

## ONDERZOEKSVERSLAG

# Gevolgen van geboortetrauma's en mogelijkheden voor herstel

*Een beschrijvend kwalitatief onderzoek vanuit het perspectief van moeders*

### **Wat is bekend?**

- Onderzoek naar traumatische geboorte ervaringen van moeders neemt toe.
- Onduidelijk is wat de gevolgen van een geboortetrauma zijn in het dagelijks leven.
- Voor moeders met een geboortetrauma ontbreekt effectieve verpleegkundige begeleiding.

### **Wat is nieuw?**

- De toepassing van de oplossingsgerichte benadering in een herstelgesprek, waar moeders zelf hun klachten verklaren in de traumatische geboorte ervaring.
- Moeders benoemen de gewenste effecten van het gesprek, gevolgd door hun verbeelding en ervaring over hoe ze het graag anders hadden gewild.

### **Wat is de relevantie?**

- Moeders met een geboortetrauma kunnen in een herstelgesprek onder begeleiding het zelf herstellend vermogen gebruiken, wat leidt tot psychisch en lichamelijk herstel.

### **Trefwoorden**

Moeders, geboortetrauma, herstelgesprek, dagelijks functioneren

# Inhoud

Samenvatting .....	3
Inleiding.....	4
Methode.....	5
Herstelgesprek.....	6
Deelnemers .....	7
Data-analyse .....	7
Resultaten.....	8
Demografische gegevens.....	8
Wat verstaan moeders onder een geboortetrauma? .....	9
Welke gezondheidsproblemen ervaren moeders? .....	9
Welke situaties ervaren moeders als traumatisch?.....	11
Wat zijn de effecten van het herstelgesprek? .....	9
Wat zijn de ervaringen met het herstelgesprek? .....	10
Discussie .....	12
Conclusie.....	12
Aanbevelingen en vervolgonderzoek.....	13
Summary .....	11
Literatuur.....	14

## Samenvatting

**Doel:** Inventarisatie en analyse van gezondheidsproblemen en oorzaken die moeders benoemen na een traumatische geboorte ervaring, gevolgd door een beschrijving van de ervaringen met en de effecten van de oplossingsgerichte benadering in het herstelgesprek.

**Methode:** Kwalitatief beschrijvend onderzoek met een of meer herstelgesprekken volgens de oplossingsgerichte benadering. Vanuit een gelegenheidssteekproef hebben moeders met een geboortetrauma in de periode van januari 2016 tot en met december 2017 deelgenomen. De geuite gezondheidsproblemen zijn vergeleken met de verpleegkundige taxonomie II uit NANDA International en geverifieerd met de PES structuur. De klachten zijn volgens de patronen van Gordon beschreven. De kenmerkende situaties die als traumatisch zijn ervaren en volgens de moeders de oorzaak zijn van hun klachten zijn geïdentificeerd. In het herstelgesprek hebben moeders verteld wat ze hopen dat verandert, zodat de effecten geëvalueerd kunnen worden.

**Resultaten:** Met vijfendertig moeders zijn in totaal tweeënzestig herstelgesprekken van anderhalf uur gehouden en geëvalueerd. Eenentwintig verpleegkundige diagnoses zijn geïdentificeerd. Ervaren klachten spelen op psychisch, lichamelijk en sociaal gebied en uiten zich uit in acht van de elf gezondheidspatronen van Gordon. Angst, beslisconflict, machteloosheid, verstoorde hechting, posttraumatische reactie, vermoeidheid en verminderde zelfwaardering kwamen bij tien of meer moeders naar voren. Van alle moeders die kozen voor borstvoeding hebben tweeëntwintig van de negenentwintig ineffectieve borstvoeding gemeld. Tien moeders vertellen een depressie te hebben gehad of daar bang voor te zijn. Bij bijna de helft van de moeders hebben de gezondheidsproblemen gevolgen voor hun werk, waarvan negen moeders een burn-out hebben gehad. Alle moeders zijn positief over het herstelgesprek en eenendertig moeders zeggen dat het gesprek effectief is geweest.

**Conclusie:** Moeders spreken van een geboortetrauma bij negatieve gevoelens over de traumatische situatie rondom de geboorte van hun kind, waarbij ze niet op hun instincten af konden gaan en daardoor klachten hebben die hun dagelijks leven belemmeren. Het herstelgesprek blijkt voor moeders met een geboortetrauma een vriendelijke en effectieve benadering voor herstel. Met de inzichten van dit onderzoek is het mogelijk een geboortetrauma te identificeren. Aan te bevelen is moeders laagdrempelig toegang te geven tot deze vorm van herstel.

## Inleiding

Onderzoek naar traumatische geboorte ervaringen van moeders neemt toe (1-4). Geschat wordt dat tussen de 9-44% van de moeders een traumatische bevallingservaring hebben (5). Dit is een ervaring die een dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebrengt, of die een bedreiging vormt voor de lichamelijke integriteit van de persoon en die herhaalde nadelige emotionele effecten heeft bij de betrokkene (6). Een bevalling wordt gedefinieerd als een fysiologische proces dat wordt aangedreven door de aangeboren menselijke capaciteit van de vrouw en de foetus onder invloed van hormonen, waarvan het hormoon oxytocine de baring op gang helpt en houdt (7). Dit natuurlijke proces wordt vaak verstoord en moeders wijzen naar verschillende oorzaken. Uit een recent onderzoek waar ruim 2000 moeders antwoord gaven op de vraag wat maakt dat de bevalling als traumatisch ervaren wordt, zijn de meest voorkomende antwoorden controle verlies, angst voor de gevolgen voor de baby, pijn, gebrek aan comfort, communicatie en uitleg (8). Aan de hand van een literatuurstudie is in 2017 met de volgende zoekstrategie gezocht naar de beïnvloedende factoren op de geboorte ervaring op PubMed, Cochrane en Google Scholar: Positive AND negative AND (experience OR effects OR lessons) AND (labour OR birth OR delivery) AND (women OR female). Geconcludeerd kon worden dat ondersteuning, betrokkenheid, informatie, pijnvervangende en de zorgrelatie de belangrijkste factoren zijn die voor een vrouw een rol spelen in haar ervaringen rondom de geboorte van haar kind. Tegenwoordig wordt de zorg bij geboorte meestal in ziekenhuizen gegeven. Het aantal vrouwen dat kiest voor een ziekenhuisbevalling neemt al jaren toe (9). In 2015 maakt bijna 87% van de vrouwen gebruik van een instelling om te bevallen (10). Toch zijn niet alle vrouwen tevreden. Onderzoek laat zien dat bijna een kwart van de vrouwen die van hun eerste kindje beviel, drie jaar na de bevalling (zeer) ontevreden terugkeek op hun ziekenhuisbevalling; van alle vrouwen die thuis waren bevallen was 96% (zeer) tevreden (11). Bekend is dat moeders de benadering door verloskundigen en gynaecologen als medisch ervaren en weinig zorg gegeven wordt naar behoefte (12). De focus richt zich op het gebruiken van richtlijnen en protocollen die sturing geven aan de zorg bij geboorte, wat gezien wordt als een lineair proces door de tijd heen (13). De generieke benadering leidt ertoe dat moeders de kans lopen om de regie te verliezen over deze belangrijke fase in hun leven. Dit kan gevolgen hebben voor het herstel na de bevalling en gezondheid op lange termijn. Psychische aandoeningen in de zwangerschap en na de bevalling nemen toe, zoals angst voor de bevalling, depressie en posttraumatische stress stoornis (14). In vier verschillende Nederlandse ziekenhuizen is op verloskunde afdelingen tussen januari 2009 en juli 2014 gekeken naar de ervaringen van moeders tijdens de ziekenhuisopname voor, tijdens en na de bevalling. In die periode is met ruim 350 (aanstaande) moeders gesproken, waarin drie thema's naar voren komen waar moeders ontevreden over zijn. Als eerste noemen moeders veel klachten die ze voor de opname niet hadden, zoals angst, slapeloosheid, pijn en uitputting. Bekend uit onderzoek is het risico op toename van functionele belemmeringen door verlies van lichaamsfuncties als gevolg van een ziekenhuisopname (15). Het tweede thema omvat de negatieve gevoelens van moeders over de zwangerschap, bevalling en/of kraamtijd. Söderquist et al. brengen negatieve gevoelens en gedachten in verband met een traumatische geboorte ervaring (16). Het derde thema is de ontevredenheid over de bejegening en behandeling van zorgprofessionals die moeders ervaren. Het gebrek aan essentiële elementen van waardigheid in de communicatie en benadering beschrijft Donna Hicks in haar onderzoek Dignity Violence, wat kan leiden tot hersenschade en klachten (17). Een analyse van zeventien blogs die moeders schreven na een negatieve geboorte ervaring op de website Humanize Birth bevestigt deze thema's na een bevalling in een ziekenhuis (18).

Volgens Michel Odent heeft de medisch georiënteerde zorg een negatief effect op het instinctieve gedrag van moeders (19). Naast de medische benadering hebben ook het geven van informatie en de inrichting van een bevalkamer invloed op de hormonale fysiologie van moeders, waarbij stimulatie van de neocortex de versturende factor is (20). De verklaring hiervan ligt in de voorbereiding van het

lichaam op het moederschap. Chemische, psychische en neurologische aanpassingen zorgen ervoor dat het lichaam van de vrouw synchroon loopt met de behoefte van haar baby (21). Recent is een onderzoek gepubliceerd in Nature Neuroscience, waarin de ontwikkeling van het moederlijk brein onder invloed van zwangerschapshormonen en de eerste twee jaren na de bevalling is bewezen. Vooral het inlevingsvermogen verandert, wat leidt tot ander gedrag en gevoelsleven en sturing geeft aan de geboorte en de hechting (22). Wanneer oxytocine en vasopressine worden afgegeven in de hersenen vanaf de zwangerschap, beïnvloeden deze stoffen gedrag, zoals sociale interacties (23). Dit uit zich onder andere in een van de meest verbluffende moederlijke invloeden tijdens het 'memen': de moeder geeft direct na de bevalling essentiële stukjes culturele informatie door aan haar baby over de sociale omgeving waar het kind geboren is, die een blijvende invloed heeft op de geestelijke en emotionele ontwikkeling (21). Beiden profiteren van dit eerste contact, wat zorgt voor effectieve interacties tussen moeder en kind, herstel, tevredenheid en gezondheid op lange termijn (24). Helaas ontbreekt in Nederland gerichte verpleegkundige zorg om de gezondheid van moeders en deze kwetsbare fysiologische processen te beschermen (25). Moeders kunnen ook na de kraamtijd moeilijk hulp vinden om hun problemen te bespreken en op te lossen. In de dagelijkse praktijk groeit de urgentie voor een effectieve oplossing van de gezondheidsproblemen die moeders als gevolg van de geboorte van hun kind ervaren. Daarvoor is een passende benadering nodig en meer kennis over de oorzaken en gevolgen van een traumatische geboorte ervaring. Brunklaus (2015) biedt de oplossingsgerichte benadering in zijn boek Interactieve vaardigheden in de zorg: Communicatie in het perspectief van herstel. Deze benadering is in de vorm van het herstelgesprek toegepast in de praktijk, zodat moeders hun problemen na traumatische geboorte ervaringen kunnen bespreken en mogelijk oplossen. De oplossingsgerichte benadering biedt de moeder de gelegenheid optimaal gebruik te maken van haar inzicht en oplossend vermogen, zodat haar kwaliteiten en eigen vermogens leiden tot bevredigende oplossingen (26). Zo kan zij effectief bijdragen vanuit haar eigen kracht. In het herstelgesprek kan de moeder zelf oordelen waarover gesproken wordt en in welk perspectief zij het plaatst. Zij kan vanuit het onderbewuste mogelijkheden aanboren en zelf de doelen van de zorg stellen. Haar verklaring die uitzicht geeft op de oplossing is de beste en wordt gebruikt om te herstellen. De focus op het nieuwe beeld hoe dingen anders zouden kunnen zijn geweest is wat sturing geeft aan de verbeelding in het herstelgesprek en nieuwe positieve fysieke ervaringen. Dit kan bijdragen aan herstel.

Onduidelijk is wat een geboortetrauma betekent in het dagelijks leven van moeders. In dit artikel richten we ons op de gezondheidsproblemen en oorzaken die moeders benoemen na een traumatische geboorte ervaring. Onderzocht wordt hoe moeders met een geboortetrauma het herstelgesprek ervaren en wat de effecten ervan zijn. Vier deelvragen staan centraal:

1. Wat verstaan moeders onder een geboortetrauma ?
2. Welke problemen uiten moeders met een geboortetrauma minimaal drie weken na de geboorte en welke verpleegkundige diagnoses kunnen worden vastgesteld?
3. Wat zijn de kenmerken van de situaties die moeders als traumatisch hebben ervaren rondom de geboorte van hun kind en in verband brengen met hun gezondheidsproblemen?
4. Wat zijn de effecten van en de ervaringen met het herstelgesprek?

## Methode

Om de vier deelvragen te beantwoorden is een beschrijvend kwalitatief onderzoek uitgevoerd in de periode van januari 2016 tot en met december 2017 (27). Na een analyse van de verzamelde data is een rijk begrip ontwikkeld van het fenomeen geboortetrauma en mogelijkheden voor herstel. De bedoeling was om door middel van het herstelgesprek vanuit het perspectief van moeders het geboortetrauma in zijn geheel te begrijpen (28). Moeders beschreven vanuit hun dagelijkse realiteit

wat de gevolgen zijn van de traumatische ervaringen rondom de geboorte van hun kind. Moeders gaven vanuit hun gevoelens en gedachten inzicht in de relatie die zij leggen tussen oorzaak, gevolg en de gewenste effecten van het herstelgesprek. Zo construeerden moeders de betekenis van een geboortetrauma in de context van hun wereld. Het invullen van het nieuwe beeld hoe dingen anders zouden kunnen zijn gegaan, gaf moeders de gelegenheid haar wensen alsnog te verwoorden. De toepassing van de oplossingsgerichte benadering vroeg om een juiste houding van de onderzoeker, zodat de moeders zelf konden oordelen waarover gesproken werd. Polit en Beck beschrijven het belang van een intensieve betrokkenheid van de onderzoeker als instrument dat bijdraagt aan de dataverzameling van het onderzoek (27). Hieraan is expliciet aandacht besteed in de ontwikkeling en scholing van het herstelgesprek.

## Herstelgesprek

Binnen de verpleegkunde worden vele communicatievormen gehanteerd, waarbij Brunklaus verschillende technieken beschrijft (26). De oplossingsgerichte benadering was passend, omdat deze aansluit bij de belevingswereld van de moeder en haar de mogelijkheid gaf zelf invulling te geven aan het gesprek. Hiermee is het herstelgesprek ontwikkeld, waarbij de moeder onder begeleiding het zelf herstellend vermogen kan gebruiken, wat leidt tot verbetering van het dagelijks functioneren. Belangrijke focus in het herstelgesprek was dat de moeder de controle heeft en een ander gevoel krijgt over haar bevalling (29). Het herstelgesprek kreeg steeds vorm volgens de beschreven fases in tabel 1. De fases gaven structuur aan de informatie die moeder gaf, zodat verbanden gelegd werden, uitzicht was voor een oplossing en voortgang aan het gesprek bewerkstelligd werd. Van belang was dat de moeder zelf de relatie legde tussen de diagnose, etiognose en prognose, omdat dit bijdraagt aan een veilige en betrouwbare werkwijze (30). De moeder kreeg de ruimte vrij uit te spreken en zelf te oordelen waarover gesproken werd en in welk perspectief zij het plaatst. Vanuit haar realiteit werden de klachten en de oorzaken besproken, waarna de moeder aangaf wat ze hoopt dat verandert na het herstelgesprek. Daar waar de moeder zelf de traumatisch ervaren situatie(s) aanwees, werd haar gevraagd deze situatie te veranderen door middel van verbeelding. De verandersituatie werd onder begeleiding besproken, waarbij moeder het nieuwe beeld invulde en vertelde hoe volgens haar de situatie het liefst anders zou zijn geweest. Moeders wisten dit precies verklaard door het programma van het moederlijke brein, dat volgens Hrdy onder invloed van de juiste omgeving afgespeeld wordt (21). Wanneer dit gebeurde, volgden psychisch, fysiek en sociaal herstel (19). Tijdens de verbeelding is meerdere malen gevraagd welke veranderingen op dat moment in het lichaam gevoeld werden. Hierbij is ervan uitgegaan dat verbeelding leidt tot breinactivatie en de koppeling aan een positief gevoel zou de neurogenese bevorderen (31). Na het afronden van het gesprek werd een afspraak gemaakt om de effecten van en de ervaring met het herstelgesprek te bespreken. De evaluatie vond tussen twee en vier weken na elke sessie plaats. De wensen voor een nieuw gesprek of evaluatie werden ook tijdens het evaluatiegesprek besproken. Vanaf het eerste contact kon de moeder de onderzoeker benaderen voor hulp en steun. De fases van het herstelgesprek droegen bij aan interventietrouw, zodat meerdere onderzoekers de herstelgesprekken konden houden (32). De letterlijk gesproken woorden van de moeder werden tijdens de herstelgesprekken opgeschreven en meegenomen in de begeleiding, evaluatie en data-analyse.

### Fases van het Herstelgesprek

#### Eerste contact

1. Aanleiding van de moeder om gebruik te maken van een herstelgesprek, indicatie, informed consent en inclusie

#### Tweede contact

2. Intake: onder begeleiding worden klachten en oorzaken die moeder aanwijst besproken en wat moeder hoopt dat verandert na het herstelgesprek (diagnose, etiognose, prognose)
3. Verandersituatie: moeder kiest welke situatie(s) ze wil veranderen wat leidt tot herstel
4. Verbeelding: moeder maakt een nieuw beeld hoe zij de situatie het liefst had gewild, veranderingen die op dit moment gevoeld worden in haar lichaam worden bewust ervaren
5. Afronding: bespreken van begeleiding en contact op verzoek van de cliënt, het maken van een afspraak voor de evaluatie tussen 2 - 4 weken na het herstelgesprek

#### Derde contact

6. Evaluatie: de ervaringen met en de effecten van het herstelgesprek bespreken en wensen voor een nieuw gesprek of evaluatie uiten

**Tabel 1: Fases van het herstelgesprek**

## Deelnemers

Vanuit een gelegenheidssteekproef zijn vijftig moeders met een geboortetrauma geïncludeerd. Voor deelname aan het onderzoek golden de volgende inclusie criteria:

- Deelnemer is een moeder die zwanger is geweest, ongeacht de duur van de zwangerschap
- Moeder komt in contact via haar persoonlijke netwerk of internet en meldt zichzelf aan
- Moeder ervaart minimaal drie weken na de geboorte klachten in haar dagelijks leven
- Moeder legt zelf de relatie tussen haar klachten en een traumatische geboorte ervaring
- Moeder geeft toestemming na informed consent

In het eerste contact is uitleg gegeven over het herstelgesprek, de voor- en nadelen en de belasting voor de cliënt (Tabel 1). Nagegaan is of moeders voldeden aan de inclusiecriteria. De moeders zijn gevraagd toestemming te geven, voordat het tweede contact is gepland. Herstelgesprekken zijn gehouden totdat sprake was van datasaturatie (33). Na vijftig deelnemers bleek datasaturatie bereikt. De laatste tien deelnemers zijn toegevoegd om de ontstane inzichten te bevestigen en een betrouwbaar begrip te ontwikkelen over het fenomeen geboortetrauma. De herstelgesprekken zijn bij de moeder thuis of in een praktijk gehouden, waarbij de wens van de deelnemer steeds is gevolgd. De herstelgesprekken zijn in 2016 en 2017 door de onderzoeker uitgevoerd. In 2017 zijn elf geboortetrauma consulenten opgeleid, waaronder (obstetrie) verpleegkundigen en verloskundigen (34). Vijf verpleegkundigen en een verloskundige voerden herstelgesprekken uit bij de laatste tien deelnemers.

## Data-analyse

Als eerste werd vanuit de letterlijk gesproken woorden geanalyseerd wat volgens moeders een geboortetrauma is. Moeders gaven informatie over de oorzaken van hun huidige klachten. Ze beschreven de situaties die ze toen graag anders hadden gewild. Zo ontstond het construct over wat moeders onder een geboortetrauma verstaan vanuit hun gezondheidsproblemen en het gevoel bij de herinnering nu en de kenmerken van de traumatische situatie toen. Bij de tweede analyse werden de geuite klachten vergeleken met de verpleegkundige taxonomie II uit NANDA International in termen van diagnoses (35). Voor het formuleren van de diagnoses zijn de patronen van Gordon gebruikt uit het Zakboek Verpleegkundige Diagnosen (36). De geïdentificeerde diagnoses zijn geverifieerd, waarbij de beïnvloedende factoren die in het Zakboek worden genoemd overeenkwamen met de oorzaken die moeders aanwezen. In de laatste stap van de verificatie werd volgens de PES structuur nagegaan of de bepalende kenmerken en verschijnselen overeenkwamen met de klachten die moeders noemden (35).

Alle diagnoses voldeden aan deze verificatie. Bij de derde analyse zijn de kenmerken van de traumatische situaties, die volgens moeders de oorzaak zijn van hun klachten, geïdentificeerd vanuit de letterlijk gesproken woorden. Als laatste zijn de reacties van moeders op het herstelgesprek geanalyseerd. Hiervoor is in elk herstelgesprek de prognose vastgelegd aan de hand van wat moeders hopen dat verandert, zodat de effecten van het herstelgesprek geëvalueerd konden worden. Bij alle evaluaties zijn de gesproken woorden van de moeders vastgelegd en vergeleken met de prognose uit het herstelgesprek. Tot slot zijn de ervaringen met het herstelgesprek in het evaluatiegesprek besproken, letterlijk vastgelegd en met elkaar vergeleken.

## Resultaten

Vijfendertig moeders voldeden aan de inclusie criteria en hebben deelgenomen aan een of meer herstelgesprekken. In totaal zijn tweeënzestig herstelgesprekken van anderhalf uur gehouden, waarvan de helft bij moeders thuis. Na elk herstelgesprek is steeds geëvalueerd, behalve bij drie moeders. Zij zijn gestopt als deelnemer, waarvan de effecten onbekend zijn.

## Demografische gegevens

De meeste moeders die deelnamen zijn rond de dertig jaar, de anderen zijn ouder. Negentien deelnemers maakten gebruik van reguliere en/of alternatieve zorg vlak voor of tijdens het herstelgesprek, waarvan elf moeders niet tevreden waren over de resultaten. Zestien moeders zochten hulp na de geboorte van hun eerste kind. Twee moeders zijn tijdens de herstelgesprekken zwanger van hun tweede kind, een moeder is dan zwanger van haar derde kind. Twee moeders hebben een tweeling gekregen, een moeder heeft een miskraam gehad. Acht procent van de bevallingen vond thuis plaats. In het ziekenhuis zijn de meeste moeders gestart met een vaginale bevalling, allen met medische procedures, medicatie, pijnstilling, kunstverlossing en/of complicaties na de bevalling. Een kwart beviel uiteindelijk met een keizersnede. Eén moeder heeft een spoed keizersnede gehad, voordat haar bevalling begon. In tabel 2 zijn de demografische gegevens weergegeven.

Moeders	N = 35	Percentage in %
Leeftijd		
30 (26-35)	22	63
40 (36-45)	11	31
50 (46-55)	2	6
Actieve hulpverlening	Totaal 19	54
Regulier	15	80
Alternatief	2	10
Beide	2	10
EMDR	6	31
Ontevreden over resultaten (waarvan 4 over de EMDR)	11	60
Aantal bevallingen	Totaal 53	
Gravida/para		
1/1	16	45
1/2 Gemelli	1	3
2/2	12	34
2/3 Gemelli	1	3
3/2 Miskraam	1	3
3/3	1	3
2/1 2 <sup>e</sup> op komst	2	6
3/2 3 <sup>e</sup> op komst	1	3



Thuisbevalling	4	8
Ziekenhuisbevalling	49	92
Vaginaal	39	75
Keizersnede	13	25
A terme	47	89
Prematuur	5	9
Miskraam	1	2

Tabel 2: Demografische gegevens

## Wat verstaan moeders onder een geboortetrauma?

Volgens de moeders zijn traumatische ervaringen gedurende zwangerschap, bevalling en kraamtijd allemaal van grote invloed op hun leven. De situatie wordt als traumatisch ervaren, wanneer de moeder er nog steeds met negatieve gevoelens op terugkijkt. De meest genoemde reacties die moeders direct ervaren tijdens de traumatische situatie zijn: het geen gehoor kunnen geven aan signalen van haar lichaam en intuïtie; aan haar lot overgelaten zijn; gedwongen worden iets (niet) te doen; het gevoel niet serieus genomen te worden; gevoelens van verdriet, eenzaamheid, (doods)angst, paniek, schuld, onzekerheid, schaamte en vrees voor wat komen gaat. Meerdere moeders zijn een stuk kwijt en weten vanaf het traumatische moment een periode niets meer te herinneren. Moeders beschrijven hun traumatische ervaringen als volgt:

*“Ik werd open gekrikt”, “Ik voel mij besmeurd”, “Ze hebben over mij heen gewalst”, “Het was als de hel”, “Ik dacht dat ik dood ging”, “Ik voelde me een koe tijdens de bevalling, dat met die ketting”, “Ik voelde mij verkracht”, “Alles werd wazig/vaag”, “Ik ben de film kwijt”, “Alles werd zwart”, “Ik voelde me verontwaardigd”, “Ik voelde me ellendig, uitgeput”.*

Moeders zeggen dat een geboortetrauma gepaard gaat met negatieve gevoelens wanneer ze terugdenken aan de traumatische situatie, waarbij ze niet op hun instincten af konden gaan en wat gezondheidsproblemen geeft in het dagelijks leven. Reacties van moeders op lange termijn is een lang en moeizaam herstel, gevoel van overleven, zich niet zichzelf voelen en negatieve gevoelens hebben voor hun kind. Dit gaat gepaard met allerlei dagelijkse klachten en ongemakken.

## Welke gezondheidsproblemen ervaren moeders?

De aanleiding dat moeders hulp zoeken raakt vier probleemgebieden: een verstoorde hechting, een verminderde zelfwaardering, langzaam herstel en fysieke klachten. Moeders zeggen in het eerste, meestal telefonische contact, waarbij sommige moeders zeer emotioneel hun verhaal doen:

*“Het loopt niet lekker tussen mij en mijn oudste”, “Ik heb een schuldgevoel naar mijn zoontje”, “Ik heb een stukje ingeleverd van mijzelf wat niet nodig was”, “Ik zit gevangen in mijn lijf”, “Ik voel mezelf verloren en schaam mij voor mijn emoties”, “Ben aan het overleven sinds de bevalling”, “Heb na zeven maanden nog veel last van de nare ervaringen”, “Na lange periode bij de psycholoog ben ik nog niet hersteld”, “Ervaar veel beperkingen door de pijn”, “Kan niet meer doen wat ik vroeger deed”, “Mijn bevalling is al twee jaar geleden, maar heeft nog steeds impact op mijn gezondheid”*

Klachten die moeders in het dagelijks leven ervaren spelen op psychisch, lichamelijk en/of sociaal vlak. Uit alle herstelgesprekken zijn eenentwintig verpleegkundige diagnoses geïdentificeerd bij acht van de elf gezondheidspatronen van Gordon (36). Angst, beslisconflict, machteloosheid, verstoorde hechting, posttraumatische reactie, vermoeidheid en verminderde zelfwaardering kwamen bij tien of meer moeders naar voren. Van alle moeders die voor borstvoeding kozen, hebben tweeëntwintig van de

negenentwintig ineffectieve borstvoeding gemeld. Tien moeders vertellen een (postnatale) depressie te hebben gehad of daar bang voor te zijn. Voor drieëntwintig moeders hebben de klachten gevolgen voor hun werk, waarvan acht moeders een burn-out hebben gehad. In tabel 3 zijn de meest voorkomende diagnoses weergegeven met citaten waaruit blijkt hoe de diagnose tot uiting komt. Onderin tabel 3 zijn andere problemen weergegeven, die vier of meer moeders hebben genoemd.

<b>Gezondheid</b>	<b>Diagnoses</b>	<b>Moeders uiten zich hierover als volgt</b>
<b>Beleving</b>	Weefselletsel	"Gespannen gevoel bij mijn baarmoeder, er zit een knoop"
<b>Voeding</b>	Ineffectieve borstvoeding Weefselbeschadiging	"Ben nog steeds verdrietig dat het niet is gelukt" "Heb pijn aan de onderkant, hechtingen zijn nog te voelen"
<b>Activiteit</b>	Verminderde mobiliteit	"Moeite met dagelijkse activiteiten"
<b>Slaap - rust</b>	Verstoorde slaap	"Altijd moe door slecht slapen" "Slaap slecht, ben alert"
<b>Cognitie</b>	Beslisconflict Verstoorde denkprocessen Ongemak Acute pijn	"Voel me altijd onzeker of ik het goed doe" "Chaos in mijn hoofd" "Gebruik overal lijstjes voor" "Spanning in lichaam, bekkenklachten en pijn in kaak" "Veel pijn en angst voor de pijn"
<b>Zelfbeleving</b>	Angst Machteloosheid Vermoeidheid  Vrees  Verminderde zelfwaardering	"Angst dat ik niet weet wat ik moet doen blijft achtervolgen" "Regie uit handen, controle kwijt, net als toen" "Heel erg vermoeid, alsof ik niet geslapen heb" "Ik heb een energielek" "Voel me leeg, alle energie is weg" "Vrees dat ik gedwongen wordt niet te persen" "Angst voor de zorgverleners" "Voel mij een slechte moeder" "Ben angstig voor de reacties van anderen" "Bang dat hij niet veilig is bij mij" "Ik faal"
<b>Relaties</b>	Eenzaamheid Verstoord gezinsfunctioneren Risico op verstoord hechting  Ouderrolconflict	"Gevoel van buitenbeentje zijn" "Voel me alleen, ellendig" "Ervaar spanningen in mijn relatie en gezin" "Heb negatieve gevoelens over mijn kind, wou dat ze er niet was geweest" "Ik lijk helemaal niet blij" "Ik stoot hem af" "Mijn relatie staat op de overlevingsstand"
<b>Stress</b>	Gebrekkige coping binnen het gezin Energiever storing  Posttraumatische reactie	"Ik heb geen tijd voor mezelf" "Voel continue druk in het gezin" "Elk half uur kwam een potje paniek binnen" "Lag vast in bed" "Ik heb woede- en paniekaanvallen, levensbedreigende paniek" "Ik voel continu stress, in mijn hele lichaam"
<b>Andere problemen</b>	Twijfel / angst volgende zwangerschap Irritatie / boos / woede Flitsen / flashbacks / black-out / actief traumanetwerk Hoofdpijn Kan niet werken Snel emotioneel / verdrietig Lichamelijke onrust Overprikkeld (Postnatale) depressie	"Had nog een derde kind gewild als het niet zo zwaar was" "Onzekerheid over een volgende zwangerschap voelt zwaar" "Er is veel woede, mag er niet uit van mezelf" "Zie flitsen, vooral als ik naar mijn zoontje kijk" "Ik heb weinig herinneringen" "Word verdrietig als ik foto's zie" "Heb veel hoofdpijn, bijna nooit een goede dag" "Ben ziek thuis, omdat ik het allemaal niet trek" "Moet veel huilen als ik terugdenk aan de bevalling" "Voel continue stress in mijn lichaam, fysiek, adrenaline" "Ik vermijd drukke situaties" "Ik heb een fikse postnatale depressie gehad"

Tabel 3: Meest voorkomende diagnoses (Carpenito-Moyet, 2017)

## Welke situaties ervaren moeders als traumatisch?

Uit dit onderzoek blijkt dat alle moeders hun klachten relateren aan de zorg die ze kregen bij de geboorte van hun kind. Bij negentien van de eenentwintig geïdentificeerde diagnoses wordt in het Zakboek Verpleegkundige Diagnosen verwezen naar een ziekenhuisopname als beïnvloedende factor. De negatieve beïnvloedende factoren van de geïdentificeerde diagnoses zijn invasieve procedures, gebrek aan of verwarrende informatie, onvoldoende steun, scheiding van het kind, onderdrukte vrees of hevige angst, langdurige opname en/of herstel, positionering en immobiliteit, ervaringen rondom een operatie, emotionele overbelasting, effecten van beperkingen die door het ziekenhuis worden opgelegd, pijn, diagnostisch onderzoek, weefseltrauma, lichamelijke bedreigingen, extreme emotionele eisen en stress, verlies van controle over eigen situatie, onvoorspelbare uitkomst over ziekenhuisopname en behandeling, operatie, achteruitgang van een of meer lichaamsfuncties, gebrek aan positieve reacties en gevoel van in de steek gelaten zijn, hopeloosheid en/of mislukking als gevolg van de opname (36). Over de traumatische situaties vertellen moeders dat er verstoringen vanuit de omgeving een negatieve rol spelen, waar altijd (in)direct zorgverleners bij betrokken zijn. Ze noemen als voorbeeld dat er geen plaats in het ziekenhuis is of een kamer verbouwd wordt, dat de verloskundige haar spullen niet bij zich heeft en vergeten wordt pijnstilling te geven of te helpen met kolven. Ook het voldoen aan de eisen van zorgverleners bij bijvoorbeeld het geven van borstvoeding geeft stress. Andere traumatische situaties worden ervaren door wat zorgverleners zeggen, zoals:

*“Het gaat niet goed zo, zei de verloskundige, terwijl het voor mij juist zo goed voelde”, “Wij zeggen wat je moet doen”, “Je blijft op je rug liggen”, “Schrijf maar een klacht, als je ontevreden bent”, “Zo snel kan het niet gaan”, “Bevallen doet nou eenmaal pijn”, “Ik kreeg continu negatieve informatie over mijn baby dat er mogelijk iets mis was”*

In veel situaties voelen moeders zich gedwongen. Dat gebeurt bij medische ingrepen, onderzoeken zoals een vaginaal toucher en echo's, het krijgen van pijnstilling, medicatie en een operatie, moeten persen of niet mogen persen, gescheiden worden van hun baby of het vastliggen in bed:

*“Ben kwaad om het inknippen, de verdoving en de katheter”, “Ik had een rotbevalling”, “Ze hadden alleen aandacht voor de baby en niet voor mij”, “Ik houd de hardnekkige gedachte dat ik gedwongen word niet te persen”, “Voel me nog steeds schuldig over de scheiding van mijn kindjes vlak na de geboorte”, “Heb tegen mijn zin van alles gedaan”*

Moeders hebben inadequate zorg ervaren, onrust door veel wisselingen van personeel of kregen geen hulp:

*“Had niet het gevoel dat ik gered werd”, “Ik kreeg steeds tegenstrijdige adviezen”, “Het was veel te druk op de kamer”, “Waar was iedereen eigenlijk, de mensen die mij moesten helpen”*

Moeders vonden zichzelf niet adequaat:

*“Had dit nooit moeten doen”, “Heb niet geprotesteerd tegen het voorstel”, “Bij persweeën heb ik niet adequaat gereageerd, ik heb ze laten gaan en ben alleen gelaten”, “Ben gedissocieerd”, “Voel continue onzekerheid over mijn acties door de regels bij de borstvoeding”, “Ik heb geen kennis gemaakt en afscheid genomen”*

## Wat zijn de effecten van het herstelgesprek?

Moeders hopen op de volgende effecten van het herstelgesprek: een betere band met mijn kind, fijn voelen bij mijn kind, mijn kind laten opgroeien zonder angst, een ander gevoel over de bevalling, rust in het gezin, zelf kunnen opladen, meer energie, meer relaxed en ontspannen, meer rust in mijzelf,

rust in mijn hoofd, vertrouwen terug in mijn lichaam, beter met pijn en ongemak omgaan, ik wil weer mijzelf zijn, ik wil een leuke moeder zijn, ik wil niet steeds huilen, ik wil mijn eigen gevoel serieus nemen, geen controle over alles, assertiever zijn, meer zelfvertrouwen hebben.

Met tweeëndertig moeders zijn een of meer evaluatiegesprekken gehouden. Eenendertig moeders zeggen te profiteren van de herstelgesprekken. Twintig moeders zijn na één gesprek volledig tevreden en voelen zich hersteld, omdat is verandert waar ze op hoopten. Zeven moeders voelen zich hersteld na twee tot vier gesprekken. Een moeder voelt zich na vier gesprekken beter en is gestopt. Drie moeders willen graag nog een of meer herstelgesprekken. Voor eenderde van de moeders die werk gerelateerde problemen hadden, zijn deze opgelost. De meeste moeders voelden vermoeidheid aan het einde van een gesprek, wat soms nog een dag aanhield.

### Wat zijn de ervaringen met het herstelgesprek?

Alle moeders met een geboortetrauma zijn positief over het herstelgesprek en de wijze van benadering. Ze ervaren de behandeling als zacht en vriendelijk. Volgens moeders levert het verrassende oplossingen, ze creëren zo zelf een ander gevoel over de situatie. Allen weten uit het onderbewuste wat ze moeten doen, voelen controle en meer autonomie. Vijf moeders geven tijdens de herstelgesprekken aan last te hebben van het besef dat het niet zo was. Deze moeders konden met begeleiding in de verbeelding de situatie alsnog naar wens invullen. Alle moeders zijn tevreden over de werkwijze van de onderzoekers en de begeleiding voor, tijdens en na de gesprekken. Het niet hoeven herbeleven van de negatieve ervaringen vinden moeders prettig. Een moeder zegt: *“Wat fijn, er is nog niemand geweest die heeft gevraagd hoe ik het graag zou willen”*.

### Discussie

Dit onderzoek is ontstaan vanuit een continue interactie tussen de theorie en de praktijk. Gezocht is naar een vriendelijke benadering, juist omdat moeders de bejegening van zorgverleners als negatief ervaren. In deze paragraaf zullen een aantal discussiepunten worden besproken ten aanzien van de methodologie, inhoud en implicaties voor de praktijk.

De keuze voor een etnografische benadering om een rijk begrip te krijgen over het fenomeen geboortetrauma heeft veel inzicht gegeven vanuit het perspectief van de moeders die deelnamen aan dit onderzoek. Methodologisch is het niet logisch de effecten van de herstelgesprekken mee te nemen in dit onderzoeksverslag. Toch is hiervoor gekozen, omdat de moeders dit zelf bespraken en het aansloot bij de oplossingsgerichte benadering. Wenselijk is om in een gecontroleerde studie met een representatieve steekproef de effecten van het herstelgesprek alsnog te onderzoeken (37). De diagnose werkte als verbindende schakel tussen het verhaal over het ontstaan van de pathologie enerzijds en de uitspraken over wat moeder wenst dat verandert anderzijds. Het blijkt van belang dat beide vragen over de samenhang tussen etiognose en diagnose én diagnose en prognose tegelijkertijd worden beantwoord (30). De oplossingsgerichte benadering en de fases van het herstelgesprek lijken betrouwbaar in gebruik, gelet op de positieve ervaringen. Moeders profiteren direct van meer controle en autonomie, dat wat ze juist missen in de communicatie met zorgverleners (8). De oplossingsgerichte benadering en het herstelgesprek zijn na een scholing toe te passen door verpleegkundigen die moeders bijstaan na de geboorte van hun kind.

### Conclusie

Onderzocht is wat een geboortetrauma betekent in het dagelijks leven van moeders. Moeders spreken van een geboortetrauma wanneer zij met negatieve gevoelens terugkijken op de traumatische situatie voor, tijdens of na de geboorte van hun kind, waarbij ze niet op hun instincten af konden gaan en daardoor klachten hebben die hun dagelijks leven belemmeren. Gezondheidsproblemen spelen op

psychisch, lichamelijk en/of sociaal gebied. De oplossingsgerichte benadering in het herstelgesprek geeft moeder de mogelijkheid klachten en oorzaken aan elkaar te relateren. Haar verklaring geeft uitzicht op de oplossing en wordt gebruikt om te herstellen. Dankzij de benadering in het herstelgesprek krijgt de moeder controle over wat zij bespreekt en in welk perspectief zij het plaatst. Na het benoemen van de gewenste effecten van de behandeling, gevolgd door verbeelding en ervaring over hoe ze het graag anders had gewild, blijkt het herstelgesprek een vriendelijke en effectieve benadering voor herstel.

### **Aanbevelingen en vervolgonderzoek**

Met de inzichten van dit onderzoek is het mogelijk een geboortetrauma te bespreken en te identificeren. Aan te bevelen is moeders laagdrempelig toegang te geven tot deze vorm van herstelgesprekken. Van belang is dat betrokken professionals zoals GGZ, obstetrie, kinder- en jeugdverpleegkundigen de oplossingsgerichte benadering aanleren. Naar aanleiding van deze studie kan de relatie tussen verminderde zelfwaardering van moeders en de gevolgen op intieme en professionele contacten verder onderzocht worden. Ook de gevolgen op lange termijn voor moeder en kind vraagt om meer aandacht. Verder kunnen in een gecontroleerde studie de effecten en de kosten van herstelgesprekken onderzocht en vergeleken worden met andere interventies. Dit onderzoek biedt aanknopingspunten voor betere verpleegkundige zorg voor (aanstaande) moeders, preventieprogramma's voor ouders en Public Health Promotion.

### **Summary**

#### **Consequences of birth traumas and possibilities for recovery**

#### **A descriptive qualitative research from the perspective of mothers**

**AIM:** Analysis of health problems that mothers with birth traumas appoint in the recovery interview, with a description of their experiences.

**METHOD:** Qualitative descriptive research with recovery interviews according to the solution-oriented approach to mothers with birth traumas. Health problems were described according to the Gordon patterns, compared with the nurse taxonomy II from NANDA International and verified with the PES structure. Traumatic situations have been identified. In the recovery interview, mothers told what they hope that will change so the effects could be evaluated.

**FINDINGS:** With thirty-five mothers, a total of sixty-two recovery interviews were held and evaluated. Twenty-one nurse diagnoses have been identified. Complaints play on a psychological, physical and social level, reflected in eight of Gordon's eleven health patterns.

**CONCLUSION:** Mothers define birth traumas in negative feelings about the traumatic situation around the birth of their child, where they cannot rely on their instincts and therefore have daily dysfunctions. The recovery interview is a friendly and effective approach to recover after birth traumas. With the insights from this research it is possible to identify a birth trauma. It is recommended to give mothers access to this form of recovery.

#### **Key words:**

Mothers, birth trauma, recovery interview, daily functioning



## Literatuur

1. Elvander C, Cnattinguis S, Kjerulff, KH. Birth experience in women with low, intermediate of high levels of fear. Findings from the first baby study. Birth 2012.
2. Guittier MJ, Cedraschi C, Jamei N, et al. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. Pregnancy & Childbirth 2014.
3. Larsson K, Saltvedt S, Edman G, et al. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. Sexual & Reproductive Healthcare 2011.
4. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, et al. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. Women and Birth 2012.
5. Van Pampus M. Born To Be. URL: <http://geboortenis.nl/born-to-be/> Geraadpleegd op 26 februari 2018. Stichting De Geboortenis, 23 juni 2017.
6. Encyclo. URL: <http://www.encyclo.nl/begrip/geboortetrauma> Geraadpleegd op 21 december 2017.
7. Ondeck M. Healthy Birth Practise 2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. The Journal of Perinatal Education 2007.
8. Stamrood C, Hollander M. TEACH Study. Midwifery 2017.
9. Van Herten M. Drie kwart van bevallingen in ziekenhuis. URL: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3383-wm.htm> Geraadpleegd op 6 november 2013. CBS 2011.
10. Bos K, Koelewijn J. URL: <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/02/25/meer-complicaties-bevallingen-door-leefstijl-6950179-a1547661>. NRC 2017.
11. Hendrix M. Wat bevalt beter: thuis of poliklinisch? Verpleegkunde 2011.
12. Visser R, Berkelmans PGJ, Bouma J, et al. De Verloskundige Stadspraktijk vanuit cliëntperspectief. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken 2006.
13. Helman CG. Culture, Health and Illness. London: Hodder Arnold; 2007.
14. Stamrood C. Angst voor de bevalling. URL: <https://www.kennispoort-verloskunde.nl/wp-content/uploads/Kennispoort2012/Parallelsessie%201/Presentatie%20Claire%20Stamrood.pdf> Geraadpleegd op 26 februari 2018. Kennispoort Verloskunde 2012.
15. Paans W. Verpleegkundige Diagnostiek. Verpleegkunde 2015.
16. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. General Obstetrics 2009.
17. Hicks D. Dignity: it's essential role in resolving conflict. Yale: Yale University Press; 2011.



18. Birth Stories: Speaking Up About Obstetric Violence. URL: <http://www.humanizebirth.org/blog/category/birth-stories/> Geraadpleegd op 20 februari 2018. Humanize Birth 2017.
19. Odent M, Kitzinger S. Birth Reborn: Introduction. New York: Pantheon Books; 2005.
20. Odent M. Born To Be. URL: <http://geboortenis.nl/born-to-be/> Geraadpleegd op 26 februari 2018. Stichting De Geboortenis, 24 juni 2017.
21. Hrdy S. Mother Nature. Utrecht: Het Spectrum; 2000.
22. Korteweg N. URL: <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/12/20/zwangerschap-verandert-de-moederhersenen-5863446-a1537397> Geraadpleegd op 19 december 2017. NRC 2016.
23. Swaab D. Wij zijn ons brein. Amsterdam: Uitgeverij Atlas Contact; 2012.
24. Odent M. Birth Reborn. New York: Pantheon Books; 1984.
25. V&VN/afdelingen. URL: <https://www.venvn.nl/afdelingen> Geraadpleegd op 7 december 2017. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland 2017.
26. Brunklaus O. Interactieve vaardigheden in de zorg: Communicatie in het perspectief van herstel. Amsterdam: Pearson Education Benelux; 2011.
27. Polit DF, Beck C. Nursing Research. Philadelphia: Wolters Kluwer Business; 2008.
28. O'Reilly K. Ethnographic Methods. New York: Routledge; 2012.
29. Hollins Martin CJ. The Birth Satisfaction Scale (BSS). Midwifery Matters 2014.
30. Williams G, Logt GJ. *Psychotherapie*. PsyXpert 2015.
31. Swaab D. Ons creatieve brein. Amsterdam: Uitgeverij Atlas Contact; 2016.
32. Van Linge R. Innoveren in de gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006.
33. Holloway I, Wheeler S. Qualitative Research in Nursing. Oxford: Blackwell Publishing; 2002.
34. Kuipers B. URL: <http://degeboorteespecialist.nl/kenniscentrum-voor-zorgverleners/> Geraadpleegd op 7 januari 2018. De Geboorteespecialist 2018.
35. Nieweg RMB, Paans W. Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces. Amsterdam: Pearson Benelux; 2014.
36. Carpenito-Moyet LJ. Zakboek Verpleegkundige Diagnosen. Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2017.
37. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods. London: Sage Publications; 2002.