



***Midwifery Care in High Care:  
Psychosociale begeleiding door de vroedvrouw  
bij Preterm Prelabour Rupture Of  
Membranes***

Auteur : Vicky Pipeleers

Promotoren: Hilde Curinckx  
Karijn Schrooten

Copromotoren: Hilde Seys

Bachelorproef voorgedragen tot het behalen van het diploma  
Vroedvrouw  
Academiejaar 2008-2009

## **Voorwoord**

Voor het behalen van het diploma 'Bachelor in de Vroedkunde' kreeg ik de opdracht een literatuurstudie uit te voeren. Het was geen makkelijke opdracht en daarom wil ik graag een speciaal woord van dank richten tot alle personen die bijgedragen hebben tot het realiseren van mijn bachelorproef.

Allereerst wil ik de promotoren Hilde Curinckx en Karijn Schrooten bedanken voor hun tips, kritische opmerkingen en deskundig advies.

Vervolgens richt ik ook een woord van dank aan Hilde Seys, kinderpsychologe, voor het nalezen van mijn teksten en de nuttige tips die mij op weg hielpen.

Daarnaast zou ik graag de directies van de Katholieke Hogeschool Limburg en Provinciale Hogeschool Limburg bedanken voor de faciliteiten die mij geboden werden bij de wetenschappelijke onderbouw van mijn bachelorproef. Dank ook aan het personeel van beide bibliotheken voor de ondersteuning bij het zoeken naar artikels.

Tenslotte wil ik mijn dank uitbrengen aan mijn ouders die mij de mogelijkheid hebben gegeven de studie te volgen en me steeds zijn blijven steunen wanneer het even moeilijk werd.

Bedankt allemaal!

Vicky Pipeleers

## **Samenvatting**

### **“Psychosociale begeleiding door de vroedvrouw bij zwangeren met Preterm Prelabour Rupture Of Membranes”**

Pipeleers, V., Curinckx, H., Seys, H., Schrooten, K. (2009).

Soms kan een zwangerschap pathologisch worden. Turnbull e.a. (2004) geeft aan dat er steeds meer en meer zwangerschapscomplicaties optreden, één hiervan is PPRM. Omdat een ziekenhuisopname gepaard gaat met vele emoties, is er een toenemende nood aan psychosociale begeleiding door de vroedvrouw.

Het doel van deze bachelorproef is aandachtspunten bij psychosociale begeleiding weergeven zodat de vroedvrouw een volledige en optimale begeleiding kan bieden bij zwangeren met PPRM.

Doorheen de zwangerschap ondergaat een zwangere naast lichamelijke ook psychologische veranderingen. De zwangere bereidt zich tijdens de zwangerschap voor op de nieuwe moederrol. Er ontwikkelt zich een Motherhood constellation. Indien tijdens de zwangerschap plots complicaties voorkomen zoals PPRM, waarbij een ziekenhuisopname vereist is, neemt deze Motherhood constellation een andere wending. De fantasieën, verlangens en wensen worden hoop, angst en schuldgevoel.

Zwangeren met PPRM die plots worden opgenomen ontwikkelen stress en rouw. Dit zijn normale reacties. De vroedvrouw heeft een belangrijke taak in het begeleiden van de zwangere en haar gezin in dit hele gebeuren. Deze literatuurstudie bespreekt concreet enkele aandachtspunten. Doordat de vroedvrouw een gepaste houding aanneemt, regelmatig oogcontact maakt, open vragen stelt en aanmoedigt om verder te praten, voelt een zwangere zich begrepen en wordt ze rustiger. Een zwangere zal nadien zelf meer vragen durven stellen. Het geven van duidelijke en eerlijke informatie schept een gevoel van vertrouwen.

Zwangeren met PPRM vormen een groter risico voor psychopathologie zoals gestoorde hechting en depressie. Voor het kind heeft dit ernstige psychologische gevolgen. Het is essentieel dat dit tijdig herkend wordt om zo een degelijke behandeling te kunnen geven en de gevolgen voor het kind te beperken. De behandeling behoort echter tot het domein van een psycholoog. Wel kan de vroedvrouw de hechting bevorderen door interactiecoaching toe te passen. Indien de vroedvrouw mee de zwangerschap opvolgt, kunnen depressies vlugger herkend worden doordat de vroedvrouw voldoende tijd aan een consultatie kan besteden.

Een langdurige opname in het ziekenhuis betekent ook verlies van privacy en sociale contacten. Zwangeren ervaren dit als frustratie. Het realiseren van thuiszorg door de vroedvrouw in samenwerking met de gynaecoloog, kan de nadelige gevolgen van een ziekenhuisopname doen afnemen. Doordat zwangeren in de thuisomgeving begeleid worden heeft dit vele voordelen op psychologisch en sociaal vlak.

Er kan besloten worden dat het bieden van psychosociale begeleiding door de vroedvrouw bij zwangeren met PPROM heel wat kennis vereist. Wanneer er tijdens de zwangerschap mede-opvolging door de vroedvrouw is, zal dit de psychosociale begeleiding positief beïnvloeden. Wanneer de vroedvrouw zorg toedient met oog voor psychosociale begeleiding, dalen schadelijke gevolgen voor moeder en kind aanzienlijk.

Psychosociale begeleiding is midwifery care in high care!

## Inhoudstafel

Voorwoord

Samenvatting

Inhoudstafel

|  |    |
|--|----|
| 1 Inleiding .....  | 5  |
| 2 Psychologische begeleiding .....   | 6  |
| 2.1 psychologische aspecten bij een zwangerschap .....   | 6  |
| 2.2 Normale reacties ten gevolge van een opname op Maternal Intensive Care van een zwangere met Preterm Prelabour Rupture Of Membranes .....               | 9  |
| 2.3 Psychopathologie die kan optreden ten gevolge van een opname op Maternal Intensive Care van een zwangere met Preterm Prelabour Rupture Of Membranes .. | 12 |
| 2.4 Psychologische begeleiding door de vroedvrouw tijdens de zwangerschap .....  | 16 |
| 2.5 Belang van prenatale zorg door de vroedvrouw en gynaecoloog .....  | 17 |
| 2.6 Algemene taken van de vroedvrouw .....   | 18 |
| 2.7 Specifieke taken van de vroedvrouw .....   | 19 |
| 3 Sociale begeleiding door de vroedvrouw .....   | 22 |
| 3.1 Partner en privacy .....   | 23 |
| 3.2 Ziekenhuis versus thuiszorg .....  | 23 |
| 3.3 Taak van de vroedvrouw .....   | 24 |
| 4 Praktische regelingen .....  | 24 |
| 5 Discussie .....  | 25 |
| 6 Besluit .....  | 27 |
| 7 Bibliografie .....   | 29 |

## 1 Inleiding

In de opleiding Vroedkunde vormt hoogrisico zwangerschap een belangrijk onderdeel. Hoe de vroedvrouw omgaat met zwangeren in hoogrisico situaties is erg belangrijk voor zowel de zwangere als haar gezin. Niet enkel medische maar daarnaast ook psychosociale begeleiding vormt een belangrijke schakel in de verleende zorg. Het is dan ook interessant om na te gaan op welke manier men deze psychosociale begeleiding het best uitvoert. Dit is dan ook de rode draad die doorheen deze literatuurstudie loopt en waarop een antwoord wordt gezocht.

In het eerste hoofdstuk worden de psychologische veranderingen doorheen de zwangerschap besproken. Vervolgens komt het begrip ‘Motherhood constellation’ uitvoerig aan bod. Wanneer een zwangere plots wordt opgenomen op een Maternal Intensive Care afdeling ontstaan er verschillende reacties. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen normale reacties zoals rouw en stress, maar ook de abnormale reacties zoals depressie en verstoorde hechting worden besproken.

De noodzaak van een vroedvrouw bij de begeleiding van zwangeren op een MIC afdeling is voor iedereen duidelijk. De taak van de vroedvrouw in de psychologische begeleiding wordt dan ook erg concreet en specifiek besproken.

Omdat ook de omgeving van de zwangere verandert, is er een hoofdstuk “de partner en de sociale omgeving van de zwangere”, zodat ook hier de vroedvrouw een optimale begeleiding kan bieden.

Tot slot volgt er een discussie waarin de taak van de vroedvrouw kritisch wordt bekeken. Waarna het geheel afgerond wordt met een bondig besluit.

## 2 Psychologische begeleiding

### Definitie

Psychologie:

- *Wordt door van Geert (2004) omschreven als: “de wetenschap van het innerlijke leven en het gedrag van de mens.”*
- *Wordt door Schouppe (2006) omschreven als: “een samenvoeging van het Griekse woord psyche, wat adem of ziel betekent, en logos, wat omschreven kan worden als verklaring, rede of leer.”*
- *Wordt door de Boer & de Smit (2008) omschreven als: “de wetenschap die zich bezighoudt met het onderzoek van de bewustzijnsverschijnselen.”*

Psychologische begeleiding:

Wordt door Van Parys & Meurs (2006) omschreven als: “het ondersteunen van het gevoelsleven van de mens.”

De psychologie bestaat uit **verschillende aspecten** en vormt samen een groot geheel. Een zwangere ondergaat een hele psychologische verandering. Dit thema kan worden ondergebracht bij de **ontwikkelingspsychologie**. Problemen met hechting of depressies behoren tot de groep van **psychopathologie** en worden later besproken in hoofdstuk 2.3.

Andere deelaspecten van de psychologie zoals neuropsychologie, onderwijspsychologie, persoonlijkheidspsychologie, klinische psychodiagnostiek en gedragstherapie vallen buiten het opzet van deze thesis en worden niet verder toegelicht.

### 2.1 Psychologische aspecten bij een zwangerschap

In de negen maanden, dat een zwangerschap duurt, krijgen aanstaande ouders de gelegenheid zich **lichamelijk en psychisch voor te bereiden**. De psychische voorbereiding is nauw verweven met de fysieke stadia van de zwangerschap.

Bij een eerste zwangerschap moeten beide ouders zich voorbereiden op hun nieuwe rol als moeder/vader. Verhulst (2005) beschrijft dit als het opdoen van lichamelijke en psychische ervaringen rond de zwangerschap bij de moeder. De mate waarin de moeder zich aanpast is

afhankelijk van verschillende factoren. Een eerste factor is de **persoonlijkheidsstructuur** van de moeder. Wat voor type persoon is de moeder, welke zijn haar karaktertrekken.

Voorbeelden hiervan zijn:

- *Is de zwangere iemand die zich vlug kan aanpassen in andere situaties?*
- *Is ze een rustig type?*
- *Moet de zwangere constant controle kunnen hebben over alles?*

Een tweede factor is **de stress** die de moeder meemaakt tijdens haar zwangerschap.

- *Zoals onzekerheid over de zwangerschap wat stress met zich meebrengt.*

Ten derde de onderlinge **relatie met de partner**.

- *Krijgt ze steun van haar partner?*
- *Verloopt de relatie goed?*

Een laatste en vierde factor is de **relatie met de eigen moeder in het verleden**.

- *Hoe aanziet ze haar eigen relatie met de moeder?*

Men gaat fantaseren over hoe het kind er zal uitzien, welke kinderkamer, soms ook al over de toekomst van het kind zoals een job,...

In het **eerste trimester**, de eerste twaalf weken van de zwangerschap, vindt vooral de **acceptatie** plaats van de zwangerschap. Indien de zwangerschap niet gewenst of gepland is verloopt dit niet altijd even vlot. Uiterlijk kan er aan de zwangere nog niets waargenomen worden van de zwangerschap. Tijdens het **tweede trimester** van de zwangerschap (13 – 28 weken) kan **angst** ervoor zorgen dat de zwangere minder geniet van de zwangerschap. De zwangere voelt haar baby al bewegen, wanneer ze deze even minder voelt kan ze angstig worden. Als de zwangere de baby veel voelt bewegen gaat ze genieten van dit leuk gevoel en wordt zo gerust gesteld. De buik van de zwangere gaat groeien waardoor iedereen kan zien dat ze zwanger is. Het gevolg is dat de zwangere positieve aandacht gaat krijgen. De moeder is gehecht aan haar baby en kan **angst hebben deze te verliezen**. In het laatste en **derde trimester**, van week 28 tot 40 weken, gaat men zich steeds meer en meer toespitsen op de **moederrol**. De zwangere haar buik groeit enorm. Hier ondergaat de zwangere een psychologische verandering ook wel de **Motherhood constellation** genoemd.

### **Motherhood constellation**

Daniel Stern (1955) omschrijft motherhood constellation als:

*“een tijdelijke maar fundamentele reorganisatie van de persoonlijkheid van de moeder dewelke plaatsvindt in de periode vlak voor de bevalling tot zelfs jaren erna. Het is een verandering in de ‘psychische organisatie’, mentale ingesteldheid van de moeder die samen gaat met nieuwe fantasieën, wensen, angsten, gevoeligheden, impulsen tot handelen. Op dit*



*moment focust de moeder zich enkel op dit nieuwe, andere gebeuren. De moeder – kind relatie komt op de voorgrond.”*

Vliegen (2001) spreekt over **drie belangrijke dialogen** van Motherhood Constellation. Ten eerste is er een dialoog van de **moeder met haar eigen moeder**. Vervolgens een dialoog met **zichzelf als moeder**. Als laatste een **dialoog met haar baby**. Deze dialogen vormen een centrale rol in het leven van de moeder op dat moment. Alles draait nu rond moederschap.

Stern bespreekt vier centrale thema's deze de dialogen kenmerken. Nossent & Vanderhaegen (2002) omschrijven dit als vier **nieuwe opgaven/taken** waarvoor de moeder zich geplaatst ziet.

**Het leven en groei thema:** Hier behoort **de angst** voor de dood van het kind. Moeders gaan zich vragen stellen zoals: “Zal ik mijn kind wel in leven kunnen houden?”, “Zal ik het kind wel kunnen voeden?”, “Heb ik wel voldoende melk om mijn kind in leven te houden?”,... . Dit komt vaak tot uiting als **overbezorgdheid** maar is essentieel in haar moederrol. Wanneer de baby geboren is kan overbezorgdheid extra op de voorgrond treden wanneer een kind bijvoorbeeld langdurig huult, slecht slaapt of buikpijn heeft.

**Het sociaal – emotioneel engagement thema:** hier gaat een moeder haar vragen stellen zoals: “Kan ik me wel hechten aan mijn baby?”, “Zal ik van mijn baby kunnen houden?”, “Kan ik mijn baby troosten als hij huult?”,... . De moeder twijfelt of ze wel goed voor haar kind kan zorgen en **signalen kan herkennen**.

**Het thema van het ondersteunend netwerk:** “Kan ik een netwerk creëren waarin ik voldoende steun en bescherming vind om zelf voor mijn baby te kunnen zorgen?”, “Als de baby zijn buikje pijn doet, vindt de vroedvrouw mij dan geen slechte moeder?”,.... Een moeder wil haar **gewaardeerd en geholpen** voelen. Ze heeft angst om kritiek te krijgen en **te falen**. In dit thema speelt **de vader** een belangrijke rol in het steunen en bijstaan van de moeder maar ook om een ruimte te creëren waarin de moeder enkel voor haar kind hoeft te zorgen.

**Het thema van identiteitsreorganisatie:** reorganisatie van de **identiteit van de moeder**. Ze is dochter maar ook moeder, ze is echtgenoot maar ook ouder,.... Ze heeft verschillende rollen waar nu ook de **moederrol** een onderdeel van is.

Dit gehele onderdeel van motherhood constellation maakt een **vader** ook door. Het is belangrijk dat de vroedvrouw hier de nodige aandacht aan geeft. Dit wordt niet verder toegelicht omdat in deze thesis enkel de psychologische begeleiding van de moeder besproken wordt.

Wanneer een zwangere wordt **opgenomen op een Maternal Intensive Care (MIC) stort** in eerste instantie haar **wereld van fantasieën in..** Een dreigende vroeggeboorte ten gevolge van een Preterm Prelabour Rupture Of Membranes (PPROM), maakt het ouderschap en de creatie van de constellation veel kwetsbaarder. De gewone ouderlijke verwachtingen kloppen niet. Er ontwikkelen zich veel angsten en vragen zoals “zal mijn baby kunnen overleven als hij zo vroeg geboren wordt?”, “Zal ik borstvoeding kunnen geven?”, “Zal ik al melk hebben? Ik ben immers nog maar 28 weken zwanger!”, “Is er nog wel voldoende vruchtwater?”. Volgens Vliegen (2001) **twijfelt** een zwangere in zo'n situatie aan haar **ouderlijke competenties** wat kan leiden tot het ontstaan van een **negatief zelfbeeld**. Hierdoor kan er stress, een gestoorde hechting, depressie en angst ontstaan. Deze onderwerpen worden later in de tekst besproken.

## **2.2 Normale reacties tengevolge van een opname op Maternal Intensive Care van een zwangere met Preterm Prelabour Rupture Of Membranes**

Wanneer een zwangere wordt opgenomen op een MIC omwille van PPRM ontstaat er stress en rouw. Dit zijn normale reacties ten gevolge van de plotse opname. Eerst wordt er stress bij zwangeren besproken, nadien de rouwervaringen. De specifieke taak van de vroedvrouw wordt besproken in hoofdstuk 2.4 Psychologische begeleiding door de vroedvrouw tijdens de zwangerschap.

### **Stress bij zwangeren**

*Gitau, Fisk & Glover (2001) omschrijven stress bij zwangere als:*

*“Invloeden van buitenaf die zorgen voor emotionele activiteit bij een zwangere vrouw.”*

Wanneer een zwangere met vroegtijdig gebroken vliezen wordt opgenomen in een onbekende omgeving kan dit leiden tot stress. Deze stress heeft gevolgen voor **de ontwikkeling van het kind**. Wat nog meer nadelig is bij een moeder met PPRM omdat deze kinderen meestal prematuur geboren worden en zo nog meer kans hebben op

ontwikkelingsstoornissen. Van den Bergh en Mennes (2006) verklaren dat hormonen zoals cortisol en (nor-)adrenaline vrijkomen wanneer de moeder angstig of gestresst is. Deze hormonen zetten bij de moeder, foetus en de placenta processen in gang die de ontwikkeling van embryo/foetus beïnvloeden. Het nadeel is dat deze een programmerend en/of organiserend effect hebben en zo kunnen leiden tot afwijkingen, misvormingen, preterme geboorte maar ook tot latere cognitieve problemen in de adolescentieperiode. Huizink e.a. (2001) geven in hun retrospectief onderzoek bij 70 moeder-kindparen aan dat verhoogde stress tijdens de zwangerschap de hersengroei beïnvloedt en zo deze kinderen lagere scores behalen bij neonataal–neurologisch onderzoek.

Stress heeft ook **gevolgen voor de moeder**. Volgens Gitau, Fisk & Glover (2001) hebben zwangeren die een acute stresssituatie doormaken meer kans op preterme arbeid en tachycardie zowel tijdens als ná de stressvolle periode. Wanneer de zwangere onder chronische stress, een langdurige periode van stress, staat geeft dit een stijgende kans op pré–eclampsie.

Hoe het **transport van moederlijk stress** naar het ongeboren kind mogelijk is, is nog niet helemaal duidelijk. Huizink e.a. (2001) onderscheiden drie mechanismen die tegelijkertijd werkzaam kunnen zijn en elkaars effecten versterken. Ten eerste is er een verminderde bloedstroom naar de uterus en de foetus bij verhoogde moederlijke stress. Vervolgens ontstaat er een direct transplacentair transport van moederlijke hormonen. En als laatste de door stress geïnduceerde afgifte van placentair corticotropin releasing hormoon (CRH) naar de intra-uteriene omgeving. Het effect van dit CRH is dat het samen met het adrenocorticotroop hormoon de bijnierschors activeert waardoor er een cortisol vrijkomt wat zorgt voor stressreacties.

Stress tijdens de zwangerschap heeft ook **gevolgen voor het kind op latere leeftijd**. Van den Bergh en Mennes (2006) deden een prospectief onderzoek waarbij 86 moeder-kindparen werden gevolgd vanaf de twaalfde zwangerschapsweek. De angst werd gemeten aan de hand van een Nederlandse bewerking van de State–Trait Anxiety Inventory. Dit is een zelfbeoordelingvragenlijst die werd aangeboden tussen 12-22, 23-31 en 32-40 weken zwangerschap. Wanneer de kinderen de leeftijd van 14-15 jaar bereikt hadden werd er een cognitieve taak afgenomen. Kinderen van wie de moeder hoog-angstig was tijdens de zwangerschap, **reageerden trager** op de volgehouden taak en **impulsiever** op de verdeelde taak dan kinderen van moeders die in de gemeten periodes weinig of matig angstig waren.

Ook Huizink e.a. (2001) ondersteunt dit onderzoek en toonden gevolgen aan bij kinderen rond de adolescentie periode. Bij dit prospectief onderzoek werden 70 moeder-kindparen vanaf het eerste trimester van de zwangerschap tot de leeftijd van negen jaar gevolgd. Rond 36 weken werd er een echografie uitgevoerd. Hierbij werd het neonataal gedrag in kaart gebracht en kon men duidelijk zien dat kinderen van angstige moeders **motorisch actiever** waren dan de kinderen van minder angstige moeders. Rond acht levensmaanden werd gezien dat de kinderen van angstige moeders meer prikkelbaar waren, meer huilden en een moeilijker temperament vertoonden. Op de leeftijd van negen jaar bleken deze kinderen nog steeds actiever te zijn.

Entringer e.a. (2008) toonden aan in een patiënt-controle onderzoek dat kinderen, waarbij de moeder stress had doorgemaakt tijdens de zwangerschap, een **hogere insulineresistentie** hebben op latere leeftijd met als gevolg meer kans op diabetes. Het onderzoek vond plaats bij 46 kinderen jonger dan 25 jaar waarbij de moeder hoge stress had doorgemaakt tijdens de zwangerschap.

Rouw

Stroebe e.a. (1996) omschrijven rouw als:

*“een complex emotioneel syndroom dat gepaard gaat met **fysieke veranderingen en lichamelijke klachten**”*

Rouwen om het verlies van een kind wordt als vanzelfsprekend beschouwd, maar zwangeren die rouwen om het **verlies van een zorgeloze zwangerschap** is een situatie die vaak voorkomt maar niet steeds herkend wordt. Wanneer de vliezen prematuur gebroken worden kan de zwangere te maken krijgen met rouw. Ze verliest haar zorgeloze zwangerschap en dreigt zelfs haar gezonde baby te verliezen. **Uitingsvormen** van rouw kunnen zijn depressie, neerslachtigheid, boosheid, eenzaamheid, vijandigheid, huilen, hulpeloosheid, hopeloosheid, concentratiestoornissen, slaapproblemen, gestoorde eetlust, uitputting,...

Rouwen wordt door Stroebe e.a. (1996) ingedeeld in **vier taken**. Als eerste moet het **verlies** van de zorgeloze zwangerschap **geaccepteerd** worde. De zwangere moet haar vrijheid inruilen voor rust. Hierdoor is er verlies. Vervolgens zal men **pijn ervaren** om zich dan nadien aan te passen aan de **nieuwe situatie**; zoals het verblijf in het ziekenhuis, gepaard gaande met strikte opvolging van de zwangerschap door monitoring, frequente onderzoeken enzovoort. De laatste taak is het een **plaats leren geven** en het opnieuw opnemen van het

leven/zwangerschap. Een zwangere vrouw met preterm gebroken vliezen verblijft tot de bevalling in het ziekenhuis. Er volgt vaak een reorganisatie in haar gezin.

### **2.3 Psychopathologie die kan optreden tengevolge van een opname op MIC bij een zwangere met Preterm Prelabour Rupture Of Membranes**

Tengevolge van de plotse en langdurige opname op een MIC, bestaat een verhoogd risico op de ontwikkeling van psychopathologie bij zwangeren. Er kunnen problemen met hechting ontstaan maar ook is een zwangere vatbaarder voor depressies. Hoe we als vroedvrouw hulp kunnen bieden wordt besproken in 2.4 psychologische begeleiding door de vroedvrouw tijdens de zwangerschap.

Problemen met hechting tussen ouder en kind

Reeds lang **voor de geboorte** wordt er **gewenst en gefantaseerd** over het nog ongebooren kind. Er wordt over kinderen gedroomd naargelang religieuze en culturele verwachtingen. Maar ook is het dromen afhankelijk van de socio-economische status, beroepsactiviteiten, interesses, gemiste of ontvangen kansen van eigen ouders,... . Vliegen (2006) beschouwt de fantasieën over het kind als de prehistorie van gehechtheid. Wanneer een zwangere met PPRM wordt opgenomen op een MIC-afdeling kan dit fantaseren verstoord zijn. Dit door angst het kind te verliezen waardoor hun ideaalbeeld stuk kan gaan. De onbezorgde zwangerschap is plots voorbij.

Verdult (2004) beschrijft een toegepaste definitie over de **hechting tussen moeder en kind**:

*“Een hechte band is: de prenatale band tussen foetus en moeder. De band is niet tijdelijk, maar blijvend en zet zich verder in het postnatale leven.*

*De moeder is niet inwisselbaar in ander persoon en de relatie is emotioneel betekenisvol voor de ontplooiing van de foetus.*

*De foetus wil de nabijheid en betrokkenheid van zijn moeder bewaren en raakt gestresseerd indien hij het contact met zijn moeder verliest.*

*De foetus verwacht dat zijn moeder hem emotionele veiligheid en comfort biedt”*

Een veilige hechting is een cruciale factor in een gezonde affectieve ontwikkeling. Stoornissen in die hechting kunnen leiden tot (ernstige) **emotionele problematiek**.

Het ontstaan van hechting vindt al heel vroeg plaats. Verdult (2004) geeft vijf kwetsbare periodes weer bij de programmering van prenatale hechting.

Een eerste kwetsbare periode is de **conceptie**. De versmelting van de zaadcel en eicel vindt plaats in een biochemisch milieu. Dit milieu geeft bij de mens het gevoelsleven weer. Het is belangrijk dat de conceptie plaats vindt in een emotioneel goede toestand. Dit is een eerste fundamentele stap in het hechtingsproces.

Als tweede kwetsbare periode vindt de **implantatie** plaats in het baarmoederslijmvlies. Dit wordt de allereerste kennismaking met het lichaam van de moeder.

In een volgende periode ontdekt de vrouw dat ze zwanger is: **de ontdekkingsperiode**. Odent (2004) geeft aan dat de eerste reactie die de moeder geeft wanneer ze ontdekt dat ze zwanger is, belangrijk is voor de verwelcoming van haar baby. Wanneer de moeder blij is zal het embryo dit als een verwelcoming ervaren. Wanneer de moeder twijfelachtig of niet blij is met de zwangerschap ervaart het embryo dit als een gevoel van afwijzing.

Tijdens **de verdere zwangerschap** gaat de moeder zich meer en meer hechten aan de baby. Deze momenten worden versterkt wanneer de zwangere haar baby voelt bewegen, wanneer de buik meer en meer zichtbaar wordt,... . Maar ook de baby gaat zich verder hechten door het voelen van handen op de buik en doordat de baby aanvoelt dat de moeder meer en meer geniet van het zwanger zijn.

De **geboorte** van het kind. Hoe meer de vroedvrouw een zwangere steunt tijdens haar arbeid, hoe meer ze zich kan laten gaan in het geboorte proces. Op die manier blijft een parturiënte in contact met haar eigen lichaam en met het kind. Indien deze interactie goed stand houdt, zal er een betere hechting plaatsvinden.

De laatste kwetsbare periode is de periode **onmiddellijk ná de geboorte** van het kind. Voor het kind is dit een grote gebeurtenis in zijn leven. Voor de eerste maal maakt hij kennis met andere personen en voorwerpen. Voor de ouders is dit ook een spannende gebeurtenis. Eindelijk zien en horen ze hun baby. Voor een zwangere met PPROM is dit echter minder rooskleurig. Haar baby wordt immers vaak prematuur geboren. Soms zelfs ernstig prematuur en is het afwachten of de baby wel overleefd. Odent (2004) beschrijft de periode rond de geboorte als een periode waarin een complexe hormonale balans ontstaat die erg kort is maar zowel voor moeder als kind erg kwetsbaar is voor de hechtingsrelatie. Bij een premature geboorte zoals bij een PPROM - pathologie is dit belangrijke moment voor de

hechting verstoord. De pasgeborene wordt onmiddellijk meegenomen voor verzorging. De ouders kunnen hun kind maar even zien of aanraken. Ze hebben **angst** om zich te hechten aan het kind.

Een andere oorzaak van een gestoorde hechting kan een depressie zijn. Van Doesum (2008) toont in haar patient-controle onderzoek aan dat kinderen van **depressieve** moeders, zowel pre- als postnataal, een hogere kans hebben op het ontwikkelen van **psychopathologie**. Wanneer een moeder depressief is, is ze onvoldoende in staat om open te staan voor signalen van het kind. Zo kan er geen of onvoldoende hechting plaatsvinden tussen moeder en kind. Van Doesum (2008) deed een onderzoek bij moeders en hun pasgeborene waar een vermoedelijk of een duidelijk verstoorde hechting aanwezig was. Er werd een video-opname gemaakt van een verzorgingsmoment. Een multidisciplinair team scoorde de opname op sensitiviteit en coöperatief gedrag van de moeder. Op basis van dit resultaat stelde men een trainingsschema op. Vervolgens gaf men een interactietraining. Sommige kinderen toonden kort na de geboorte al gedragsafwijkingen. De kinderen zijn vaak relatief onveilig gehecht doordat de sensitiviteit en het coöperatief gedrag van de moeder onvoldoende zijn wanneer ze een depressie doormaakt.

Er zijn verschillende factoren die een **verhoogd risico vormen voor een gestoorde hechting**.

Factoren kunnen zijn:

- Kinderen die prematuur geboren zijn.
- Kinderen die gedurende lange tijd na de geboorte opgenomen zijn geweest.
- Kinderen met een handicap of aangeboren afwijkingen waardoor er vroege en/of lange scheidingen tussen moeder en kind zijn geweest.
- Zwangerschapscomplicaties zijn opgetreden.
- Ouders die zelf onveilige hechting hebben ervaren.
- ... .

*Bijvoorbeeld: bij de premature geboorte van een kind wordt de fase van het fantaseren verstoord. Men is nog volop bezig met fantaseren over het kind, wanneer het kind ineens reëel wordt. Het gaat dan nog om een fragiel en erg kwetsbaar kind wat veel verzorging nodig heeft. En weinig in staat is tot interageren met de ouders.*

## Depressie

Doordat moeders vaak lange tijd zijn opgenomen met gebroken vliezen is het verder verloop van de zwangerschap vaak onbekend. De zwangere kan gaan twijfelen aan haar rol als moeder en kan angstig of onzeker worden. Ook schuldgevoelens zoals: “Had ik maar niet zo veel gepoetst!”, “Had ik maar meer gerust!” enzovoort kunnen gevormd worden. Het kan zelfs leiden tot een **depressie**. Sitsen (2007) geeft aan dat bij zwangerschap ongeveer 10% postnataal en 7% prenataal een depressie doet bij een normale zwangerschap. Wanneer er complicaties zijn opgetreden in de zwangerschap en de zwangere opgenomen werd stijgt dit aantal. Ongeveer 65% maakt nadien een postnatale depressie door. Bij ongeveer de helft van zwangere vrouwen met herhaald optredende **stemmingsstoornissen** in de voorgeschiedenis treedt terugval op tijdens de zwangerschap. Zwangerschap is een periode van stress, zowel in psychologische als in fysiologische zin. Indien er zich zwangerschapscomplicaties voordoen stijgt dit aantal nog.

O’keane & Marsh (2007) beschreven de relatie tussen prenatale depressie, invloed op de ontwikkeling van de foetus en het tijdstip van bevallen. Het was een grote prospectieve studie waarbij 20.299 zwangerschappen betrokken waren. De ernst van depressie werd gemeten aan de hand een schaal namelijk; Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders prenataal en postnataal: Edinburgh Postnatal depression scale. Uit het onderzoek concludeerde men dat de verhoogde concentraties van vrouwelijke geslachtshormonen tijdens de zwangerschap een directe invloed hebben op bepaalde hersendelen die zijn betrokken bij de stemmingsregeling. Het was niet duidelijk of de depressie een ongunstige invloed heeft op de uitkomst van de zwangerschap omdat een verhoogde blootstelling aan psychotrope stoffen optreedt. Psychotrope stoffen zijn stoffen die leiden tot minder lichamelijke afhankelijkheid. Tijdens een depressie heeft men minder nood aan vrouwelijke geslachtshormonen. Er is dus weinig invloed op de hormoonhuishouding die verantwoordelijk is voor de uitkomst van de bevalling. Er zijn echter aanwijzingen dat **prenatale depressie een ongunstige invloed** heeft op de **ontwikkeling** van het centraal zenuwstelsel van de foetus; deze hangt mogelijk samen met de verhoogde blootstelling aan hydrocortison (cortisol) die vrijkomt bij stress. Maar ook ongezonde **gewoonten** die samenhangen met de depressie zoals roken, gebruik van alcohol en drugs, slechte obstetrische zorg kunnen een rol spelen.

Campagne (2004) geeft in een review weer welke **symptomen** kunnen wijzen op een prenatale depressie. Tekens kunnen zijn: vermoeidheid, somber zijn, niet blij zijn met de zwangerschap, nervositeit, depressiviteit, bang, onzekerheid, suïcidale dreigementen, slecht



slapen, weinig eten, slecht kunnen nadenken, het kind niet meer willen, uitgeput zijn, in paniek zijn. Maar ook extreme lichamelijke klachten zoals: hevige hoofdpijn, rugpijn, braken, flauwvallen,... . Vaak wordt er een combinatie gezien van verschillende symptomen.

Rahman e.a. (2007) onderzochten de **gevolgen voor het kind** van een moeder met een maternale depressie. Het gaat om een prospectieve cohort studie waarbij 265 kinderen werden gevolgd. Hiervan waren 135 moeders psychologisch goed: hadden geen depressie doorgemaakt, 130 moeders hadden wel een depressie achter de rug. Kinderen waarvan de moeder depressief was geweest pre- of postnataal, zijn vlugger angstig, vertonen een moeilijkere hechting en zijn meer neerslachtig.

## **2.4 Psychologische begeleiding door de vroedvrouw tijdens de zwangerschap**

Wanneer een zwangere wordt opgenomen, is **de vroedvrouw** de persoon waarmee ze het **meest in contact** zal komen. Volgens het **beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw** mag de vroedvrouw toezicht houden en psychosociale begeleiding bieden aan hoogrisico zwangeren.

Competentie twee van het beroepsprofiel:

*“In het verloskundig-medisch domein en het neonatologisch-medisch domein begeleidt de vroedvrouw de vrouw en het kind in verhoogd risico situaties, in samenwerking met en verwijzend naar gynaecologen, neonatologen en andere specialisten. In het domein van de reproductieve geneeskunde voert zij de haar toevertrouwde medische handelingen uit en is zij actief betrokken bij de pré- en postnatale opvolging van moeder en kind.”*

Competentie drie van het beroepsprofiel:

*“De vroedvrouw situeert de vrouw in haar familiale en sociale context. Zij herkent psychosociale crisissituaties. Zij begeleidt koppels met vruchtbaarheidsproblemen tijdens de medische behandeling.”*

De vroedvrouw heeft dus de belangrijke taak de zwangere goed op te vangen bij opname op een MIC-afdeling en te begeleiden tijdens verder verblijf op de afdeling. Dit is niet altijd evident omdat de vroedvrouw de zwangere vaak pas voor het eerst ziet. Dunn & Shelton (2007) deden een experimenteel onderzoek bij 180 vrouwen die onverwacht opgenomen

werden. De groep werd ingedeeld in twee subgroepen: bij groep één werd er weinig tijd genomen voor het opnamegesprek, bij groep twee werd er meer tijd genomen voor het opnamegesprek zodat het koppel meteen vragen kon stellen. Er was onmiddellijk ruimte om over angsten en ongerustheid te praten. Ze stelden vast dat **de manier** waarop de vroedvrouw met hun angst en onrust omging bij **aankomst op de afdeling, hun verdere verblijf beïnvloedde**. Wanneer de vroedvrouw de tijd nam om de opname rustig en volledig te doen, zodat er ruimte was voor een open houding en het stellen van veel vragen, hadden zwangeren minder angst en durfden de zwangeren veel vragen te stellen tijdens het verblijf.

## 2.5 Belang van prenatale zorg door de vroedvrouw en de gynaecoloog

In Vlaanderen hebben vroedvrouwen weinig tot geen kans om prenataal een nauwe band op te bouwen met de zwangere en haar gezin. De oorzaak daarvan is dat zwangeren in Vlaanderen voornamelijk kiezen voor **opvolging door de gynaecoloog**. Slechts een kleine groep zwangeren kiest voor **begeleiding en opvolging door de vroedvrouw**.

Khan-Neelofur e.a. (1998) geven in hun review aan dat de vroedvrouw laag risicozwangerschappen kan opvolgen en dat deze ook minder duur zijn. Waldenström (2000) doet een gerandomiseerde controle studie waarbij 495 zwangeren aanvullend worden begeleidt door de vroedvrouw en 505 zwangeren worden enkel begeleidt door de gynaecoloog. Het resultaat was dat er een duidelijke **stijgende tevredenheid** is bij de zwangeren die aanvullend door de vroedvrouw werden begeleidt.

Tijdens consultaties bij een gynaecoloog die meestal maar een 15 tot 20 minuten duurt, heeft de zwangere echter niet veel tijd om vragen te stellen. Een consultatie bij vroedvrouw is daarentegen veel uitgebreider er gaat meer in op de gevoelens van de vrouw en haar gezin. Er is een ruimte voor een **holistische benadering**. Een consultatie bij de vroedvrouw duurt dan ook minimum één uur.

Een **aanvullende of volledige begeleiding door de vroedvrouw** zou dan ook zeker een meerwaarde bieden. Bij hoog risicozwangerschappen zoals PPRM kan de vroedvrouw een aanvullende functie hebben en zo meer aandacht besteden aan de gevoelens van de zwangere. Zo kan stress, depressie, verstoorde hechting enzovoort veel vlugger ontdekt en behandeld worden.

## 2.6 Algemene taken van de vroedvrouw

Benett & Indman (2003) geven algemene taken van de vroedvrouw weer. Een eerste taak is **luisteren**. Indien een zwangere wil vertellen over haar gevoelens, de situatie, haar ongerustheid,... zal het haar opluchten wanneer de vroedvrouw luistert naar haar verhaal. Zo kan er een **onderlinge band geschapt worden** wat voordelig is omdat deze zwangere vrouwen vaak een lange tijd in het ziekenhuis verblijven. Van Meer & Van Nijenhof (2000) voerden een experimenteel onderzoek uit naar luisterhoudingen en reacties die eruit voortvloeien. Op die manier stelden zij richtlijnen op in verband met een goede luisterhouding. Om een goede luisterhouding aan te nemen moet de vroedvrouw regelmatig **oogcontact** maken met de zwangere, een **gepaste houding aannemen, open vragen stellen, verder doorvragen met gerichte vragen** en **aanmoedigen om verder te praten**. De vroedvrouw moet haar **emoties onder controle** houden en enkel **haar eigen mening of opvatting** verkondigen wanneer deze gevraagd wordt. Dit kan een vroedvrouw heel concreet en gemakkelijk toepassen. *Voorbeeld: wanneer een moeder nood heeft aan een gesprek, een stoel nemen en bij haar gaan zitten. De vroedvrouw maakt oogcontact en vraagt haar hoe ze haar voelt, de reden daarvoor, enzovoort. Doordat de vroedvrouw op dezelfde hoogte zit wordt het voor de zwangere aangenamer om te vertellen.*

Een tweede taak voor de vroedvrouw is **geruststellen**. Zwangere vrouwen beseffen dat er iets mis is in hun zwangerschap. Doordat hun vliezen vroegtijdig gebroken zijn is de kans heel groot dat hun kind te vroeg geboren zal worden. Er worden heel wat onderzoeken uitgevoerd die twijfel en angst met zich meebrengen. De vroedvrouw weet niet altijd hoe alles zal verlopen en wat ze nu best zegt of niet. Soms zeggen zorgverleners snel **dat alles wel goed komt**. Volgens Benett & Indman (2003) is dit een **grote fout** en zou dit niet gezegd mogen worden. De vroedvrouw kan een zwangere geruststellen door haar **gevoelens te bevestigen en duidelijke, eerlijke informatie** te verstrekken. Dit kan mondeling maar ook aan de hand van folders, boeken, websites,... . *Voorbeeld: er is een echografie gepland voor een moeder. Bij de ochtend verzorging overloopt de vroedvrouw de dag samen met haar. De echografie is gepland rond de middag, na de consultaties van de arts. De vroedvrouw weet dat de consultatie bij de arts steeds uitlopen en vermeldt dan dat het ook wel in de namiddag kan zijn wanneer de echografie plaats vindt. De moeder zal door de vroedvrouw naar de consultatie worden gebracht en wordt nadien ook door haar opgehaald. Doordat de moeder weet dat het wat later kan zijn, zal ze minder vlug gaan denken dat ze haar misschien vergeten zijn en is zal ze minder ongerust zijn.* Hierdoor zal de zwangere **vertrouwen** krijgen in de vroedvrouw en arts.

De derde taak is **informatie geven**. Dit gaat samen gepaard met het onderdeel geruststellen. Belangrijk is dat de vroedvrouw de zwangere vrouw eerlijke en duidelijke informatie geeft. Moeilijke medische termen vervangen zodat ze gemakkelijk begrijpbaar zijn. Een **zwangere vrouw heeft recht** op uitleg zowel van de vroedvrouw als van de arts. De vroedvrouw geeft informatie die enkel tot haar domein behoort. *Voorbeeld: wanneer een echografie heeft plaatsgevonden en de gynaecoloog zegt dat er tengevolge van de PPRM oligohydramnios ontstaan is. Dan moet de vroedvrouw nadien uitleggen dat met PPRM wordt bedoeld dat de vliezen preterm en voor het begin van de arbeid gebroken zijn. Oligohydramnion wordt best verklaard als verminderd of te weinig vruchtwater. Zo kan er door het geven van een verklaring van moeilijke medische termen een stuk ongerustheid worden beperkt.*

Een belangrijke taak is het **herkennen** van **psychopathologie**. Indien een moeder tekens van depressie, ernstige verstoorde rouw of van afwezig/gestoorde hechting, enzovoort vertoont moet de vroedvrouw dit herkennen en kunnen **doorverwijzen indien nodig**. Het doorverwijzen kan naar de ziekenhuispsychologen of liaisonpsychiaters.

## 2.7 Specifieke taken van de vroedvrouw

### Stress

Stress tijdens de zwangerschap wordt best vroeg gedetecteerd en verdient zo een aangepaste **begeleiding**. Het doel van de begeleiding is het doen afnemen van de stress bij de moeder. Van den Bergh en Mennes (2006) geven aan dat er zo minder nadelige gevolgen zijn voor de baby. De vroege detectie is niet altijd mogelijk tijdens de zwangerschap. Dit wordt later verder besproken.

Stringer e.a. (2004) geven richtlijnen op basis van prospectief onderzoek in verband met de zorg aan zwangere met een Preterm Prelabour Rupture Of Membranes (PPROM). Hierin wordt vermeld dat het belangrijk is dat de vroedvrouw/arts de zwangere **gerust stelt** over de foetale/maternele conditie en het zorgplan. Dit door voldoende tijd te nemen om de informatie in duidelijke verstaanbare taal te verwoorden. **Samen keuzes maken** met de ouders is ook een taak waaraan voldoende aandacht moet worden besteed. De vroedvrouw moet de zwangere ook stimuleren om aan **zelfzorg** te doen in de mate dat dit mogelijk is. Zo kan men haar bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid geven zelf haar orale medicatie te laten innemen op de juiste tijdstippen. In Vlaanderen wordt dit vanzelfsprekend gevonden bij jong volwassen vrouwen. Zo kan de zwangere haar toch nog nuttig voelen op de momenten

wanneer ze eigenlijk helemaal afhankelijk is van anderen. Een andere methode om de stress te doen afnemen is het toepassen van **relaxatie methoden**. Dit is een moment waarbij men de partner of andere leden van het gezin kan betrekken bij de zorg. Dit is niet altijd mogelijk om als vroedvrouw uit te voeren zeker wanneer er veel zwangeren zijn opgenomen.

Omdat zwangeren veel kunnen halen uit ervaringen van lotgenoten is het nodig dat de vroedvrouw aan '**social support**' doet. Vrouwen die op een MIC-afdeling terecht komen met prematuur gebroken vliezen verblijven daar vaak gedurende een lange tijd. Samen met andere toekomstige moeders kunnen praten wordt dan ook erg geapprecieerd. Zwangeren geven en vinden steun bij elkaar. Westdahl e.a. (2007) vermelden dat "social support" **de steun is die de zwangere van uit haar omgeving krijgt**. De efficiëntie van de sociale steun is afhankelijk hoe de zwangere een sociaal netwerk gebruikt. Het gebruik van social support hangt af van het verschil in **persoonlijkheid, sociale vaardigheden en competentie**. Het bieden van sociale steun is niet eenvoudig en vergt vaardigheid. Indien het wordt gegeven door de verkeerde persoon of een persoon waar men zich niet goed bij voelt, wordt de hulp niet aanvaard. Verschillende soorten steun kan best worden gegeven door verschillende leden van iemands sociaal netwerk. Ieder heeft de unieke mogelijkheid een steun te zijn in bepaalde omstandigheden.

## **Rouw**

Geerinck-Vercammen & Duijvestijn (2004) geven het belang weer om **duidelijke en volledige informatie** mee te delen. Wanneer er onderzoeken zoals echografieën plaatsvinden, waarin de hoeveelheid resterend vruchtwater wordt bepaald, is het noodzakelijk dat de toekomstige ouders eerlijke informatie krijgen. Ouders moeten ook de kans krijgen om vragen te stellen. Een taak van de gynaecoloog en de vroedvrouw is om duidelijke en begrijpbare termen te gebruiken. Het gebruik van moeilijke medische termen is hier niet gepast. Bennett & Indman (2003) bevestigen dat dit noodzakelijk is zodat ouders met de juiste informatie kunnen starten met hun rouwproces. De vroedvrouw moet een **empathische houding** aannemen, "Er zijn" voor de ouders ook al is hun baby nog niet overleden, toch kunnen deze ouders in een rouwfase zitten.

Geerinck-Vercammen & Duijvestijn (2004) beschrijven **steun en begrip** vanuit het sociaal netwerk van de ouders en van medische hulpverleners als een positieve steun in het rouwproces. Ouders hebben baat bij **individuele gerichte counseling** en hebben hulp nodig om een gepaste wijze te vinden hoe ze men met hun verdriet kunnen omgaan.

## Problemen met hechting tussen ouder en kind

Van Doesum (2008) stelde vanuit zijn experimenteel onderzoek een interventie programma op om de moeder-kind interactie positief te doen toenemen. Deze stappen kunnen **de vroedvrouw** helpen om de gestoorde/vertraagde hechting te bevorderen. Als eerste onderdeel heeft men **interactiecoaching**. Dit kan zowel prenataal zijn vb. tegen 'de buik' praten, als postnataal vb. tegen de baby praten tijdens de verzorging. De vroedvrouw kan hier de zwangere/kraamvrouw stimuleren tot **aanraken** van het kind door haar hand op haar buik te leggen, dit ervaart de foetus als aangenaam en prettig. Praten tegen de baby is ook een mogelijke stimulans. Maar ook **huidcontact** bij de pasgeborene versterkt het hechtingsgevoel. De vroedvrouw kan ook **babymassage en borstvoeding stimuleren**, dit is bevorderend voor het contact tussen moeder en kind.

Bij kinderen die op een Neonatal Intensive Care (NIC) verblijven kan kangoeroë en Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) aangewezen zijn. **Stimuleren van de ondersteuning door partner** en andere belangrijke personen in de omgeving van de moeder is noodzakelijk. De vader betrekken bij de zorg ook prenataal. Dit kan bijvoorbeeld door haptonomie. Zo leren zowel moeder als vader contact te maken met de baby wat de hechting positief beïnvloedt. Kortom een taak van de vroedvrouw is de ouders **wijzen op het belang van een goede positieve hechtingsrelatie**.

Om gestoorde hechting te voorkomen geeft Verdult (2004) als aanbeveling dat men moet kiezen voor **bewust ouderschap**. Op deze manier is de komst van het kind gewenst en kan er een goede hechtingsrelatie ontstaan. Oude **conflicten** worden best eerst verwerkt vooraleer men met ouderschap start. Ouders ontwikkelen in hun rol als ouder. Samen zien ze ook hoe hun kind zich verder ontwikkelt. Soms kan men deze ontwikkeling verkeerd interpreteren door zelf onverwerkte of slecht verwerkte situaties uit het verleden hieraan te koppelen. *Bijvoorbeeld: wanneer hun kindje prematuur geboren wordt en verblijft op de NIC, kunnen ouders niet dag en nacht voor hun kind zorgen. Een gedeelte van de zorg wordt overgenomen door vroedvrouwen en verpleegkundigen. Als het kindje huult, kunnen ook verpleegkundigen hun kindje troosten als de ouders er niet zijn. Men kan de ouders natuurlijk niet vervangen maar zo zien ouders dat niet altijd. Ouders denken dan dat hun kindje niet weet dat het een verpleegkundige is en niet de vader of moeder zelf die hun troost. Hierdoor gaan ouders denken dat kind wel zonder hun kan.*

De heropflakking en verwerking van reeds bestaande 'oude' conflicten kunnen bovendien nog bemoeilijkt worden door nieuwe belastende of conflictversterkende gebeurtenissen.

*Bijvoorbeeld: Wanneer een ouder als kind zelf ervaren heeft dat hij soms te veel alleen gelaten werd of dat er niet met hem gespeeld werd, vond hij dit een onaangename ervaring. Nu hij zelf ouder is en zijn kindje is opgenomen moet hij het ook “achterlaten”. Dit kan leiden tot schuldgevoelens door de gebeurtenis is het verleden. Volgens Vliegen (2006) kan dit leiden tot onbewuste fantasieën die “**good enough ouderschap**” in de weg staan.*

## **Depressie**

Wanneer een zwangere is opgenomen omwille van PPROM, komt ze veel in contact **met de vroedvrouw**. Het tijdig **herkennen en doorverwijzen** indien nodig is dan ook de taak van de vroedvrouw. Medicatie therapie en gesprekstherapie vallen buiten het domein van de vroedvrouw. Maar **preventie** zoals verder beschreven, is een zeer belangrijk en onontbeerlijk item om uit te voeren door de vroedvrouw.

O’keane & Marsh (2007) geven in hun literatuurstudie aan dat er aan **familieplanning** moet worden gedaan om zwangeren met een depressie in de voorgeschiedenis, voldoende te kunnen voorbereiden op een nieuwe zwangerschap. Doordat men beter is voorbereid weet de zwangere wat haar te wachten staat en daalt de kans op een depressie. **GVO**, individueel of in groep, zorgt voor een algemeen gezonde levensstijl en dus ook voor een daling van het aantal depressies. De vroedvrouw moet vooral **erkenning** geven aan het gevoel van de zwangere en op deze manier in contact blijven met haar. Het afnemen van een degelijk **anamnese** zou vroegere detectie bevorderen waarbij men vlug kan ingrijpen. Sutter-Dallay e.a. (2004) benadrukken de preventie van een depressie door het vlug **behandelen van de angst** tijdens de zwangerschap. Veel depressies komen verder van een onherkende of onbehandelde angst in de prenatale periode. Volgens de prospectieve studie van Sutter-Dallay e.a. (2004) vormen zwangerschapscomplicaties een hoger risico voor postpartum-depressies. Goede **detectie en begeleiding** is vereist al meteen ná de bevalling. Deze bestaat uit regelmatige contactmomenten zoals een vroedvrouw aan huis maar ook door contact met de behandelende psychiater. Groepstherapie is ook een mogelijke behandeling. De **partner** betrekken bij deze problematiek is aan te bevelen.

## **3 Sociale begeleiding**

Wanneer een zwangere in ziekenhuis verblijft ten gevolge van PPROM, heeft dit **gevolgen voor het gezin en de familie**. Een eerste factor is dat de opname vaak plots en onverwacht gebeurt. De tweede factor is de plaats van het ziekenhuis. Deze ligt vaak ver weg van het dorp waar de zwangere woont. Een gevolg is dat samen zijn met elkaar, enkel nog in

**ziekenhuis omgeving**, mogelijk is. Sociale contacten verminderen en sommige relaties zijn nog moeilijk te onderhouden.

### 3.1 Partner en privacy

Bij PPROM moeten zwangeren in Vlaanderen steeds in het ziekenhuis verblijven totdat de geboorte heeft plaatsgevonden. Voor de partner is dit echter een hele aanpassing. *Bijvoorbeeld: de zorg voor andere gezinsleden zijn plots **een volledige taak** voor de partner. Als de partner thuis komt is de zwangere er niet. Het heen en weer reizen naar het ziekenhuis elke dag steeds weer kan zorgen voor frustraties en eenzaamheid,...*

Turnbull e.a. (2004) voerden een gerandomiseerde controle studie uit waarbij 395 vrouwen gevolgd werden bij hun ziekenhuis opname. De gevolgen van een ziekenhuis opname op klinisch, psychosociaal en economisch vlak werden besproken. Één van de belangrijkste gevolgen is **het verlies van privacy**. Een opname van een zwangere met PPROM is vaak langdurig. Ter preventie van vereenzaming vindt de opname plaats in een tweepersoonskamer. Een **nadelig gevolg** is dat men echter **niet alleen kan zijn** met de partner of andere familieleden en zo dus de privacy verliest. Turnbull e.a. (2004) geven aan dat hierdoor gevoelens **van frustratie** kunnen optreden. De relatie tussen de zwangere en haar partner wordt op de proef gesteld.

### 3.2 Ziekenhuisopname of thuiszorg

In Vlaanderen is het vanzelfsprekend dat zwangeren met PPROM opgenomen worden in het ziekenhuis. Hierdoor kan moeder en kind op elk moment goed gevolgd worden. In andere landen is het mogelijk dat ze van thuis uit gevolgd worden.

Uit een controle studie van Goulet e.a. (2001) bij 250 zwangeren met PPROM, waarbij **thuiszorg werd vergeleken met ziekenhuisopname**, blijkt dat thuiszorg **vele voordelen heeft op sociaal en psychologisch vlak**. Zwangeren moeten éénmaal per dag langs het ziekenhuis in de buurt voor controle van temperatuur en een monitor. Nadien als alles normaal is mag de zwangere naar huis. Wel moet de zwangere aan een aantal voorwaarden voldoen: binnen één uur in een gespecialiseerd ziekenhuis zijn, mag geen arbeid verrichten, moet voldoende rust nemen,.... . Resultaten geven weer dat er **bij thuiszorg minder stress**



*is, meer sociale contacten zijn en de relatie met de partner beter stand houdt.* Er is geen verschil in uitkomst voor het kind.

### **3.3 Taak van de vroedvrouw**

De vroedvrouw komt in contact met de zwangere haar gezin. Het sociaal welzijn van de zwangere is ook een taak van de vroedvrouw. Een belangrijk item hiervan is het respecteren van de privacy.

Colleen Stainton, Lohan & Woodhart (2005) voerden een retrospectief onderzoek uit en geven in hun richtlijnen voor vroedvrouwen aan dat wanneer men zwangeren **de nodige privacy geeft de kans op een depressie pre- en postnataal aanzienlijk daalt**. Dit kan worden gerealiseerd door het voorzien van huiselijk ingerichte ruimtes waarin de zwangere en haar partner, of ander bezoek, ongestoord kunnen plaatsnemen. Doordat zwangeren met PPRM vaak niet uit bed mogen moeten deze ruimtes gemakkelijk toegankelijk zijn voor bedden. Turnbull e.a. (2004) concludeerde uit zijn gerandomiseerde controle studie dat het **begeleiden van de partner** ervoor zorgt dat er minder relatieproblemen optreden. Dit door de partner te helpen organiseren en hem te betrekken bij de onderzoeken die er plaatsvinden. *Bijvoorbeeld: samen met de zwangere en haar partner hulp van andere familieleden inroepen. Ervoor zorgen dat er iemand is die ook de andere kinderen van het gezin kan afhalen op school. Zorgen dat er contact kan zijn met andere familieleden via internet; is goedkoper dan via telefoon. Want de zwangere kan geen arbeid verrichten en zo is er financieel minder inkomen,....* Turnbull e.a. (2004) concludeerde ook dat **stimuleren van sociale contacten** door de vroedvrouw bij de zwangeren, ervoor kan zorgen dat er minder vereenzaming optreedt. Door lotgenoten samen te laten communiceren in daglokalen krijgen ze de kans om hun leefomgeving beter te leren kennen en hun sociale contacten uit te breiden.

## **4 Praktische regelingen**

Door de ziekenhuisopname zijn er voor de zwangere en haar gezin heel wat onduidelijkheden in verband met het zwangerschapsverlof, kraamgeld,... De vroedvrouw kan hierover informatie geven. Dit valt buiten het bestek van deze literatuurstudie maar de wetten zijn terug te vinden via [www.just.fgov.be](http://www.just.fgov.be) in het Belgisch staatsblad.

## 5 Discussie

Zwangerschap is een natuurlijk gebeuren. Soms kan het pathologisch worden. Volgens Turnbull e.a. (2004) treden er steeds meer en meer zwangerschapscomplicaties zoals PPRM op tengevolge van in-vitrofertilisatie, polyhydramnios en infecties. Het gevolg daarvan is dat er meer zwangeren langdurig worden opgenomen in het ziekenhuis. Omdat een ziekenhuisopname gepaard gaat met vele emoties, is er een toenemende nood aan psychosociale begeleiding.

Het doel van deze bachelorproef is aandachtspunten bij psychosociale begeleiding weergeven zodat de vroedvrouw een volledige en optimale begeleiding kan bieden bij zwangeren met PPRM.

Psychosociale begeleiding is één van de competenties uit het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw. Het is dan ook een noodzaak dat er in de opleiding tot vroedvrouw voldoende aandacht aan besteed wordt. Het aanbieden van bijscholingen is een extra stimulans om deze zorg effectief toe te passen. Meer wetenschappelijk onderzoek kan er voor zorgen dat relevante begeleidingstechnieken kunnen worden aangeboden.

Doorheen de zwangerschap ondergaan zwangeren niet enkel lichamelijke maar ook psychologische veranderingen. Ze ontwikkelen een motherhood constellation waarin er een reorganisatie van de persoonlijkheid van de moeder plaatsvindt. Er ontstaan wensen, fantasieën, verlangens,... over de groeiend foetus. Wanneer de vliezen dan plots preterm breken ervaart de zwangere deze constellation op een andere manier. Er ontstaan normale reacties zoals stress en rouw maar er kan ook psychopathologie ontstaan zoals depressie en verstoorde hechting. Het is belangrijk dat deze psychopathologische tekens snel worden opgemerkt en best voorkomen worden. Hier is een rol voor de vroedvrouw weggelegd. Heeft een vroedvrouw voldoende kennis over deze psychopathologische tekens om ze te herkennen? Er is nood aan meer wetenschappelijk onderzoek zodat de vroedvrouw haar kennis kan uitbreiden over dit onderwerp. Indien er meer concrete en duidelijke richtlijnen worden aangeboden kan de vroedvrouw deze zorg optimaal aanbieden aan zwangeren om zo de negatieve gevolgen te beperken.

Soms zijn problemen met hechting of depressie al opgetreden vroeg in de zwangerschap maar komt deze bij zwangerschapscomplicaties zoals PPRM pas tot uiting. Van Doesum (2008) geeft aan dat het van groot belang is deze tijdig te herkennen zodat ernstige gevolgen zoals gedragstoornissen bij het kind vermeden kunnen worden. Interdisciplinaire

samenwerking kan van groot belang zijn voor een goede behandeling. Ook hier is nog verder wetenschappelijk onderzoek vereist. Hoe vroedvrouwen best omgaan in bepaalde situaties werd duidelijk door onderzoeken van Benett & Indman (2003), Stringer e.a. (2004), Westdahl e.a. (2007). Namelijk een gepaste houding aannemen, voldoende oogcontact, informatie geven en hechting bevorderen. In specifieke situaties zoals stress is het belangrijk aandacht te schenken aan geruststelling, zelfzorg, relaxatiemethoden en social support. Studies geven aan dat stress tachycardie en preterme arbeid veroorzaakt bij zwangeren. Kinderen van moeders die veel stress doormaakten tijdens de zwangerschap reageren trager en zijn impulsiever. Wanneer er rouw optreedt door het verlies van de normale zwangerschap, moet de vroedvrouw aandacht schenken aan een empathische houding, steun en begrip. Uit studies van Van Doesum (2008) blijkt dat hechting effectief bevorderd kan worden door het stimuleren van contact te maken met de buik. Waarbij ook de partner kan worden aangespoord. Toch is dit echter niet concreet genoeg. Verder specifiek onderzoek naar richtlijnen voor vroedvrouwen bij de begeleiding van stress, rouw, depressie en gestoorde hechting bij PPROM, is een noodzaak in de toekomst. Duidelijke en concrete methodes voor begeleiding zijn een must voor een degelijke begeleiding te kunnen aanbieden.

In Vlaanderen is het vanzelfsprekend dat zwangeren met PPROM in het ziekenhuis worden opgenomen. Uit een controle studie van Goulet e.a. (2001) bij 250 zwangeren met PPROM, waarbij thuiszorg werd vergeleken met ziekenhuisopname, blijkt dat thuiszorg vele voordelen heeft op sociaal en psychologisch vlak. Resultaten geven weer dat er bij thuiszorg minder stress is, meer sociale contacten zijn en de relatie met de partner beter stand houdt. Er is geen verschil in outcome voor het kind. De vroedvrouw is “de” geschikte persoon om, in multidisciplinair samenwerkingsverband de thuisbegeleiding op te nemen. Door een gebrek aan literatuur en onderzoek over de voordelen van thuisbegeleiding, de noodzakelijke competenties van de vroedvrouw en de informatiedoorstroming naar de zwangere toe, is verder onderzoek noodzakelijk.

Het vinden van literatuur was niet eenvoudig doordat er weinig tot geen onderzoek werd verricht naar de psychologische begeleiding van een vroedvrouw in hoogrisico situaties. Hier is een belangrijke weg voor de vroedvrouw weggelegd. Maar concrete, wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen zijn noodzakelijk om dit doel te bereiken.

## 6 Besluit

Psychosociale begeleiding door de vroedvrouw is een minder bekend onderdeel van de verloskundige zorgen maar een noodzakelijke competentie van de vroedvrouw. Doordat er weinig wetenschappelijk onderzoek over psychosociale begeleiding door de vroedvrouw bij Preterm Prelabour Rupture Of Membranes bestaat, vult iedere vroedvrouw dit naar eigen goed denken in met verschillend resultaat. In de opleiding tot vroedvrouw wordt hier al aandacht aan besteed maar misschien moet deze competentie verder uitgebreid worden omdat psychosociale begeleiding een erg belangrijk onderdeel vormt in de begeleiding van zwangeren met PPROM. Deze literatuurstudie geeft een overzicht van verschillende aandachtspunten in de psychosociale begeleiding door de vroedvrouw. Dit op basis van verscheidene recente onderzoeken over PPROM, stress, rouw, depressie en gestoorde hechting tijdens de zwangerschap.

Doorheen de zwangerschap ondergaan zwangeren niet enkel lichamelijke maar ook psychologische veranderingen. Ze ontwikkelen een motherhood constellation waarin er een reorganisatie van de persoonlijkheid van de moeder plaatsvindt. Indien de vliezen preterm breken ontstaan er normale reacties zoals stress en rouw maar er kan ook psychopathologische tekens zoals depressie en verstoorde hechting optreden. Het is belangrijk dat deze psychopathologische tekens snel worden opgemerkt en best voorkomen worden. Hier is een rol voor de vroedvrouw weggelegd.

Bij de opname in het ziekenhuis is het belangrijk dat de vroedvrouw een open houding aanneemt. Die bestaat uit een goede luisterhouding: regelmatig oogcontact maken, gepaste lichaamshouding, open vragen stellen, doorvragen met gerichte vragen en aanmoedigen om verder te praten. De vroedvrouw moet professioneel zijn. Kennis hebben van de psychologische veranderingen en multidisciplinair kunnen samenwerken! De zwangeren zullen hierdoor minder angst hebben en tijdens hun verdere verblijf vragen durven stellen. De vroedvrouw moet ook eerlijke en duidelijke informatie geven en persoonlijke emoties, meningen en opvattingen moeten zij onder controle houden.

Uit onderzoeksstudies blijkt dat door een ziekenhuisopname de zwangere haar privacy verliest en haar sociale omgeving verandert. Plots komt ze in contact met andere personen dan in haar vroegere dagelijkse leven. Het gevolg daarvan is het optreden van frustratie. Dit is een stressfactor. Het is belangrijk dat er verder onderzoek wordt uitgevoerd of ziekenhuisopname wel degelijk noodzakelijk is. Volgens competentie 2 van het beroepsprofiel neemt de vroedvrouw in hoogrisico situaties, actief deel aan medische

beslissingen en neemt ze gedelegeerde taken op zonder haar bevoegdheid te buiten te gaan. Ook is de vroedvrouw bekwaam en bevoegd in het toedienen van verpleegkundige zorg in hoogrisico situaties. Het bieden van thuiszorg door de vroedvrouw met mede-opvolging door de gynaecoloog kan een mogelijke oplossing bieden voor deze stressfactor bij de zwangere.

De vroedvrouw met oog voor het toepassen van concrete en effectieve psychosociale begeleiding, doet de schadelijke gevolgen voor moeder en kind aanzienlijk dalen. De vroedvrouw staat immers het dichtst bij de zwangere en haar gezin bij een ziekenhuisopname met PPRM. Voor het uitschrijven van richtlijnen voor concrete begeleiding en de thuiszorg is verder specifiek wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk.

Uit dit alles blijkt dat ook in high care er voor de vroedvrouw psychologische begeleiding is weggelegd.

## 7 Bibliografie

Bennett, S.S., Indman, P. (2003). *Beyond the Blues: A Guide to Understanding and Treating Prenatal and Postpartum Depression*. San Hose: California.

Campagne, D. (2004). Review: The obstretican and depression during pregnancy. *European Journal of obstretics & gynaecology and reproductive biology*. 116 p 125-130.

Coenders, H. (1998). *Kramers Nieuw Woordenboek*. Elsevier: Amsterdam.

Colleen Stainton, M., Lohan, M., Woodhart, L. (2005). Women's experiences of being in high – risk antenatal care day stay and hospital admission. *Australian midwifery journal*. 18 (1). p 16-20.

de Boer, W., de Smit, M.P. (2008). *Van Dale Pocketwoordenboek. Belgische editie*. Van Dale: Utrecht.

Dunn, L., Shelton, M. (2007). Spiritual well – being, anxiety and depression in antepartal women on bedrest. *Mental health nursing*. 28 (11), p 1235-1246.

Enstringer, S., Wust, S., Kumsta, R., Layes, I., Nelson, E., Hellhammer, D. (2008). Prenatal psychosocial stress exposure is associated with insulin resistance in young adults. *American journal of obstretics*. 11, p 498/1–498/7.

Geerinck – vercammen, C.R., Duijvestijn, M.J.M. (2004). Rouwverwerking rond perinatale sterfte: een veelvormig en natuurlijk proces. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*. Juni 148 (25). p 1231–1234.

Gitau, R., Fisk, N.M., Glover, V. (2001). Maternal Stress in pregnancy and its effect on the human foetus: an overview of research findings. *Stress*. 4, p 195-203.

Goulet, C., Gévry, H., Gauthier, R.J., Lepage, L., Fraser, W., Aita, M. (2001). A controlled clinical trial of home care management versus hospital care management for preterm labour. *Internation Journal of nursing studies*. 38 p 259–269.

Huizink, A., Mulder, E., Robles de Medina, P.G., Van den Bergh, B., Buitelaar, J. (2001). Moederlijke stress: effecten op de zwangerschap en het (ongeboren) kind. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*. (69) juni 2001, p. 83-91.

Khan – Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Villar, J. (1998). Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 12 (2), p 7–26.

Nationale raad voor de vroedvrouwen. (2006). Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw. Beschikbaar op 2009/04/27 via [www.kdg.be/download.aspx?c=PBVV&n=3215&ct=3048&e=13090](http://www.kdg.be/download.aspx?c=PBVV&n=3215&ct=3048&e=13090).

Nossent, S., Vanderhaegen, O. (2002). Werken met baby's en hun opvoeders: gekleurde baby's, gekleurde zorg? *Stern: Motherhood constellation*. Boom: Amsterdam. p 122 – 124.

Odent, M. (2004). Primal health research. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health*. 18 (3) p 191–220.

O'keane, V., Marsh, M. (2007). Depression during pregnancy. *BMJ*. 335 p 1003–1005.

Rahman, A., Bunn, J., Lovel, H., Creed, F. (2007). Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: -a cohort study. *Archives of diseases in Childhood*. 92 (1). p 24–28.

Schoupe, H. (2006). Algemene psychologie: een inleiding in de functieleer. Van Gorcum: Assen. p 7–9.

Sitsen, J.M.A. (2007). Depressie tijdens de zwangerschap. Bohn Stafleu van Loghum. Houtem.

Stringer, M., Miesnik, S., Brown, L., Martz, A., Macones, G. (2004). Nursing Care of the Patiënt With Preterm Premature Rupture Of Membranes. *American journal of maternal, child nursing*. 29(3), 144–150.

Stroebe, M.S., Schut, H.A.W., Stroebe, W., Van den Bout, J. (1996). Rouw, *Handboek klinische psychologie*. p 3–20.

Sutter-dallay, A.L., Giaccone- Marcesche, V., Glatigny- Dallay, D., Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the matquid cohort. *European Psychiatry*. 19 p 459–463.

Turnbull, D.A., Wilkinson, C., Gerard, K., Shanahan, M., Ryan, P. (2004). Clinical, psychosocial and economic effect of antenatal day care for three medical complications of pregnancy: a randomised controlled trial of 395 women. *The Lancet*. 363 (3). p 1104–1109.

Van den Bergh, B., Mennes, M. (2006). Het verband tussen angst bij de moeder in de prenatale periode en zelfregulatie in de adolescentie. *Kind en adolescent*. 27, p. 31-43.

Van Doesum, K. (2008). Een kind zien glimlachen. *Psychopraxis*. 10 (2). p 55-58.

van Geert, P. (2004). Weg met de psychologie. *Nederlands Tijdschrift voor de psychologie*. 59, p 105–107.

van Meer, K., van Neijenhof, J. (2000). Elementaire sociale vaardigheden: skillslab – reeks voor verzorgende vaardigheden. Kluwer: Diegem.

Van Parys, A.S., Meurs, P. (2006). *Verborgen onder mijn buik: zorg- en hulpverlening aan zwangere vrouwen ná vroeger seksueel geweld*. Garant: Antwerpen.

Verdult, R. (2004). Hechting: risico of bescherming? *Huisarts nu*. 2.

Verdult, R. (2004). De competente foetus en baby: op weg naar hechting. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*. 1. p 15-19.

Vliegen, N. (2001). Het moederland: de vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie. Acco: Leuven. p 35–38.

Vliegen, N. (2006). Kinderwens en fantasieën over het verwachte kind: de prehistorie van de gehechtheidsrelatie. *Kleine baby's, prille ouders. Samen in ontwikkeling*. Acco: Leuven. p 68–71.



Waldenström, U. (2000). Does Team Midwife Care Increase Satisfaction with Antenatal, Intrapartum, and Postpartum Care? A Randomized Controlled Trial. *Birth*. Vol. 21 (3), p 156–167.

Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T., Schindler Rising, S., Ickovics, J. (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstetrics and gynecology*. 110 (1), p 134–140.