



**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Gezondheidszorg**

Academiejaar 2016-2017

Staat Fear of Childbirth de fysiologie in de weg?

De fysiologische partus in beeld

Bachelorproef aangeboden door
Eline Van Kerckhove
Hannah Van Geyte
tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

Interne begeleider: **Kathleen Temmerman**



**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Gezondheidszorg**

Academiejaar 2016-2017

Staat Fear of Childbirth de fysiologie in de weg?

De fysiologische partus in beeld

Bachelorproef aangeboden door
Eline Van Kerckhove
Hannah Van Geyte
tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

Interne begeleider: **Kathleen Temmerman**



WOORD VOORAF

Bij de vraag of we een instructiefilm konden maken omtrent de fysiologische bevalling als praktijkdeel bij onze bachelorproef, dienden we niet lang na te denken. Vol enthousiasme luisterden we naar de uitleg. Een instructiefilm samenstellen ligt even buiten onze comfortzone maar we wilden graag deze uitdaging aangaan. Het was een hele ervaring, het resultaat mag er zijn. We werden dan ook prima ondersteund.

'Fear of Childbirth' bespreken we in onze literatuurstudie. De invloed van de medialisering op de bevalling uit zich niet enkel in positieve signalen. We schrokken van de complexiteit van dit fenomeen. De holistische visie van de zorg komt hier duidelijk aan bod. Gezien de stijgende incidentie van sectio's en de belangrijke rol die Fear of Childbirth daarin speelt, vinden we het noodzakelijk dat vroedvrouwen zeer vertrouwd zijn met deze materie.

Bij de realisatie van onze bachelorproef kregen wij hulp van verschillende personen. Graag willen wij mevrouw Temmerman, onze interne promotor, bedanken voor de begeleiding en de hulp bij het verfijnen van onze bachelorproef. Ook meneer Vereecke was onmisbaar bij het filmen en bij de uitwerking van onze instructiefilm. Hij was er steeds wanneer een bevalling diende gefilmd te worden. Via zijn kennis en begeleiding zijn wij in staat geweest de instructiefilm te maken.

We zouden dit niet gekund hebben zonder de medewerking van de zwangere vrouwen wiens bevalling gefilmd mocht worden. Van harte bedankt daarvoor. We willen ook graag het voltallige personeel van de materniteit en het verloskwartier van het AZ Sint-Blasius vermelden. Ook het diensthoofd zijn wij dankbaar voor het warme onthaal op het verloskwartier en de hulp die zij ons bood.



VERANTWOORDELIJKEN VAN DE BACHELORPROEF

Ondergetekenden, Eline Van Kerckhove en Hannah Van Geyte, dragen de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staan toe dat hun werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteurs van de bachelorproef worden vermeld.



ABSTRACT

Opleiding:	Vroedkunde	
	Voornaam	Naam
Student:	Eline Hannah	Van Kerckhove Van Geyte
Externe promotor of externe begeleider:	/	/
Interne Promotor: Bachelorproef- begeleider	Kathleen	Temmerman
Titel bachelorproef	Staat Fear of Childbirth de fysiologie in de weg? De fysiologische partus in beeld	
Abstract publiceren ☒ Ja ☐ Neen		

Kern- / trefwoorden bachelorproef:

Instructiefilm fysiologische partus

Fear of Childbirth

Oorzaken

Gevolgen

Behandeling



Korte samenvatting bachelorproef:

Deze bachelorproef omvat twee delen namelijk de normale fysiologische bevalling in beeld gebracht en een literatuurstudie omtrent Fear of Childbirth.

Via een instructiefilm tonen we vanaf de voorbereiding tot het einde van de bevalling duidelijk gefaseerd welke handelingen dienen te worden gesteld. Er wordt uitgegaan van een ziekenhuissetting. Via tussenteksten op het scherm en ook begeleidende gesproken teksten wordt de kijker opgeleid in de normale fysiologie van de bevalling.

Voor een realistische weergave wordt in de film naast de demonstraties op een fantoom ook een echte bevalling getoond. Deze verfilming zal worden ingezet binnen de opleiding vroedkunde en kan eventueel een uitbreiding kennen naar spoedartsen, verpleegkundigen en arts-assistenten gynaecologie/verloskunde.

Fear of Childbirth staat vaak een normale fysiologische bevalling in de weg. De angst voor een vaginale partus werd doormiddel van literatuurstudie verduidelijkt. Via de zoektermen 'Fear of Childbirth', 'labour', 'causes', 'delivery', 'dimensions',... en een combinatie van deze werd via PubMed, Web of Science en Google Scholar gezocht naar recente wetenschappelijke literatuur. Uit 42 wetenschappelijke artikelen kwam deze kleine studie tot stand.

Er wordt ingegaan op het ontstaan van deze angsten en hoe we deze kunnen opsporen. Verder wordt een overzicht gegeven van de mogelijke gevolgen en de verschillende huidige therapieën. Als laatste wordt de rol van de vroedvrouw bij deze verduidelijkt.



Referentielijst:

- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 191. doi:10.1186/1471-2393-14-191
- Raisanen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2014). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *Bjog*, 121(8), 965-970. doi:10.1111/1471-0528.12599
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A. S., Wangel, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., . . . Bidens, G. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*, 42(1), 48-55. doi:10.1111/birt.12147
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P., & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30(2), 220-226. doi:10.1016/j.midw.2013.07.017
- Sydsjo, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjorn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 115. doi:10.1186/s12884-015-0548-6

E-mailadres:

Eline.van.kerckhove@hotmail.com

Hannah.vangeyte@hotmail.be

Aantal woorden bachelorproef: 13 804 (exclusief bijlagen en bibliografie)



INHOUDSOPGAVE

1	Woord vooraf.....	p.4
2	Verantwoordelijken van de bachelorproef.....	p.5
3	Abstract.....	p.6
4	Inhoudsopgave	p.9
5	Inleiding.....	p.12
6	Methodologie	p.13
7	Fear of Childbirth - Definitie	p.14
8	Oorzaken	p.16
8.1	Persoonlijke factoren.....	p.16
8.2	Gecompliceerde zwangerschap	p.18
8.3	Negatieve antecedenten	p.18
8.4	Socio-maatschappelijke factoren	p.19
8.5	Media.....	p.20
9	Diagnose.....	p.22
9.1	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire	p.22
9.2	Fear of Birth Scale.....	p.23
10	Gevolgen	p.24
10.1	Sectio en analgesie	p.24
10.2	Verlengde arbeidsduur	p.25
10.3	Negatieve ervaring	p.25
10.4	Psychologische postpartumstoornissen	p.26
10.4.1	Postpartum depressie.....	p.27
10.4.2	Posttraumatische stressstoornis.....	p.28



11	Behandeling	p.29
11.1	Prenatale voorlichting - individueel	p.30
11.2	Groepstherapie	p.31
11.3	Cognitieve gedragstherapie	p.32
11.4	Haptotherapie	p.32
11.5	Mindfulness	p.33
11.6	Psycho-educatie via BELIEF.....	p.34
11.7	Ondersteuning parturiënte	p.35
12	Discussie	p.37
13	Rol van de vroedvrouw	p.39
13.1	Als bewaker van de fysiologische zwangerschap, de arbeid en het postpartump.	39
13.2	Als evaluator van risicosituaties	p.39
13.3	Als samenwerker bij risicosituaties	p.40
13.4	Als bewaker van de psychosociale situatie.....	p.40
13.5	Als gezondheidspromotor	p.41
13.6	Als teamplayer, communicator en coordinator	p.41
13.7	Als kwaliteitspromotor	p.41
13.8	Als evidence-based zorgverlener	p.42
13.9	Als professionele zorgverlener.....	p.42
14	Conclusie	p.43
15	Praktijkdeel.....	p.46
15.1	Checklists	p.46
15.1.1	Ontsmetten van de handen na het wassen	p.46
15.1.2	Openleggen van de steriele set.....	p.47
15.1.3	Steriel aankleden.....	p.49
15.1.4	Vaginale bevalling	p.50
15.2	Scenario.....	p.52



15.2.1	Scenario 'De fysiologische bevalling'	p.52
15.2.2	Scenario 'Bevalling op het fantoom'	p.57
15.2.3	Scenario 'Openen steriele set'	p.59
15.2.4	Scenario 'Aantrekken van steriel materiaal'	p.60
15.3	Shotlist	p.62
15.4	Begeleidende tekst bij het filmpje	p.67
15.5	Instructiefilm werkwijze	p.74
16	Bibliografie	p.75
17	Bijlagen	p.81
17.1	WDEQ-A	p.81
17.2	Documenten ethische commissie	p.86
17.2.1	Aanmeldingsformulier klinische studie	p.86
17.2.2	Aanvullend aanmeldingsformulier klinische studie	p.94
17.2.3	Begeleidend schrijven van de hoofonderzoeker	p.96
17.2.4	Studieprotocol film normale vaginale bevalling	p.97
17.2.5	Toestemmingsformulier	p.99
17.2.6	Informatiebrief deelnemers	p.100
17.2.7	Advies ethische commissie	p.104



INLEIDING

Tijdens onze opleiding vroedkunde hebben wij ons vooral verdiept in de fysiologische bevalling. Vanaf de kindervens tot één jaar na de geboorte van de baby hebben we geleerd de ouders op te vangen, bij te staan en te begeleiden. Tijdens deze sleutelmomenten hebben zij immers nood aan een vakkundige en gepersonaliseerde aanpak en aan informatie, die hen aangereikt wordt via vele kanalen.

We kunnen echter het toenemend aantal sectio's niet buiten beschouwing laten. We zien vaak een overaanbod in gebruik van obstetrische technologieën. Een belangrijke oorzaak van deze negatieve trend is angst: angst voor het onbekende, angst voor een vaginale bevalling, angst na een vorige ervaring.

Een zekere angst voor de geboorte wordt als normaal aanschouwd. Deze angst kan echter ook in danige mate aanwezig zijn dat men van Fear of Childbirth (FOC) spreekt.

De vroedvrouw kan, naast andere hulpverleners, een belangrijke schakel vormen in de preventie, screening en opvolging van FOC. Hij/zij heeft naast een grote kennis rond fysiologie ook een ruim aantal mogelijkheden die aangewend kunnen worden om deze angst te reduceren en zo de fysiologische/vaginale bevalling ook bij deze vrouwen weer naar de eerste plaats te brengen.

Tijdens ons literatuuronderzoek ontdekten we dat onze kennis over tokofobie (fobie voor bevallingen) echter zeer beperkt is. Met deze samenvattende literatuurstudie willen wij daarom graag de aandacht hierop vestigen. Doorheen de jaren zijn er verschillende studies gebeurd naar FOC. Want niet alleen wij, maar ook de wetenschap zag een stijgende tendens in het aantal sectio's en wil dit verklaren. Deze studies handelen over de verschillende aspecten. Wij kozen ervoor ons te verdiepen in de oorzaken, opsporing, gevolgen en behandelingen van dit fenomeen dat zowel in het pre-, peri- als in het postpartum belangrijke gevolgen kan hebben.



METHODOLOGIE

Via een systematische literatuurstudie werd getracht de nodige kennis en informatie te vergaren om dit onderwerp 'Fear of Childbirth' te verduidelijken.

Deze studie kunnen we verdelen in twee fases.

1. Voorbereiding

Door gebruik te maken van volgende zoektermen 'Fear of Childbirth', 'labour', 'causes', 'delivery', 'dimensions',... en een combinatie van deze werd via PubMed, Web of Science en Google Scholar gezocht naar recente wetenschappelijke literatuur.

2. Datacollectie en data-extractie

Voor de datacollectie werden de zoektermen ingegeven in de verschillende databanken. De zoekopdrachten leverden in het totaal 6.299 artikels op. Na het toepassen van de exclusiecriteria 'publicatie $\leq$ 5 jaar oud', bleven nog 2.100 artikels over. Van deze werd de abstract doorgelezen en bleken nog 134 artikels aan te leunen bij het gekozen onderwerp. Een verdere selectie werd doorgevoerd. Het al dan niet verkrijgen van de full tekst en een verdere doorlichting van de desbetreffende artikels maakten dat 42 artikels overbleven en uiteindelijk gebruikt konden worden voor deze studie. Dit was de data-extractie.

We legden de focus op het geven van een algemeen beeld rond Fear of Childbirth en zijn oorzaken, opsporing, gevolgen en mogelijke behandelingen.



FEAR OF CHILDBIRTH - DEFINITIE

De geboorte van een kind is een belangrijke gebeurtenis in het leven van de vrouw (de focus op het koppel als ouders komt later kort aan bod). Deze wordt getypeerd als zijnde multidimensionaal, een complex en uniek proces, sterk beïnvloed door de omgeving en de maatschappij (Nilsson, 2014).

Een zekere angst voor de geboorte wordt als normaal aanschouwd. Deze angst kan echter ook in danige mate aanwezig zijn dat men van Fear of Childbirth (FOC) spreekt (Roosevelt & Low, 2016). FOC is een specifieke angst voor de verwachte geboorte, voorkomend in gradaties van onbelangrijk tot sterk beïnvloedend. Dit omdat de betrokkene de arbeid en de geboorte als iets oncontroleerbaar, onbekend en beangstigend aanschouwt (Garthus-Niegel et al., 2014). Het beleven van deze intense angst voor arbeid en geboorte kan zich uiten in het vermijden van zwangerschap, het ontwijken van een vaginale geboorte of de onmacht om de dagelijkse routine te doorbreken. Deze angst kan zich zowel direct als indirect uiten. De maternele vraag naar een primaire sectio is een voorbeeld van een directe uiting. Een indirecte uiting vindt plaats via complexe psychologische mechanismen en kan op diverse vlakken waargenomen worden.

FOC kan meestal toegeschreven worden aan één of meerdere van volgende gevoelens (Ryding et al., 2015):

1. Gebrek aan zelf-effectiviteit
2. Eenzaamheid
3. Negatieve analyse van het gebeuren
4. Gebrek aan positieve verwachtingen
5. Angsten voor wat gaat komen, het ongekende
6. Angsten rond de gezondheid van het kind

We spreken van een primaire FOC bij vrouwen die voor de eerste maal zwanger zijn, terwijl een secundaire FOC bij multipara's optreedt (Sydsjo et al., 2014).



Het is een sociocultureel fenomeen dat bediscussieerd wordt in de context van de medicalisering van de bevalling. Deze angst heeft implicaties voor de gezondheid van de zwangere omdat het een primaire psychologische factor is die bijdraagt aan de vraag naar interventies en onderbrekingen of wijzigingen in de fysiologie. Medisch management, overaanbod, gebruik van obstetrische technologie en zelfs de media geven een verlies van vertrouwen in de gewone fysiologische bevalling en creëren soms een angst. Terwijl obstetrische interventies, epidurale analgesie en een primaire sectio die angst net lijken te verminderen en de geboorte aanvaardbaar maken (Stoll et al., 2014).

Volgens de DSM-IV-criteria, in de meeste landen gebruikt als handleiding voor psychiatrische diagnostiek, is de omschrijving van FOC de volgende: een fobie gekenmerkt door fysische en emotionele tekenen, zoals ontwijkend gedrag, sterke angsten en paniek. De symptomen van de fobie kunnen gaan van milde gevoelens van angst tot paniek aanvallen (Sydsjo et al., 2014).

In deze literatuurstudie zullen wij eerst stilstaan bij de oorzaken van FOC, nadien wordt er meer uitleg gegeven over hoe deze diagnose gesteld wordt. Vervolgens lichten wij de gevolgen van deze angst en mogelijke behandelingen toe.



OORZAKEN

Persoonlijke factoren

Raisanen et al (2014) gingen in een cohortstudie na wat de risicofactoren zijn voor FOC. Zij vonden dat deze angst vaker voor komt bij vrouwen met een laag zelfbeeld en bij vrouwen die hun partner wantrouwen (Raisanen et al., 2014). Beide factoren zorgen ervoor dat de dame psychologisch nog meer kwetsbaar is dan de gemiddelde zwangere. Vrouwen die hun partner wantrouwen missen een belangrijke emotionele steun. De partner zal, in een normale situatie, voor de zwangere dame een houvast en toeverlaat zijn. Omwille van het gedaalde vertrouwen gaat men de capaciteiten van de partner bij de arbeid en de bevalling niet optimaal benutten. Uit de studie van Takegata et al (2014) blijkt dat indien een zwangere het gevoel heeft alleen te zijn en geen samenhang voelt met anderen, de kans op FOC stijgt. Deze gepercipieerde samenhang helpt namelijk stress te verwerken en af te zwakken (Takegata et al., 2014).

Anderzijds hebben vrouwen die zich in grote mate afhankelijk voelen van anderen, deels omdat zij zelf denken het (de zwangerschap, arbeid en bevalling) alleen niet te kunnen, een hoger risico op het ontwikkelen van FOC. Zij hebben het gevoel dat hun noden niet vervuld zijn, waardoor zij een blijvende nood hebben aan ondersteuning en deze vaak ook wanhopig zoeken (Pazzagli et al., 2015).

Het vertrouwen in zichzelf, in het eigen vermogen (zelf-effectiviteit) om behulpzaam te gedrag stellen tijdens de bevalling, kan geassocieerd worden met FOC. Wanneer deze zelf-effectiviteit laag is, zal de FOC hoog zijn (Salomonsson, Gullberg, Alehagen, & Wijma, 2013).

Een niet te verwaarlozen factor is de mate waarin een zwangere dame sensitief is voor angst. Dit is het gevoelig zijn voor de fysiologische symptomen die iemand ervaart wanneer deze angstig is (tachycardie, blozen, ademhalingsmoeilijkheden, ...) omdat de persoon



denkt zich in een situatie te bevinden waarbij deze fysiek, sociaal of psychologisch bedreigd wordt. De sensitiviteit en de angst voor pijn zijn zeer duidelijk geassocieerd met FOC (Jokic-Begic, Zigic, & Nakic Rados, 2014).

Uit de statistieken blijkt dat FOC vaker voorkomt bij oudere dames, niet zelden met een geschiedenis van fertiliteitsproblemen. Een hogere leeftijd brengt extra risico's met zich mee (bv. Downsyndroom) wat zorgt voor een toename aan prenatale testen en eventuele diagnostische onderzoeken. Bij reproductieve risico's is het kind zeer gewild, maar heeft men steeds de angst dat de zwangerschap spontaan zal afgebroken worden of dat de bevalling zich te vroeg zal aankondigen. Beiden resulteren in een toegenomen bezorgdheid en angst voor de gezondheid van het ongeboren kind (Ryding et al., 2015).

Als laatste factor is het psychologisch welzijn van de dame belangrijk. Depressie verhoogt namelijk de kans op FOC. Vrouwen die kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van een depressie, behoren vaak tot een groep van mensen die roken of die speciaal gestopt zijn met roken omwille van de zwangerschap. Bij rookstop krijgt de persoon te maken met ontwenningssverschijnselen en craving naar nicotine (Ryding et al., 2015). Men gaat deze drang niet inwilligen omwille van de risico's voor het ongeboren kind, deze zijn namelijk de voornaamste reden waarom een zwangere vrouw gestopt is met roken. Wanneer een zwangere dame echter tijdens de zwangerschap blijft roken, wordt zij regelmatig gewezen op de mogelijke gevaren. Dat besef speelt weer in op de angsten rond de gezondheid van het kind (Raisanen et al., 2014; Ryding et al., 2015).



Gecompliceerde zwangerschap

Er zijn tal van verwickelingen die kunnen optreden tijdens de zwangerschap. Zowel ernstige als minder ernstige complicaties hebben een grote invloed op de zwangere vrouw en haar beleving. Een preterm partus heeft een zeer groot effect op de gevoelens 5 en 6 van FOC. Ze geven namelijk gegronde angsten voor de eigen gezondheid en die van het kind. Overige complicaties (bv. anemie, zwangerschapsdiabetes...) hebben hetzelfde effect op de dame, echter in mindere mate (Ryding et al., 2015).

Negatieve antecedenten

Ryding et al.(2015) toont in zijn onderzoek een belangrijke associatie aan tussen een eerdere negatieve bevallingservaring en het voorkomen van FOC. Zo heeft 45% van de multipara's met FOC een negatieve ervaring beleefd in het verleden. Dit kan gaan van zowel een gevoel van onmacht tijdens de zwangerschap tot het abrupt wijzigen van het geboorteplan bij een noodsituatie (bv. spoedsectio). Ook het gebruik van forceps of ventouse en het beleven van ondragelijke pijnen, bij voorgaande bevallingen, zijn antecedenten voor dit fenomeen (Ryding et al., 2015; Storksens, Garthus-Niegel, Vangen, & Eberhard-Gran, 2013).

Afhankelijk van de literatuur worden hierover verschillende cijfers gepubliceerd. Garthus-Niegel et al. (2014) geeft aan dat één derde van de vrouwen hun arbeid en bevalling als traumatisch ervaren heeft. Voornamelijk de psychologische kwetsbaarheid tijdens de bevalling en de subjectiviteit van dit gebeuren zijn cruciaal in het ontwikkelen van eventuele negatieve ervaringen (Garthus-Niegel et al., 2014).



De familiale voorgeschiedenis speelt tevens een belangrijke rol. Indien bv. de zus een traumatiserende bevalling had, kan de zwangere dit spiegelen naar hoe haar bevalling mogelijks zal verlopen. Indien men een familielid heeft met een negatieve bevallingservaring, heeft men 2.8 keer meer kans op het ontwikkelen van FOC (Hauck, Stoll, Hall, & Downie, 2016).

Ook bij vrouwen die ongepland buiten het ziekenhuis bevallen is de kans op een negatieve ervaring groter. Zij voelen zich extra kwetsbaar en ervaren meer stress. Er is ook het discomfort betreffende de minder geschikte locatie en de vaak onervaren aanwezigen. Angst en bezorgdheid nemen de overhand. Zonder professionele begeleiding zijn zij genoodzaakt instinctief te handelen en het gebeuren in eigen handen te nemen. De afloop zal in grote mate de emoties achteraf bepalen. Bij het optreden van complicaties zullen zowel frustratie als een schuldgevoel ervaren worden (Erlandsson, Lustig, & Lindgren, 2015).

Socio-maatschappelijke factoren

Naast eerdere bevallingservaringen spelen ook verschillende socio-maatschappelijke factoren een rol bij het ontwikkelen van FOC. Eén van de belangrijkste factoren hierbij is het opleidingsniveau van de zwangere.

Bij een laaggeschoolde zwangere is de kans op het ontwikkelen van FOC groter, niet zelden door een gebrekkige kennis rond anatomie en fysiologie van het menselijk lichaam, de arbeid en de bevalling. Daarnaast ontbreekt het hen vaak ook aan de middelen om naar de prenatale (voorlichting)lessen te gaan. Op deze manier kan men het gebrek aan kennis niet compenseren en is de dame weinig tot niet geïnformeerd rond de arbeid en de bevalling (Garthus-Niegel et al., 2014; Ryding et al., 2015).



De relatie tussen armoede en het ontwikkelen van FOC is iets waarover in de literatuur nog geen eenduidig standpunt is ingenomen (Elvander, Cnattingius, & Kjerulff, 2013).

Naast laaggeschoolde zwangere vrouwen, hebben ook vrouwen met een hoger diploma gemiddeld meer kans op het ontwikkelen van FOC. Ryding et al. (2015) stelt dat 60% van de vrouwen met FOC een opleiding genoten hebben van meer dan 13 jaar, geteld vanaf de leerplichtige leeftijd (6 jaar) (Ryding et al., 2015). Deze vrouwen beoefenen vaker een bedienden-functie. Dankzij hun hogere opleiding hebben deze vrouwen kans op een beter inzicht rond arbeid en bevalling en de gevolgen op hun lichaam. Net die overvloed aan kennis geeft hen meer angst of een negatief perspectief ten opzichte van de bevalling. Een Australisch onderzoek geeft aan dat FOC ook kan ontwikkeld worden vanuit de angst om lichamelijke schade aan de bevalling over te houden bv. dyspareunie, incontinentie.... Men gebruikt deze oorzaak ook als hoofdreden voor een sectio, men wil de vaginale integriteit bewaren (Hauck et al., 2016).

Media

De huidige generatie wordt omgeven door een overvloed van gedrukte en gedigitaliseerde media die de zwangerschap en de geboorte in beeld brengen. De geboorte wordt voorgesteld als 'iets dat uitgevoerd wordt op vrouwen' (sectio, epidurale verdoving), in plaats van iets dat door vrouwen zelf wordt gedaan (Bick, 2010).

Stoll et al. (2014) stelt dat er een duidelijke relatie is tussen de media en angst voor de geboorte. Proefpersonen die aangeven dat de media voor hen de voornaamste bron van informatie is, scoren het hoogst op de angstschaal (Stoll et al., 2014) .

Terwijl de arbeid en de bevalling zich vroeger achter de gesloten deuren van het verloskwartier afspeelden, wordt men nu overspoeld, door onder andere 'reality-tv', met de



mogelijkheid deze tot in detail te volgen (Bick, 2010). De arbeid en de bevalling worden vaak dramatischer en gevaarlijker voorgesteld dan de typisch fysiologische geboorte ervaringen, dit vaak enkel om het entertainment gehalte te verhogen. Een Amerikaanse studie toont aan dat 70% van de vrouwen rond de vruchtbare leeftijd naar deze series over de zwangerschap en geboorte kijkt. Een derde van deze vrouwen maakt zich meer zorgen na het kijken van de afleveringen (K. Stoll & W. Hall, 2013).

Indien andere bronnen (bv. vrienden) betrokken zijn bij het verzamelen van informatie rond de zwangerschap daalt de angst. Wanneer de familie de voornaamste informatiebron is, scoort men het laagst op de Fear of Birth Scale (Stoll et al., 2014).

De associatie tussen media en de perceptie van de proefpersonen ten opzichte van technologie, risicobeleving, sectio en obstetrische interventie wordt ook onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt duidelijk dat wanneer men de media als voornaamste informatiebron heeft: men de geboorte risicovol inschat, men positief staat ten opzichte van technologie, men een grotere bezorgdheid heeft over lichamelijke veranderingen en men een duidelijke voorkeur heeft voor epidurale verdoving en sectio's (Stoll et al., 2016).



DIAGNOSE

In België gebeurt nog geen systematische screening naar FOC.

In de literatuur worden twee gemakkelijk toepasbare methodes beschreven. Indien vakkundig toegepast zal men met deze zeker in staat zijn de ernst/impact van de angsten in te schatten.

Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ-A)

Deze veel gebruikte en gevalideerde vragenlijst wordt ingezet om FOC op te sporen en een inzicht te krijgen in de intensiteit ervan (Ternstrom, Hildingsson, Haines, & Rubertsson, 2016). De theorie van deze lijst focust zich op de verwachtingen die een zwangere vrouw heeft rond de geboorte, met de ervaring van eventuele antecedenten erbij. Deze schaal wordt gedefinieerd als de gouden standaard om FOC op te sporen (Roosevelt & Low, 2016).

Dit instrument bevat 33 vragen waarop de zwangere een score geeft tussen nul en vijf. Bij een score van 85 of hoger spreekt men van een intense angst (Ryding et al., 2015).

Indien men een score van ≥ 100 heeft op de WDEQ-A kan men spreken van een fobie (Rouhe et al., 2013).

Er is een duidelijk verschil tussen nullipara's en multipara's bij het geven van scores op de WDEQ-A. Zo geven nullipara's een hogere score aan punten die geassocieerd worden met zwakheid, machteloosheid en onzekerheid. Bij multipara's spelen de antecedenten een zeer hoge rol in de ontwikkeling van FOC, zelfs hoger dan de persoonlijke factoren (Pazzagli et al., 2015).

Er bestaan twee versies van deze lijst. De A-versie wordt afgenomen voor de partus en peilt naar de zes belangrijkste gevoelens omtrent de komende bevalling. De B-versie kan



afgenomen worden in het postpartum en onderzoekt de beleving van de partus (zie bijlage 17.1).

Fear of Birth Scale

De Fear of Birth Scale is een gevalideerde, visueel analoge schaal die betrekking heeft op de angsten en de zorgen van de zwangere. Men stelt de volgende vraag: "Hoe voelt u zich nú over de naderende bevalling?". Vervolgens dient men een gradatie te kiezen op twee schalen. De eerste met als ankerwoorden 'kalm - bezorgd'. De tweede met de woorden 'angst - veel angst'. Op deze twee schalen wordt door de zwangere vrouw een markering gezet op de plaats hoe zij zich voelt. Van beide scores wordt vervolgens een gemiddelde genomen om zo de angst voor de bevalling te identificeren.

Ook bij deze schaal zal een hogere score duiden op een meer intense FOC (Ternstrom et al., 2016).



GEVOLGEN

FOC kan de gehele zwangerschap overschaduwen, leiden tot een gecompliceerde arbeid, een toename in het aantal operaties zonder medische indicaties en psychologische postpartumstoornissen (Sydsjo et al., 2014).

Sectio en analgesie

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat zowel primi- als multipara's met FOC een grotere kans hebben op een primaire sectio. Deze wordt meestal door de dame zelf gevraagd. Niet enkel de primaire - maar ook de kans op een secundaire sectio neemt toe bij multipara's (Ryding et al., 2015; Sydsjo et al., 2014).

Naast de hogere sectioprevalentie ziet men ook een verhoogde kans (8% extra ten opzichte van een fysiologische partus) op een opname van de baby op de neonatale intensieve zorgen. Desondanks geeft de literatuur aan dat er een associatie is met een lagere incidentie van: preterme partussen, laag geboortegewicht, small for gestational age, lage apgarscores na één minuut, doodgeboorte en vroeg neonataal overlijden ten opzichte van vrouwen zonder FOC (Raisanen et al., 2014).

Omwille van de voorkeur voor sectio's (de bevalling wordt als risicovol beschouwd) en de kans op een langere arbeid is er ook een stijging in het gebruik van epidurale verdoving (Roosevelt & Low, 2016).

Vrouwen met FOC hebben duidelijk minder angst voor de operatieve ingreep en verkiezen de sectio boven een vaginale bevalling. Zowel de voorkeur voor een sectio als voor epidurale analgesie stijgt naarmate het angstlevel stijgt. In het Verenigd Koninkrijk is FOC een geldige reden voor een sectio (Garthus-Niegel et al., 2014).



Tevens ziet men een duidelijke voorkeur voor interventies die de pijn reduceren. Deze studie toonde eveneens aan dat mensen met een lager angstlevel kritischer staan ten opzichte van een sectio. De associatie tussen FOC en een spoedsectio worden duidelijk aangetoond (Stoll et al., 2014). Een Zweedse studie stelt dat, indien een dame met FOC, een efficiënte pijnstilling krijgt, een vaginale bevalling vaak succesvol is. Deze studie vermeldt tevens dat het gebruik van lachgas als analgeticum vermeden wordt bij deze vrouwen, dit omdat het gevoel van controle negatief beïnvloed wordt en de parturiënte black-outs kan ervaren (Sydsjo et al., 2015).

Verlengde arbeidsduur

FOC zal het stressniveau bij de parturiënte danig verhogen dat een verlengde arbeidsduur kan waargenomen worden. De nefaste invloed van een te hoge spanning maken dat de arbeid niet of slecht vordert en er dus alsnog een medisch geïndiceerde sectio kan plaatsvinden (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012; Roosevelt & Low, 2016).

Negatieve ervaring

De aanwezigheid van niet erkende/onbehandelde FOC zal leiden tot een lastigere arbeid en bevalling, eventueel met complicaties. Dit gegeven maakt dat de dame, die hier niet op voorbereid is, dit als negatief ervaart. Op zijn beurt zal deze ervaring weer een rol spelen bij de volgende kinderwens, zwangerschappen, partussen en FOC nog in de hand werken (Storksens et al., 2013).



Psychologische postpartumstoornissen

Psychologische postpartumstoornissen hebben nadelige effecten op zowel de moeder-kind als de moeder-partner relatie. Psychologische problemen worden geassocieerd met primipara's, labiele mentale toestand, misbruik in de voorgeschiedenis, lage scholingsgraad en laag zelfbeeld (Ayers, 2014; Sydsjo, Sydsjo, Gunnervik, Bladh, & Josefsson, 2012)

De angst die aanwezig is gedurende het verloop van de zwangerschap kan de arbeid en de bevalling bemoeilijken en uiteindelijk leiden tot een postpartum depressie (PPD), een verstoorde moeder-kind binding en symptomen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Alipour, Lamyian, & Hajizadeh, 2012) .



Postpartum depressie

Mentale problemen gedurende de zwangerschap en postpartaal, welke zich uiten in depressie of angst, zijn een gekend fenomeen. De attitudes en het gedrag van gezondheidswerkers spelen een fundamentele rol bij het bevorderen van de mentale gezondheid van de kraamvrouwen. Respect, empathie, beleefdheid en het niet beoordelen, beïnvloeden de mentale gezondheid van bevallen vrouwen positief. Prenatale angst blijkt een belangrijke predisponerende factor bij de ontwikkeling van postpartum depressie (PPD) (Storksen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel, & Eskild, 2012).

Symptomen

Vaak voorkomende symptomen van een postpartum depressie zijn: prikkelbaarheid, slaapstoornissen, futloosheid, vermoeidheid, een leegte om zich heen ervaren en niet meer kunnen genieten. Bij een PPD kan een afwijkende moeder- kind binding ontstaan (Alipour et al., 2012).

Beïnvloedbare factoren

Angst en/of depressie gedurende de zwangerschap, stressvol leven, persoonlijk en familiaal voorkomen van psychische pathologieën en gebrek aan sociale steun worden geassocieerd met een PPD. De grootste risicofactor voor het ontwikkelen van een postpartum depressie is het hebben van FOC (Raisanen et al., 2013).



10.4.2 posttraumatische stressstoornis

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontstaat door een traumatische gebeurtenis, tijdens de zwangerschap of de bevalling.

Tijdens de zwangerschap kan het gaan om misbruik of andere trauma's. Bij de geboorte wordt PTSS veroorzaakt door de bevalling zelf, door complicaties, doodgeboorte of preterm geboorte. De PTSS kan een impact hebben op de relaties, zowel de moeder-kind relatie als de partnerrelatie (Ayers, 2014).

Symptomen

Symptomen van PTSS komen tot uiting in het zich steeds herinneren van de situatie, het mijden van een gelijkaardige situaties en verhoogde kwetsbaarheid.

De drie grote terreinen waarop PTSS zich manifesteert zijn negatieve gevoelens na de geboorte, een gevoel van verlies van zichzelf en versnipperde relaties (Garthus-Niegel et al., 2014).

Beïnvloedbare factoren

Bij de ontwikkeling van PTSS ziet men meestal dezelfde beïnvloedende factoren als deze aanwezig bij FOC. Zo is er zeer vaak een verhoogde kans op een sectio, wordt een vaginale bevalling negatief ervaren en is er een psychologische kwetsbaarheid. Vrouwen met een hogere FOC verkiezen vaker sectio's. Indien hun bevallingswijze echter vaginaal is, is er een hoger level van posttraumatische stresssymptomen. FOC kan deels dit effect verklaren (Garthus-Niegel et al., 2014).



BEHANDELING

Hoe men FOC reduceert is een grote uitdaging voor de medische staf die een zwangere vrouw voorbereidt en begeleidt tijdens de arbeid. Er is een grote nood aan goede therapieën om de angsten te verminderen. Deze noodzaak is steeds meer urgent gezien de dramatische stijging in sectio's op maternele aanvraag, zonder medische indicatie (Guszkowska, 2014).

Doorheen de laatste decennia is er een verruiming in het aanbod aan mogelijkheden om FOC te behandelen, met als doel het vertrouwen bij de zwangere vrouwen te vergroten en hen zoveel mogelijk aan te sporen tot en voor te bereiden op een vaginale partus. Via deze behandeling kent men een daling van de incidentie van sectio's hoewel het gemiddelde hoger blijft liggen dan dat van de algemene populatie (Ryding et al., 2015).

Enkele Scandinavische landen profileren zich als pionier in de behandeling van FOC. In Finland hebben bijna alle ziekenhuizen met een verloskwartier ook een fobie-kliniek. Deze bevat getrainde zorgverleners met een speciale expertise. In deze kliniek ondergaan vrouwen een obstetrische consultatie en worden ze ondersteund en behandeld voor persoonlijke noden. Men verplicht niemand om vaginaal te bevallen. Na de bevalling kan men samen met deze dienst terugblikken op de partus en kan men feedback geven op de ontvangen zorgen. (Raisanen et al., 2014)

Zweden, waar vrouwen prenataal gescreend worden (Sydsjo et al., 2015), heeft aparte klinieken voor parturiënten met een intense angst voor de geboorte. Deze worden onder andere bemand door specifiek getrainde vroedvrouwen die persoonlijke meetings organiseren met de zwangere vrouwen. (Nilsson, 2014)

Algemeen kan men stellen dat er een maximale inzet nodig is om een traumatiserende en negatieve ervaring te voorkomen, zeker bij een eerst barend (Sydsjo et al., 2014).



Volgende ondersteunende behandelingen zijn in de literatuur terug te vinden:

Prenatale voorlichting - individueel

Het verstrekken van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) specifiek omtrent de zwangerschap, de arbeid en de bevalling. Deze voorlichting wordt gegeven door deskundigen en heeft de bedoeling de kennis van de zwangere dame te vergroten. Dit resulteert in verhoogd bewustzijn en positieve gedragsveranderingen, wat automatisch risico reducerend werkt. Prenatale voorlichting leidt dus tot een betere aanvaarding van de zwangerschap en vermindering van angst tijdens de bevalling (Karabulut, Coskuner Potur, Dogan Merih, Cebeci Mutlu, & Demirci, 2016).

Een opsomming uit het talrijke aanbod aan infolessen (Guszkowska, 2014; Karabulut et al., 2016):

- Gezondheid gedurende de zwangerschap
- Bevalling en ademhalingsoefening
- Relaxactie technieken
- Borstvoeding
- Zorgen voor de baby
- Postpartum periode



Groepstherapie

Deze GVO-sessies zijn een groep therapeutisch gebeuren welke eveneens door een deskundige worden begeleid. De zwangerschap en de bevalling worden gedetailleerd besproken. Het moederschap en het ouderschap worden besproken en er wordt dieper ingegaan op specifieke thema's zoals de moeder-kind binding. In deze sessies wordt de mogelijkheid geboden om gevoelens en angsten te delen. Op deze manier proberen de begeleiders minderwaardigheidsgevoelens en gebrek aan zelfvertrouwen te verminderen en vervolgens te normaliseren. Het verstrekken van informatie en het uitwisselen van ervaringen zorgen voor een meer realistisch verwachtingspatroon en een reductie van de angst.

Tijdens deze groepstherapieën worden ook relaxatietechnieken aangeleerd. Deze technieken zouden een positieve impact hebben op de wijze van de bevalling, maar ook op maternele aanpassing, de ervaring van de bevalling en depressieve symptomen bij primipara's met ernstige FOC (Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Tokola, Halmesmaki, Ryding, et al., 2015).

Een Scandinavische studie (Rouhe et al., 2013) toont aan dat groepstherapieën het meest doeltreffend zijn om de vraag voor een sectio om te buigen naar de wens voor een vaginale partus. Deze therapieën worden aangeboden door speciaal getrainde vroedvrouwen, gynaecologen en psychologen. Dankzij cognitieve gedragstherapie kan de vrouw efficiënter omgaan met tegenslagen en is er een stijging zichtbaar in haar coping vaardigheden. Op deze manier zal men de vrouwen beter voorbereiden voor de geboorte, het komende ouderschap en de binding.



Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie richt zich op de irrationele gedachten die een persoon rond een bepaald thema heeft. Deze gedachten leiden vaak tot disfunctioneel gedrag. Door de inhoud van deze gedachten te veranderen (cognitieve herstructurering), verandert ook het gedrag.

Nieminen et al. (2015) toont in zijn studie het effect aan van cognitieve gedragstherapie via het internet. Het helpt naast FOC ook tegen angsten, sociale fobieën, depressie en het posttraumatisch stresssyndroom. Het programma gaat als volgt te werk: er wordt een langdurig zelfhulp programma aangeboden. Dit programma bestaat uit psycho-educatie, vervolgens de feitelijke cognitieve herstructurering van de irrationele gedachten en nadien een blootstelling aan fictieve en non-fictieve gebeurtenissen.

Dit programma heeft wekelijkse modules die onder andere ook vragen bevatten over de dagelijkse zelftraining. Na acht weken van therapie geven de onderzochte personen aan dat hun angst gedaald is. (Nieminen et al., 2015)

Haptotherapie

Haptotherapie is een benaderingswijze gebaseerd op aanrakingen die tot doel heeft de vrouw te laten kennismaken met haar eigen gevoelens. Via deze bewustwording zal men ook trachten het welzijn te verbeteren. Binnen de haptonomie zijn er specifieke sessies van prenatale begeleiding. Deze sessies zijn op drie onderdelen gericht.

Het eerste onderdeel focust zich op het vermogen van de zwangere vrouw om zich open te stellen voor gewaarwordingen en waargenomen indrukken. Het tweede deel richt zich op de bevestiging van de moeder-foetus binding door middel van oefeningen waarbij de



partner de buik van de vrouw aanraakt en waarop de foetus reageert. Het laatste onderdeel zijn de vaardigheden. Hierbij wordt door de therapeut aangeleerd op welke manier de vrouw kan persen. Daarnaast worden er houdingen aangeleerd om de pijnlijke contracties op te vangen en leert de vrouw omgaan met de pijn van de arbeid in het algemeen. De vaardigheden hebben als bedoeling de vrouwen meer bekwaamheid en controle te geven. Op deze manier krijgt de zwangere vrouw ook meer zelfvertrouwen.

Haptonomie gaat verder het vertrouwen van de vrouwen laten toenemen. Dit verhoogde zelfvertrouwen en de verhoogde zelfstandigheid reduceren de FOC (Klabbers, Wijma, Paarlberg, Emons, & Vingerhoets, 2014)

Mindfulness

Mindfulness en haptonomie zijn deels met elkaar verweven. Mindfulness kan gedefinieerd worden als 'het bewustzijn dat ontstaat uit opletten, met de bedoeling niet oordelend te leven in het nu' (Paulson, Davidson, Jha, & Kabat-Zinn, 2013). Deze manier van denken komt ook terug in de haptonomie.

Het mindfull denken wordt door deskundige personen aangeleerd in verschillende sessies. De meditatie, ademhalingstechnieken, bewustzijnstechnieken, ... ingeoeffend tijdens de lessen, dienen samen met de partner thuis verder ontwikkeld te worden. Het veranderen van het bewustzijn en het tot rust komen door de meditatie heeft een positieve verandering van de geestelijke gezondheid en het gedrag gedurende de perinatale periode (Veringa et al., 2016).



Psycho-educatie via BELIEF

BELIEF ofwel Birth Emotions, Looking to Improve Expectant Fear is een protocol met als doel de verwachte angsten rond de geboorte te reduceren. Men tracht dit doel te bereiken via individuele ondersteuning, aangepast aan de noden met oog voor het heden en de toekomst. Men stelt een soort plan op om een reductie van de angst te bereiken. Men kan deze interventie het beste starten in het tweede of derde trimester van de zwangerschap. Bij Toohill et al. (2014), Australië, wordt dit protocol gerealiseerd via een telefonisch gesprek tussen de zwangere dame met FOC en een vroedvrouw. In dat gesprek worden de zwangere haar verwachtingen en gevoelens rond de nadere geboorte besproken. De vroedvrouw bevordert de erkenning van hun angsten en biedt een vakkundige kennis aan in het analyseren en identificeren van elementen die de dames als obstakel beschouwen. Een eerste telefoongesprek duurt gemiddeld 58 minuten (interval: 22-125 minuten), een tweede gesprek duurt ongeveer 45 minuten (interval: 10-104 minuten). Na de interventie ziet men een daling in de angsten, een stijging in het zelfvertrouwen van de dame en een daling in de vraag voor een keizersnede in plaats van een vaginale bevalling (Toohill et al., 2014).



Ondersteuning parturiënte

Tenslotte zal bij de aanvang van de arbeid en de partus de ondersteuning van de zwangere niet enkel door de partner gebeuren, maar zal ook de vroedvrouw een belangrijke rol spelen. Deze deskundige ondersteuning dient zowel op het fysieke als op het psychologische vlak aangeboden te worden (Isbir & Sercekus, 2015).

Fysieke ondersteuning en het bieden van comfort tijdens de arbeid geven de vrouw een groter gevoel van controle over de situatie en de pijn. Het gebruik van hydrotherapie (bad of douche), relaxatietechnieken, acupunctuur en massage worden door de begeleidende vroedvrouw voorgesteld als alternatieven voor farmacologische analgesie.

Naast deze fysieke ondersteuning is ook de emotionele begeleiding één van de belangrijkste zorgen tijdens de arbeid en de bevalling. Door toename van de zelf-effectiviteit willen we FOC reduceren. Dit kan onder andere door:

Concentratie

Door zich steeds te concentreren op de eindigheid van een contractie en de rustperiodes tussenin, groeit het zelfvertrouwen dit te kunnen volhouden.

Vrouwen zijn bewust van wat ze beleven. Het in zichzelf keren en de omgeving afblokken helpt hen omgaan met de arbeid.

Een andere mogelijkheid is zich concentreren op de toegepaste relaxatie bv. de cirkelende bewegingen bij een rug massage.



Steun

Aanmoedigingen, pep talk, instructies en informatie geven de vrouw de kracht om door te gaan. Dit kan door de partner, de vroedvrouwen of de gynaecologen gebeuren.

Het luisteren naar de instructies zorgt ervoor dat de vrouw correcte handelingen uitvoert en het zelfvertrouwen stijgt.

Controle

Dankzij de zelfcontrole en het toepassen van de geleerde relaxatie- en ademhalingstechnieken leert de dame zichzelf te ontspannen en niet te panikeren (Salomonsson, Bertero, & Alehagen, 2013).

In de literatuur beschrijft men de voordelen van ondersteuning gedurende de arbeid als volgt: minder gebruik van pijnmedicatie, een kortere arbeid, een grotere tevredenheid en een reductie van de angst (Sydsjo et al., 2015).



DISCUSSIE

Wij trachtten met onze systematische literatuurstudie een algemeen beeld te geven van Fear of Childbirth (FOC), met zijn oorzaken, de gevolgen, de opsporing en de mogelijke behandelingen. We wilden een duidelijker beeld krijgen van deze complexe materie en de mogelijke invloed op de fysiologie van zwangerschap, bevalling en postpartum.

De studie bevestigde ons vermoeden. FOC kent belangrijke invloeden, zowel pre-, peri- als postnataal. De diverse studies tonen aan dat er een toename is in de prevalentie van sectio's, een toename in het gebruik van farmacologische analgesie, een verlengde arbeidsduur, een hogere kans op een negatieve ervaring en een stijging in de psychologische postpartumstoornissen.

De oorzaken van deze angsten zijn complex en multidimensionaal. Bij primipara liggen de onwetendheid en de angst voor het onbekende vaak aan de basis. Ook de invloed van de media mag niet onderschat worden. Indien een zwangere vrouw de media als voornaamste informatiebron heeft, scoort zij duidelijk hoger op de Fear of Birth Scale. Dit wilt zeggen dat zij een significant hogere angst ervaart dan vrouwen waarbij ook andere informatiebronnen bv. familie en vrienden geraadpleegd worden.

Er worden in de literatuur verschillende behandelingsmethoden beschreven. Toch is er geen consensus omtrent de meest efficiënte therapie. Wat aangetoond wordt, is dat een multidisciplinaire en geïndividualiseerde aanpak noodzakelijk is. Het team dat de zwangere dame begeleidt kan bestaan uit: gynaecologen, psychologen, vroedvrouwen, kinesisten, Elke discipline heeft zijn taak en invloed, zo brengt de kinesist bv. relaxatie- of ademhalingsoefeningen aan, terwijl een vroedvrouw meer uitleg kan geven over de protocollen en gebruikte materialen tijdens de arbeid en de bevalling.



Reeds meerdere jaren wordt FOC in diverse studies beschreven. Deze moeilijk objectiveerbare materie wordt slechts in enkele landen systematisch gescreend en behandeld. In andere wordt er wel melding van gemaakt, maar ontbreken de specifieke protocollen of klinische paden om deze nood gestructureerd aan te pakken. Wij pleiten graag voor een verder onderzoek naar FOC, zijn oorzaken en gevolgen, de opsporing en de behandeling.

Een meer uitgebreide kennis bij vroedvrouwen en andere hulpverleners omtrent dit onderwerp zou hen in staat stellen het probleem te herkennen, preventief te handelen en tijdig door te verwijzen. De negatieve effecten van de angst moeten we onder controle krijgen.



ROL VAN DE VROEDVROUW

Met het beroepsprofiel als leidraad bekijken we de taak van de vroedvrouw bij de gewone fysiologische bevalling evenals bij vrouwen met Fear of Childbirth.

De vroedvrouw als bewaker van de fysiologische zwangerschap, de arbeid en het postpartum

De instructiefilm omtrent de normale vaginale bevalling zal ervoor zorgen dat de vroedvrouw nog een extra aanknopingspunt heeft in haar kennis omtrent het gegeven. De reële weergave van de bevalling, onderverdeeld in fases, toont alle stappen zeer duidelijk. De film geeft een overzicht van de handelingen nodig om een partus correct te begeleiden en ook van de voorbereidingen hiervan.

Wat Fear of Childbirth (FOC) betreft: door de omgang van de vroedvrouw met de vrouw/het koppel zal hij/zij alert kunnen zijn en mogelijke symptomen van de angst herkennen. Door een grondige kennis van deze materie zal hij/zij in staat zijn om, onder andere via een goede begeleiding, de angsten te reduceren en binnen een aanvaardbaar niveau te brengen. Op deze manier zal de vroedvrouw de fysiologie bewaken.

De vroedvrouw als evaluator van risicosituaties

Uit de literatuurstudie blijkt dat FOC een duidelijke risicosituatie is met mogelijks zowel pre-, peri- als postnatale gevolgen. Het is belangrijk om als vroedvrouw deze situatie op te merken en tijdig door te verwijzen naar de juiste instanties. We bevelen de praktijk aan dat men, bij een vermoeden van FOC of beter nog systematisch, een screening uitvoert aan de hand van de Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire of via de Fear of Birth



Scale. Na deze inschatting van de mate van angst, kan er een juiste aanpak via een multidisciplinair team, worden voorgesteld bv. ondersteuning door gynaecologen, psychologen, kinesisten, andere.

De vroedvrouw als samenwerker bij risicosituaties

Zoals hierboven vermeld is FOC een risicosituatie die een multidisciplinaire aanpak vereist. De communicatie tussen de verschillende disciplines moet vlot en adequaat verlopen ten einde de controle over de situatie en de behandeling te behouden. Gezien het risico op een verstoorde hechting of psychologische postpartumstoornissen is een continuïteit in de zorg zeker noodzakelijk na het ontslag op de materniteit. De vroedvrouw zal hier mede voor instaan.

De vroedvrouw als bewaker van de psychosociale situatie

Bij het bekijken van de instructiefilm is het belangrijk te beseffen dat hier enkel de handelingen, het verloop, in beeld worden gebracht. De vroedvrouw mag echter niet vergeten ook de vrouw en haar omgeving de nodige aandacht te geven en het gebeuren niet te herleiden tot een strikt medische handeling.

Wat Fear of Childbirth betreft zien we eveneens dat de volledige psychosociale context van groot belang is. De invloed van media, negatieve verhalen uit haar omgeving en de relatie met de partner zijn belangrijke factoren bij de ontwikkeling van FOC. Ook het opleidingsniveau, al dan niet roken en de psychologische voorgeschiedenis kunnen een negatief effect hebben op de ontwikkeling en de ernstgraad van deze angst. Indien de vroedvrouw hier oog voor heeft zal hij/zij in staat zijn hier goed op in te spelen en mogelijke risico's te reduceren.



De vroedvrouw als gezondheidspromotor

De vroedvrouw zal zowel individueel als in groep gezondheidspromotie verstrekken. Hij/zij zal voldoende, correcte en relevante informatie geven, verspreid over de gehele zwangerschap alsook individueel verder tijdens de arbeid, de partus en het postpartum. Dit met als doel een geïnformeerde parturiënte/koppel te bekomen, die vertrouwen heeft/hebben in de toekomstige gebeurtenissen en de deskundigheid van de hulpverleners.

De vroedvrouw als teamplayer, communicator en coördinator

Bij de normale vaginale bevalling zal de vroedvrouw meestal niet alleen handelen. Het is uitermate belangrijk dat hij/zij zich als teamplayer profileert. Hij/zij zal ook een coördinerende rol opnemen doorheen de zwangerschap, de arbeid, de bevalling en het postpartum. Zo zal hij/zij via een duidelijke communicatie doorverwijzen naar andere zorgverleners en het zorgaanbod coördineren.

Wat FOC betreft: in samenwerking met het multidisciplinair team zal bij de behandeling een goede communicatie en coördinatie vereist zijn. De vroedvrouw kan hierin een sleuteltaak opnemen. Indien dit niet het geval is, zal zij haar taak in het team vervullen en op een duidelijke manier hierover communiceren.

De vroedvrouw als kwaliteitspromotor

Bij de bevalling zal de vroedvrouw er steeds naar streven een professionele en kwalitatief hoogstaande zorg te verlenen. Door het voldoende inoefenen van de technieken zal hij/zij op een correcte wijze kunnen optreden en onder andere de steriliteit garanderen. Via bijscholingen, instructiefilms en dergelijke zal hij/zij op de hoogte blijven van de evidence-based medicine/ midwifery practice.



Wat FOC betreft: door een grondige kennis zal de vroedvrouw op een correcte manier kunnen optreden en de beste zorg verlenen.

De vroedvrouw als evidence-based zorgverlener

We pleiten ervoor om in risicogeveallen, of beter nog stééds, bij zwangere vrouwen een screening uit te voeren om op die manier FOC op te sporen. In een verder stadium kunnen resultaten van deze tests gebruikt worden om een gestructureerd plan van de behandeling (evidence-based) en/of een aanpassing in het gezondheidssysteem (bv. terugbetaling van behandelingen) te bekomen.

De vroedvrouw als professionele zorgverlener

Zowel tijdens de normale vaginale bevalling als bij het begeleiden van vrouw met angst zal de vroedvrouw vanuit haar functie een actieve rol invullen. Via bijscholingen zal hij/zij de vakbekwaamheid steeds aanscherpen, hierbij kritisch reflecterend op de huidige manier van werken.



CONCLUSIE

Deze beperkte literatuurstudie geeft een duidelijk beeld van Fear of Childbirth (FOC). Een intense angst voor de verwachte geboorte kan zowel voorkomen bij primi- als bij multipara (Sydsjö et al., 2014).

Een aantal persoonlijke factoren die de ontwikkeling van FOC in de hand werken, zijn de volgende: een zwakke band met de partner, het gevoel er alleen voor te staan, een laag zelfbeeld en psychologische kwetsbaarheid (Raisanen et al., 2014; Ryding et al., 2015; Salomonsson, Gullberg, et al., 2013; Takegata et al., 2014).

Een gecompliceerde zwangerschap evenals eerdere negatieve bevallingservaringen geven meer kans op FOC (Garthus-Niegel et al., 2014; Ryding et al., 2015; Storksén et al., 2013). Naast hooggeschoolde vrouwen, met een beter inzicht rond de arbeid/bevalling en de mogelijke gevolgen, hebben ook laaggeschoolde zwangere vrouwen een groter risico FOC te ontwikkelen. Bij deze laatste ontbreekt de kennis wat de onzekerheid vergroot (Elvander et al., 2013; Garthus-Niegel et al., 2014; Ryding et al., 2015). Wanneer vooral informatie gehaald wordt uit de media bestaat het gevaar dat de zwangere vrouw negatief beïnvloed wordt (Bick, 2010; Stoll et al., 2014; K. Stoll & W. A. Hall, 2013; Stoll et al., 2016).

Hoewel in België nog geen systematische screening wordt toegepast zijn twee relevante methodes beschikbaar. Via de meer uitgebreide Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire kan men zowel pre- als postnataal de graad van de angst meten. Er kan tevens een onderscheid gemaakt worden tussen een intense angst en een fobie aan de hand van de afkappingswaarden (Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Tokola, Halmesmaki, Ryding, et al., 2015; Ryding et al., 2015; Ternstrom et al., 2016). Daarnaast bestaat de Fear of Birth Scale, een visueel analoge schaal met slechts twee vragen die geschaald dienen te



worden. Ook bij deze schaal zal een hogere score duiden op een intensere FOC (Ternstrom et al., 2016).

FOC kan de gehele zwangerschap overschaduwen, leiden tot een gecompliceerde arbeid, een toename in het aantal operaties zonder medische indicaties en psychologische postpartumstoornissen (Sydsjo et al., 2014). Zowel primi- als multipara's met FOC hebben een grotere kans op een primaire sectio, meestal op vraag van de dame. Ook de kans op een secundaire sectio neemt toe bij meerbarenden (Ryding et al., 2015). Men ziet bij deze personen een verhoogde kans op een langere arbeid en een stijging in het gebruik van epidurale verdoving alsook een stijging van interventies die de pijn reduceren (Garthus-Niegel et al., 2014; Roosevelt & Low, 2016).

De angst die aanwezig is gedurende het verloop van de zwangerschap kan de arbeid en de bevalling bemoeilijken en uiteindelijk leiden tot een postpartum depressie, een verstoorde moeder-kind binding en symptomen van een posttraumatische stressstoornis (Adams et al., 2012; Roosevelt & Low, 2016).

Er is een grote nood aan goede therapieën om de angsten te verminderen. Deze noodzaak is steeds meer urgent gezien de dramatische stijging in sectio's op maternele aanvraag, zonder medische indicatie (Guszkowska, 2014). Doorheen de laatste decennia is er een verruiming in het aanbod aan mogelijkheden om FOC te behandelen met als doel het vertrouwen bij de zwangere vrouwen te vergroten en hen zoveel mogelijk aan te sporen tot en voor te bereiden op een vaginale partus (Ryding et al., 2015). De vroedvrouw kan hierin een duidelijke rol spelen. Hij/zij kan, als lid van een multidisciplinair team (gynaecoloog, psycholoog, kinesist en andere), voorlichtingslessen geven, zowel individueel als in groep (Guszkowska, 2014; Karabulut et al., 2016; Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Tokola, Halmesmaki, & Saisto, 2015). Daarnaast kan hij/zij assistentie bieden bij andere therapieën



bv. cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, ...(Nieminen et al., 2015; Toohill, Creedy, Gamble, & Fenwick, 2015).

Bij de aanvang van de arbeid en de partus zal de vroedvrouw de parturiënte ondersteunen, zowel op fysiek als op psychologisch vlak (Isbir & Sercekus, 2015). Er is een maximale inzet nodig om een traumatiserende en negatieve ervaring te voorkomen, zeker bij primipara's (Sydsjo et al., 2014).



PRAKTIJKDEEL

Checklists

Ontsmetten van de handen na het wassen

Benodigdheden:

- Handalcohol

Uitvoering:

- Neem voldoende handalcohol (tweemaal pompen).
- Start met het ontsmetten van de handpalmen, dit door de beide handen tegen elkaar te wrijven.
- Ontsmet de handrug door achtereenvolgens met elke handpalm over de handrug te wrijven.
- Wrijf nu de handpalmen tegen elkaar met de vingers in elkaar gehaakt.
- Ontsmet de achterzijde van de vingers door met de handpalm over de vingers van de andere hand in circulaire beweging te wrijven. Herhaal dit voor de andere hand.
- Ontsmet de duim door met de handpalm van de ene hand rond de duim van de andere hand te draaien. Wissel nadien om ook de andere duim te ontsmetten.
- Ontsmet de vingertoppen door over de handpalm van de andere hand circulair met de toppen te wrijven. Herhaal dit voor de andere hand.
- Ontsmet vervolgens de polsen.

Varia:

- Was de handen vooraf indien deze zichtbaar bevuild zijn.
- Het wassen van de handen gebeurt via dezelfde techniek.
- Het ontsmetten van de handen duurt ongeveer 30 seconden. Dit is de tijd waarin de handalcohol opdroogt.



Openleggen van de steriele verlosset

Benodigdheden:

- Alcohol 70%
- Handalcohol
- Verlosset:
 - Steriele schort
 - Steriele kompressen
 - Steriele steundoeken
 - Steriele tampon(s)
- Steriele instrumenten:
 - Schaar
 - Episiotomieschaar
 - Twee kochers
 - Naaldvoerder
 - Pincet
- Placentakom
- Steriele handschoenen
- Eventueel materiaal voor perineuminfiltratie en hechting
 - Lokale verdoving (bv. Lidocaïne 1%)
 - Spuit van 20 ml
 - Optreknaald
 - Intramusculaire naald
 - Hechtingsdraad (voorkeur arts)



Uitvoering:

- Ontsmet het werkvlak.
- Ontsmet de handen.
- Open de verpakking van de verlosset, neem de set uit de verpakking.
- Verbreek de zegel.
- Leg de steriele set in de lengte open.
- Leg vervolgens de set in de breedte open. Doe dit door de handen onder de omgeploide rand te brengen en een stap achteruit te nemen, weg van de set waardoor deze open plooit.
- Leg nu de steriele instrumenten op de set. Doe dit steriel. Open de verpakking aan de kant waar de handvaten van de instrumenten zitten. Plooi het papier om terwijl dat geopend wordt. Leg de instrumenten voorzichtig, van een kleine hoogte op het steriele veld.
- (Leg de optreknaald, intramusculaire naald en spuit op de set. Kan ook mogelijk worden aangegeven op een later tijdstip).
- Trek de steriele handschoenen aan om het materiaal te ordenen.
- Ontsmet de handen na het uitdoen van de handschoenen.
- Plaats de placentakom binnen bereik.



Varia:

- Organisatie tafel
 - Materiaal minstens 2 cm van de rand
 - Steriele schort op een hoek
 - Leg de naaldvoerder, het pincet en de schaar bij elkaar
 - Leg de kochers en episiotomie schaar bij elkaar en binnen handbereik
 - Plaats kompressen en tampons binnen handbereik
 - Plaats de steriele steundoeken binnen handbereik
- Bij een Rhesus negatieve parturiënte neem je ook een bloedbuis klaar om navelstrengbloed af te nemen.

Steriel aankleden

Benodigdheden:

- Steriele schort (soms in de steriele verlosset)
- Steriele handschoenen

Uitvoering:

- Neem de steriele schort aan de binnenzijde, aan de schouders vast en zet een stap achteruit. Let hierbij op dat de schort de omgeving niet aanraakt.
- Plaats beide armen in de mouwen.
- Een helper zal de mouwen langs de binnenkant en via de rugzijde goed trekken en de schort sluiten. Bovenaan gebeurt dit via een klittenbandsluiting, op heuphoogte via twee bindtouwen.
- Doe de steriele handschoenen aan.
 - Open de verpakking.



- Vouw het vierkant open.
- Neem de omgeslagen rand van de eerste handschoen.
- Trek deze aan.
- Neem met de steriele hand de tweede handschoen, plaats de steriele vingers onder de omgeslagen rand.
- Trek de tweede handschoen aan.
- Indien nodig, plaats de vingers correct.
- Trek de handschoenen over de manchet van de steriele schort.
- Geef het papieren kaartje aan de niet-steriele persoon en draai rond je as.
- Knoop de vrijgekomen touwen.

Vaginale bevalling

Benodigdheden:

- Klaargelegde verlosset
- Steriele handschoenen
- Steriele schort

Uitvoering:

- Plaats de parturiënte in lithotomiehouding op de verlostafel.
- Laat de vrouw persen gedurende de contracties. Geef hierbij instructies: neem een diepe hap lucht, plaats de kin op de borst, blokkeer de adem en duw naar onderen, zoals bij het maken van stoelgang.
- Beluister de harttonen na een contractie.
- Controleer de rekbaarheid van het perineum bij het insnijden van het hoofd.
- Vervolgens zal het hoofdje staan.



- Doseer het persen door het geven van instructies aan de parturiënte. Voer een damsteun uit met de ene hand, geef met de andere hand een tegendruk. Voorkom op deze manier dat het hoofdje te snel geboren wordt en een ruptuur optreedt.
- Controleer na de geboorte van het hoofdje of er een navelstrengomstrengeling is.
- Het hoofdje voert nu de uitwendige spildraai uit.
- Omvat het hoofdje in een vorkgreep om de geboorte van de schouders te begeleiden.
- Beweeg het hoofdje naar beneden voor de geboorte van de voorste schouder.
- Na de geboorte van de voorste schouder, wordt met één hand een damsteun uitgevoerd, de andere hand brengt het hoofdje omhoog voor de geboorte van de achterste schouder.
- De rest van het lichaam volgt snel. Vang de baby op door de stuit in vorkgreep te klemmen.
- Plaats het kind op de buik van de mama, kijk naar het geboorte-uur en het geslacht.
- De vroedvrouw droogt nu het kindje en stimuleert de ademhaling.
- Plaats, voor de afnaveling, een eerste kocher op de navelstreng. Trek nu de navelstreng bloedloos en plaats de tweede kocher. (Dit is om bloedspatten te vermijden). De partner kan tussen de twee kochers de navelstreng doorknippen.
- (Eventueel wordt er een bloedbuisje gevuld bij een Rhesusnegatieve mama).
- Kijk, via de handgreep van Küstner, of de placenta reeds is losgekomen.
 - Indien dit niet het geval is, wordt er verder afgewacht.
 - Indien dit het geval is, kan de placenta geboren worden.
- Laat de dame persen. Via de zwaartekracht en een circulaire beweging wordt de placenta geboren.
- Controleer of de veiligheidsbol (uterus) zich gevormd heeft.
- Controleer de placenta en de vliezen op volledigheid en eventuele afwijkingen.
- Controleer het perineum op rupturen en hecht deze indien nodig.
- Vul het bevallingsdossier aan.



Scenario

Scenario 'De fysiologische bevalling'

Benodigdheden:

- Handalcohol
- Verlostafel met verlosset + instrumenten (2 kochers, 1 episiotomieschaar, 1 schaar, kompressen, 1 optreknaald, 1 intramusculaire naald, 1 spuit van 20ml, 1 naaldvoerder, 1 pincet, tampon, 3 steundoeken, 1 steriele schort e, 1 afdroogdoek)
- Steriele handschoenen
- Placenta kom
- Eventueel bloedbuisje

Scenario van de fysiologische bevalling: richtlijn bij het filmen.

De parturiënte wordt geïnstalleerd in de gynaecologische houding.

=> *Camera 1 richting vagina opening.*

De arts ontsmet zijn handen.

=> *Camera 5 richting handen arts.*

De steriele schort en steriele handschoenen worden aangetrokken.

=> *Camera 5 richting bovenlichaam arts.*

De verlosset wordt indien nodig gesorteerd.

=> *Camera 5 richting verlosset.*

De ontsluiting en de stand van het hoofd worden gecontroleerd.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*



De vroedvrouw geeft info omtrent de perstechniek.

=> *Camera 2 richting vroedvrouw.*

"Bij een wee neemt u een grote hap lucht, u legt de kin op de borst, blokkeert de adem en perst alsof u stoelgang moet maken. Indien u niet meer kunt, neemt u weer een diepe hap lucht en perst u opnieuw. We proberen drie keer per wee te persen."

De vrouw perst.

=> *Camera 2 en 3 zoom op de vagina opening.*

Het hoofdje komt steeds dichterbij, er wordt geëvalueerd of er een perineuminfiltratie dient te gebeuren.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*

- Indien een perineuminfiltratie nodig is:
 - De gynaecoloog trekt de verdoving op die hem aangeboden wordt.
=> *Camera 5 filmt de handeling.*
 - De gynaecoloog plaatst de vingers ter bescherming van het hoofdje.
=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening, zoom op het hoofdje en het insteekpunt.*
 - De gynaecoloog buigt de naald NIET!
 - De gynaecoloog prikt eerst aan in de richting van de episiotomie, daarna erboven en eronder.
=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*
 - Bij de contractie plaatst de gynaecoloog de episiotomie medio-lateraal.
=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*

Het hoofdje staat, via een tegendruk, gedoseerd persen en damsteun tracht men het perineum te sparen. De damsteun wordt uitgevoerd met een steundoek en de linkerhand maakt diagonale L. De tegendruk wordt geboden met het rechterhand.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*



Na een aantal weeën wordt het hoofd geboren.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting hoofdje van de baby.*

Met de rechterhand wordt gevoeld of er een navelstrengomstrengeling is.

=> *Camera en 2 richting hoofdje van de baby.*

- Indien deze er is en deze is los, wordt deze over het hoofd genomen.

=> *Camera 2, 3 en 4 zoom op de handeling.*

- Indien deze strak is, wordt er afgenaveld. De twee kochers worden op de navelstreng geplaatst en deze wordt door de gynaecoloog doorgeknipt.

=> *Camera 2, 3 en 4 zoom op de handeling.*

Het hoofdje draait spontaan. Indien dit niet gebeurt, wordt het hoofd begeleid.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*

Voor de geboorte van de eerste schouder wordt een vorkgreep toegepast. Hierbij worden het aangezicht en het achterhoofd omsloten.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting hoofdje van de baby.*

Er wordt een neerwaartse beweging (echt naar beneden buigen) gemaakt om de voorste schouder te laten geboren worden.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*

Er wordt een opwaartse beweging (terug rechtstaan) gemaakt, met de ene hand wordt een damsteun uitgevoerd.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*

De rest van het lichaam volgt snel na de geboorte van de schouders. De baby wordt op de buik van de mama gelegd.

=> *Camera 2 en 4 volgen de baby vanaf de vagina naar de buik van de mama.*

De baby wordt afgenaveld (indien dit nog niet gebeurd is).

=> *Camera 2, 3 en 4 richting navelstreng.*

Het perineum wordt gecontroleerd op rupturen, dit met behulp van kompressen.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vaginale opening.*



Er wordt aan de buik van de mama gevoeld (handgreep van Küstner). Er wordt een steriele doek op de buik van de mama gelegd zodat de baarmoeder door de steriele persoon kan worden gemasseerd. Indien de navelstreng naar buiten komt, is de handgreep positief, indien de navelstreng intrekt is deze negatief.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting buik van de moeder.*

Bij een positieve Küstner kunnen de placenta en de vliezen geboren worden, bij een negatieve wordt afgewacht.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting navelstreng.*

Voor de geboorte van de placenta wordt door de vrouw nogmaals geperst. Indien de placenta zich in de vagina bevindt, wordt deze via een draaiende beweging en via de zwaartekracht geboren.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vaginale opening.*

Het perineum wordt gecontroleerd.

=> *Camera 2, 3 en 4 richting vagina opening.*

De volledigheid van de placenta wordt gecontroleerd.

=> *Shot van de placenta.*

Indien er geen ruptuur is en geen episiotomie kan men deze bevalling afsluiten.

=> *Camera 2 richting vagina opening.*

Indien er een episiotomie gehecht dient te worden, wordt gecontroleerd of het perineum nog voldoende verdoofd is. Eerst wordt de mucosa gehecht, vervolgens de spierlaag en dan de huid.

=> *Camera 2, 3 en 4 zoom op de episiotomie.*

Bij aanwezigheid van een ruptuur (max tweedegraadsruptuur) wordt deze vervolgens gehecht. Dit gebeurt op dezelfde manier als bij de hechting van een episiotomie.

=> *Camera 2, 3 en 4 zoom op het ruptuur.*

Als laatste wordt de mama met haar baby in beeld gebracht.

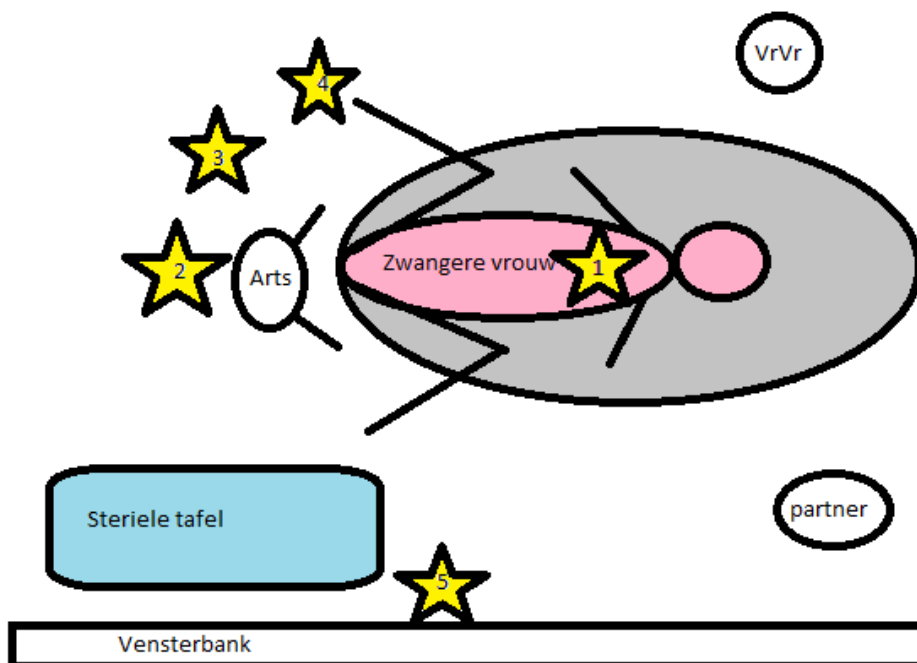
=> *Camera 3 en 4 vanuit zoom op de buik naar een uitzoom van de gehele scene.*



De camera's werden als volgt geplaatst.

Vrvr = vroedvrouw

Camera 1 bevindt zich op de verlichtingslamp





Scenario 'Bevalling op het fantoom'

Benodigdheden:

- Handalcohol
- Verlostafel met verlosset + instrumenten (2 kochers, 1 episiotomieschaar, 1 schaar, kompressen, 1 optreknaald, 1 intramusculaire naald, 1 spuit van 20ml, 1 naaldvoerder, 1 pincet, tampon, 3 steundoeken, 1 steriele schort en 1 afdroogdoek)
- Steriele handschoenen.

Scenario van de bevalling op het fantoom: richtlijn bij het filmen met gebruik van één camera.

De vrouw perst.

=> *De camera richting vagina opening.*

Het hoofd snijdt in. De rekbaarheid van het perineum wordt geobserveerd.

=> *De camera richting vagina opening.*

Bij het staan van het hoofdje wordt een damsteun en een tegendruk uitgevoerd om het perineum te sparen. De damsteun wordt uitgevoerd met een steundoek en de linkerhand maakt een diagonale L. De tegendruk wordt met het andere hand gegeven. De bedoeling hiervan is het hoofd met een lichte druk tegen te houden zodat het langzaam en gecontroleerd geboren wordt.

=> *De camera richting de vaginale opening.*

Na een aantal weeën wordt het hoofd geboren.

=> *De camera richting het hoofdje van de baby.*

Met de rechterhand wordt gevoeld of er een navelstrengomstrengeling is.

=> *De camera richting het hoofdje van de baby.*



Het hoofdje draait spontaan. Indien dit niet gebeurt, wordt het hoofd begeleid.

=> *De camera richting vagina opening.*

Bij de geboorte van de eerste schouder wordt het hoofdje in een vorkgreep omvat. Hierbij worden het aangezicht en het achterhoofd omsloten.

=> *De camera richting vagina opening.*

Men maakt een neerwaartse beweging (echt naar beneden buigen) om de voorste schouder geboren te laten worden.

=> *De camera richting vagina opening.*

Er wordt een opwaartse beweging (terug rechtstaan) gemaakt. Met de hand die het aangezicht omvatte, wordt er een damsteun met steundoek uitgevoerd. De onderste schouder wordt geboren.

=> *De camera richting vagina opening.*

De rest van het lichaam volgt snel na de geboorte van de schouders. De baby wordt op de buik van de moeder gelegd.

=> *De camera volgt de baby vanaf de vagina naar de buik van de moeder.*

De baby wordt afgenveld. Er worden twee kochers geplaatst waartussen geknipt wordt.

=> *De camera is richting navelstreng.*

Er wordt aan de buik van de mama gevoeld (handgreep van Küstner). Er wordt een steriele doek op de buik van de mama gelegd zodat de baarmoeder door de steriele persoon kan worden gemasseerd. Indien de navelstreng naar buiten komt, is de handgreep positief, indien de navelstreng intrekt is deze negatief.

=> *De camera richting de buik van de moeder.*

De placenta wordt in een draaiende beweging en via de zwaartekracht geboren.

=> *De camera richting vagina opening.*

Het perineum wordt gecontroleerd

=> *De camera richting de vaginale opening.*



Scenario 'Openen steriele set'

Benodigdheden:

- Handalcohol
- Alcohol 70%
- Steriele set
- Steriele instrumenten

Scenario 'openen steriele set': richtlijn bij het filmen met gebruik van één camera.

Het werkveld wordt ontsmet met alcohol 70%.

=> *De camera richting de tafel.*

Ontsmet de handen.

=> *De camera richting de handen.*

De verpakking wordt op de tafel geplaatst.

=> *De camera richting de tafel.*

De plastic verpakking wordt geopend.

=> *De camera richting de tafel.*

De steriele set wordt uit de geopende verpakking genomen.

=> *De camera richting de tafel.*

De zegel op de verpakking wordt aangewezen, deze is duidelijk niet verbroken.

=> *De camera zoomt in op de zegel.*

De zegel wordt verbroken en de set wordt geopend.

=> *De camera zoomt terug uit, gericht op de tafel.*

De tafel wordt in de lengte geopend dit door de handen onder de steriele omslag te schuiven en te openen.



=> *De camera richting de tafel (de volledige tafel zeker in beeld).*

De tafel is geopend en klaar om gerangschikt te worden.

Scenario 'Aantrekken van steriel materiaal'

Benodigdheden:

- Steriele schort
- Steriele handschoenen
- Verlosset + instrumenten.

Scenario 'aantrekken van steriel materiaal': richtlijn bij het filmen.

De schort wordt bovenaan vastgenomen en er wordt een grote stap naar achteren gezet.

De schort valt open (opletten dat niets aangeraakt wordt).

=> *GoPro op het hoofd.*

De handen worden in de mouwen gebracht.

=> *GoPro op het hoofd.*

Een hulppersoon zorgt dat de mouwen goed aansluiten. Met de handen wordt langs binnen de schort beter om de armen gedaan.

=> *Camera filmt de persoon langs achter.*

De hulppersoon plakt de sluiting aan de nek toe en knoopt de touwtjes aan de rug

=> *Camera filmt de personen langs achter.*

De persoon met schort trekt de steriele handschoenen aan.

=> *GoPro op het hoofd.*

De plastic verpakking wordt geopend.

=> *Camera richting de verpakking*



Shotlist

Vorbereiding

Het scenario wordt gefilmd in een verloskamer. Aangezien de vrouw 10 cm ontsluiting heeft, kan de uitdrijvingsfase beginnen. De gynaecoloog ontsmet de handen, trekt de steriele schort en handschoenen aan. De steriele tafel wordt geordend.

Shot #	Locatie	Type shot	Camera-beweging	Beschrijving shot	Dialog
1	Verloskamer	Ruim totaal		De gynaecoloog komt binnen	
2		Close-up		De gynaecoloog ontsmet de handen	
3		Close-up		De gynaecoloog trekt de schort en handschoenen aan	
4		Ruim totaal		De gynaecoloog is klaar voor de bevalling.	

Indaling

De baby daalt verder in, de vrouw duwt mee op elke contractie. Na verloop van tijd gaat vagina opening wijken. De baby zakt bij elke persbeweging en verdwijnt tussen de contracties door.



Shot #	Locatie	Type shot	Camera-beweging	Beschrijving shot	Dialogoog
5	Verloskamer	Close up		Er wordt een vaginaal toucher uitgevoerd om de stand van het hoofd te bepalen.	

Deflexie met uitdrijving van het hoofd

Dit gebeurt in vier fasen: het hoofd zal zich eerst aanpassen aan de schede. Vervolgens gaat het hoofd insnijden: bij een contractie wordt het hoofd zichtbaar, nadien verdwijnt het weer in de schede. Het staan van het hoofd: het hoofdje blijft in de schede staan. (indien nodig plaatst de gynaecoloog nu een episiotomie). Als laatste gaat het hoofd doorsnijden: het hoofd wordt geboren.

Shot #	Locatie	Type shot	Camera-beweging	Beschrijving shot	Dialogoog
6	Verloskamer	Close up vagina opening		Het hoofd snijdt langzaam in.	
7		Close up vagina opening		Het hoofd staat nu in de schede.	
(8)		Close up vagina opening		De gynaecoloog plaatst een episiotomie.	
9		Ruim beeld		Het hoofd snijdt door, de gynaecoloog geeft tegendruk en een damsteun.	



10		Close up vagina opening		De gynaecoloog voelt of er een omstrengeling is.	
(11)		Close up vagina opening		Los: over het hoofd geschoven.	
(11)		Close up vagina opening		Strak: afnavelen.	

Uitwendige spildraai

Het hoofdje is geboren. De schouders kiezen de weg van de minste weerstand in het bekken en er zal weer een spildraai plaatsvinden. Uitwendig is deze waarneembaar (het hoofd gaat draaien naar de zijkant).

Shot #	Locatie	Type shot	Camera-beweging	Beschrijving shot	Dialogoog
12	Verloskamer	Close up vagina opening		Het hoofd draait uitwendig.	

Geboorte

Het hoofd wordt omvat door een vorkgreep voor de geboorte van de schouders. Er wordt een neerwaartse beweging gemaakt voor de geboorte van de voorste schouder en een opwaartse beweging voor de geboorte van de onderste schouder. De rest van het lichaam volgt. De baby wordt op de buik van de moeder gelegd.



Shot #	Locatie	Type shot	Camera-beweging	Beschrijving shot	Dialoog
13	Verloskamer	Ruim totaal		De gynaecoloog omvat het hoofd in een vorkgreep.	
14		Ruim totaal		De gynaecoloog maakt een neerwaartse beweging voor de geboorte van de eerste schouder.	
15		Ruim totaal		De gynaecoloog maakt een opwaartse beweging voor de geboorte van de tweede schouder.	
16		Ruim totaal		De gynaecoloog vangt de baby op.	
17		Close up buik moeder		De baby wordt op de buik van de mama gelegd	
18		Close up navelstreng		De baby wordt afgenveld.	

Nageboorte

Het perineum wordt gecontroleerd op rupturen. Er wordt een handgreep van Küstner uitgevoerd om na te gaan of de placenta reeds is losgekomen. Indien dit het geval is, volgt de geboorte van de placenta. Indien niet, dient nog te worden afgewacht.



Shot #	Locatie	Type shot	Camera-beweging	Beschrijving shot	Dialoog
19	Verloskamer	Close up vagina opening		Het perineum wordt gecontroleerd.	
20		Close up buik		Handgreep van Küstner	
21		Close up vagina opening		Geboorte van de placenta.	
22		Close up placenta		Controle van de placenta.	
23		Close up vagina opening		Hercontrole voor rupturen.	
(24)		Close up vagina opening		Hechten van de eventuele ruptuur.	
25		Ruim total		De baby die skint bij de mama.	



Begeleidende tekst bij het filmpje

Ontsmet het werkvlak waar de steriele set zal worden op opengelegd. Gebruik hiervoor alcohol 70%. Zorg dat het gehele vlak goed ontsmet wordt.

Ontsmet ook grondig de handen: de handpalm, de handrug, de vingers, tussen de vingers en de pols.

Neem de steriele set uit de verpakking.

Via de ongeschonden zegel ziet men dat het om een steriele inhoud gaat. Om de set te openen, moet eerst de zegel verbroken worden.

Vouw nu de zijkanten open. Plaats de handen onder de omslag om zo één zijde van de set open te vouwen. Vervolgens verplaatst men zich naar de andere kant van de tafel om de set volledig te openen.

De instrumenten worden nu op een steriele manier op de tafel gelegd. Open de eerste verpakking. De tweede verpakking wordt geopend aan de kant van de handvaten. Neem de verpakking vast bij de randen, vouw de randen, bij het opentrekken om. Op die manier raken de instrumenten de randen niet aan. De instrumenten mogen vanop een hoogte op de tafel vallen.

Neem nu de steriele schort van de tafel. Om deze steriel te houden, wordt de schort bij de schouders vastgenomen en wordt een grote stap achteruitgezet van de tafel weg. De schort valt zo mooi open, zonder ergens tegen te stoten. Plaats je handen in de daarvoor bestemde mouwen.



Voor het sluiten van de schort is een tweede persoon, meestal de vroedvrouw, nodig. Eerst wordt de bovenste klever gesloten, nadien wordt een strik gemaakt met de twee touwen die zich op heuphoogte bevinden. Deze persoon mag je verder niet aanraken.

Na de schort is het nu tijd voor de handschoenen. Open de verpakking en vouw vervolgens de binnenverpakking open. Trek eerst de linkerhandschoen aan, de omgeslagen boord mag hierbij aangeraakt worden. De linkerhand wordt in de handschoen gebracht zonder de buitenkant aan te raken. De steriele vingers van de linkerhand worden vervolgens onder de omslag van de rechterhandschoen gebracht. Nadien wordt de rechterhand in de handschoen gebracht zonder de buitenzijde aan te raken. Als laatste worden de handschoenen volledig over de manchet van de steriele schort getrokken.

Dankzij de steriele handschoenen kan het laatste deel van de schort gesloten worden. De steriele persoon geeft het uiteinde (papieren kaartje) aan de tweede persoon en draait om zijn as. Het rode gedeelte mag door de niet steriele persoon worden aangeraakt. De schort wordt nu volledig dichtgemaakt.

Bij het aangeven van het materiaal, wordt de verpakking op een juiste manier geopend. De steriele persoon neemt het materiaal loodrecht uit de verpakking.

Als er extra materiaal aan de tafel dient toegevoegd te worden kan een tweede persoon dit doen. Dit dient eveneens op een steriele manier te gebeuren, zoals daarnet uitgelegd bij het openen van de steriele instrumenten.

Schik nu het materiaal op de steriele tafel. De instrumenten moeten binnen handbereik zijn en worden dus op de meest nabije strook van de tafel gelegd. Naaldvoerder, pincet en schaar worden aan de kant gelegd om eventueel te gebruiken bij het hechten. Twee



kochers en een episiotomieschaar worden zo dicht mogelijk bij de verlostafel gelegd zodat deze binnen handbereik zijn. Omwille van steriliteit is het nodig materiaal op 2cm van de rand te plaatsen. Kompressen worden ernaast en dus ook binnen handbereik klaargelegd. De optreknaald wordt op een spuit van 20 ml geplaatst en dient om eventuele verdoving op te trekken. De intramusculaire naald wordt in de buurt van de spuit gelegd. Met de donkerblauwe doeken wordt een damsteun uitgevoerd bij de geboorte van het hoofd en de achterste schouder. Ook deze doeken moeten gemakkelijk van de tafel afneembaar zijn.

Gedurende de contracties gaat het hoofd verder indalen. Tijdens een eerste fase gaat het hoofd insnijden. Typisch hierbij is dat het hoofd steeds na de contracties terug vaginaal verdwijnt. De rekbaarheid van het perineum wordt gecontroleerd. Bij een volgende fase gaat het hoofd staan. Dit betekent dat het hoofd ter plaatste blijft en niet meer terug in de vagina trekt. Bij een volgende contractie is het belangrijk om een damsteun uit te voeren om zo het hoofd langzaam te laten geboren worden. Bij een damsteun wordt met de hand een liggende L gevormd om zo een tegendruk op het perineum uit te oefenen. Belangrijk hierbij is dat de basis van de vagina zichtbaar blijft, zodat een eventuele ruptuur kan worden opgemerkt. Daarnaast wordt er tegen het hoofd met de andere hand lichte tegendruk gegeven zodat het perineum stelselmatig kan openrekken en de flexie van het hoofd behouden blijft.

Na de geboorte van het hoofd wordt gekeken of er geen navelstrengomstrengeling is. Vervolgens maakt het kind een uitwendige spildraai waardoor de pijnnaad opnieuw dwars komt te liggen en het gezichtje dus naar de zijkant gericht is. Op die manier liggen de schouders in de voor-achterwaartse diameter waardoor de geboorte van de schouders vergemakkelijkt wordt. Het hoofd wordt nu omvat met een vorkgreep om de bovenste schouder te laten geboren worden. Bij de geboorte van de onderste schouder wordt



opnieuw een damsteun uitgevoerd. De geboorte van de rest van het lichaam volgt nu vlot. Hierbij moet de stuit in vorkgreep omvat worden.

Bij het afnavelen worden er twee steriele kochers op de navelstreng geplaatst waartussen geknipt zal worden om de verbinding tussen kind en placenta te verbreken. Hierbij moet de navelstreng bloedloos getrokken worden om bloedspatten te vermijden. Dit leegtrekken gebeurt van de baby weg.

Om te kijken of de placenta is losgekomen van de baarmoederwand wordt de handgreep van Küstner toegepast. Hierbij wordt de bovenkant van de baarmoeder gemasseerd, terwijl men de navelstreng loslaat. Indien de navelstreng tijdens de handgreep opnieuw naar binnen trekt, is de placenta nog niet los en dient men nog even af te wachten. Wanneer de navelstreng meer naar buiten wordt gedreven, is de placenta losgekomen en kan deze in een draaiende beweging geboren worden.

Nu gaat men de parturiënte installeren in de lithotomiehouding. Dit is de klassieke wijze van bevallen. De vrouw ligt in ruglig op het bed, haar benen zullen in de steunen geplaatst worden, deze zijn daar speciaal voor ontworpen. Haar voeten bevinden zich hoger dan de heupen. Het perineum is in deze houding goed zichtbaar. De zwangere vrouw schuift met haar zitvlak tot aan de rand van het bed.

De perstechniek wordt door de vroedvrouw aan de parturiënte uitgelegd. Men zegt: "Een diepe hap lucht te nemen, vervolgens de adem te blokkeren, de kin op de borst te plaatsen en te persen als bij het stoelgang maken."

Bij deze bevalling wordt er gekozen om het perineum te infiltreren. Dit houdt concreet in dat de plaats waar de episiotomie komt, wordt verdoofd. Tekenen waarbij gekozen kan worden voor een perineuminfiltratie zijn: het wit wegtrekken van het perineum, vaginaal



bloedverlies door een beginnende ruptuur, een stug/niet oprekbaar perineum en een korte afstand tussen de vagina opening en de anus. Het laatste is bij deze parturiënte niet van toepassing.

Een infiltratie gebeurt op volgende wijze: plaats de naald intramusculair in de bekkenbodemspieren, verdoof de plaats waar men de episiotomie zal plaatsen en de zone erboven en eronder. Vergeet niet om steeds te aspireren!

De baby is nu verder aan het insnijden. (Begeleiding door monitorgeluid)

Plaatst de episiotomie wanneer het hoofdje staat. Dit wil zeggen dat tussen de weeën het hoofdje ter plaatse blijft. De episiotomie wordt rechts en mediolateraal geplaatst. Bij de episiotomie wordt door drie lagen geknipt namelijk de vaginale mucosa, de spierlaag van de bekkenbodemspieren en de huid. Gemiddeld is de episiotomie 3 cm lang.

Bij de geboorte van het hoofd wordt een damsteun uitgevoerd, indien het hoofdje te vlot doorsnijdt, wordt het eventueel tegengehouden met de vrije hand. Men kan de vrouw ook vragen even te stoppen met persen.

Na de geboorte van het hoofd volgt de uitwendige spildraai en de geboorte van de schouders. Eerst wordt de bovenste schouder geboren. Vervolgens de onderste schouder. Hierbij wordt bij de laatste opnieuw een damsteun uitgevoerd. Nadien volgt de geboorte van het lichaam.

Na de bevalling wordt de baby op de blote huid van de mama gelegd.

Bij het afnavelen plaatst men twee kochers. Hiertussen kan de partner, indien deze dit wenst, de navelstreng doorknippen.

Dit is de handgreep van Küstner, als evaluatietechniek om te kijken of de placenta reeds van de baarmoederwand is losgekomen. Dit is nog niet het geval. Wacht verder af.



De placenta is nu zichtbaar in de vaginaholte, men kan dus duidelijk stellen dat deze van de baarmoederwand is losgekomen. Via een zachte tractie en het persen van de mama wordt de placenta geboren. Deze wordt via de zwaartekracht en in een circulaire beweging geboren. De placenta wordt in een kom opgevangen om deze nadien te controleren op volledigheid.

Na de geboorte van de placenta is het belangrijk na te gaan of deze volledig is. Indien dit niet het geval is, kan er een postpartum bloeding optreden. Start de controle bij het maternale deel. Dep de randen droog en controleer of er geen deel ontbreekt. Indien de placenta na het droogdeppen bv. opnieuw begint te bloeden, is dat een indicatie dat er een deel tekort is. Indien de buitenranden gaaf zijn, wordt er naar het oppervlak gekeken. Controleer of er geen openstaande ruimten zijn of openstaande bloedvaten die duiden op een afgescheurd deel.

Controleer ook de navelstreng. Bij deze zijn er duidelijke verdikkingen in de gelei van Wharton zichtbaar, dat is geen probleem. Er zijn geen knopen aanwezig. Er zijn duidelijk twee arteriën en een vene aanwezig, dit dient ook steeds gecontroleerd te worden.

Bij het nakijken van de vliezen kan men een duidelijk onderscheid maken tussen het chorionvlies en het amnionvlies.

Aan de foetale zijde ziet men het glanzende aspect, de bloedvaten zijn zeer goed zichtbaar. Hier heeft de navelstreng een marginale insertie, een navelstreng die ingeplant is op de rand van de placenta.

Als de placenta volledig is, wordt de episiotomie gehecht.

Zoals al eerder vermeld is er bij de episiotomie door 3 lagen heen geknipt: de vaginale mucosa (ofwel het vaginale slijmvlies), de spierlaag en de huid. Hecht deze lagen één voor



één. Start met de vaginale mucosa. Vaak wordt ervoor gekozen deze met een doorlopende hechting te hechten.

Nadien volgt de spierlaag. Het is hierbij belangrijk om het natuurlijke verloop van de spieren te volgen. Deze lopen niet recht, maar eerder in een halve cirkel over het perineum. Er wordt gekozen om met enkelvoudige hechtingen te werken, deze gaan van diep naar oppervlakkig.

Als laatste wordt de huid gehecht. Om preciezer te werk te gaan, kan gekozen worden voor een pincet. Hier kiest men om enkelvoudige hechtingen te plaatsen. Er zijn meerdere manieren waarop men de huid kan hechten bv. onderhuids, via Donati hechtingen,...

Bij het hechten is het belangrijk dat de pas bevallen vrouw haar bekkenbodem ontspant. Indien zij voldoende verdoofd is, voelt zij geen pijn. Het is normaal dat ze voelt dat er wordt gehecht, maar dit mag dus niet pijnlijk aanvoelen. Vragen als "heeft u pijn?", geven de mogelijkheid om in te schatten of de vrouw al dan niet extra verdoving nodig heeft.



Instructiefilm: Werkwijze

Tijdstip	Gebeurtenis
Voorjaar 2016	Indienen van de aanvraag tot het filmen van een vaginale bevalling voor educatieve doeleinden voorgelegd aan de commissie voor medische ethiek van het betrokken ziekenhuis (zie bijlage).
Augustus 2016	Goedkeuring door de commissie (zie bijlage).
Augustus 2016	Opstellen van checklists omtrent het wassen en ontsmetten van de handen, het openleggen van de steriele set, het steriel aankleden en de vaginale bevalling.
Augustus 2016	Opmaken van het scenario en een shotlist.
Oktober 2016	Informeren van de gynaecologen en de vroedvrouwen van het betrokken ziekenhuis omtrent het doel en de doelgroep met de vraag om ons bij te staan in de zoektocht naar geschikte kandidaten.
Oktober 2016	Opmaken van een poster om kandidaten te rekruteren.
	Filmen van de vaginale bevalling.
Februari - maart 2017	Filmen van de vaginale bevalling op het fantoom, inclusief de handelingen die behoren tot de voorbereiding.
Februari - mei 2017	Sorteren, knippen en monteren van het beeldmateriaal. Toevoegen van teksten (geschreven en gesproken) en muziek.
Maart- mei 2017	Voorstelling film aan medestudenten en betrokkenen ter evaluatie.



BIBLIOGRAFIE

- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119(10), 1238-1246. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth*, 25(3), e37-43. doi:10.1016/j.wombi.2011.09.002
- Ayers, S. (2014). Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*, 30(2), 145-148. doi:10.1016/j.midw.2013.12.001
- Bick, D. (2010). Media portrayal of birth and the consequences of misinformation. *Midwifery*, 26(2), 147-148. doi:10.1016/j.midw.2010.02.002
- Elvander, C., Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth*, 40(4), 289-296. doi:10.1111/birt.12065
- Erlandsson, K., Lustig, H., & Lindgren, H. (2015). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden - a phenomenological description. *Sex Reprod Healthc*, 6(4), 226-229. doi:10.1016/j.srhc.2015.06.002
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239-246. doi:10.1016/j.midw.2014.09.003
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 191. doi:10.1186/1471-2393-14-191
- Guszkowska, M. (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping*, 27(2), 176-189. doi:10.1080/10615806.2013.830107



- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1), 55. doi:10.1186/1471-2393-12-55
- Hauck, Y. L., Stoll, K. H., Hall, W. A., & Downie, J. (2016). Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. *Women Birth*, 29(6), 511-517. doi:10.1016/j.wombi.2016.05.001
- Isbir, G. G., & Sercekus, P. (2015). The Effects of Intrapartum Supportive Care on Fear of Delivery and Labor Outcomes: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *J Nurs Res*. doi:10.1097/jnr.0000000000000129
- Jokic-Begic, N., Zigic, L., & Nakic Rados, S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 35(1), 22-28. doi:10.3109/0167482X.2013.866647
- Karabulut, O., Coskuner Potur, D., Dogan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev*, 63(1), 60-67. doi:10.1111/inr.12223
- Klabbers, G. A., Wijma, K., Paarlberg, K. M., Emons, W. H., & Vingerhoets, A. J. (2014). Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*, 14, 385. doi:10.1186/1472-6882-14-385
- Nieminen, K., Malmquist, A., Wijma, B., Ryding, E. L., Andersson, G., & Wijma, K. (2015). Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study. *Bjog*, 122(9), 1259-1265. doi:10.1111/1471-0528.13358
- Nilsson, C. (2014). The delivery room: is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sex Reprod Healthc*, 5(4), 199-204. doi:10.1016/j.srhc.2014.09.010



- Paulson, S., Davidson, R., Jha, A., & Kabat-Zinn, J. (2013). Becoming conscious: the science of mindfulness. *Ann N Y Acad Sci*, 1303, 87-104. doi:10.1111/nyas.12203
- Pazzagli, C., Laghezza, L., Capurso, M., Sommella, C., Lelli, F., & Mazzeschi, C. (2015). Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Infant Ment Health J*, 36(1), 62-74. doi:10.1002/imhj.21483
- Rahnama, P., Mohammadi, K., & Montazeri, A. (2016). Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran. *Reprod Health*, 13, 7. doi:10.1186/s12978-016-0120-5
- Raisanen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 3(11), e004047. doi:10.1136/bmjopen-2013-004047
- Raisanen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2014). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *Bjog*, 121(8), 965-970. doi:10.1111/1471-0528.12599
- Roosevelt, L., & Low, L. K. (2016). Exploring Fear of Childbirth in the United States Through a Qualitative Assessment of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 45(1), 28-38. doi:10.1016/j.jogn.2015.10.005
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E., Ryding, E. L., & Saisto, T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience--a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 36(1), 1-9. doi:10.3109/0167482X.2014.980722
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *Bjog*, 120(1), 75-84. doi:10.1111/1471-0528.12011



- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E., & Saisto, T. (2015). Life satisfaction, general well-being and costs of treatment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psychoeducative group or conventional care attendance. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 94(5), 527-533. doi:10.1111/aogs.12594
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A. S., Wangel, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., . . . Bidens, G. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*, 42(1), 48-55. doi:10.1111/birt.12147
- Salomonsson, B., Bertero, C., & Alehagen, S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 42(2), 191-202. doi:10.1111/1552-6909.12024
- Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 34(3), 116-121. doi:10.3109/0167482X.2013.824418
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth*, 29(3), 203-207. doi:10.1016/j.wombi.2015.10.009
- Stoll, K., & Hall, W. (2013). Vicarious birth experiences and childbirth fear: does it matter how young canadian women learn about birth? *J Perinat Educ*, 22(4), 226-233. doi:10.1891/1058-1243.22.4.226
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P., & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30(2), 220-226. doi:10.1016/j.midw.2013.07.017
- Stoll, K., & Hall, W. A. (2013). Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. *Qual Health Res*, 23(11), 1495-1505. doi:10.1177/1049732313507501
- Stoll, K., Hauck, Y., Downe, S., Edmonds, J., Gross, M. M., Malott, A., . . . Hall, W. A. (2016). Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sex Reprod Healthc*, 8, 49-54. doi:10.1016/j.srhc.2016.02.004



- Storksén, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91(2), 237-242. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x
- Storksén, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92(3), 318-324. doi:10.1111/aogs.12072
- Sydsjö, G., Bladh, M., Lilliecreutz, C., Persson, A. M., Vyoni, H., & Josefsson, A. (2014). Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth - a retrospective case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 126. doi:10.1186/1471-2393-14-126
- Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 115. doi:10.1186/s12884-015-0548-6
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91(1), 44-49. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x
- Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Okano, T., & Severinsson, E. (2014). Antenatal fear of childbirth and sense of coherence among healthy pregnant women in Japan: a cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health*, 17(5), 403-409. doi:10.1007/s00737-014-0415-x
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women Birth*, 29(3), e44-49. doi:10.1016/j.wombi.2015.11.009
- Toohill, J., Creedy, D. K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice - An Australian perspective. *Women Birth*, 28(4), 310-316. doi:10.1016/j.wombi.2015.05.002



Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. L. (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth, 41*(4), 384-394. doi:10.1111/birt.12136

Veringa, I. K., de Bruin, E. I., Bardacke, N., Duncan, L. G., van Steensel, F. J., Dirksen, C. D., & Bogels, S. M. (2016). 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry, 16*(1), 377. doi:10.1186/s12888-016-1070-8



BIJLAGEN

WDEQ-A

Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ version A)

© 2004 K. Wijma & B. Wijma

INSTRUCTIE

Deze vragenlijst gaat over gevoelens en gedachten die vrouwen kunnen hebben betreffende een komende bevalling.

Het antwoord op elke vraag wordt gegeven op een schaal van 0 tot 5. De uitersten op de schaal (0 en 5) vertegenwoordigen de contrasten van een bepaald gevoel of een bepaalde gedachte.

U kunt antwoorden door een cirkel te plaatsen rond het cijfer dat het beste overeenkomt met **hoe U zich nu voorstelt**, dat Uw bevalling zal verlopen.

Antwoordt graag **zo zoals U zich voorstelt** dat Uw bevalling wordt – *niet zoals U wenst dat de bevalling zal worden!*

Denkt U eraan, dat de antwoorden zo zijn geformuleerd dat "veel" de ene keer iets erg positiefs kan betekenen en de andere keer iets erg negatiefs. Daarom is het nodig dat U er bij elke vraag even over nadenkt welk cijfer U zult omcirkelen.

Als U de vragenlijst hebt ingevuld, willen wij graag dat U controleert of U geen vraag hebt overgeslagen.

I Hoe denkt U, dat Uw bevalling, alles bijelkaar genomen, zal worden?

1	Heel erg	0	1	2	3	4	5	Helemaal niet
	fantastisch							fantastisch



2	Heel erg afschuwelijk	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet afschuwelijk
---	--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

II Hoe denkt U, dat U zich zult voelen tijdens de bevalling?

3	Heel erg eenzaam	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet eenzaam
---	---------------------	--------------------------------------	--------------------------

4	Heel erg sterk	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet sterk
---	-------------------	--------------------------------------	------------------------

5	Heel erg zeker	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet zeker
---	-------------------	--------------------------------------	------------------------

6	Heel erg bang	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet bang
---	------------------	--------------------------------------	-----------------------

7	Heel erg overgeleverd	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet overgeleverd
---	--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

8	Heel erg zwak	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet zwak
---	------------------	--------------------------------------	-----------------------

9	Heel erg veilig	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet veilig
---	--------------------	--------------------------------------	-------------------------

10	Heel erg zelfstandig	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet zelfstandig
----	-------------------------	--------------------------------------	------------------------------

11	Heel erg onverschillig	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet onverschillig
----	---------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

12	Heel erg gespannen	0 1 2 3 4 5	Helemaal niet gespannen
----	-----------------------	--------------------------------------	----------------------------



13	Heel erg blij	0	1	2	3	4	5	Helemaal niet blij
14	Heel erg trots	0	1	2	3	4	5	Helemaal niet trots
15	Heel erg in de steek gelaten	0	1	2	3	4	5	Helemaal niet in de steek gelaten
16	Heel erg kalm	0	1	2	3	4	5	Helemaal niet kalm
17	Heel erg ontspannen	0	1	2	3	4	5	Helemaal niet ontspannen
18	Heel erg gelukkig	0	1	2	3	4	5	Helemaal niet gelukkig

III Wat denkt U, dat U gaat voelen tijdens de bevalling?

19	Heel erge paniek	0	1	2	3	4	5	Helemaal geen paniek
20	Heel erge hopeloosheid	0	1	2	3	4	5	Helemaal geen hopeloosheid
21	Heel sterk verlangen naar het kind	0	1	2	3	4	5	Helemaal geen verlangen naar het kind
22	Heel groot vertrouwen in mijzelf	0	1	2	3	4	5	Helemaal geen vertrouwen in mijzelf
23	Totaal vertrouwen	0	1	2	3	4	5	Helemaal geen vertrouwen



24 Heel erge pijn 0 1 2 3 4 5 Helemaal geen pijn

IV Wat denkt U, dat er gaat gebeuren als de bevalling op zijn intensiefst is?

25 Ik gedraag mij heel erg onbehoorlijk 0 1 2 3 4 5 Ik gedraag helemaal niet onbehoorlijk

26 Ik durf mij helemaal over te geven aan wat er in mijn lichaam gebeurt 0 1 2 3 4 5 Ik durf mij helemaal niet over te geven aan wat er in mijn lichaam gebeurt

27 Ik verlies totaal de controle over mijzelf 0 1 2 3 4 5 Ik verlies helemaal niet de controle over mijzelf

V Hoe denkt U, dat het zal voelen om tenslotte de baby te baren?

28 Heel erg plezierig 0 1 2 3 4 5 Helemaal niet plezierig

29 Heel erg natuurlijk 0 1 2 3 4 5 Helemaal niet natuurlijk

30 Heel erg vanzelfsprekend 0 1 2 3 4 5 Helemaal niet vanzelfsprekend

31 Heel erg gevaarlijk 0 1 2 3 4 5 Helemaal niet gevaarlijk

VI Hebt U tijdens de laatste maand fantasieën gehad over de bevalling zoals bijvoorbeeld ...

32 ... fantasieën dat het zou kunnen gebeuren dat het kind sterft tijdens de bevalling?

Nooit 0 1 2 3 4 5 Heel vaak



33 ... fantasieën dat het zou kunnen gebeuren dat het kind ietsel oploopt tijdens de bevalling?

Nooit

0

1

2

3

4

5

Heel vaak

Wilt U nu controleren dat U geen vraag hebt overgeslagen?



Documenten ethische commissie

Aanmeldingsformulier klinische studie

1. Titel van het onderzoek : Ontwikkeling van een film van een normale, vaginale bevalling met als doel educatief materiaal te kunnen aanbieden aan studenten vroedkunde van Odisee hogeschool.

2. Naam van de onderzoeker(s)[de eerste onderzoeker moet een persoon zijn die vast verbonden is aan de dienst (geen ASO)]

Functie: naam begeleidende arts en hoofdvroedvrouw

Telefoonnummer : contact gegevens begeleidende arts en hoofdvroedvrouw

Fax :

3. Is er een financiële sponsor voor dit project ?

☐ Ja x Neen

Zo ja

☐ Farmaceutische industrie (welke ?)

☐ FWO-Vlaanderen

☐ Andere (welke ?)

4. Is het onderzoek

• monocentrisch? x Ja ☐ Neen

• multicentrisch? ☐ Ja x Neen

Zo ja, welke centra?

• multinationaal - nationaal



5. Is het onderzoek
~~diagnostisch~~ | therapeutisch | fysiologisch | ~~fysiopathologisch~~ | ~~morfologisch~~ of
~~epidemiologisch~~ (*schrappen wat niet past*)

- 6a. Korte samenvatting van het protocol (binnen de voorziene ruimte en verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie; verwijst niet alleen naar een bijgevoegd protocol).

Het doel van dit project is een educatieve film aan te bieden aan studenten Vroedkunde van de Odisee Hogeschool om hen een optimale opleiding te kunnen aanbieden.

In uitbreiding zou deze film ook kunnen gebruikt worden om andere mogelijke betrokkenen, zijnde spoedartsen en –verpleegkundigen, arts-assistenten gynaecologie/verloskunde en student vroedvrouwen van andere ziekenhuizen, universiteiten en hogescholen een optimaal voorbeeld te kunnen geven van hoe een normale vaginale bevalling wordt uitgevoerd.

Er zullen een drietal zwangeren worden gerecruteerd via de gynaecologen/vroedvrouwen die in aanmerking komen om deel te nemen. Dit betekent dat deze zwangeren een probleemloze zwangerschap achter de rug hebben en waarbij een geplande bevalling (inductie) is voorzien (dit om het filmen te kunnen voorbereiden op het moment van de bevalling zelf).

- 6b. Welke zijn de argumenten (theoretische, experimentele of andere) die een voordeel laten verwachten van de te testen nieuwe methode, van het te testen nieuwe preparaat, etc. boven de gekende en reeds gebruikte?
Niet van toepassing



7. Werd een analoog onderzoek reeds elders uitgevoerd, hetzij in zijn geheel, hetzij gedeeltelijk?
☐ Ja ☒ Nee
Zo ja, waar ?
Wat was het resultaat?
Waarom wordt het in deze studie hernomen?
8. Zal een chemische substantie toegediend worden ?
☐ Ja ☒ Neen
Langs welke weg ?
Naam en oorsprong van de substantie
Aan wie wordt de receptie, opslag, verdeling en terugsturen van niet-gebruikte chemische substanties toevertrouwd?
Zullen radio-isotopen toegediend worden ?
☐ Ja - ☒ Neen
Welke?
9. Indien het om een nieuwe substantie gaat, heeft de onderzoeker kennis genomen van het volledig toxicologisch | dierfarmacologisch en humaan dossier?
☐ Ja ☐ Neen
Zo neen, leg uit: Niet van toepassing
10. Keuze van de proefpersonen:
Gezonde? ☒ Ja ☐ Neen
Patiënten lijdend aan : zwangere vrouwen
Zwangere vrouwen ~~of vrouwen die tijdens het onderzoek zwanger kunnen worden?~~
☒ Ja ☐ Neen



Aantal proefpersonen: max. drie

Leeftijd: tussen 20 en 40 jaar

Geslacht: vrouw

Hoe worden ze gerekruteerd? Via gynaecoloog en/of vroedvrouw verbonden aan het betrokken ziekenhuis.

- 11a. Heeft het experiment een diagnostisch of therapeutisch doel dat onmiddellijk voordeel aan de onderzochte zal brengen?
- ☐ Ja x Neen
- b. Maakt het experiment deel uit van een diagnostisch en therapeutisch plan waarvan men mag verwachten dat de resultaten binnen afzienbare tijd voor andere zieken nuttig zullen zijn?
- ☐ Ja x Neen
- c. Maakt het experiment deel uit van een geheel van onderzoeken waarvan het diagnostisch of therapeutisch belang niet onmiddellijk duidelijk is, maar waarvan mag worden verwacht dat de resultaten later tot diagnostische of therapeutische toepassingen of tot een betere kennis van de fysiopathologische mechanismen zullen leiden ?
- ☐ Ja x Neen
12. Welke investigaties zijn voorzien gedurende het onderzoek, hoe frequent en gedurende welke tijd ?
- A.** Zuiver klinische evaluaties, om de : éénmalig, tijdens de bevalling
- B.** Andere:
- Technische prestaties (vb. ECG, EMG, ...)
 - Welke.....
 - om de.....



- Radiografische en | of isotopische investigaties
 - Welke.....
 - om de.....
- Bloedafnamen.....
- Weefselafname.....
- Apotheek.....
- Paramedici.....

C. Dient patiënt te overnachten in het kader van de studie: Ja | **Neen**

13.

A. Rekening houdend met de huidige gegevens van de wetenschap, meent u dat deze studie:

- ☒ waarschijnlijk geen enkel risico inhoudt
- ☐ een mogelijk risico inhoudt.
welk?
frequentie?
- ☐ zeer waarschijnlijk een risico inhoudt.
welk?
frequentie?

B. Welke zijn de meest voorkomende bijwerkingen van het preparaat onder studie?
Geen

14. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. WILSBEKWAME VOLWASSENEN

☒ Ja ☐ Neen



Wordt de toestemming van de proefpersonen bekomen na een klare en objectieve uiteenzetting van het doel van het onderzoek ?

Schriftelijk: x Ja ☐ Neen

Mondeling: x Ja ☐ Neen

Zo neen, waarom niet ?

Wordt in dit laatste geval de toestemming gegeven door anderen dan de proefpersonen?

☐ Ja x Neen

Zo ja, door wie?

Zijn er speciale groepen : eigen studenten, eigen personeel? Eventueel personeel van het betrokken ziekenhuis indien zij tot de doelpopulatie behoren

B. WILSONBEKWAME VOLWASSENEN

☐ Ja x Neen

(= sommige psychiatrische patiënten, personen in de onmogelijkheid hun wil te uiten, ...)

Wordt de toestemming gegeven door anderen dan de proefpersonen?

☐ Ja x Neen

Zo ja, door wie?

C. KINDEREN

☐ Ja x Neen

Wordt de toestemming gevraagd aan hun wettelijke verantwoordelijken?

☐ Ja x Neen



15. Is het informatieformulier voor de proefpersonen in bijlage gevoegd?
x Ja ☐ Neen
Zo neen, waarom niet ?
16. Is het formulier voor schriftelijk consent in bijlage gevoegd ?
x Ja ☐ Neen
Zo neen, waarom niet ?
17. Zullen de personen in de loop van deze studie voortdurend onder medisch toezicht staan? x Ja (tijdens de bevalling) ☐ Neen
Wie is de toezichthoudende geneesheer ? de behandelende arts
Zal dit toezicht, zo nodig, verzekerd kunnen worden tijdens de uren die op de studie volgen?
x Ja (door de vroedvrouwen van de dienst verloskamer/materniteit) ☐ Neen
Als de persoon naar huis terugkeert tijdens de uren die op het onderzoek volgen, zal in geval van nood, snel contact met een geneesheer kunnen opgenomen worden?
x Ja ☐ Neen
Naam van deze geneesheer ? behandelende arts/vroedvrouw
18. Is de onderzoeker voor deze studie tegen eventuele ongevallen verzekerd? Ja
A. Door welke verzekeringspolis bent U verzekerd ? Ethias (polis Odisee hogeschool via Ethias) attest is aangevraagd en wordt later bezorgd (verwijzen naar een bijgevoegd document volstaat niet)
b. Wat is de omvang van de dekking door de verzekeringsmaatschappij ?
19. Wordt deze studie door de industrie gesponsord ?
☐ Ja x Neen



Zo ja, dan dient de 'handling fee' betaald te worden na ontvangst van de factuur.

Naam en adres waar factuur dient gestuurd te worden:

20. Financieel plan

Hierbij wordt vooral bedoeld de kost uit te schrijven van bijkomende onderzoeken eigen aan de studie, evenals de wijze waarop deze zal worden vergoed.

De promotor van de studie dient ook in te schatten in hoeverre op personeel van het ziekenhuis of infrastructuur van het ziekenhuis beroep zal worden gedaan en ook de daarmee gepaard gaande kosten verantwoorden, evenals de wijze waarop deze zullen worden vergoed.

21. Startdatum: september 2016

Voorziene einddatum: maart 2017

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

De onderzoeker

NAAM Kathleen Temmerman

Datum 04/07/2016

Handtekening



Aanvullend aanmeldingsformulier klinische studie

EudraCT nummer (indien interventioneel geneesmiddelenonderzoek):

1. Titel van het onderzoek : Ontwikkeling van een film van een normale, vaginale bevalling met als doel educatief materiaal te kunnen aanbieden aan studenten vroedkunde van Odisee hogeschool.

2. Naam van de onderzoeker(s)[de eerste onderzoeker moet een persoon zijn die vast verbonden is aan de dienst (geen ASO)]

Functie: naam begeleidende arts en hoofdvroedvrouw

Telefoonnummer : contactgegevens begeleidende arts en hoofdvroedvrouw

Fax :

x Niet-interventioneel onderzoek

- ☐ Retrospectief
- ☐ Bevraging
- ☒ Andere, specificeer: filmen van normale vaginale bevalling

☐ **Interventioneel onderzoek**

- ☐ Met geneesmiddel (alle items die van toepassing zijn aanduiden):
 - ☐ Fase I
 - ☐ Fase II
 - ☐ Fase III
 - ☐ Fase IV
 - ☐ Proef voor gentherapie en somatische celtherapie
 - ☐ Proef met geneesmiddelen die genetisch gewijzigde organismen bevatten
 - ☐ Proef met celtherapie en xenogenen
- ☐ Andere, specificeer (b.v. medical device, bloedafname, RX, ...)

☐ **Industrie-gesponsorde studie:**



- Opdrachtgever:
 - Farmaceutische firma (naam, adres):
- Andere, specificeer (naam, adres):

x Niet industrie-gesponsorde studie:

- Opdrachtgever:
 - Medewerker van het betrokken ziekenhuis (naam):
 - X Andere, specificeer (naam, adres): Odisee Hogeschool, campus Waas, Hospitaalstraat 23 9100 Sint-Niklaas
-

x Monocentrisch

☐ **Multicentrisch**

- Het betrokken ziekenhuis is 'centraal' ethisch comité?
 - Ja
Andere ethische comités (naam, adres, tel, fax, e-mail):
 - Nee
Centraal ethisch comité (naam, adres, tel, fax, e-mail):

Naam onderzoeker(s)

Kathleen Temmerman

handtekening

datum

04/07/2016



Begeleidend schrijven van de hoofdonderzoeker

De ondergetekende - hierna genoemd 'de onderzoeker'

verzoekt de goedkeuring om een experiment aan te vatten dat door het KB van 7 mei 2004 gekwalificeerd wordt als een experiment op de menselijke persoon.

Naam van ~~het experiment~~ de studie: Ontwikkeling van een film van een normale, vaginale bevalling met als doel educatief materiaal te kunnen aanbieden aan studenten vroedkunde van Odisee hogeschool.

De onderzoeker verklaart op de hoogte te zijn van de ingediende documenten en de inhoud ervan.

De onderzoeker heeft geen wetenschappelijke noch ethische bezwaren en verklaart dat hij de studie kan uitvoeren.

Er zullen geen onderzoekskosten ten laste worden gelegd van de patiënt, de ziekteverzekering of het ziekenhuis.

Bijgevoegd vindt u alle documenten die deel uitmaken van het dossier:

Naam document	Aantal exemplaren	Aanwezig ja nee (door commissie aan te vinken)
Aanmeldingsformulier klinische studie	12 ex	ja nee
Aanvullend meldingsformulier	12 ex	ja nee
Nederlandstalig Informatie-en Toestemmingsformulier voor de patiënt en alle andere schriftelijke informatie aan de proefpersonen	12 ex	ja nee
Checklist voor onderzoek door CME van studie-aanvragen volgens procedure voorstelling studie Sint-Blasius ziekenhuis (enkel in geval van leidinggevend comité)	12 ex	ja nee
Volledig studieprotocol	1 ex	ja nee
Verzekeringscertificaat	1 ex	ja nee
Contract- & budgetvoorstel	1 ex	ja nee

Naam onderzoeker

Handtekening onderzoeker

Kathleen Temmerman

Datum: 04/07/2016



Studieprotocol film normale vaginale bevalling

Doelstelling

Het finale doel van dit project is een educatieve film aan te bieden aan studenten Vroedkunde van de Odisee Hogeschool om hen een optimale opleiding te kunnen aanbieden.

Dit project is een samenwerking tussen de opleiding Vroedkunde van Odisee Hogeschool en betrokken ziekenhuis. Het betrokken ziekenhuis levert een drietal zwangeren aan, via gynaecoloog en/of vroedvrouw die in aanmerking komen om aan de educatieve film deel te nemen.

In uitbreiding zou deze film ook kunnen gebruikt worden om andere mogelijke betrokkenen, zijnde spoedartsen en –verpleegkundigen, arts-assistenten gynaecologie/verloskunde en student vroedvrouwen van andere ziekenhuizen, universiteiten en hogescholen een optimaal voorbeeld te kunnen geven van hoe een normale vaginale bevalling wordt uitgevoerd.

Studiepopulatie

De studiepopulatie bestaat uit een drietal zwangeren in arbeid. Inclusiecriteria zijn: bevallen in betrokken ziekenhuis, zwanger zijn van een eerste of tweede kindje, geïnduceerd of ingeleid worden, probleemloze zwangerschap zonder complicaties, nederlandstalig en >18 jaar. De zwangeren zullen via de gynaecoloog of vroedvrouw gerecruteerd worden. Zij zullen via een informatiebrief de zwangere informeren en hen een schriftelijke toestemming laten tekenen.

Beschrijving en verloop studie

De film zal enerzijds bestaan uit een demonstratie van een vaginale bevalling op fantoom, anderzijds zal deze handeling herhaald worden bij een echte bevalling.

Voor deze laatste, hebben we een drietal zwangeren nodig die bereid zijn, hun bevalling te laten filmen.



We wensen graag meerdere barenden, om in de montage de beste handgrepen te kunnen selecteren.

Het filmmateriaal zoals camera, montageset, en dergelijke wordt door de hogeschool voorzien. De filmer is een docent verpleegkunde verbonden aan de hogeschool en werkzaam als verpleegkundige op de dienst intensieve zorgen van het AZ Nikolaas te Sint-Niklaas.

Tijdens de opname zullen een drietal camera's aanwezig zijn, die het gebeuren zullen filmen. Verder krijgt de parturiënte een optimale begeleiding zoals bij elke andere bevalling. Bij de montage worden personen onzichtbaar gemaakt, het gaat immers enkel om de techniek van de bevalling.



Toestemmingsformulier

Ik heb de informatiebrief voor de deelnemers aan het project 'Ontwikkeling van een film van een normale, vaginale bevalling met als doel educatief materiaal te kunnen aanbieden aan studenten vroedkunde' gelezen en een (elektronisch) kopij ontvangen. Ik stem dan ook in met de inhoud van de informatiebrief.

Ik heb uitleg gekregen over het project en over wat er van mij verwacht wordt. Ik kreeg de gelegenheid en voldoende tijd om vragen te stellen.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie. Ik weet dat ik me op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de zorgverleners of onderzoeker.

Men heeft mij ingelicht dat er beeldmateriaal zal verzameld worden voor het gebruik in opleidingen vroedkunde (evt met uitbreiding geneeskunde) en dat deze film toegankelijk is voor studenten vroedkunde (evt met uitbreiding geneeskunde). Ten alle tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik verklaar hierbij akkoord te zijn om deel te nemen aan het project

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening:



Informatiebrief deelnemers

1. Titel van de studie

Ontwikkeling van een film van een normale, vaginale bevalling met als doel educatief materiaal te kunnen aanbieden aan studenten vroedkunde.

2. Doel van de studie

Allereerst willen we u proficiat wensen met uw zwangerschap! U staat aan het begin van een grote verandering in uw leven.

Van bij het begin van de zwangerschap tot en met na de geboorte zullen vele zorgverleners, zoals vroedvrouwen, voor u klaarstaan om deze intense periode in de best mogelijke omstandigheden te laten verlopen.

Om deze mensen optimaal op te leiden, wil de opleiding Vroedkunde van Odisee Hogeschool hen up-to-date studiemateriaal bezorgen door allerlei technieken te filmen die de realiteit nabootsen, zo ook een educatieve film waarop de handeling van een normale, vaginale bevalling gedemonstreerd wordt. Deze film wordt gemaakt in het kader van een bachelorproef van twee studenten vroedkunde.

3. Beschrijving en verloop studie

De film zal enerzijds bestaan uit een demonstratie van een vaginale bevalling op fantoom, anderzijds zal deze handeling herhaald worden bij een echte bevalling.

Voor deze laatste, hebben we een drietal zwangeren nodig die bereid zijn, hun bevalling te laten filmen.

We wensen graag meerdere barenden, om in de montage de beste handgrepen te kunnen selecteren.

Tijdens de opname zullen een drietal camera's aanwezig zijn, die het gebeuren zullen filmen. De persoon achter de camera is zelf een verpleegkundige, verbonden aan de Odisee Hogeschool en



tevens verpleegkundige op de afdeling intensieve zorgen. Verder krijgt u een optimale begeleiding zoals in elke andere omstandigheid tijdens een bevalling. Bij de montage worden personen onzichtbaar gemaakt, het gaat immers enkel om de techniek van de bevalling.

Uw arts heeft uw naam doorgegeven daar u voldoet aan de voorwaarden om een goede film te kunnen maken.

Deze voorwaarden zijn:

- Zwanger zijn van een eerste of tweede kindje (een bevalling van een meerbarende gaat meestal sneller en afzonderlijke technieken zijn dan niet altijd even goed zichtbaar)
- Geïnduceerd of ingeleid worden (om alles goed te kunnen voorbereiden en niet op een onverwachts moment verschillende mensen te moeten oproepen)
- Probleemloze zwangerschap zonder complicaties

De film zou in uitbreiding ook kunnen verspreid worden (bv via een gesloten groep binnen Youtube.com) voor andere betrokken, zijnde spoedartsen en –verpleegkundigen, arts-assistenten gynaecologie/verloskunde en student vroedvrouwen van andere ziekenhuizen, universiteiten en hogescholen om hen een optimaal voorbeeld te kunnen geven van hoe een normale vaginale bevalling wordt uitgevoerd. Dit alles heeft enkel een educatief doel.

4. Toestemming en weigering

Deelname aan deze film is vrijwillig. Vooraleer gestart wordt met het nemen van beeldmateriaal zal uw mondelinge en schriftelijke toestemming gevraagd worden. U kunt zich op elk moment terugtrekken uit dit project zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit enige invloed heeft op de verdere zorgverlening of relatie met zorgverleners.

5. Vertrouwelijkheid

Uw deelname aan het onderzoek is volstrekt vertrouwelijk en uw privacy zal ten allen tijde gerespecteerd worden. Namen zullen nergens vermeld worden. Enkel onderzoekers die verbonden zijn aan dit project, zullen rechtstreeks toegang krijgen tot het beeldmateriaal.



Het onderzoek gebeurt in overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Elke bekendmaking van resultaten en conclusies zal gebeuren zonder de privacy van de deelnemers te schenden. U heeft het recht op inzage in uw persoonlijke informatie en onjuiste gegevens kunnen op uw verzoek verbeterd worden.

6. Kosten en vergoeding

Deze studie brengt voor deelnemers geen extra kosten met zich mee. Voor de deelname aan het onderzoek wordt geen (financiële) vergoeding voorzien.

7. Verzekering

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. In het geval dit toch zou gebeuren, wat heel zeldzaam is, werd een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, die deze mogelijkheid dekt.

8. Risico's en voordelen

U heeft het recht om op elk ogenblik vragen te stellen over mogelijke risico's of nadelen van ontwikkeling van de film. Hiervoor kan u terecht bij de onderstaande contactpersoon. Zoals eerder vermeld, is de kans dat u door deze studie schade oploopt echter minimaal.

Deze studie biedt geen onmiddellijke medische of andere voordelen voor uzelf. We hopen echter dat de bekomen resultaten zullen leiden tot een verdere optimalisatie van de opleiding Vroedkunde van Odisee Hogeschool (eventueel in uitbreiding naar andere opleidingen Vroedkunde en/of geneeskunde).



De studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek, verbonden aan het betrokken ziekenhuis. Het onderzoek wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen die deelnemen aan klinische studies. U dient de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek in geen geval te beschouwen als een aanzet om deel te nemen aan de studie.

9. Contactpersoon

Mocht u nog vragen hebben of bijkomende informatie wensen omtrent deze studie, dan kan u steeds contact opnemen met onderstaande persoon.

Kathleen Temmerman

Lector Vroedkunde

Odisee Hogeschool

Hospitaalstraat 23

9100 Sint-Niklaas

tel. 03/776 43 48

kathleen.temmerman@odisee.be

Hartelijk dank om uw deelname aan deze studie in overweging te willen nemen!