



Bachelor in de vroedkunde

De bachelorproef wordt voorgedragen tot het behalen van het diploma van 'Bachelor in de vroedkunde'

Welk prenataal beleid kan de vroedvrouw toepassen bij tocofobie?

Auteur
Loisen Naomi
Plees Ellen
Put Stefanie
Van Acker Joyce

Promotor
Mevr. Mertens Lotte

Co-promotor
Prof. Dr. Titia Hompes

Academiejaar 2017-2018

VOORWOORD

Deze bachelorproef is geschreven in het kader van onze afstudeerrichting van de opleiding vroedkunde aan de UC Leuven-Limburg Campus LiZa te Genk. In het laatste jaar van de opleiding vroedkunde kregen wij de unieke kans om een bachelorproef te schrijven over het effect van prenatale begeleiding door de vroedvrouw op tocofobie.

Na een intensieve periode gedurende het hele academie jaar is het zo ver. Gedurende dit volledig proces kunnen wij allen beamen dat wij enorm gegroeid zijn. We hebben ongelofelijk veel bijgeleerd op wetenschappelijk gebied, maar ook op persoonlijk vlak.

Wij willen van deze gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Met name dank aan onze procesbegeleider Mertens Lotte, zij was onze rots in de branding gedurende dit hele academie jaar. Naast de zeer fijne samenwerking konden we bij haar op ieder moment terecht met vragen en hielp zij ons altijd op weg. Dankzij haar wijsheid en motiverende woorden hebben wij deze bachelorproef tot een goed einde kunnen brengen, waarvoor dank.

We hadden het voorrecht om te mogen werken met onze copromotor prof. dr. Titia Hompes. We willen haar daarom enorm bedanken voor haar steun, aangeboden literatuur, wijsheid en opvolging van ons eindwerk, zonder haar hadden we dit onderzoek nooit kunnen voltooien.

Tot slot willen wij iedereen bedanken die in ons geloofde, ons gesteund heeft en waarvan wij wijze raad hebben mogen ontvangen gedurende de volledige periode, bedankt!

Wij hopen dat u na het lezen van dit eindwerk net zoals ons enorm enthousiast, geboeid en gedreven bent over het effect van prenatale counseling zodat wij vroedvrouwen de opvolging van angstige zwangeren op het verloskundig gebied nog kunnen verbeteren.

Ondergetekenden dragen de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze literatuurstudie. Handtekening van de studenten.

Loisen Naomi, Plees Ellen, Put Stefanie en Van Acker Joyce.

Genk, 4 juni 2018.

SAMENVATTING

Probleemstelling: Tocofoobie, angst voor de geboorte, kan het proces van arbeid en bevalling negatief beïnvloeden. Het vormt namelijk één van de belangrijkste oorzaken van de escalatie van arbeidspijn en een langdurige tweede fase van de arbeid. Bovendien heeft tocofoobie een grote invloed op het medicaliseren van de bevalling en zorgt het voor een toename aan obstetrische interventies en primaire sectio's op maternaal verzoek. Het ervaren van tocofoobie kan ook negatieve gevolgen hebben voor de toekomst van moeder en kind.

Doel: Het doel van deze studie is het bestuderen van verschillende prenatale begeleidingsmethoden en hun effect op tocofoobie.

Methode: Voor deze literatuurstudie werd er gezocht in databanken zoals o.a. PubMed, Springerlink, Cochrane en Limo. Ook werd de sneeuwbal methode gehanteerd om relevante studies te vinden. Literatuur werd niet weerhouden indien de publicatiedatum de grens van 10 jaar overschreed of indien deze niet voldeed aan de vooropgestelde in- en exclusiecriteria.

Resultaten: Er werden voornamelijk randomized controlled trials (RCT) opgenomen in deze literatuurstudie. Daarnaast werd er ook gebruik gemaakt van onder andere cohortstudies en systematic reviews. De resultaten tonen aan dat een vroegtijdige interventie van groot belang is voor het behandelen van tocofoobie. Er bestaat echter geen eenduidig prenatiaal beleid dat bij iedereen kan worden toegepast. De voor- en nadelen van de verschillende bevallingsmethoden bespreken is belangrijk om het aantal sectio's op vraag te verminderen. Ook het geven van psycho-educatie en verschillende vormen van counseling is belangrijk. Het is aangewezen om verder onderzoek te doen naar tocofoobie bij de partner omdat het ook de zwangere nadelig kan beïnvloeden. De beschikbaarheid van een nationaal erkend stappenplan kan een handige tool zijn in het beleid van tocofoobie.

Conclusie: Er werd ondervonden dat tocofoobie een belangrijk gezondheidsprobleem is, zowel preconceptioneel als perinataal. Het is daarom belangrijk vrouwen vroegtijdig te identificeren zodat tijdig hulp geboden kan worden en de klachten niet verergeren. Uit de resultaten kan worden afgeleid dat psycho-educatieve programma's, counselingssessies en prenatale begeleidingen effectief zijn bij het verminderen van tocofoobie. Hierdoor kan tocofoobie in de volgende zwangerschappen voorkomen worden en worden volgende zwangerschappen niet vermeden om deze reden.

Key words: 'tocofoobie', 'counseling', 'symptomen', 'oorzaken', 'gevolgen', 'screeningsinstrumenten', 'begeleidingsmethoden', 'vroedvrouw', 'sectio op maternaal verzoek'

LIJST MET AFKORTINGEN

Afkorting	Betekenis
ADHD	Attention Deficit Disorder
AOR	Adjusted Odds Ratio
BAI	Beck Anxiety Inventory
BELIEF	Birth Emotions: Looking to Improve Expectant Fear
CAQ	Childbirth Attitude Questionnaire
CBSEI	Childbirth Self-Efficacy Inventory
CBT	Cognitieve gedragstherapie (Cognitive Behaviour Therapy)
CES-D	Center of Epidemiologic Studies Depression scale
CSMR	Cesarean Section on Maternal Request
DCS	Decisional Conflict Scale
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V
DSS	Delivery Satisfaction Scale
EA	Epidurale Analgesie
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
EQ-5D-3L	EuroQol 5-dimensionale schaal
FOBS	Fear Of Birth Scale
FOC	Fear Of Childbirth
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HILMO	Ontslagsregisters van het ziekenhuis van Helsinki
HUCH	Universitair ziekenhuis van Helsinki
ICBT	Internet-based Cognitive Behaviour Therapy
IVF	In-vitrofertilisatie
KAS-R	Kim Alliance Scale Revised
PROM	Premature Rupture Of Membranes

PTSD/ PTSS	Posttraumatische stressstoornis/ Syndroom	Posttraumatisch	Stress
SCI	Stress Coping Inventory		
SFOG	Swedish Society of Obstetrics & Gynecology		
STAI	State-Trait Anxiety Inventory questionnaire		
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences		
SWLS	Satisfaction With Life Scale		
TOP	Termination Of Pregnancy		
THL	Registerhoudende autoriteiten van	Nationale Instituut voor	Gezondheid en Welzijn
W-DEQ-A	Wijma Delivery Expectancy Questionnaire versie A.		
W-DEQ-B	Wijma Delivery Experience Questionnaire Versie B.		

INHOUDSOPGAVE

TITELBLAD	
VOORWOORD.....	2
SAMENVATTING.....	3
LIJST MET AFKORTINGEN.....	4-5
INHOUDSOPGAVE.....	6
INLEIDING.....	7-8
METHODOLOGIE.....	9
RESULTATEN.....	10-25
1. Tocofoobie/ fear of childbirth.....	10-15
1.1. Definitie.....	10-11
1.2. Prevalentie.....	11
1.3. Symptomen.....	11-12
1.4. Oorzaken.....	12-13
1.5. Invloed media en/ of omgeving.....	13-14
1.6. Gevolgen voor moeder & kind.....	14-15
2. Screeningsinstrumenten om tocofoobie op te sporen.....	15-18
3. Beleid bij tocofoobie.....	19-24
3.1. Beleidsmethoden.....	19-20
3.2. Prenatale counseling.....	20-23
3.3. Rol van de vroedvrouw bij prenatale counseling rond tocofoobie.....	23-24
4. Sectio op matернаal verzoek.....	24-25
DISCUSSIE.....	26-27
CONCLUSIE.....	28
BIBLIOGRAFIE.....	29-32
LITERATUURTABELLEN.....	33-73
BIJLAGEN	

INLEIDING

De zwangerschap en postpartumperiode staan bekend als gevoelige perioden in het leven van een vrouw (George, Luz, De Tychey, Thilly & Spitz, 2013). Bijna 80% van de zwangeren uiten bezorgdheden en angsten omtrent hun zwangerschap en/of de toekomstige geboorte (Rondung, Thomtén & Sundin, 2016). Een vrouw zal fysieke, emotionele, psychologische en sociale verandering ervaren in haar persoonlijkheid, haar levenservaringen en in de culturele verwachtingen van de maatschappij waarin zij leeft (Arfaie, Nahidi, Simbar & Maryam, 2017). Tijdens deze periode is er een groot risico op psychiatrische morbiditeit. Angstsymptomen in de perinatale periode komen vaak voor. Desalniettemin zijn de gegevens over de prevalentie van angststoornissen beperkt (George et al, 2013).

Angst voor de geboorte, ook bekend als tocofobie, is een socio-cultureel fenomeen dat vaak wordt besproken in de context van medicalisering van de geboorte. Het heeft invloed op de gezondheid van de zwangeren. Tocofofie draagt bij aan de vraag naar interventies en leidt tot verstoring van een fysiologische arbeid. Bij obstetrische interventies zoals epidurale analgesie (EA) voor verlichting van de arbeidspijn of een geplande sectio om deze pijn te voorkomen, kan de tocofobie verminderen (Stoll, Hall, Janssen & Carty, 2013).

Angststoornissen hebben enkele voorspelbare complicaties voor de moeder zoals het vroegtijdig breken van de vliezen, hypertensie-stoornissen, bacteriële vaginitis en langdurige depressieve stoornissen bij de bevalling en postpartum. Ook voor de foetus kan dit complicaties met zich meebrengen zoals prematuriteit, opname op NICU, psychische en mentale problemen (Arfaie et al., 2017). Bovendien zou het ook schadelijk zijn voor de moeder-kindbinding (George et al, 2013). De symptomen die kenmerkend zijn aan tocofobie lijken op die van verschillende emotionele stoornissen. Er is weinig bekend over de psychologische mechanismen die aan de basis liggen van dit probleem (Rondung et al., 2016). Tocofofie wordt gekarakteriseerd door nachtmerries, fysieke klachten en moeite met concentratie op het werk of tijdens sociale activiteiten (Stoll et al., 2013).

Het is duidelijk dat oorzaken van tocofobie verschillend zijn bij nulli-en multiparae's. Bij nulliparae's zijn de angsten niet gebaseerd op eerdere bevallingservaringen (Arfaie et al., 2017).

Het is de taak van de vroedvrouw om de bezorgdheden en angsten te herkennen en te erkennen. Dit blijkt ook uit het competentieprofiel van de vroedvrouw. Een vroedvrouw moet de vrouw kunnen situeren in haar familiale en sociale context, **ze moet**

psychosociale crisissituaties kunnen herkennen, omstandigheden creëren die de vrouw en haar gezin helpen om de nieuwe situatie te accepteren en erin te groeien. Ze moet vertrouwen scheppen, ook in moeilijke situaties, waarbij ze steeds ter beschikking staat voor advies aan de vrouw en haar gezin (Federale Raad Voor de Vroedvrouwen, 2016).

Het is belangrijk dat het huidige onderzoek gericht wordt op psychologische aanpassingen om geestesziekten te voorkomen, vooral tijdens de perinatale periode. Preventie is dus een belangrijk hulpmiddel bij onderzoek en klinische toepassing (George et al, 2013). Dit onderzoek verdiept zich op het mogelijke effect van een prenatale begeleiding door de vroedvrouw tocofobie. Daarom is de onderzoeksvraag in deze literatuurstudie: 'welk prenataal beleid kan de vroedvrouw toepassen bij tocofobie?'.

Dit onderzoek beschrijft zowel het begrip tocofobie en wat de literatuur momenteel hierover zegt, als de mogelijke manieren om tocofobie te meten en er mee om te gaan. Verder wordt er nog gesproken over het debat rond sectio op maternaal verzoek omwille van tocofobie. Een beleid hierrond ontbreekt tot nu toe. Vandaar wordt in dit onderzoek onderzocht welk prenataal beleid de vroedvrouw kan toepassen bij tocofobie.

METHODOLOGIE

Voor deze literatuurstudie werd er gezocht in volgende databanken: PubMed, Springerlink, Science Direct, Limo, Google Scholar en Cochrane. Er werd gezocht met zoektermen zoals: 'angst voor de geboorte', 'tocofobie', 'angst', 'zwangerschap', 'vroedvrouw', 'prenatale counseling', 'risico's', 'symptomen', 'educatie' en 'keizersnede'. Deze zoektermen werden in verschillende combinaties toegepast en zowel Nederlands- als Engelstalig. Daarnaast werd de sneeuwbalmethode gehanteerd om bijkomende relevante informatie te vinden.

Om de zoekresultaten te beperken, werd als filter gehanteerd dat de datum van publicatie niet ouder mag zijn dan 10 jaar. Om opgenomen te worden in deze literatuurstudie, moesten de studies voldoen aan enkele inclusiecriteria, namelijk: informatie verschaffen over tocofobie, het effect van prenatale begeleiding door de vroedvrouw op tocofobie, meetinstrumenten en de invloed van media en/of omgeving op tocofobie. Studies werden geëxcludeerd indien ze niet voldeden aan voorgenoemde criteria.

Er werden 35 studies en één boek opgenomen in deze literatuurstudie. De studies waren allen Engelstalig, het boek was Nederlandstalig. Hieruit werd er informatie verkregen omtrent de soorten tocofobie, symptomen, mogelijke behandelingen, risico's voor moeder en kind, het effect van begeleiding op de mate van angst Enkele studies voldeden niet aan de criteria. Deze studies gingen uiteindelijk toch niet over tocofobie maar over angst in het algemeen, of de interventie werd niet duidelijk beschreven. Deze studies werden bijgevolg uitgesloten.

RESULTATEN

1. Tocofobie/ fear of childbirth

1.1. Definitie

Een fobie is een vermijdingsreactie die kan ontstaan door beangstigende ervaringen, het zien van angstige reacties van anderen of door verhalen uit de omgeving (Klabbers, van den Heuvel, van Bakel, & Vingerhoets, 2016). Bij erg intense angst voor de bevalling, wil men zowel de bevalling als het praten hierover zoveel mogelijk vermijden. Dit is een fobische toestand, genaamd tocofobie. Tocofobie is het optreden van een intense irrationele angst voor de arbeid en bevalling die moeilijk controleerbaar is, maar meestal niet pathologisch. Deze angst lokt een fysiologische reactie uit en kan bijgevolg leiden tot dysfunctie in elk aspect van het leven, onder andere in de werksituatie en binnen het gezin. In het derde trimester neemt de angst toe, vooral bij de primipara. De verbeterde ontwikkeling van verloskundige diensten en de vermindering van risico's bij een bevalling, zijn voor sommige zwangeren geen geruststelling. Voor hen voelt het gevaar reëel aan en wordt de bevalling als een werkelijk en angstaanjagend risico beschouwd. Tocofobie kan generaties lang worden overgedragen. Het vertegenwoordigt een tweede generatie-effect van onopgeloste en angstaanjagende ervaringen van een moeder. Er zijn aanwijzingen dat de reproductieve aanpassingen van vrouwen op die van hun moeder lijken. Ook kan de vrees voor de bevalling extra benadrukt worden bij vrouwen wiens ouders een negatieve houding tegenover seksualiteit hebben (Cockburn & Pawson, 2007; Sioma-Markowska, Zur, Skrzypulec-Plinta, Machura, & Czajkowska, 2017).

Tocofobie krijgt geen aparte vermelding in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V), maar worden geclassificeerd als een angststoornis. Het kan zich manifesteren in nachtmerries, moeilijkheden met de concentratie, lichamelijke klachten en vaak in een verhoogd verzoek om een sectio in plaats van een vaginale bevalling (Cockburn & Pawson, 2007). Bij fobieën in het algemeen kan men het voorwerp of de situatie vermijden. Bij tocofobie is dat niet mogelijk. Dit is een angst die langzaam dichterbij komt en onvermijdelijk is (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Tocofobie kan ingedeeld worden in primaire en secundaire, en in pathologische en niet-pathologische tocofobie (zie tabel 1).

<i>primaire tocofobie</i>	<i>secundaire tocofobie</i>
<p>Primaire tocofobie betreft de primipara's en doet zich voor tijdens een eerste zwangerschap of zelfs al voor de conceptie. Het kan al ontstaan in de adolescentie of in de vroege volwassenheid. Voor deze vrouwen kunnen seksuele relaties normaal zijn, maar het gebruik van anticonceptie is vaak heel nauwgezet. Zwangerschap wordt vermeden om een bevalling te voorkomen (Cockburn & Pawson, 2007).</p>	<p>Secundaire tocofobie doet zich voor ten gevolge van voorafgaande obstetrische ervaringen en is meestal het gevolg van een traumatische bevalling. Het kan echter ook optreden na een normale bevalling, een miskraam, een doodgeboorte of een zwangerschapsafbreking (Cockburn & Pawson, 2007).</p>
<i>pathologische tocofobie</i>	<i>niet-pathologische tocofobie</i>
<p>Hieromtrent is momenteel nog geen eenduidige hantering. Volgens de Wijma Delivery Expectancy Questionnaire versie A (W-DEQ-A), een veel gebruikte vragenlijst voor onderzoek en de klinische praktijk (zie 2.), wordt de angst als ernstig beschouwd vanaf een score van 85 op deze vragenlijst. Een score van 100 of meer wordt gezien als extreme pathologische tocofobie. Een score onder de 85 wordt dus als niet-pathologisch bestempeld (Lambregtse-van den Berg et al., 2015).</p>	

Tabel 1: Primaire versus secundaire tocofobie en pathologische versus niet-pathologische tocofobie

1.2. Prevalentie

Wanneer men de W-DEQ-A >85 gebruikt als maatstaf, varieert de prevalentie van tocofobie tussen de 7,5 en 15,8%. De prevalentie varieert echter ook van studie tot studie. Deze wordt beïnvloed door een aantal factoren zoals het tijdstip van de zwangerschap/ postnatale periode van de beoordeling en de culturele context. Opmerkelijk is dat 13% van de toekomstige partners ook zouden lijden aan ernstige tocofobie. Dit is een belangrijke kwestie die meer aandacht zou moeten verdienen. Extreme tocofobie, W-DEQ-A >100, zou voorkomen bij 2 tot 3% van de bevolking. De angst is significant hoger bij primipara's en bij vrouwen ouder dan 30 jaar. Er werd ook aangetoond dat opeenvolgende bevallingen een positieve impact hebben op de mate van angst (Demsar et al., 2017; Klabbers et al., 2016; Lambregtse-van den Berg et al., 2016; Sioma-Markowska et al., 2017).

1.3. Symptomen

Het is van essentieel belang dat vrouwen die zich tijdens de zwangerschap aanmelden met symptomen van tocofobie zo snel mogelijk worden herkend en behandeld. Tocofobie uit zich op verschillende manieren. De vrouw kan voortdurend boos en

gestrest rondlopen. Ze kan thuis willen bevallen omdat ze bang is voor allerlei medische interventies, naalden, ziekenhuizen en medisch personeel. Er zijn vrouwen die enkel 'de baby eruit' willen, zo snel mogelijk en onder algemene anesthesie. Dit staat bekend als Termination Of Pregnancy (TOP) (Cockburn & Pawson, 2007).

De symptomen van tocofobie lijken op die van verschillende emotionele stoornissen. Hiermee bedoelt men de fysieke, cognitieve en gedragscomponenten van angst. Op fysiek vlak kunnen hartkloppingen, hyperventilatie, duizeligheid, slaapstoornissen, tachycardie, spanning, rusteloosheid, nervositeit, nachtmerries en maagpijn worden waargenomen. Deze hebben meestal interactie met cognitieve en gedragscomponenten in het sturen en aanhouden van een angst-respons. Op cognitief niveau kan er sprake zijn van negatieve automatische gedachten; negatieve overtuigingen en verwachtingen over zichzelf, anderen, de wereld of de toekomst; aandacht hebben voor bedreigende stimuli en het catastroferen van de pijn (Rondung, Thomtén, & Sundin, 2016). Zwangeren die lijden aan tocofobie proberen het onderwerp 'bevalling' zo veel mogelijk te vermijden. Dit kan leiden tot het vermijden van sociale contacten en moeite met de concentratie. Ze kan ook de prenatale zorg vermijden om zo de confrontatie met de zwangerschap en bevalling uit te stellen. Tegenstrijdig hieraan is dat het ook kan zijn dat de zorgvraag juist is toegenomen met veel onbegrepen klachten. Ten slotte kan de zwangere vragen naar EA of een primaire sectio (Lambregtse-van den Berg et al., 2015).

1.4. Oorzaken en risicofactoren

Het bestaan van tocofobie wordt vaak niet gerelateerd aan slechts één specifieke oorzaak, maar betreft een complex van meerdere factoren. Om duidelijkheid te scheppen worden de oorzaken in deze literatuurstudie opgedeeld in oorzaken ten gevolge van de voorgeschiedenis, psychische en sociale/economische oorzaken.

Oorzaken ten gevolge van de voorgeschiedenis

Een voorgeschiedenis van een negatieve, traumatische of gecompliceerde geboorte ervaring vormt vaak een oorzaak van tocofobie. Een sectio in de voorgeschiedenis kan mede de oorzaak zijn. Vrouwen met een voorgeschiedenis van fysiek of seksueel misbruik, kunnen tocofobie ervaren omdat bepaalde procedures (zoals bv. een vaginaal toucher) flashbacks kunnen veroorzaken (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012; Lukasse et al., 2014; O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, & Kenny, 2015; Rondung et al., 2015; Turkstra et al., 2017).

Psychische oorzaken

Er bestaat een associatie tussen tocofobie en psychiatrische stoornissen zoals depressie, stemmings- en angststoornissen, posttraumatisch stress syndroom (PTSS), psychose, persoonlijkheidsstoornissen, middelenmisbruik en eetstoornissen (Rondung

et al., 2016). Het ervaren van psychologische problemen en/of een slechte emotionele gezondheid in het heden, of in het verleden, vormt een zeer belangrijke risicofactor in het ontstaan van tocofobie (Adams et al., 2012; Demsar et al., 2017; Gissler, Halmesmäki, Rouché, Saisto, & Salmela-Aro, 2011; Lukasse et al., 2014; O'Connell et al., 2015; Toohill et al., 2014). Angst voor het moederschap en verscheidene facetten die deel zijn van het arbeids- en geboorteproces, dragen ook bij aan het ontstaan van tocofobie. Zo bestaat er de angst voor onder andere het onbekende, tolerantie van arbeidspijn, perineale ruptuur of episiotomie, verlies van controle over onvermijdbare omstandigheden, stress en vermoeidheid, geboorte-gerelateerde problemen en procedures en de toestand van zichzelf en het kind (Masoumi et al., 2016; Sioma-Markowska et al., 2017; Toohill et al., 2014; Turkstra et al., 2017). Andere psychische oorzaken zijn het gebrek aan vertrouwen in zichzelf, in de bevalling en/of in de zorgverleners (Masoumi et al., 2016; Turkstra et al., 2017).

Sociale/economische oorzaken

Tocofobie kan ontstaan bij het ontbreken van voldoende steun van familieleden en/of zorgverleners (Parsa, Saeedzadeh, Masoumi, & Roshanaei, 2016). Ook bij een gebrek aan voldoende informatie of voldoende kennis hierover, en het ontbreken van een goede voorbereiding op het arbeids- en geboorteproces kunnen meespelen (Lukasse, Schei, & Ryding, 2014; Masoumi et al., 2016; Sioma-Markowska et al., 2017). Daarnaast wordt tocofobie in verband gebracht met de internalisering van negatieve ervaringen van andere vrouwen, gebrek aan voldoende ondersteuning door de partner en/of zorgverleners en een geringe beschikbaarheid van hulp (Masoumi et al., 2016; O'Connell et al., 2015; Rondung, et al., 2016; Sioma-Markowska et al., 2017). Tocofobie wordt vaak gezien bij alleenstaande vrouwen en bij hoogrisico zwangerschappen (bijvoorbeeld zwangerschapsdiabetes, een zwangerschap na in-vitrofertilisatie (IVF) of aangeboren afwijkingen bij de baby). Daarnaast is de leeftijd van de moeder ook een risicofactor. Tocofobie zou enerzijds vaker voorkomen bij een zwangerschap op een jonge maternale leeftijd, en anderzijds wanneer de maternale leeftijd ouder is dan 40 jaar (O'Connell et al., 2015). Ook werd er een verband vastgesteld tussen economische tegenspoed, laag opleidingsniveau, werkloosheid, roken en tocofobie (Lukasse et al., 2014; O'Connell et al., 2015; Soltani, Eskandari, Khodakarami, Parsa, & Roshanaei, 2017).

1.5. Invloed media en/of omgeving

Er wordt gesuggereerd dat de manier waarop de geboorte in beeld gebracht wordt door de media van invloed is op de wens van vrouwen omtrent hun bevallingsmethode (vaginale bevalling versus sectio), op hun verwachtingen en waar men wil bevallen (Luce et al., 2016). Er wordt veel gespeculeerd over de negatieve invloed die de media heeft. Internet is de voornaamste bron van informatie voor aanstaande ouders. De

kwaliteit van deze informatie kan echter slecht, of zelfs onjuist, zijn. Hedendaags is ook reality TV zeer populair geworden. Doch worden bevallingen in dergelijke programma's vaak weergegeven op een enigszins gedramatiseerde manier, wat eveneens kan bijdragen aan het ontstaan van tocofobie (O'Connel et al., 2015; Rondung et al., 2016).

1.6. Gevolgen voor moeder & kind

Tocofobie is één van de belangrijkste oorzaken van de escalatie van arbeidspijn en een langdurige tweede fase van de arbeid (Adams et al., 2012; Masoumi et al., 2016; Sioma-Markowska et al., 2017). Verder is het ook een belangrijke oorzaak van de medicalisering van de bevalling en de toename aan obstetrische interventies, waaronder electieve en spoed-sectio, instrumentele vaginale bevalling en EA (George, Luz, De Tyche, Thilly, & Spitz, 2013; Gissler et al., 2011; O'Connel et al., 2015; Sioma-Markowska et al., 2017; Toohill et al., 2014). Ook de communicatie tussen de zwangere en de zorgverlener kunnen bemoeilijkt worden door tocofobie. Klinische beslissingen worden gecompliceerder en eindigen sneller in obstetrische interventies wegens deze slechte communicatie. De vroedvrouw kan hierin veel betekenen (zie 3.3.) (Adams et al., 2012).

Ook de ontwikkeling en rijping van de foetus kan negatief beïnvloed worden wanneer moeders angst ervaren tijdens de zwangerschap. Het kan bij hun pasgeborene op latere leeftijd psychische en mentale problemen, gedrags-, stemmings-, leer-, emotionele stoornissen en geheugenverlies veroorzaken. Een hypothetische oorzaak hiervan is de prenatale blootstelling aan overmatige glucocorticoïden niveaus (Parsa et al., 2016). De angst kan ook het risico op een laag geboortegewicht en vroeggeboorte verhogen (George et al., 2013; O'Connel et al., 2015; Parsa et al., 2016). Tocofobie heeft een langdurig emotioneel effect op de baby, zorgt voor een verhoogd aantal opnames op de NICU en een verminderde hechting met de moeder (O'Connel et al., 2015; Parsa et al., 2016)

Er zijn ook risico's voor de moeder: insomnia, antenatale of postnatale depressie, PTSS of een algemene slechte emotionele en psychische gezondheid (George et al., 2013; O'Connel et al., 2015; Toohill et al., 2014). De relatie met de partner kan hierdoor onder druk komen te staan. Voor de partner is het erg moeilijk om zijn/haar vrouw te blijven motiveren en gerust te stellen. Dit kan hevige emoties tot gevolg hebben en de zwangere kan zich onbegrepen en beschaamd voelen.

Wanneer tocofobie niet wordt aangepakt, kan dit bij een volgende zwangerschap nog verergeren. Het heeft echter ook een negatieve invloed op de reproductie van de vrouw. Vrouwen kunnen vermijden opnieuw zwanger te worden, kiezen voor een

sterilisatie of er zit een enorme kloof tussen beide zwangerschappen (O'Connel et al., 2015; Sioma-Markowska et al., 2017). Er komen zelfs zeldzame situaties voor waarbij vrouwen wegens tocofobie besloten om over te gaan tot abortus en vrouwen die zich volledig onthouden van seksueel contact (Sioma-Markowska et al., 2017). Velen voelen zich beschaamd en wanneer ze in de menopauze komen, rouwen ze nog steeds omdat ze nooit een biologisch kind konden krijgen (Cockburn & Pawson, 2007).

2. Screeningsinstrumenten om tocofobie op te sporen

Voor het meten van tocofobie heeft men een tool nodig om een beeld te schetsen van de zwangere. Er bestaan een aantal screeningsinstrumenten om dit te meten, waarvan men er enkele opgenomen heeft in deze literatuurstudie. Sommigen baseren zich op algemene angst om tocofobie te definiëren, andere zijn specifiek voor tocofobie. Alle instrumenten die hier beschreven worden zijn opgebouwd uit vragenlijsten. Tabel 2 geeft een samenvatting van de bestaande screeningsinstrumenten.