 2010; Kimber et al, 2008; Smith et al, 2011; Yildirim & Sahin, 2004) Volgens Chang et al (2002) vergroot massage de betrokkenheid van de partner. Bij het uitvoeren van de massage zou de parturiënte een vorm van psychologische steun ervaren. Eén participant haalde aan dat ze het fysiek contact niet kon verdragen. Dit toont wederom het belang aan van een individueel aangepaste begeleiding.

De vrouwen die de bal aanwendden, vonden dit allen een goed hulpmiddel. Het bood bewegingsvrijheid, afleiding en rust. Dit zorgde ervoor dat ze de pijn beter aankonden. Gau et al (2011) bevestigt dit. Bewegen tijdens de arbeid wordt door de literatuur aanbevolen. (Baker, 2010; Kerrigan, 2006; Romano & Lothian, 2008) Participanten experimenteerden met verschillende houdingen. Pijngedrag wordt bovendien beïnvloed door cultuur. Culturele normen bepalen wat acceptabele bewegingen en geluiden zijn. (Trout, 2004) Kerrigan (2006) verwoordt dat gewoontevorming en media het bed als

hoofduitrusting vooropstellen tijdens een arbeid. De resultaten van de interviews tonen aan dat de arbeid vaak gedeeltelijk in bed werd doorgebracht. In bed werd er wel gewisseld van houding om het comfort te behouden. Enkele participanten verwoordden dat ze naar het einde van de arbeid toe het bed niet meer wilden verlaten.

Het baden tijdens de arbeid was in beide ziekenhuizen mogelijk. Toch werd het bij geen van de participanten aangewend. Als vorm van hydrotherapie werd wel gebruik gemaakt van een douche. De literatuur beveelt baden tijdens de arbeid nochtans aan.

De begeleiding van de vroedvrouw werd door allen als een meerwaarde beschreven. Zowel de vrouw als de partner vonden haar aanwezigheid belangrijk. Begeleiding die als kwaliteitsvol omschreven werd hield in: bevestigen, verstrekken van informatie, professionaliteit, een positieve ingesteldheid van de vroedvrouw, een persoonlijke benadering en overbrengen van rust. De literatuur haalt aan dat de steun van de vroedvrouw een belangrijke invloed heeft op de tevredenheid over de geboorte-ervaring. (Hodnett, 2002; Hodnett et al, 2011) Volgens de NICE-richtlijnen moet een vrouw in arbeid een ondersteunende one-to-one begeleiding krijgen en zou ze niet alleen mogen gelaten worden, uitgezonderd voor korte periodes of wanneer zij dat wenst. (National Collaborating Centre For Women's And Children's Health, 2007) Dit aspect kwam ook naar voor in de interviews. Enkele participanten wensten continue aanwezigheid, terwijl een andere vrouw zelfstandig haar arbeid wenste door te maken. Daarnaast werd de aanwezigheid van de partner door alle participanten op prijs gesteld. Hij speelt een belangrijke factor in de tevredenheid van de geboorte-ervaring. (Hodnett, 2002)

In elk interview was er sprake van een moeilijk moment tijdens de arbeid. De informatie en steun die de vroedvrouw en partner verstrekten was een belangrijke hulp om hier doorheen te raken. Indien een vroeger intense pijnervaring voor ogen gehouden werd, leek de baringspijn beter te verdragen. Lowe (2002) stelde dit ook vast. Vrouwen apprecieerden het ook dat de mogelijkheid tot epidurale anesthesie niet werd voorgesteld. Hodnett et al (2011) stelt dat een setting waarin epidurale anesthesie niet routineus beschikbaar is, bevorderend is voor de continuïteit en de effectiviteit van de steun.

Door het vertrouwen die vrouwen in zichzelf en in hun lichaam krijgen na het beleven van baringspijn, zouden ze in de toekomst beter kunnen omgaan met andere intense pijn. (Niven & Murphy-Black, 2000; Trout, 2004) Participanten vonden het wellicht moeilijk om een sluitend antwoord te geven op de vraag "welke invloed heeft de geboorte-ervaring op u als persoon?" omdat de tijd tussen het interview en de arbeid te kort was. Ze denken dat ze beter zullen kunnen omgaan met moeilijke situaties en hun pijngrens verlegd is. Ze hebben het gevoel fysiek en mentaal sterker zijn geworden. Hun

zelfbeeld en zelfvertrouwen is groter geworden. Zowel in de literatuur als in de interviews komt een gevoel van trots en voldoening naar boven. (Niven & Murphy-Black, 2000)

In verschillende interviews werd aangehaald dat hun korte arbeidsduur wellicht een positieve invloed heeft gehad bij het doorzetten om zonder enige vorm van farmacologische pijnstilling te kunnen bevallen. De vraag kan gesteld worden of de relatief kortere arbeidsduur als confounding factor moet gezien worden, of eerder een gevolg is van het gebruik van niet-farmacologische pijnreducerende technieken. Zoals in de literatuur vermeld staat, zouden het gebruik van de bal, bewegen tijdens de arbeid, continue steun van de vroedvrouw en massage een invloed hebben op de arbeidsduur. (Baker, 2010; Field, 2010; Gau et al, 2011; Hodnett et al, 2011; Romano & Lothian, 2008)

Er worden heel wat gelijkenissen gezien tussen de literatuur en de resultaten uit de interviews. Toch mogen deze resultaten niet veralgemeend worden. De onderzoekspopulatie was zeer kleinschalig en beperkte zich tot tien participanten uit twee West-Vlaamse ziekenhuizen. Het was slechts de bedoeling om de literatuur aan de praktijk te toetsen.

Dit eindwerk omvat een ruim thema. Het onderwerp werd zo goed mogelijk afgebakend. Verder onderzoek is echter op verschillende vlakken nog nodig.

6 Conclusie

Zoals blijkt uit onze bachelorproef is baringspijn multidimensionaal. Vele factoren hebben een invloed op de beleving van baringspijn. Deze pijnervaring is dan ook subjectief en wordt door ieder individu anders beleefd. Het vooropstellen van een eenduidige vroedkundige begeleiding is dus volgens ons niet mogelijk. Elke vrouw in arbeid vergt een individueel aangepaste benadering. Interventies gericht op het psychosociale en het aanwenden van niet-farmacologische pijnreducerende technieken zijn efficiënt en bewerkstelligen een grotere tevredenheid van de geboorte-ervaring. Kortom, de vroedvrouw heeft een belangrijke invloed op de beleving van baringspijn.

Literatuurlijst

- Alehagen, S., Wijma, K., Lundberg, U., Melin, B., & Wijma, B. (2001). Catecholamine and Cortisol Reaction to Childbirth. *International journal of behavioral medicine*, 8(1), 50-65.
- Baker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 492-497.
- Benfield, R. (2002). Hydrotherapy in labor. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 347-352.
- Benfield, R. D., Hortobagyi, T., Tanner, C. J., Swanson, M., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2010). The effect of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biological Research for Nursing*, 12(1), 28-36.
- Bogaerts, A., Geerdens, L., & Gooris, F. (2009). *Normale baring en kraambed*. Antwerpen: Garant.
- Brown, S. T., Douglas, C., & Plaster Flood, L. (2001). Women's evaluation of intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used during labor. *The Journal of Perinatal Education*, 10(3), 1-8.
- Cammu, H., Martens, E., Van Mol, C., & Defoort, P. (2011). Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2010. Brussel.
- Chang, S.-Y., Wang, S.-Y., & Chen, C.-H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68-73.
- Cluett, E., Nikodem, V., McCandlish, R., & Burns, E. (2004). Immersion in Water in Pregnancy, Labour, and Birth. *Birth*, 31(4).
- Davim, R. M., Torres, G. d., & Melo, E. S. (2007). Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(6), 1150-1156.
- Eckert, K., Turnbull, D., & MacLennan, A. (2001). Immersion in Water in the First Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 28(2), 84-93.
- Field, T. (2010). Pregnancy and labor massage. *Expert Rev Obstet Gynecol*, 5(2), 177-181.


- Field, T., Hernandez-Reif, M., Quintino, O., & Burman, I. (1997). Labor pain is reduced by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 18, 286-291.
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2011). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (review). *The Cochrane Library*, 10.
- Gau, M.-L., Chang, C.-Y., Tian, S.-H., & Lin, K.-C. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 1-8.
- Hall, S. M., & Holloway, I. M. (1998). Staying in control: women's experiences of labour in water. *Midwifery*, 14, 30-36.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 160-172.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, J. G., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Library*, 2.
- Jessiman, W. C. (2009). Immersion in water: use of a pool by women in labour. *British Journal of Midwifery*, 17(9), 583-587.
- Kerrigan, A. (2006). The mother-midwife partnership: A critical analysis of intrapartum care. *British Journal of Midwifery*, 14(6), 346-350.
- Kimber, L., McNabb, M., Mc Court, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial. *European Journal of Pain*, 12, 961-969.
- Lopes da Silva, F. (2000). Het geheugen en de hippocampus: Meervoudige geheugensystemen: de bijzondere plaats van het hippocampale geheugensysteem. *neuropraxis*, 47-51.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5), 16-24.
- Martini, F., & Bartholomew, E. (2008). *Anatomie en fysiologie: een inleiding*. Amsterdam: Pearsoneducation.
- McNeil, A., & Jomeen, J. (2010). 'Gezellig': a concept for managing pain during labour and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 515-520.
- Melzack, R. (2001). Pain and the Neuromatrix in the Brain. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1378-1382.

- National Collaborating Centre For Women's And Children's Health. (2007). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. London: RCOG Press.
- Niven, C. A., & Murphy-Black, T. (2000). Memory for labor pain: A review of the literature. *Birth, 27*(4), 244-253.
- Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *JOGNN, 37*(1), 94-105.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health, 49*(6), 489-504.
- Smith, C., Levett, K., Collins, C., & Jones, L. (2011). Manual healing methods including massage and reflexology for pain management in labour. *The Cochrane Library, 9*.
- Stark, M. A., Rudell, B., & Haus, G. (2008). Observing Position and Movements in Hydrotherapy: A Pilot Study. *JOGNN, 37*(1), 116-122.
- Trout, K. K. (2004). The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *Journal of midwifery & women's health, 49*(6), 482-488.
- Veringa, I., & van Cranenburgh, B. (2009). Baringspijn vanuit een nieuw perspectief. *Tijdschrift voor Verloskundigen, 21-25*.
- Veringa, I., & van Cranenburgh, B. (2010). Baringspijn is er niet voor niets. *Medisch Contact, 1734-1737*.
- Yildirim, G., & Sahin, N. H. (2004). The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Res manage, 9*(4), 138-187.
- Zwelling, E., & Anderson, B. (1997). Labor Stations: A Creative Teaching Strategy of Promote the Use of Multiple Positions for Labor and Birth. *Journal of Perinatal Education, 6*(3), 1-10.

Bijlagen

Bijlage 1.1

2011-11-10


az sint-jan
brugge - oostende av
Ruddershove 10
B-8000 Brugge

Ethics Committee
Tel : 32 50 45 99 42
Fax: 32 50 45 30 57

Katoesjka Behaeghel
Marjolein Demeyere

- 1 Dr. G. Bru
- 2 Dhr. B. Deblauwe
- 3 Dhr. B. Dupon
- 4 Dr. E. De Cuyper
- 5 Mevr. K. Hemeryck
- 6 Mevr. A. Turf
- 7 Dr. L. Vanopdenbosch, chairman
- 8 Mevr. N. Vanthourhout
- 9 Mevr. G. Van Hooreweghe
- 10 Dr. P. Van Lancker
- 11 Dr. P. Van Trappen
- 12 Dr. W. Verhaeghe
- 13 Dhr. J. Vlaemynck
- 14 Dr. S. Vlaminc
- 15 Dr. C. Vranken

Betreft: verzoek tot advies van het Comité voor Ethiek in verband met een onderzoeksproject bij de mens.

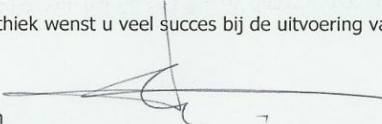
Geachte

De Commissie voor Ethiek van het AZ Sint Jan AV dankt u voor uw vraagstelling.

Het door u voorgestelde onderzoek kan doorgaan mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

- 1 Het diensthoofd van de afdeling waar uw onderzoek zou doorgaan dient zijn/haar akkoord te geven.
- 2 Het beroepsgeheim dient gerespecteerd te worden.
- 3 De deelnemers van het onderzoek worden voldoende geïnformeerd over de bedoeling en de werkwijze van het onderzoek. Hun privacy wordt geëerbiedigd en alle gegevens zullen op anonieme wijze worden verwerkt. Hun deelname aan het onderzoek gebeurt op vrijwillige basis. Aan geen enkele zorgverlener van het ziekenhuis zullen persoonlijke gegevens van het onderzoek worden meegedeeld. De deelnemers van het onderzoek kunnen op elk moment hun deelname aan het onderzoek stopzetten. **Zij ontvangen/ondertekenen eveneens een toestemmingsformulier (informed consent).** Als gesprekken op band worden opgenomen, worden de tapes na verwerking vernietigd.
- 4 Als uw onderzoek gepubliceerd wordt, dan dient de anonimiteit van de onderzoekspersonen gegarandeerd te worden.

De Commissie voor Ethiek wenst u veel succes bij de uitvoering van uw onderzoeksproject.



Dr. L. Vanopdenbosch
Voorzitter Commissie voor Ethiek

Bijlage 1.2

Geachte,

Uw thesis is gisteren besproken op het ethisch comité. Er werden inhoudelijk **geen ethische bezwaren** geformuleerd.

Wel wil ik er u op attent maken dat vooraleer u met de praktische uitvoering kan starten u contact dient op te nemen met de hoofdverpleegkundige: Ryheul Iris. Verder dient ook het arts-diensthoud gynaecologie: Dr. Rombaut op de hoogte te worden gebracht dat dit onderzoek plaats vindt op de dienst materniteit.

Veel succes met de verdere uitvoering.

Nele Mortier
Secretaris Ethisch Comité
AZ Damiaan Oostende
nmortier@azdamiaan.be
0032 59 55 32 93

Bijlage 2.1

Beste,

Wij wensen u van harte proficiat met de geboorte van uw zoon/ dochter!

Voorstelling

Wij, Katoesjka Behaeghel en Marjolein Demeyere, zijn laatstejaarsstudenten van de KHBO Brugge – Bachelor in de Vroedkunde. Met het oog op het behalen van ons diploma eind juni 2012 maken wij een bachelorproef over het effect van de vroedkundige begeleiding op de baringspijn bij vrouwen in arbeid.

Inleiding

Graag hadden wij via deze studie nagegaan hoe vrouwen in arbeid omgaan met baringspijn en hoe zij hierbij de vroedkundige begeleiding ervaren. Vaak wordt deze pijn echter weggewuifd onder het motto: “Waarom pijn lijden als er epidurale anesthesie bestaat?” waardoor alternatieven zoals ademhalingsoefeningen, warm water, massage enz. snel vergeten worden. Door moeders die pas spontaan bevallen zijn, aan het woord te laten, hopen wij erachter te komen wat de specifieke noden zijn van een bevallende vrouw. Dit om een efficiëntere begeleiding mogelijk te maken.

Doelstelling

Aan de hand van deze studie willen wij de invloed van de vroedkundige begeleiding op baringspijn bij een vrouw in arbeid bestuderen. Op die manier hopen wij als toekomstige vroedvrouwen zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden aan de noden van de bevallende vrouw.

Verloop van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit een interview. Hiermee willen wij ondermeer nagaan hoe u de begeleiding van de vroedvrouw tijdens de arbeid heeft ervaren. Tijdens uw verblijf op de materniteit vragen wij hiervoor zo'n halfuurtje van uw tijd. U beslist wanneer het interview het best plaatsvindt. Het gesprek wordt op bandrecorder opgenomen om nadien een correcte en volledige weergave van de verzamelde gegevens te kunnen waarborgen. Indien u om persoonlijke redenen een bepaalde vraag niet wenst te beantwoorden, respecteren wij dat. Na het onderzoek worden de opnames vernietigd.

Bijlage 2.2

Deelname en beëindiging

Uw medewerking aan dit onderzoek is op vrijwillige basis en voorziet niet in een financiële vergoeding. Deelname aan het onderzoek brengt geen extra kosten met zich mee. Als u uw toestemming geeft om aan het onderzoek deel te nemen, heeft u op elk ogenblik de vrijheid om op die beslissing terug te komen zonder dat u hiervoor een reden hoeft op te geven. Als u beslist om deel te nemen, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Risico's en voordelen

Er zijn voor u geen te verwachten risico's verbonden aan dit onderzoek. Uw deelname aan de studie zal voor u geen persoonlijke voordelen met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd. Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar worden gesteld. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven. Na publicatie zullen alle vertrouwelijke gegevens vernietigd worden.

Uw deelname aan dit onderzoek zou ons een groot plezier doen. Aarzel niet om ons te contacteren indien u nog aanvullende informatie wenst of nog vragen hebt over deze studie.

Dank bij voorbaat,

Katoesjka Behaeghel

katoesjka.behaeghel@student.khbo.be

Marjolein Demeyere

marjolein.demeyere@student.khbo.be

Bijlage 3

Anonimiteitformulier

De informatie die mevrouw _____ tijdens het interview heeft toevertrouwd, zal anoniem blijven.

De verworven informatie zal enkel verwerkt, en daarbij geanonimiseerd, worden in de bachelorproef. Verslagen waarin bovenvermelde respondent wordt vermeld, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal de identiteit van de respondent vertrouwelijke informatie blijven. Na publicatie wordt alle vertrouwelijke informatie vernietigd.

Naam van de student: _____

Datum: _____

Handtekening:

Bijlage 4

Toestemmingsformulier

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie. Ik verklaar dat ik vooraf geïnformeerd werd over de aard, het doel en de te voorziene effecten van de studie.

Naam van de respondent: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde respondent. De respondent stemde toe om deel te nemen door zijn persoonlijke gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening:

Bijlage 5

Vragenlijst voor het interview

Doelgroep: op natuurlijke wijze, pas bevallen moeders

Tijdstip interview: tijdens verblijf op de materniteit

Soort interview: semigestructureerd

Voorziene tijd: 30 minuten

Persoonlijke gegevens

Leeftijd:

GPA: indien P>1 epidurale anesthesie ja of neen:

Vooropgestelde vragen

1. Heeft u zich prenataal voorbereid wat betreft het omgaan met baringspijn?
2. Welke pijnreducerende technieken (bv. bal, ademhalingsoefeningen, warmte, water, massage) werden aangewend en hoe werden ze door u ervaren?
3. Hoe heeft u de begeleiding van de vroedvrouw ervaren?
4. Hoe hebben jullie als koppel het geboorteproces ervaren?
5. Heeft u een moeilijk moment gehad tijdens de arbeid?
6. Welke invloed heeft de geboorte-ervaring op u als persoon?