

Preventie van traumatische bevallingservaringen – Hollander, van Hastenberg, van Dillen, van Pampus, de Miranda, & Stramrood, 2017

Dit recentelijk gepubliceerde Nederlandse onderzoek in *Archives of Womens's Mental Health* toont aan dat vrouwen bij de bevalling behoefte hebben aan meer controle en betere communicatie met de zorgverlener. Zo gaven de moeders aan dat duidelijke uitleg, emotionele en praktische steun en het idee gehoord te worden hun traumatische bevallingservaring wellicht had kunnen voorkomen. De interactie tussen patiënt en zorgverlener tijdens de interventie werd zelfs beoordeeld als een belangrijkere oorzaak van het bevallingstrauma dan de interventie zelf. Onderzoeker Stramrood: "Er wordt vaak gedacht dat interventies en complicaties, zoals een spoedkeizersnede of heel veel bloedverlies, de belangrijkste oorzaken zijn van een bevallingstrauma. Dat blijkt niet het geval". Niet eerder is grootschalig onderzoek verricht naar thema's ter preventie van bevallingstrauma. "Juist omdat er nog geen interventies zijn waarvan bewezen is dat ze werken, dachten wij: 'waarom vragen we vrouwen zelf niet hoe zij denken dat hun trauma voorkomen had kunnen worden?', aldus Stramrood. Hieronder staan opsommingen van belangrijke bevindingen uit het onderzoek.

Risicofactoren

Risicofactoren voor Posttraumatisch Stresssyndroom na de bevalling worden in drie categorieën opgesplitst (Ayers et al., 2016), waarbinnen de belangrijkste risicofactoren hieronder worden opgesomd:

Risicofactoren vóór de bevalling (prepartum)

- depressie tijdens de zwangerschap
- baringsangst
- slechte gezondheid of complicaties tijdens de zwangerschap
- eerdere ervaring(en) met Posttraumatisch Stresssyndroom

Risicofactoren tijdens de bevalling

- subjectief negatieve eerdere bevallingservaringen
- operatieve bevalling (ongepande keizersnee of vaginaal operatieve bevalling)
- een gebrek aan steun
- dissociatie

Risicofactoren na de bevalling (postpartum)

- inadequate coping (omgaan met de kwestie)
- stress
- depressie

Tot op heden richtte onderzoek zich voornamelijk op vrouwen die postpartum PTSD hadden opgelopen, terwijl zij deel uitmaken van een veel grotere groep vrouwen wier bevallingstrauma ook door risicofactoren vóór of tijdens de bevalling is ontstaan (O'Donovan et al. 2014; Stramrood et al. 2011; American Psychiatric Association 2000). Als hulpverlener is het belangrijk deze risicofactoren in ogenschouw te nemen wanneer vast moet worden gesteld of er bij een patiënt sprake is van een bevallingstrauma.

Thema's ter preventie van bevallingstrauma

Bij 2.192 vrouwen van boven de 18 jaar die in of na 2005 te maken hebben gehad met een traumatische geboorte-ervaring werd een online vragenlijst afgenomen. Binnen de vragenlijst hadden de belangrijkste thema's betrekking op hun toegekende attributie van het trauma, wat hulpverleners hadden kunnen doen om het trauma te voorkomen (hulpverlenersmanagement) en wat zij eventueel zelf anders hadden willen doen (zelfmanagement). Van elk van deze thema's worden de bevindingen hieronder opgesomd.

Attributie van het trauma

De meeste door de vrouwen zelf toegekende oorzaken van hun bevallingstrauma waren als volgt:

- een gebrek aan of verlies van controle
- angst voor levens- of gezondheidsgevaar voor de baby
- hoge pijn-intensiteit of fysiek ongemak
- communicatie/uitleg

Moeders die voor het eerst bevielen (primipara) rapporteerden vaker dan moeders die al eens eerder waren bevallen (multipara) een hoge pijn-intensiteit of fysiek ongemak, lange bevallingsduur en discrepantie tussen hun verwachting en de realiteit als attributie van hun trauma. Doodsangst, een slechte uitkomst en een te snelle bevalling werden juist minder vaak door primipara geselecteerd dan multipara. Het gescheiden worden van de baby na de bevalling en het buiten bewustzijn zijn tijdens de bevalling (door anesthesie of andere medicatie) bleken andere belangrijke thema's voor de moeders.

Discrepantie tussen verwachting en realiteit werd vaker gekozen als toegekende oorzaak van het trauma wanneer de vrouwen aangaven dat ze ter voorbereiding op de bevalling zich hadden verdiept in hypnobirthing en/of lezen in boeken of op het internet dan vrouwen die dit niet rapporteerden.

Van de vrouwen wiens baby was overleden, rapporteerden 62.7% een slechte uitkomst als een van de oorzaken van hun traumatische ervaring. De overige 37.3% rapporteerden een gebrek aan of verlies van controle, communicatie/uitleg, respect/serieus genomen worden/de manier waarop ze behandeld zijn en een gebrek aan emotionele en praktische steun van hulpverleners.

Verbetering in het hulpverlenersmanagement

De vrouwen rapporteerden de volgende factoren waardoor de hulpverlener het bevallingstrauma mogelijk had kunnen voorkomen:

- de hulpverlener had niets kunnen doen
- communicatie/uitleg
- (meer) naar me luisteren
- me (meer of beter) emotioneel en praktisch steunen

Onder een gebrek aan emotionele en praktische steun wordt door de vrouwen het volgende verstaan: niet serieus genomen worden over hun eigen indruk van de bevallingsnelheid, alleen gelaten worden tijdens de bevalling, geen continue zorg of een vroedvrouw of gynaecologe te druk om tijd aan hen te besteden.

Primipara rapporteerden daarnaast vaker dan multipara vrouwen het overleggen van verwachtingen/geboorteplan, communicatie/uitleg en het niet (of later) ondernemen van bepaalde acties/interventies als mogelijke oorzaak van het bevallingstrauma door de hulpverlener. Multipara vrouwen verkozen vaker de optie dat de hulpverlener er niets aan had kunnen doen of (meer) naar ze hadden moeten luisteren dan primipara vrouwen.

Verbetering in zelfmanagement

De vrouwen rapporteerden de volgende punten als factoren waardoor zij mogelijk zelf het trauma hadden kunnen voorkomen of diens impact hadden kunnen beperken:

- niets
- vragen naar bepaalde acties/interventies
- het weigeren van bepaalde acties/interventies

De acties en interventies betroffen vaak keizersnede, pijnverlichting, vaginaal onderzoek en operatieve, vaginale bevalling.

Primipara rapporteerden vaker (beter) voorbereid zijn, een (beter) geboortepan maken en het weigeren van bepaalde acties/interventies dan multipara vrouwen. Deze laatste groep rapporteerde juist vaker 'niets' dan de primipara vrouwen.

Conclusie

De belangrijkste geselecteerde thema's door de 2.192 moeders met een bevallingstrauma waren gebrek aan of verlies van controle en interactie met zorgverleners. Zo bleek de interactie belangrijker dan de interventie zelf waarbinnen deze interactie plaatsvond. Binnen de interactie tussen zorgverlener en patiënt bleken communicatie/uitleg, luisteren en emotionele en praktische steun van groot belang. Martine Hollander: "Goede communicatie klinkt zo makkelijk, maar toch geeft bijna de helft van de deelnemers in ons onderzoek aan dat ze vaak niet wisten waarom iets wel of niet werd gedaan. Ook wordt veel genoemd dat ze niet goed geïnformeerd toestemming hebben kunnen geven (informed consent) en dat ze de controle over hun eigen bevalling kwijt waren. Dat is echt iets waar we veel meer aandacht voor zouden moeten hebben". Zorgverleners dienen zich bewust te worden van dit gegeven. Hun interactie met de patiënt als toekomstige moeder heeft een enorme invloed op de ervaring van haar bevalling. Er is nog veel ruimte voor verbetering binnen deze interactie, zowel tijdens de bevalling, als bij de nazorg. Wanneer hulpverleners zich realiseren dat zij effectief moeten communiceren, duidelijke uitleg geven en emotionele en praktische ondersteuning bieden, kunnen bevallingstrauma's mogelijk worden voorkomen.

American Psychiatric Association: Washington DC (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn.-Text Revision).

Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K (2016) The aetiology of posttraumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med* 46(6):1121–1134.

Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 1-9.

O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Devilly GJ (2014) Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery* 30(8):935–941.

Stramrood CA, Paarlberg KM, Huis In't Veld EM, Berger LW, Vingerhoets AJ, Schultz WC et al (2011) Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 32(2):88–97.