|  |  |
| --- | --- |
| logo zwart wit.bmp | **Arteveldehogeschool** |
| Katholiek Hoger Onderwijs Gent |
| Bachelor in de Vroedkunde |
| Campus Kantienberg |
| Voetweg 66, BE-9000 Gent |

|  |
| --- |
| Mag ik nu wat rust aub? |
| Rust op materniteit |

Externe promotor: Johanna Balcaen Bachelorproef voorgedragen door:

Interne promotor: Kaat Helsloot Chloé De Borger

Academiejaar: 2017-2018 tot het bekomen van de graad van Bachelor in de Vroedkunde

|  |  |
| --- | --- |
| logo zwart wit.bmp | **Arteveldehogeschool** |
| Katholiek Hoger Onderwijs Gent |
| Bachelor in de Vroedkunde |
| Campus Kantienberg |
| Voetweg 66, BE-9000 Gent |

|  |
| --- |
| Mag ik nu wat rust aub? |
| Rust op materniteit |

Externe promotor: Johanna Balcaen Bachelorproef voorgedragen door:

Interne promotor: Kaat Helsloot Chloé De Borger

Academiejaar: 2017-2018 tot het bekomen van de graad van Bachelor in de Vroedkunde

|  |  |
| --- | --- |
| **Mag ik nu wat rust aub?** | |
| Promotiejaar: | 2017-2018 |
| Student: | Chloé De Borger |
| Externe promotor: | mevr. Johanna Balcaen |
| Interne promotor: | mevr. Kaat Helsloot |
| Trefwoorden: | Interruption, postpartum, rest |
| De geboorte van jouw kleine schat is een van de mooiste cadeaus die je ooit kan krijgen. Deze periode gaat gepaard met veel geluk, maar het is niet allemaal rozengeur en maneschijn. De transitie naar ouderschap is een grote stap en het verblijf op materniteit maakt het er niet altijd gemakkelijker op.  Zorgverleners die gelijk wanneer je kamer binnenkomen, de lange bezoekuren, de baby die weent, je slaap die wordt onderbroken, de vele geluiden… Dit zijn voorbeelden van factoren die rust op materniteit kunnen verstoren. Nochtans hebben vrouwen in de eerste dagen postpartum nood aan deze rust, voor een optimaal herstel.  Er zijn al verschillende aanpassingen gedaan op materniteit in het belang van kraamvrouwen. Zo werd er een aparte borstvoedingskamer ingericht of een stille tijdsperiode ingelast.  Een rustige omgeving is niet alleen van belang voor het koppel en hun baby, maar ook voor vroedvrouwen. In deze BAP wordt beschreven hoe ook daar bijkomende verbetering in kan komen. Aan de hand van een praktijkdeel zal geprobeerd worden om bij te dragen aan de rust voor iedereen die verblijft of tewerkgesteld is op de materniteit. | |

Abstract

Inhoudsopgave

[Inhoudsopgave](#_Toc510978035)

[Dankwoord](#_Toc510978036)

[Inleiding 7](#_Toc510978037)

[Corpus 8](#_Toc510978038)

[1 Belang van rust op materniteit 8](#_Toc510978039)

[1.1 Het belang van rust voor de mama 8](#_Toc510978040)

[1.1.1 Rust en voeding 8](#_Toc510978041)

[1.1.2 Rust en genezing 10](#_Toc510978042)

[1.1.3 Rust en slapen 11](#_Toc510978043)

[1.1.4 Rust en zorg voor de baby 11](#_Toc510978044)

[1.2 Het belang van rust voor de baby 12](#_Toc510978045)

[1.2.1 Ontwikkelingsgerichte zorg 12](#_Toc510978046)

[1.3 Het belang van rust voor de vroedvrouw 12](#_Toc510978047)

[1.3.1 Belang van niet gestoord te worden 13](#_Toc510978048)

[1.3.2 Belang van geluidsreductie 13](#_Toc510978049)

[1.3.3 Stress bij vroedvrouwen 14](#_Toc510978050)

[2 Welke factoren zijn van invloed op de rust op materniteit 15](#_Toc510978051)

[2.1 Persoonlijke omgeving (Human environment) 15](#_Toc510978052)

[2.2 Routines (Routines of the environment) 20](#_Toc510978056)

[2.2.1 Medische zorgen 20](#_Toc510978057)

[2.2.2 Sociale contacten 23](#_Toc510978061)

[2.3 Psychische factoren (Physical environment) 25](#_Toc510978064)

[2.3.1 Geluid 25](#_Toc510978065)

[2.3.2 Licht 27](#_Toc510978066)

[2.3.3 Eén- of tweepersoonskamer 27](#_Toc510978067)

[2.4 Factoren die invloed hebben op de rust voor vroedvrouwen 28](#_Toc510978068)

[3 Hoe kunnen we rust op materniteit optimaliseren 31](#_Toc510978069)

[3.1 Ontwikkelingsgerichte zorg (Baby-friendly care) 31](#_Toc510978070)

[3.2 Begeleiding van de ouders (Responsive nursing) 31](#_Toc510978071)

[3.3 Psychische factoren aanpassen (Room functionality) 32](#_Toc510978072)

[3.3.1 Aanbevelingen voor geluid 32](#_Toc510978073)

[3.3.2 Aanbevelingen voor de inrichting 33](#_Toc510978074)

[3.4 Alternatieve therapieën 34](#_Toc510978078)

[3.5 Routines aanpassen (Praktijkdeel) 36](#_Toc510978081)

[3.5.1 “Wij zijn moe en dus aan een kort bezoekje toe” 37](#_Toc510978082)

[3.5.2 Mama geeft voeding 38](#_Toc510978085)

[3.5.3 Mama en baby slapen 41](#_Toc510978089)

[3.5.4 Er is een zorgverlener in de kamer 43](#_Toc510978092)

[3.5.5 Beoordeling praktijkdeel 46](#_Toc510978094)

[4 Besluit 49](#_Toc510978095)

[Literatuurlijst 50](#_Toc510978096)

[Bijlagenlijst 58](#_Toc510978097)

1. Folder Nederlands…………………………………………………………………………………………………… 58
2. Folder Frans .………………………………………………………………………………………………………….. 59
3. Folder Engels…………………………………………………………………………………………………………… 60
4. Vragenlijst ..……………………………………………………..…………………………………………………….. 61

Dankwoord

Na acht maanden hard werken is het resultaat klaar. Dankzij de vele informatie ben ik tot verschillende inzichten gekomen. Als gevolg hiervan heb ik een praktijkdeel uitgewerkt, wat ertoe heeft bijgedragen dat ik meerdere keren mijn grenzen heb opgezocht.

Dit alles had ik niet kunnen waarmaken zonder de hulp van iedereen die mij heeft bijgestaan tijdens deze periode.

Hierbij wil ik graag Kaat Helsloot, mijn interne promotor en Johanna Balcaen, externe promotor bedanken voor de goede begeleiding.

Daarnaast bedank ik de Arteveldehogeschool en in het bijzonder het team van Idea Factory die mij geholpen heeft met mijn praktijkdeel. Ook de mensen van de wedstrijd “Start Academy” en mijn coach Francis de Nolf hebben mij hierbij enorm gesteund.

Ook wil ik mijn familie bedanken om mij met raad en daad bij te staan. Indien er zich problemen voordeden waren jullie altijd een luisterend oor. Steun en vertrouwen kwam ik zeker niet tekort.

Ik wens met deze bachelorproef een positieve bijdrage te leveren aan de beroepsuitoefening van de vroedvrouw. Bijgevolg hoop ik dat er meer rust gecreëerd kan worden voor mama, baby en vroedvrouw.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Mariakerke, april 2018

Inleiding

Het onderwerp van deze bachelorproef luidt: “Rust op materniteit”. Volgende vragen kunnen hierbij gesteld worden: Wat is rust en waarom is het zo belangrijk op de materniteit?

Rust kan als volgt worden gedefinieerd: Een toestand van ontspanning in een onverstoorde omgeving na het verrichten van arbeid (Dictionary.com, z.j.).

Kraamvrouwen hebben een zware inspanning achter de rug en hebben de eerste dagen postpartum nood aan rust om verschillende redenen. Zo heeft rust een positieve invloed op een optimaal herstel, op de slaagkansen van borstvoeding, op de slaap en op de kwaliteitsvolle zorgverlening voor de pasgeborene.

Er zijn al verschillende aanpassingen gedaan op materniteit in het belang van kraamvrouwen. Toch zijn er op bepaalde vlakken nog verbeteringen welkom. Zorgverleners die gelijk wanneer de kamer binnenkomen, de lange bezoekuren, de slaap die wordt onderbroken, de vele geluiden… Dit zijn voorbeelden van factoren die rust op materniteit kunnen verstoren.

De zorgverleners en dichte omgeving van de ouders spelen hierbij een grote rol, maar ook omgevingsfactoren hebben daar invloed op.

De focus in de kraamperiode ligt vooral op het welzijn van mama en baby, maar wat niet mag vergeten worden, is dat de partner ook aanwezig is. Onterecht wordt hij op de achtergrond geschoven, wat stress bij hem teweegbrengt. Verder worden zij ook geconfronteerd met factoren zoals lawaai, weinig privacy,…

Bovendien mogen vroedvrouwen niet over het hoofd worden gezien. Uit onderzoek blijkt dat ook zij nood hebben aan rust op de afdeling, zowel uit eigen belang als uit belang voor de patiënten (Hughes Cooper, 2016; Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010; Yelland, Winter, Draycott, & Fox, 2013).

Het is belangrijk dat er duidelijkheid wordt geschept over dit onderwerp voor de beroepsuitoefening van de vroedvrouw. Volgens het beroepsprofiel van de vroedvrouw worden een aantal zaken van haar verwacht. Een daarvan is dat zij actief deelneemt aan de bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg en bijdraagt tot de ontwikkeling ervan. De vroedvrouw kan hier individueel aan bijdragen, door haar eigen handelen kritisch te beoordelen en verbeteringen aan te brengen waar nodig.

In deze bachelorproef zullen voorstellen gedaan worden die de rust op materniteit kunnen optimaliseren. Concrete tips worden gegeven, zodat deze kunnen geïntegreerd worden in de praktijk.

Op basis van literatuurstudie zal onderzoek gedaan worden naar volgende hoofdonderzoeksvraag: “Wat is het belang van rust op materniteit en hoe kunnen we deze optimaliseren?”. Verder zal een antwoord gegeven worden op de vragen “Hoe ervaren mama’s, papa’s en vroedvrouwen rust op materniteit?” en “Welke factoren zijn van invloed op de rust op materniteit?”.

Corpus

1. Belang van rust op materniteit

In dit hoofdstuk wordt een onderscheid gemaakt tussen het belang van rust voor de baby, de mama en de vroedvrouw. Zij zijn het immers die op de materniteit constant worden blootgesteld aan factoren die een negatieve invloed hebben op de rust.

Uit onderzoek zal blijken dat rust van uitermate belang is tijdens het verblijf op de materniteit.

Het woord “rust” kan op verscheidene wijzen worden omschreven. Een daarvan is als volgt: Een toestand van ontspanning na arbeid of inspanning. Een andere omschrijving luidt: Het ongemoeid zijn, het vrij zijn van drukte, last of hinder. Rust heeft met andere woorden een brede betekenis. Bovendien heeft iedereen een andere visie van “drukte” of “hinder”. (Dictionary.com, z.j.)

Iedereen heeft wel eens nood aan rust. Denk maar aan topsporters bijvoorbeeld. Zij hebben tussen hun prestaties een rustperiode nodig om te kunnen recupereren. Ook truckchauffeurs hebben nood aan ontspanning. Zo blijkt onder andere uit een onderzoek naar het aantal uren dat ze op de baan zijn versus het percentage ongevallen (Chen & Xie, 2014). Wanneer er rustpauzes worden ingelast zal dit de verkeersveiligheid ten goede komen (Chen & Xie, 2014). Het voorzien van rust is dus niet enkel in het belang van de persoon die er nood aan heeft, maar bijgevolg ook voor de personen rondom hem.

Er kunnen nog oneindig veel voorbeelden gevonden worden van situaties waarin rust van belang is. Hier zal onderzoek verricht worden naar de rust op materniteit. Kraamvrouwen hebben er belang bij dat ze het postpartum in rust kunnen doorbrengen. Zij hebben meestal een zware arbeid achter de rug en rust is essentieel in de uren en/of dagen nadien. Er is tijd nodig om te herstellen en dit kan optimaal in een rustige omgeving.

Op zijn beurt is de rust die de kraamvrouw geniet ten gunste van de pasgeborene die afhankelijk is van haar. Zij staat namelijk in voor de zorg van haar baby.

Verder is rust ook belangrijk voor de vroedvrouw, want er wordt van haar verwacht dat ze steeds kwalitatief hoogstaande en veilige zorg verleent (VBOV, 2017).

In een van de vele artikels (Ellberg, Högberg, & Lindh, 2010) wordt een noodkreet naar rust weergeven door volgende uitspraak van een kraamvrouw: “They fussed over me constantly! I just wanted to be left in peace. If I had wanted help, I would have asked for it” (p4).

* 1. Het belang van rust voor de mama
     1. Rust en voeding

Wanneer de borstvoeding in het gedrang komt door stress, kan de moeder-kind binding als gevolg hiervan minder sterk zijn (Uvnäs Moberg & Prime, 2013). Het zuigen van de baby aan de borst kan de band tussen moeder en kind immers verbeteren (Uvnäs Moberg & Prime, 2013). Oxytocine, ook het liefdeshormoon genoemd (Mohrbacher & Kendall-Tacket, 2015),

is een hormoon dat onder andere vrijkomt bij de borstvoeding. Wanneer de baby zuigt aan de borst zal dit de vrijlating van oxytocine in de hersenen van de vrouw bevorderen. Dit hormoon zorgt op zijn beurt voor het samentrekken van de alveoli in het borstweefsel. In de alveoli wordt de melk opgeslagen. Wanneer deze samentrekken vloeit deze melk naar de tepel (Uvnäs Moberg & Prime, 2013). Oxytocine heeft niet alleen als doel om voeding te voorzien voor de baby. Het zorgt ook voor een kalmerend effect bij de mama, wat op zijn beurt de hechting tussen haar en de baby versterkt (Mohrbacher & Kendall-Tacket, 2015).

Uit onderzoek naar de effectiviteit van borstvoeding en de emoties van de mama, blijkt dat kraamvrouwen met een hogere score op Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) een lager gehalte aan oxytocine hadden in het bloed. Dit betekent dat mama’s die borstvoeding geven en angstiger en depressiever zijn dan anderen, minder hoge oxytocine levels hebben. Ondanks dat oxytocine van belang is bij borstvoeding werd er geen invloed op de effectiviteit ervan bewezen. (Stuebe, Grewen, & Meltzer-Brody, 2013)

Later werd echter in een review bevestigd dat vrouwen die lijden aan postpartum angsten minder exclusief voeden en sneller stoppen met borstvoeding dan kraamvrouwen die geen stress ervaren (Fallon, Groves, Halford, Bennett, & Harrold, 2016). In deze review wordt verder vermeld dat mama’s die zich onrustig voelen minder geneigd zijn om borstvoeding te geven en sneller grijpen naar flesvoeding. Vrouwen die echter wel borstvoeding geven en te maken hebben met angst en stress in het postpartum kunnen vaak moeilijkheden met de borstvoeding ondervinden. Zo kan onder andere de melkproductie en de melksamenstelling hieronder lijden (Fallon, Groves, Halford, Bennett, & Harrold, 2016). Een verminderde melkproductie kan verklaard worden doordat het prolactinegehalte (prolactine is een hormoon dat instaat voor de melkproductie (Bogaerts, 2012)) lager ligt bij vrouwen waar meer symptomen van onrust werden vastgesteld (Stuebe, Grewen, & Meltzer-Brody, 2013). Al is dit niet statistisch significant, dus verder onderzoek is aangewezen (Stuebe, Grewen, & Meltzer-Brody, 2013).

Ook volgens Kind en Gezin blijkt dat rust noodzakelijk is bij het geven van borstvoeding. Zij raden aan om als voorbereiding op de borstvoeding voldoende te rusten.

Daarnaast geven zij aan dat overprikkeling van de baby kan lijden tot onrustigheid tijdens de borstvoeding (Kind en Gezin, 2017). Kortom speelt rust niet alleen een rol bij de emoties van de mama, maar ook bij het gedrag van de baby.

Niet alleen de toestand van mama en baby heeft effect op de borstvoeding, ook factoren van buitenaf spelen hierbij een grote rol. Een onderbroken borstvoedingsmoment kan immers leiden tot een opgejaagd gevoel bij de mama en een verminderde melktoestroom (Morrison, Ludington-Hoe, & Anderson, 2006).

Ook bij kunstvoeding is het belangrijk dat de aandacht erbij gehouden wordt. Onderzoek geeft aan dat mama’s het vanzelfsprekend vinden om te multitasken tijdens de kunstvoeding. Deze afleiding heeft verschillende gevolgen voor mama en baby. Zo neemt de verbale interactie tussen hun beiden af (Golen & Ventura A, 2015) en liggen de scores op de Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS) lager. De NCAFS is een meetinstrument waarmee onder andere de reactie van mama’s op voedingssignalen van de baby wordt getoetst (Golen & Ventura B, 2015). 75 procent van de afgeleide mama’s scoorde laag tegenover 30 procent van de niet afgeleide mama’s.

Verder onderzoek naar de gevolgen van afleiding tijdens het geven van flesvoeding is nodig (Golen & Ventura B, 2015), maar er kan alvast geconcludeerd worden dat deze afleiding negatieve gevolgen heeft voor het kind.

De benodigde hoeveelheid rust tijdens de borstvoeding is daarbovenop cultureel gebonden. Bescheidenheid tijdens de borstvoeding is voor zowel moslims als orthodoxe Joden van groot belang (Zauderer, 2009; Zaidi, 2014). Wanneer orthodoxe joden worden belemmerd om borstvoeding te geven in privacy, zullen ze een deken of handdoek gebruiken om zich volledig te bedekken (Zauderer, 2009). Ook islamitische mama’s zullen zich hiermee afschermen (Richard Williamson & Mahomed Sacranie, 2012). Bij deze laatsten is dit vooral in het bijzijn van mannen, omdat het volgens hen verboden is borstvoeding te geven in het bijzijn van elke man met uitzondering van haar eigen partner (Richard Williamson & Mahomed Sacranie, 2012).

Bij beide geloofsovertuigingen wordt het geven van borstvoeding beschouwd als standaard (Richard Williamson & Mahomed Sacranie, 2012; Zauderer, 2009). Van vroedvrouwen wordt daarom verwacht met respect om te gaan met deze geloven (Zaidi, 2014). Privacy voorzien tijdens borstvoeding is voor hen dus van uiterst belang.

Rust is met andere woorden uiterst belangrijk tijdens het voeden van de baby. De interactie tussen moeder en kind wordt hierdoor sterker, de borstvoeding verloopt vlotter en de mama kan zich ontspannen. Een wisselwerking tussen mama en baby maakt het belangrijk dat beiden rust ervaren tijdens de voeding.

* + 1. Rust en genezing

Vrouwen die verblijven op materniteit herstellen van de bevalling, maar moeten ook genezen.

In Vlaanderen is er een zorgprotocol voorzien waarin beschreven staat welke punten dienen geobserveerd te worden postpartum. Deze zijn: het perineum, de baarmoederinvolutie, lochia (vaginaal verlies), temperatuur en bloeddruk, roodheid of zwelling aan de kuit en problemen met mictie (plassen) of stoelgang. Het lichaam van een kraamvrouw moet dus in zijn geheel herstellen. Deze aandachtspunten maken het voor de vroedvrouw mogelijk om zaken die de genezing kunnen tegengaan, op te sporen. (VBOV, 2017)

Bij een bevalling kunnen ook wonden ontstaan, zoals een wonde na een keizersnede of een episiotomiewond,… Dit laatste is een insnijding in de bekkenbodemspieren waardoor de uitgang van het weke baringskanaal wordt verwijd (Bogaerts, 2012).

Om een beeld te geven van hoeveel kraamvrouwen moeten herstellen van een wonde, worden enkele cijfers weergegeven. In Europa ligt het percentage sectio’s tussen 14.8 en 52.2 procent. Daarbij komt dat wanneer het aantal sectio’s over 113jaar (van 1900 tot 2012) wordt bestudeerd, er kan geconcludeerd worden dat dit cijfer blijft stijgen (Brüggmann et al., 2015).

Het percentage aan episiotomieën ligt dicht in de buurt van het vorige. In 2010 hadden in Vlaanderen 43 tot 54% van de kraamvrouwen een episiotomie (EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2013).

Buiten deze twee insneden, kan er ook een ruptuur voorkomen. Dit wordt veroorzaakt door het inscheuren van het perineum tijdens de bevalling (Bogaerts, 2012).

Uit deze cijfers kan geconcludeerd worden dat vele vrouwen in het postpartum een wonde hebben die moet genezen.

Deze wonden moeten zo snel mogelijk genezen, zodat de vrouw zich beter voelt en de zorg voor haar pasgeborene kan opnemen. De genezing zal vlotter verlopen wanneer de vrouw zo weinig mogelijk stress ervaart tijdens haar verblijf op materniteit. Wanneer mama’s en hun pasgeborene veel gestoord worden, zal dit het helingsproces verhinderen. (Adatia, Law, & Haggerty, 2014)

Ook het gevoel van woede bij mama’s, als gevolg van een conflict bijvoorbeeld, kan bijdragen tot een vertraagde wondheling (Gouin, Kiecolt-Glaser, Malarkey, & Glaser, 2008).

Het komt er op neer dat het niet alleen belangrijk is om het genezingsproces goed op te volgen en in te grijpen waar nodig. Ook het preventief instaan voor een optimaal genezingsproces door rust te verzekeren, is van belang.

* + 1. Rust en slapen

Slapen, eten en wassen zijn de drie belangrijkste basisbehoeftes volgens vrouwen. Slaap, samen met de twee andere basisbehoeftes zijn essentieel en zorgen ervoor dat mama’s beter kunnen omgaan met alle stress die gepaard gaat met de postpartum periode. (Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2013)

Slaaponderzoek verricht tussen de eerste en vierde dag postpartum toont aan dat deze eerste basisbehoefte onvoldoende wordt ingevuld. Gemiddeld meet de hoeveelheid slaap per 48 u bij oudere primipara’s maar 312.5 minuten. Dit komt neer op 5 uur slaap op twee volle dagen (Tsuchiya et al., 2014).

Wanneer de slaap regelmatig onderbroken wordt door geluid, resulteert dit in onvoldoende slaap- of rustperiodes (Vasher & Coyazo, 2011), wat op zijn beurt kan lijden tot slaaptekort (Hume, Brink, & Basner, 2012). Een tekort aan slaap staat in nauw verband met negatieve psychische en fysieke gevolgen. Zo kan het leiden tot een gedaald immuunsysteem, vasculaire stoornissen en verhoogt het de kans op postpartum stoornissen bij pas bevallen mama’s (Adatia, Law, & Haggerty, 2014).

Dit zijn gevolgen die men wenst te vermijden in het belang van de mama en haar omgeving.

Niettemin is de slaapkwaliteit verkregen in een geluidsdichte omgeving en een omgeving met geluiden gelijkwaardig. De hoeveelheid verkregen slaap werd hierin niet getest (Fietze et al., 2016).

Uit ondervraging van vrouwen die 6-8 weken of 12-14 weken geleden bevallen waren, blijkt dat vermoeidheid lijdt tot pijn en misselijkheid (Kurth et al., 2010). Pijn is op zijn beurt geassocieerd met een slechte slaapkwaliteit (Guo et al., 2017), waardoor we in een vicieuze cirkel terecht komen. Later onderzoek bevestigd dit (Hillman, 2017).

Daarbovenop zorgt vermoeidheid ervoor dat mama’s bezorgd zijn. De bezorgdheid neemt bovendien toe als de vermoeidheid hoger ligt (Razurel et al., 2014).

Kraamvrouwen hebben tot drie keer zo hoge cortisolgehaltes als niet zwangere vrouwen. Deze hoge gehaltes worden veroorzaakt door stress. Stress wordt bij kraamvrouwen gelinkt aan slaaptekort, waardoor het gehalte aan cortisol en slaap in het postpartum met elkaar in verband staan (Adatia, Law, & Haggerty, 2014).

Cortisol is een corticosteroïde (hormoon) en wordt vrijgelaten door de nieren in periodes van stress. Daarom wordt cortisol vaak het stresshormoon genoemd (Harmon, 2017). Verhoogde cortisolgehaltes kunnen effect hebben op het immuunsysteem, gewicht, angstniveau, depressies,…

Kortom zou het positief zijn als er aanpassingen worden doorgevoerd om deze slapeloosheid al tijdens het verblijf in het ziekenhuis te minimaliseren (Insana & Montgomery-Downs, 2013).

Negatieve psychische en fysieke gevolgen die met slaaptekort in verband staan, worden hierdoor vermeden (Adatia, Law, & Haggerty, 2014), waardoor mama’s beter de postpartumperiode doorkomen.

* + 1. Rust en zorg voor de baby

Uit ondervraging van mama’s op de tweede en derde dag postpartum blijkt dat vermoeidheid moeilijkheden teweegbrengt bij de verzorging van de pasgeborene (Ya-Ling, Chich-Hsiu, Stocker, Te-Fu, & Yi, 2015). Daarbovenop is deze vermoeidheid bij vrouwen die een sectio hebben ondergaan significant hoger dan bij vrouwen die vaginaal zijn bevallen (Ya-Ling, Chich-Hsiu, Stocker, Te-Fu, & Yi, 2015). Aangezien het aantal sectio’s stijgt (Brüggmann et al., 2015) is

het belangrijk dat er gewerkt wordt aan een rustige ziekenhuisomgeving.

Desondanks de vermoeidheid in het directe postpartum en de verzorging die moeizamer verloopt, heeft dit geen effect op de veilige hechting van moeder en kind (Ya-Ling, Chich-Hsiu, Stocker, Te-Fu, & Yi, 2015).

Niet alleen vermoeidheid heeft zijn effect op de zorg voor de baby, ook stress kan de kwaliteit ervan beïnvloeden.

Uit studie in Taiwan blijkt na maximum 4 maanden postpartum twee derde van de ondervraagde kraamvrouwen te lijden onder een grote hoeveelheid stress. Dit gevoel zou onder meer kunnen verdrongen worden door mama’s meer zelfvertrouwen te laten opbouwen tijdens de verzorging van hun baby. Om dit te kunnen bereiken zullen vroedvrouwen de mama’s hierin moeten bijstaan en hun doen geloven in hun eigen kunnen door positieve bekrachtiging. (Liu, Chen, Yeh, & Hsieh, 2012)

* 1. Het belang van rust voor de baby
     1. Ontwikkelingsgerichte zorg

De overgang van de baarmoeder naar de buitenwereld is voor een pasgeborene een grote aanpassing. Deze stap wordt bijgevolg best zo klein mogelijk gehouden. Dit kan door onnodige prikkels te beperken en aandacht te schenken aan volgende zaken. (Blom, 2008)

Pasgeborenen vinden het leuk om de stem en geluiden van zijn/haar ouders te horen. Vanaf drie dagen na de geboorte herkent een baby de stem van de mama (Van Marwijk, 2008). Het is moeilijker voor de baby om te reageren op deze moederlijke stem als er veel omgevingsgeluiden zijn. Door deze geluiden rondom hem kan hij snel overweldigd worden ([Wielenga](https://www.bol.com/nl/c/algemeen/j-m-wielenga/4027236/index.html?lastId=23994) & [Hankes Drielsma](https://www.bol.com/nl/c/algemeen/i-j-hankes-drielsma/6482291/index.html?lastId=23994), 2006), waardoor er kan geconcludeerd worden dat een rustige omgeving ook voor een baby van belang is.

De pasgeborene is gevoelig voor aanraking en zal hier verschillend op reageren. Het liefst wordt hij stevig vastgehouden en voelt hij zich thuis in het bijzijn van zijn ouders. Rooming in kan aan deze behoefte voldoen.

Naast geborgenheid zijn bepaalde aspecten in de ruimte rondom de baby ook van belang. Een omgeving met weinig licht bijvoorbeeld zal de pasgeborene het aangenaamst vinden. ([Wielenga](https://www.bol.com/nl/c/algemeen/j-m-wielenga/4027236/index.html?lastId=23994) & [Hankes Drielsma](https://www.bol.com/nl/c/algemeen/i-j-hankes-drielsma/6482291/index.html?lastId=23994), 2006)

Binnen de ontwikkelingsgerichte zorg proberen we dus de negatieve prikkels te minimaliseren. Deze prikkels kunnen visueel, auditief en tactiel zijn. Auditieve prikkels zijn prikkels zoals omgevingsgeluiden. Te fel licht is een voorbeeld van een negatieve visuele prikkel en de tactiele prikkel is de aanraking (D’hondt, 2017).

Wanneer er ontwikkelingsgericht met de baby wordt omgegaan, zal hij zich rustiger en veiliger voelen.

* 1. Het belang van rust voor de vroedvrouw

Een vroedvrouw is in België bevoegd om medisch verloskundige zorg te verlenen tijdens preconceptie, zwangerschap, arbeid, bevalling, kraambed en de eerste levensfase van het kind. Zij begeleidt de vrouw en haar partner met als doel hen te versterken om zorg te dragen voor hun eigen gezondheid (VBOV, 2017).

Om deze zorgen goed te kunnen uitvoeren heeft ook zij nood aan rustige momenten. Wanneer en waarom dit vereist is zal hieronder verder worden uitgediept.

* + 1. **Belang van niet gestoord te worden**

Wanneer een zorgverlener gestoord wordt tijdens het beheren van medicatie, is dit nadelig voor de efficiëntie ervan. Dit blijkt uit onderzoek van Hughes Cooper (2016).

De gemiddelde tijd die nodig is voor het medicatiebeheer steeg van 4 naar 11 minuten indien de verantwoordelijke persoon onderbroken werd. (Hughes Cooper, 2016)

Tijdens de dag ligt het aantal oorzaken het hoogst. De verstoringen worden onder andere uitgelokt door telefoonoproepen, medewerkers en families, patiënt gerelateerde oorzaken en andere procedures (Hughes Cooper, 2016; Flynn, Evanish, Fernald, Hutchinson, & Lefaiver, 2016).

Omdat het onderbreken van de persoon die zich bezighoudt met het medicatiebeheer negatieve gevolgen, zoals medicatiefouten, met zich mee kan brengen voor de patiënten, wordt aanbevolen om enkel in te gaan op storende elementen die van positieve invloed zijn op de patiënt en in verband staan met het medicatiebeheer (Hughes Cooper, 2016).

Bovendien zou het storen van de zorgverlener niet alleen tijdens het medicatiebeheer, maar op elk moment van de shift gevaren met zich meebrengen. Daarom is het belangrijk om dit probleem aan te pakken, zodat de veiligheid van de verpleegkundige en de patiënt erop vooruit gaat. (Elfering, Grebner, & Ebener, 2015)

* + 1. Belang van geluidsreductie

Verpleegkundigen nemen veel verschillende geluiden waar in het ziekenhuis (Marqués Sánchez, Calle Pardo, Sánchez, Gelado, & García, 2008) die invloed kunnen uitoefenen op hun werkprestatie en emoties (Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010).

Dat zorgverleners overgevoelig zijn voor geluid, blijkt uit hun slaappatroon. 35 procent van de verpleegkundigen valt in slaap na 30-60 minuten, terwijl een gezond slaappatroon aangeeft dat je binnen 30minuten in slaap zou moeten vallen (Marqués Sánchez, Calle Pardo, Sánchez, Gelado, & García, 2008). Bijgevolg lijdt 60.7 procent van de vroedvrouwen aan een gemiddeld tot hoog niveau van vermoeidheid (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2013).

Al worden geluiden als dragelijk ervaren, deze constante blootstelling daaraan is een aanleiding voor de ontwikkeling van stress (Marqués Sánchez, Calle Pardo, Sánchez, Gelado, & García, 2008). Daarnaast kunnen vroedvrouwen door langdurige blootstelling aan geluiden op materniteit last krijgen van gehoorverlies (Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010). De decibellevels liggen namelijk vaak boven de vastgelegde grens, wat schade aan het gehoor berokkend.

Vroedvrouwen zijn ook minder tolerant tegenover geluid op de materniteit dan de mama’s (Valbø, Iversen, & Kristoffersen, 2011). Een reden die hiervoor gegeven wordt is dat zij voortdurend tewerk gesteld zijn in deze geluidsoverlast, terwijl de mama’s al na enkele dagen naar huis gaan (Valbø, Iversen, & Kristoffersen, 2011).

Kortom kan deze drukte een negatieve invloed uitoefenen op zowel de gezondheid van de vroedvrouw als die van haar patiënten. De emotionele en lichamelijke toestand van haar heeft immers zijn weerslag op de mama’s en hun baby.

* + 1. Stress bij vroedvrouwen

Onderzoek in twee verschillende materniteiten in Australië toont aan dat een groot aantal van de voedvrouwen wordt gediagnosticeerd met continue stress en burn-outs. Deze resultaten kunnen niet veralgemeend worden, omdat het een kleinschalig onderzoek was.

Wel wordt aangeraden om activiteiten te organiseren die deze gevolgen van het werk als vroedvrouw kunnen onderdrukken. Het ondernemen van fysische activiteiten buiten de werkuren, zoals fitnessen, zou stress bij vroedvrouwen kunnen verlagen. (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2013)

Wat wel met zekerheid kan gezegd worden, is het feit dat de toename in werkdruk gepaard gaat met stress. Met als gevolg een stijgend aantal afwezigheden door ziekte, de moraal en jobtevredenheid die daalt en de ondersteuning van studenten en nieuw aangenomen vroedvrouwen die erop achteruit gaat. Als we dit willen voorkomen moet het personeelstekort aangenomen worden, zodat de druk bij de vroedvrouwen afneemt. (Yelland, Winter, Draycott, & Fox, 2013)

1. Welke factoren zijn van invloed op de rust op materniteit

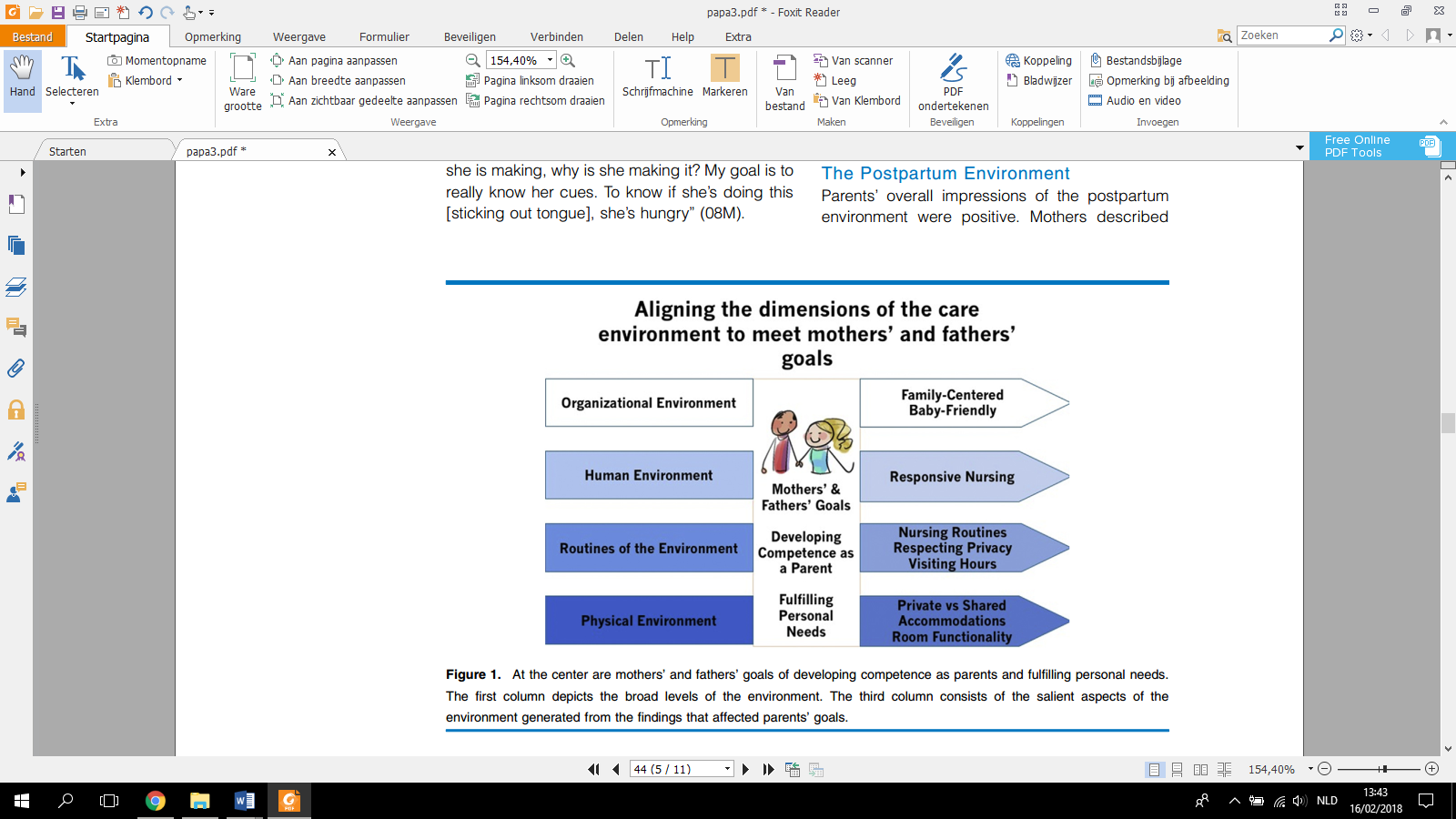
Er zijn vele factoren die de rust op materniteit dag en nacht in de weg kunnen staan. Enkele elementen die invloed kunnen hebben op de rust van de mama zijn: de zorgverleners, het bezoek, de voedingsmomenten van de baby, pijn en sms’jes of telefoons die rinkelen (Vasher & Coyazo, 2011). In dit hoofdstuk worden nog meer factoren aangehaald en uitgebreid besproken.

Afbeelding 1 heeft alvast een samenvatting weer van de factoren die van invloed zijn op de ervaren rust door ouders.

De indeling van hoofdstuk twee is gebaseerd op onderstaande afbeelding.

Zowel mama’s als papa’s hebben gelijke verwachtingen in het directe postpartum: hun competenties als ouder ontwikkelen en hun persoonlijke noden vervullen. De organisatie van de materniteit heeft hierop een grote invloed.

Volgens recent onderzoek worden de zorgen op materniteit het best gebaseerd op “family-centered care”. Zo kan voldaan worden aan het verlangen van ouders tot rust en genezing. (Gaboury, Capaday, Somera, & Purden, 2017)



Figuur 1 (Gaboury, Capaday, Somera, & Purden, 2017)

* 1. Persoonlijke omgeving (Human environment)
     1. **Non-responsive nursing**

Verschillende kraamvrouwen voelen zich niet welkom op materniteit. Ze vinden de heersende sfeer onaangenaam, wat volgens hen te danken is aan het personeelstekort en bijgevolg het tekort aan te spenderen tijd aan kraamvrouwen. (Rudman & Waldenström, 2007)

Het personeelstekort werd 7 jaar later ook besproken in een meer recent artikel. Kraamvrouwen zijn bang of raken gestrest door het tekort aan vroedvrouwen. Deze gevoelens zijn er voor een reden, want mama’s krijgen hierdoor soms niet de nodige medicatie of pijnstilling. (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014)

Ouders hebben bovendien opmerkingen over de attitude en het gedrag van zorgverleners. Enkele voorbeelden van afkeurend gedag afkomstig van zorgverleners zijn: het vermijden van oogcontact met de patiënten, geen medelijden met de emoties van de vrouw en het niet vragen naar de gezondheid van mama en baby (Rudman & Waldenström, 2007). De mama’s ervaren dit als een gebrek aan interesse in hen en hun familie. Nochtans worden zorgverleners niet altijd als ongeïnteresseerd bestempeld. Andere kraamvrouwen vinden juist dat hun angsten en zorgen serieus worden genomen en dat er voldoende oogcontact wordt gemaakt (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014).

Wel vinden enkelen dat de vroedvrouwen gemeen zijn tegenover hen en/of familie. Andere eigenschappen zoals onvriendelijk, ongevoelig, onrespectvol en onpersoonlijk worden ook toegeschreven aan vroedvrouwen (Rudman & Waldenström, 2007; Ellberg, Högberg, & Lindh, 2010).

Nog enkele andere feiten werden aangehaald in recent onderzoek. Vrouwen voelen zich onder druk gezet of gediscrimineerd door vroedvrouwen bij het nemen van een beslissing. Vragen worden niet beantwoord, omdat de vroedvrouwen het antwoord niet weten of niet luisteren naar de vraag (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014). Vrouwen hadden zelfs schrik omdat ze twijfelden aan de skills van de vroedvrouw (Rudman & Waldenström, 2007).

Niet enkel het gedrag van de vroedvrouw brengt onrust teweeg bij vrouwen, ook de zorgen zijn niet altijd zoals gewenst.

Er wordt op verschillende vlakken onvoldoende informatie gegeven aan ouders op materniteit (Rudman & Waldenström, 2007). Het stressniveau bij pas bevallen mama’s neemt hierdoor toe, terwijl deze vrouwen zich reeds in een stressvolle periode bevinden (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014).

Enkele zaken waarvan ouders onvoldoende op de hoogte worden gebracht zijn: pijn en pijnstilling, psychische veranderingen en de zorg voor de baby (Rudman & Waldenström, 2007). Het gebrek aan informatie wordt door volgend voorbeeld verduidelijkt.

De postpartum periode brengt een aantal fysieke en emotionele veranderingen met zich mee, zoals vermoeidheid en stress. Verschillende mama’s blijken hierop niet voorbereid te zijn en verwachten deze verschijnselen niet. Wanneer ze toch weten wat er zoal kan optreden in het postpartum, zoals bloedverlies of pijnlijke borsten, hebben ze geen idee wanneer dit zich kan voordoen of hoe het kan evolueren. (Martin, Horowitz, Balbierz, & Howell, 2014)

De reden dat vrouwen hiervoor geven is dat ze daar nooit over geïnformeerd zijn geweest. Daarom zouden zij dan ook graag hebben dat zorgverleners hun informatie geven over de veranderingen die zoal kunnen optreden bij een vrouw tijdens haar verblijf op de materniteit. Op deze manier zou ze zich hier geen zorgen over moeten maken.

Dit laatste konden de zorgverleners realiseren door een lijst te voorzien voor zwangeren van wie de verwachte bevallingsdatum nadert, met daarop alle klachten vermeld die de vrouw in het postpartum kan verwachten.

Zowel zorgverleners als mama’s vinden dit een goed initiatief. (Martin, Horowitz, Balbierz, & Howell, 2014)

Niet alleen onvoldoende, maar ook inadequate informatie wordt gegeven. Bovendien zorgt de tegenstrijdige informatie van verschillende vroedvrouwen voor stress (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014). Dit wordt later in dit hoofdstuk verduidelijkt met voorbeelden van tijdens de borstvoeding.

Desondanks heeft de aanwezigheid of het gebrek aan ondersteuning door de vroedvrouw geen invloed op de tevredenheid met het ouderschap (Salonen et al., 2010).

Kraamvrouwen vinden dat er onvoldoende aandacht wordt besteed aan hun fysieke en emotionele noden. In plaats daarvan gaat alle aandacht naar de baby (Rudman & Waldenström, 2007).

Mama’s geven aan dat ze hulp willen krijgen tijdens de nacht. Vroedvrouwen daarentegen denken dat de kraamvrouwen juist dan weinig hulp zouden moeten krijgen (Valbø, Iversen, & Kristoffersen, 2011). Tegenstrijdige resultaten worden weergegeven of mama’s al dan niet tevreden zijn met de ondersteuning ‘s nachts. In eerder onderzoek spreken vrouwen van een gebrek aan hulp tijdens de nacht, wat versterkt wordt door het feit dat de vaders naar huis werden gestuurd en dus niet konden inslapen (Rudman & Waldenström, 2007). In later onderzoek blijkt de meerderheid van de mama’s tevreden te zijn met de hulp die ze krijgen met betrekking tot de pasgeborene tijdens de nacht (Valbø, Iversen, & Kristoffersen, 2011).

Samengevat is de ondersteuning door vroedvrouwen op materniteit belangrijk voor ouders. De kwaliteit ervan kan beïnvloed worden door het gedrag van de vroedvrouw, de hoeveelheid informatie en de aandacht die ze ouders geeft.

* + 1. **Een wereld van vrouwen?**

De focus in kraamperiode ligt vooral op het welzijn van mama en baby. Wat niet mag vergeten worden is dat de partner ook een transitie naar ouderschap doormaakt, wat verschillende emoties naar boven brengt bij hem (Steen, Downe, Bamford, & Edozien, 2012).

In het artikel van Ellberg, Högberg, & Lindh (2010) omschrijft een papa het verblijf op de materniteit als “een wereld van vrouwen”. Vaders voelen zich soms buitengesloten en worden onvoldoende betrokken in de zorg van hun partner en pasgeborene.

Stress, onwetendheid en overbezorgdheid zijn gevoelens die papa’s hierdoor ervaren. (Ellberg, Högberg, & Lindh, 2010)

Dit laatste strookt niet met de scores die vroedvrouwen zichzelf geven voor de kennis en skills die ze denken te hebben in de betrokkenheid naar vaders toe. 51,1 procent van de vroedvrouwen beweert de vader vaak te betrekken in de verzorging van zijn dochter of zoon. Dit gaat over verzorgingen zoals een babybadje, een luierwisseling of inbakeren. Vroedvrouwen geloven hier goed tot zeer goed op te scoren, terwijl uit de reflecties van vaders het tegendeel blijkt. (Rominov, Giallo, Pilkington, & Whelan, 2017)

De WHO heeft daarom recentelijk verkondigd dat het belangrijk is om vaders te betrekken in alle zorgen die betrekking hebben op hun partner. Deze actieve betrokkenheid zou op lange termijn een positieve invloed uitoefenen op mama, baby en papa zelf. (Rominov, Giallo, Pilkington, & Whelan, 2017)

Vrouwen hebben het er zelf ook moeilijk mee dat de postpartum periode voornamelijk draait rond henzelf en hun pasgeborene, terwijl de papa erbuiten wordt gehouden (Rudman & Waldenström, 2007). Zij vindt het belangrijk dat de partner wordt gezien en gerespecteerd en niet als bezoeker wordt beschouwd (Ellberg, Högberg, & Lindh, 2010).

Het gevoel van overbodigheid wordt nog versterkt indien vaders naar huis worden gestuurd of niet mogen blijven overnachten. (Rudman & Waldenström, 2007).

Volgens Hildingsson (2007) mocht op een materniteit in Zweden 63 procent van de vaders blijven overnachten bij hun partner en pasgeborene. Zij die geen toestemming kregen om te overnachtten, waren minder op de hoogte van het verloop van de borstvoeding, de zorg voor de pasgeborene en de postnatale controles. Daarbovenop zouden deze vaders ontevreden zijn over de bezoekuren en de mogelijkheid tot betrokkenheid in de zorg. Familie betrekken in de postpartum zorg is nochtans essentieel. Partners zouden dus de kans moeten krijgen om te overnachten, zodat ze meer betrokken worden in de zorg. (Hildingsson, 2007)

Ook het artikel van Rominov, Giallo, Pilkington, & Whelan (2017) bevestigd dat het overnachten van de vader een grote rol speelt in zijn betrokkenheid in de zorg en steun voor mama en baby.

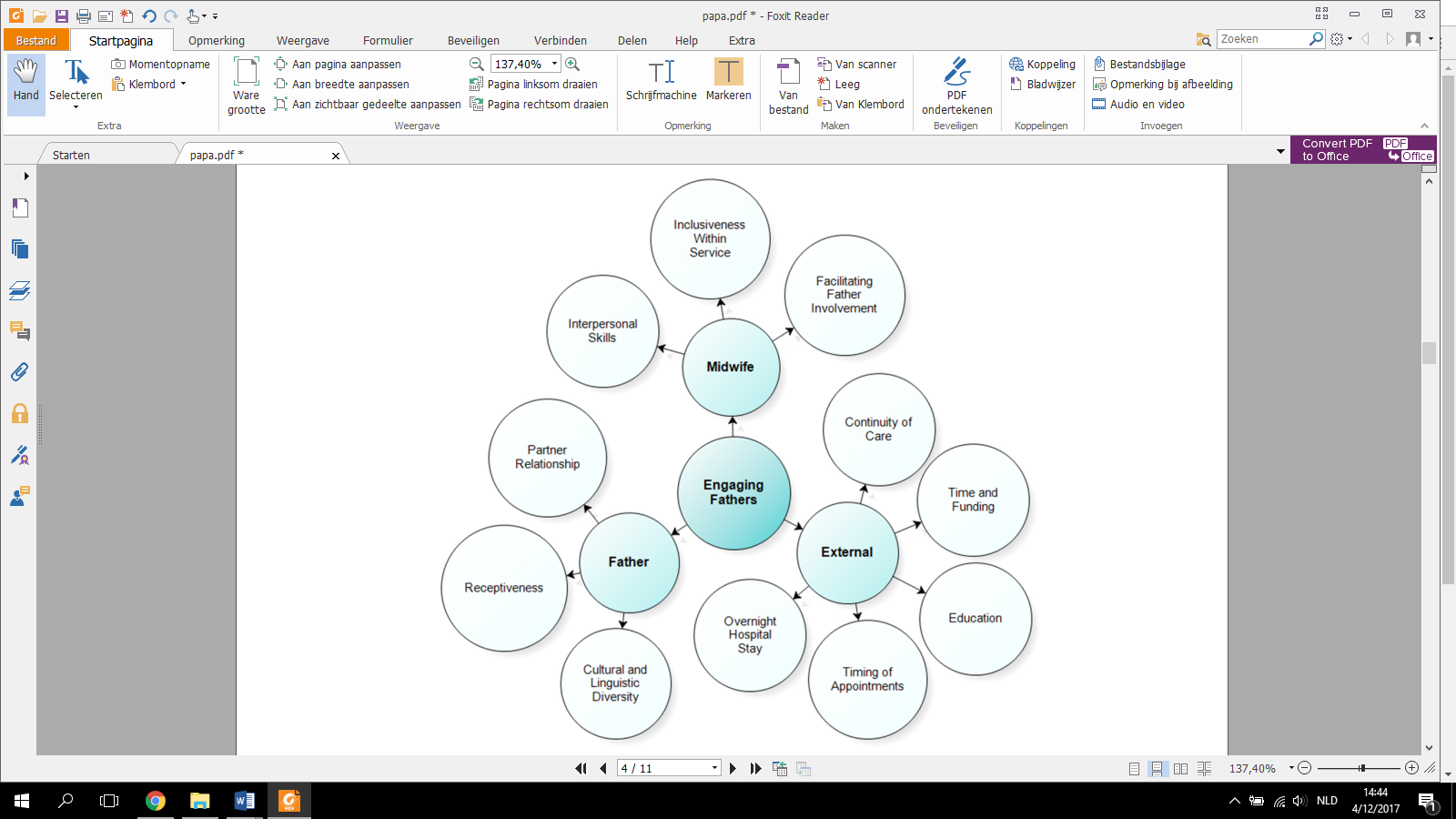
Enkele kraamvrouwen waren ongerust, omdat de vader niet mocht overnachten of omdat ze niet wisten of er mogelijkheid hiertoe was. Als de partner hier de kans niet toe kreeg of niet op bezoek mocht komen wanneer de vrouw dit wilde, werd dit benoemd als een van de redenen waarom mama’s ontevreden zijn over hun verblijf op materniteit (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014).

Er is niet alleen aandacht nodig voor de fysieke aanwezigheid van vaders, maar ook voor hun mentale gezondheid. Vaders worden de eerste dagen postpartum bedolven onder emoties (Ellberg, Högberg, & Lindh, 2010). Alle ondervraagde vroedvrouwen vinden het dan ook belangrijk dat ze extra getraind worden in het onderwerp “vaders en hun mentale gezondheid” (Rominov, Giallo, Pilkington, & Whelan, 2017). Vroedvrouwen vragen slechts 30 tot 36 procent van de tijd naar het emotioneel welzijn van vaders op materniteit, wat onvoldoende is (Rominov, Giallo, Pilkington, & Whelan, 2017).

Net zoals mama’s kunnen partners in contact komen met negatieve aspecten op materniteit. Dat vaders weinig rust krijgen op de materniteit blijkt uit volgende cijfers. Maar liefst 59 procent krijgt te weinig mogelijkheden om te rusten of te genieten van een moment zonder gestoord te worden (Hildingsson, Thomas, Olofsson, & Nystedt, 2009).

Samenvattend is de aanwezigheid en betrokkenheid van de partner op materniteit essentieel voor henzelf, de mama en pasgeborene. Dit is ook het doel van “Family-centered care”.

Figuur 2 verduidelijkt nog eens wat er zoal belangrijk is om vaders tevreden te stellen tijdens hun verblijf op materniteit



Figuur 2 (Rominov, Giallo, Pilkington, & Whelan, 2017)

* + 1. **Steun bij borstvoeding**

Mama’s die ervoor kiezen om borstvoeding te geven kunnen op materniteit te maken krijgen met stuwing, de borstvoeding die niet op gang wil komen, de pasgeborene die moet leren zuigen, de meest comfortabele houding die moet gevonden worden,... Dit zijn allemaal factoren die van invloed kunnen zijn op de psychische en fysieke rust van de mama.

Daarom is ondersteuning bij de borstvoeding een belangrijk aandachtspunt (Rudman & Waldenström, 2007).

Deze ondersteuning wordt in de praktijk niet altijd even positief ervaren. Onderzoek toont aan dat mama’s op materniteit soms slechte ervaringen hebben met borstvoeding en/of onvoldoende en incorrecte informatie krijgen. Zelfs in specifieke situaties zoals borstvoeding na een borstoperatie of borstvoeding bij een dysmature pasgeborene (die aan ondergewicht lijdt), wordt er beschreven dat er te weinig aandacht aan wordt besteed. Als gevolg hiervan voelden mama’s zich teleurgesteld, boos en gestrest. (Rudman & Waldenström, 2007)

Ouders en vooral primipara’s (=eerstbarende) krijgen veel nieuwe informatie te verwerken. Het is op zich al moeilijk om al deze informatie te onthouden, laat staan deze toe te passen. Wanneer vroedvrouwen tegenstrijdige informatie geven aan eenzelfde koppel, bezorgt dit de ouders onnodige stress.

Vrouwen krijgen verschillende technieken aangeleerd, waardoor ze in de war geraken. Ze ondervinden aan den lijve dat het gebrek aan eenduidige informatie voor problemen kan zorgen en het bezorgd hen bovendien een hoop stress. (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014)

Het is ook vermoeiend om geconfronteerd te worden met verschillende vroedvrouwen.

Als een vrouw de ene shift verzorgd wordt door iemand en de shift erna door een vroedvrouw die haar achtergrond nog niet kent, zorgt dit ervoor dat kraamvrouwen verschillende keren hetzelfde moeten herhalen. (Lewis, Hauck, Ronchi, Crichton, & Waller, 2016)

Verschillende studies hebben aangetoond dat meerdere elementen borstvoeding in het gedrang brengen. Naast tegenstrijdige informatie is het onderbreken van de borstvoeding een volgend probleem.

Na onderzoek op een materniteit in de USA bleek dat elke mama die borstvoeding gaf blootgesteld werd aan 54 verstoringen in maar liefst 12 u. Dit komt neer op 4.5 keer per uur, met een gemiddelde duur van 17 minuten per verstoring. Onder de term verstoring werd verstaan elke persoon die de kamer binnenkwam en elke telefoonoproep.

Diegenen die aan de basis van dit hoge cijfer lagen zijn de zorgverleners, gevolgd door de bezoekers (Morrison, Ludington-Hoe, & Anderson, 2006). Dit blijkt ook uit volgend artikel (Albert & Heinrichs-Breen, 2011) dat beschrijft dat vroedvrouwen dikwijls de kamer binnenkomen uit bezorgdheid en nieuwsgierigheid of de borstvoeding goed verloopt. Dit terwijl ze niet eens weten of de vrouw borstvoeding aan het geven is.

De mama’s gaven aan dat ze zich als gevolg hiervan opgejaagd voelden tijdens het voeden en schrik hadden dat er iemand de kamer zou binnenkomen. Deze stressfactor kan het slagen van borstvoeding in gevaar brengen, aangezien het de toestroom van melk onderdrukt.

De mama kan bovendien onvoldoende rusten, waardoor haar energie en de melktoevoer afneemt (Morrison, Ludington-Hoe, & Anderson, 2006).

Volgens vroedvrouwen zouden mama’s hun baby vroeger aan de borst leggen indien er minder bezoek zou zijn. Dit is vaak niet het geval en als gevolg daarvan krijgt de baby geen voeding wanneer hij erom vraagt, omdat de ouders het bezoek niet durven wegsturen. (Grassley, Clark, & Schleis, 2015)

Ook de keuze van voeding kan stress met zich meebrengen. Wanneer er te veel nadruk wordt gelegd op het belang en de voordelen van borstvoeding, voelen mama’s zich schuldig wanneer ze supplementen geven aan hun baby. Zij geven aan dat ze aangemoedigd willen worden in plaats van te worden onder druk gezet. (Rudman & Waldenström, 2007)

Ervaringen met borstvoeding gedurende de eerste uren en dagen na de geboorte zijn bepalend voor de voeding die de pasgeborene op latere leeftijd zal krijgen.

Storende factoren die van invloed zijn op de borstvoeding kunnen op deze keuze een negatieve impact hebben. (Morrison, Ludington-Hoe, & Anderson, 2006)

Kortom verwachten mama’s het volgende van de vroedvrouwen: tijdige ondersteuning, samenhangend advies en tegemoetkoming aan hun noden (Clark, Beatty, & Reibel, 2015; James, Sweet, & Donnellan-Fernandez, 2017).

* 1. Routines (Routines of the environment)
     1. Medische zorgen
        1. Dagelijkse controlerondes

Patiënten en dus ook kraamvrouwen die opgenomen zijn in het ziekenhuis geven aan dat zij gedurende de dag veel bezoek krijgen van verschillende personeelsleden. Een van die bezoeken zijn de vaste controlerondes die meerdere keren per dag worden uitgevoerd (Maben et al., 2016). Een ander onderzoek specifieert dat mama en baby minstens een keer per shift worden gecontroleerd (Yeh, St John, & Venturato, 2016).

Op materniteit bestaan deze controlerondes uit het controleren van parameters, medicatiebeleid, hygiënische zorgen, verzorgen van de baby, hulp bij de voeding van de pasgeborene,… (VBOV, 2017)

Zowel mama’s als papa’s vinden dat deze routine controle interfereert met hun nood aan rust (Gaboury, Capaday, Somera, & Purden, 2017).

Het moment waarop de zorgverlener langskomt verschilt van dag tot dag, wat frustratie met zich meebrengt bij de patiënten (Swenne & Skytt, 2014). Deze controles vragen tijd van de patiënt, maar zijn van fundamenteel belang om verschillende redenen:

-Om zekerheid te hebben dat alle patiënten zijn verzorgd en voorzien zijn van hetgeen ze wensen (Maben et al., 2016).

-Om diagnoses en prognoses te stellen en voor het opstellen van behandelingsplannen (Swenne & Skytt, 2014).

-Om het dossier te kunnen aanvullen en vertrouwen op te bouwen met de patiënt (Tingle, 2012).

Het is beter geen enkele patiënt over te slaan tijdens de dagelijkse ronde, ook al is het niet nodig iedereen te controleren. Als enkel wordt gecontroleerd waar nodig, zullen andere patiënten zich zorgen maken waarom er niemand is langs geweest bij hen (Tingle, 2012).

Deze dagelijkse controlerondes vinden patiënten dus wel belangrijk. Swenne & Skytt (2014) bevestigen dit ook in hun onderzoek. Het is immers een moment waarop ze de kans krijgen hun vragen te stellen. Bovendien worden dan de laboresultaten meegedeeld en kunnen ze door communicatie met de zorgkundigen een beter zicht krijgen in hun genezing (Swenne & Skytt, 2014).

Patiënten vinden deze controles belangrijk, al komt de duur en inhoud ervan niet overeen met hetgeen verwacht wordt. De tijd die er voor elke patiënt wordt genomen (ongeveer 5 minuten) is onvoldoende en de conversatie is voornamelijk medisch gericht. Er is niet alleen weinig tijd voor patiënten om al hun vragen te stellen, zorgverleners tonen soms ook weinig interesse in deze vragen. (Swenne & Skytt, 2014)

Door Swenne & Skytt (2014) wordt aangeraden meer tijd te nemen voor controlerondes.

Daartegenover staat dat zorgverleners rekening moeten houden met de tijdperiode voorzien per ronde. Die tijd moeten ze verdelen onder het aantal te verzorgen patiënten, wat zorgt voor een variabele voorziene tijd per persoon per dag (Cohn, 2014).

Voor zorgverleners worden enkele voorstellen gedaan om deze rondes efficiënt te laten verlopen. Zo zou er voor de start van de ronde de tijd moeten genomen worden om casus per casus te bekijken, te ondervinden wat de noden zijn en zo te beslissen welke patiënten eerst moeten gezien worden (Tingle, 2012).

Het gebruik van checklists kan fouten vermijden en speelt dus in het voordeel van beide partijen (Tingle, 2012; Cohn, 2014).

* + - 1. Afspraken met dokters, kinesisten en medewerkers van Kind en Gezin

Naast de dagelijkse controles door de vroedvrouw, kunnen er ook nog andere zorgverleners in contact komen met de ouders en pasgeborene.

Ieder heeft zijn eigen werkdomein, wat verduidelijkt wordt met behulp van volgende voorbeelden.

De vroedvrouw zal onmiddellijk na de geboorte de pasgeborene onderzoeken, maar alleen deze controle volstaat niet. Binnen de 72uur zal een kinderarts een meer gedetailleerd onderzoek uitvoeren. Dit onderzoek is nodig, omdat hiermee snel aandoeningen bij de baby kunnen opgespoord en behandeld worden.

Ouders zijn vaak bezorgd over hun kind en willen zo snel mogelijk weten of hij/zij gezond is. Dankzij dit bezoek van de kinderarts kunnen deze zorgen voor een stuk worden weggenomen. (Lomax, 2015)

Wanneer er een afwijking wordt gevonden bij de pasgeborene is dit natuurlijk een extra last om te dragen voor ouders tijdens de periode van herstel. Zij wachten dan in spanning af tot ze een nieuwe afspraak krijgen bij de arts of een specialist voor verdere informatie. Deze tijd tussen de onderzoeken brengt angst met zich mee. (Lomax, 2015)

Ondanks dat een negatieve uitslag van het onderzoek een rustig herstel van de mama kan verstoren, blijkt dat 81,2 procent van de mama’s een bezoek van de kinderarts noodzakelijk vindt (Valbø, Iversen, & Kristoffersen, 2011). 83.3 procent van de vroedvrouwen is het hiermee eens.

Ook gynaecologen worden graag gezien na de bevalling. Verschillende vrouwen verlangen ernaar dat de dienstdoende gynaecoloog hen blijft opvolgen in het postpartum, omdat zij weten wat ze hebben meegemaakt tijdens de bevalling. Deze wens tot verdere opvolging is soms niet mogelijk, waardoor mama’s met vragen en onzekerheden achterblijven.

Ook artsen vinden de continuïteit en opvolging van de zorg van hun patiënten belangrijk. Wanneer vrouwen de arts kennen, zullen ze namelijk gemakkelijker spreken over hun bezorgdheden. (Martin, Horowitz, Balbierz, & Howell, 2014)

Kind en Gezin kan ook langskomen op materniteit. Zij brengen een kennismakingsbezoek voor of net na de geboorte (Kind en Gezin, 2017).

Na de bevalling komt een verpleegkundige van Kind en Gezin de ouders tijdens het ziekenhuisverblijf de preventieve zorgverlening van Kind en Gezin voorstellen. Zij geeft ook de contactgegevens mee van het regiohuis waar je als mama terecht kan en plant een afspraak voor een huisbezoek binnen de 14 dagen na je thuiskomst (VBOV, 2017).

Sommige ziekenhuizen bieden ook een korte visite bij de kinesist aan. Hij of zij komt dan naar de kamer om de vrouw oefeningen te laten doen in functie van het herstellen van de bekkenbodemspieren. (persoonlijke communicatie, 2017).

Om deze overdaad aan visites te omzeilen, kan er gebruik gemaakt worden van digitale media. Verder onderzoek is nodig naar de impact hiervan, maar dit zou de afspraken met artsen, zorgverleners en dergelijke tijdens het verblijf kunnen vervangen in het belang van de rust. (Alpert, Dyer, & Lafata, 2017)

Indien er toch een consultatie plaatsvindt, in dit geval op de kamer, verwacht de patiënt dat de arts zijn of haar telefoon niet opneemt wanneer de reden van de oproep niets te maken heeft met de zorg voor een persoon.

Patiënten zijn ongerust dat ze onvolledige instructies krijgen als de communicatie tussen zichzelf en de arts is onderbroken geweest.

Dokters ondernemen al acties zoals het uitzetten of stilzetten van hun mobiele telefoon tijdens consultaties. Patiënten begrijpen evenwel dat het nodig is om bepaalde oproepen te beantwoorden en accepteren deze onderbreking dan ook wel.

Oproepen tijdens een consultatie zijn niet alleen vervelend voor de zorgvrager, ook artsen vinden dit storend. Zij voelen zich opgejaagd als ze opgebeld worden tijdens het onderzoek van een patiënt. Ook maken zij zich zorgen over de veiligheid van de patiënt wanneer de consultatie wordt gestoord door een telefoongesprek. Deze afleiding leidt namelijk tot fouten zoals medicatiefouten. Neem het voorval waarbij medicatie voor de verkeerde persoon werd voorgeschreven, doordat het dossier van een andere patiënt nog openstond als gevolg van een telefoongesprek. (Koong et al., 2015)

Het onderzoek van Rivera (2014) breidt de negatieve gevolgen voor de zorgverleners uit en toont aan dat een verstoring ook invloed heeft op de concentratie van diegene die gestoord wordt. Verder heeft het invloed op de lengte van de taak waarmee hij of zij bezig was en zorgt het ervoor dat de zorgverlener zaken vergeet.

* + - 1. Pijn

Vele mama’s hebben last van pijn de eerste dagen of weken na de bevalling. Een studie in de USA (United States of Amerika), waaraan 1573 vrouwen hebben deelgenomen, ondervond dat 48 procent van de vrouwen die vaginaal bevallen zijn pijn hebben aan het perineum. 79 procent van de vrouwen die een keizersnede ondergingen klagen van pijn aan de sectionaad.

De pijn die vrouwen in het vroege postpartum ervaren staat niet alleen in nauw verband met de bevalling. Ook pijn aan de borsten komt regelmatig voor. Zo kan er tepelpijn ontstaan als de pasgeborene niet correct aanligt.

Stuwing is een andere soort pijn die vaak optreed tussen dag 2 en 4 wanneer de borsten onvoldoende geleegd worden. (Eshkevari, Trout, & Damore, 2013)

Wanneer een vrouw pijn ondervindt tijdens haar verblijf op materniteit, zal ze niet kunnen rusten en zich moeilijk kunnen ontspannen. Pijn blijkt immers een negatieve invloed uit te oefenen op de kwaliteit van de slaap (van de Glind, de Roode, & Goossensen, 2007).

Dit is nefast voor de borstvoeding en de binding tussen moeder en kind (Godrat, Masood, Khatereh, & Fariba, 2013).

De zorg voor de pasgeborene is mentaal en fysiek moeilijk. Effectieve pijnstilling is dus belangrijk om de rol als mama te kunnen opnemen (Eshkevari, Trout, & Damore, 2013).

Chacko, kharde, & Swamy (2013) beschrijven dat de verzorging van een episiotomie bestaat uit routine zorgen zoals een vulvaspoeling en de toediening van pijnstilling. Dit is niet altijd voldoende om de pijn weg te nemen, daar deze interfereert met de dagelijkse activiteiten zoals zitten en stappen. Uit het artikel van Rudman & Waldenström (2007) blijkt bovendien dat er onvoldoende aandacht wordt besteed aan de pijnbestrijding postpartum. Pijnstillers worden niet op tijd gegeven of zijn onvoldoende sterk (Rudman & Waldenström, 2007).

Aangezien pijnbeleving een grote invloed heeft op de verkregen rust voor kraamvrouwen is het belangrijk pijn te voorkomen.

Perineumzorg kan hiervoor het beste bestaan uit een combinatie van lokale wondverzorging en pijnmedicatie. Een effectieve lokale pijnbestrijding is bijvoorbeeld de toepassing van infraroodtherapie gedurende 10 minuten per dag in het directe postpartum. (Chacko, kharde, & Swamy, 2013)

* + 1. Sociale contacten
       1. Bezoek van familie en vrienden

In het ziekenhuis worden er 24 uur op 24 zorgen uitgevoerd, maar het is daarvoor niet dag en nacht toegankelijk voor bezoek (Shulkin et al., 2014).

Sinds 1950 zijn beperkte bezoekuren ingevoerd met als doel rust voor de patiënten te creëren en de zorgverleners te voorzien van een omgeving waarin ze ongestoord hun werk kunnen doen (Shulkin et al., 2014).

De belangrijkste reden voor het invoeren van beperkte bezoekuren is rust verzekeren (Batten & Bland, 2015), maar andere redenen zijn: het vermijden van de verspreiding van besmettelijke ziektes (Moola, Xue, & McArthur, 2009), plaatsgebrek, weinig privacy en de verhoogde werklast doordat de zorg wordt verhinderd (Batten & Bland, 2015).

Als reactie op de beperkte bezoekuren werd er geëxperimenteerd met de verlenging van bezoekuren en de gevolgen hiervan voor de tevredenheid van patiënten. Hiervoor werd een ziekenhuis in Morristown (USA) gedurende 8 maanden 24 uur op 24 toegankelijk voor bezoekers. Op deze manier konden patiënten zelf beslissen wanneer ze bezoek wensten, zonder rekening te moeten houden met de limieten van bezoekuren. Het grootste aantal bezoekers die na de gewoonlijke bezoekuren kwam (van 20u tot 5u), werd gemeten tussen 20-22u. (Shulkin et al., 2014)

Na deze proeffase werden er niet meer klachten van patiënten, bezoekers of zorgverleners gemeld dan voordien, al worden deze resultaten als niet significant beschouwd. Bovendien werden de medische gevolgen voor de patiënten niet onderzocht, waardoor in dit artikel niet gesteld kan worden dat open bezoekuren minder rust creëren.

Het succes van open bezoekuren is ook afhankelijk per afdeling. (Shulkin et al., 2014)

Volgens Moola, Xue, & McArthur (2009) wordt aangeraden open bezoekuren te blijven toepassen, om een gelijkaardige reden: de tevredenheid van patiënten te verhogen. Daarnaast doen zij het voorstel om de open uren te combineren met rustige periodes.

De regeling van open bezoekuren heeft naast het tevredenstellen van de patiënt nog een voordeel. Als het bezoek op gelijk welk moment mag langskomen, blijkt het dat ze minder lang blijven wanneer ze merken dat de patiënt moe is. Ze houden hun bezoek korter, omdat ze weten dat ze later kunnen terugkomen (Batten & Bland, 2015). Hieruit blijkt dat patiënten dankzij open bezoekuren meer rust krijgen als ze er nood aan hebben.

Enerzijds zorgen de open bezoekuren ervoor dat patiënten zelf kunnen kiezen wanneer ze bezoek wensen (Shulkin et al., 2014), maar anderzijds heeft het bezoek de mogelijkheid om gelijk wanneer op de dag langs te komen. Vele patiënten verkiezen daarom toch enige controle over de bezoekuren. Zo hebben zij liever geen bezoek in de ochtend, late avond en tijdens het eten (Cooper et al., 2008). De open bezoekuren worden in dit artikel niet als de nieuwe evidentie voor patient-centered care gezien.

Er is duidelijk veel onenigheid over de duur van de bezoekuren. Om nog een voorbeeld te geven, wordt een tegenstelling geformuleerd. Maar liefst 63.4 procent van de ondervraagde mama’s die verbleven op de materniteit van een ziekenhuis in Noorwegen vond het bezoek van familie en vrienden tijdens de dag niet vervelend (Valbø, Iversen, & Kristoffersen, 2011). Uit een andere bevraging daarentegen blijkt dat kraamvrouwen het wel nodig vinden om het aantal bezoekers en de bezoekuren aan te passen (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014). Bezoek neemt vaak kostbare tijd in, want in de plaats daarvan zouden ze kunnen rusten. Zoals beschreven in 1.1 kunnen mama’s deze rust goed gebruiken.

Wanneer toch open uren worden toegepast, zouden deze best gekoppeld worden aan richtlijnen (Batten & Bland, 2015). Enkele voorbeelden hiervan zijn:

-Rustperiodes worden ingelast die het herstel van de kraamvrouwen vooropstelt. Ook het onderzoek van Moola, Xue, & McArthur (2009) raadt dit aan.

-Bezoekers moeten begrijpen dat het bezoek kan onderbroken worden als de verzorging moet plaatsvinden.

-Er kan een ruimte voor bezoekers ingericht worden, waar ze andere patiënten niet storen. Een wachtkamer is hier een voorbeeld van.

Bezoekuren kunnen een impact hebben op de tevredenheid van de patiënten (Moola, Xue, & McArthur, 2009), maar ook andere factoren kunnen hierop van invloed zijn.

De fysieke en psychische staat van de patiënt speelt hierin een grote rol. Zo kan de staat waarin iemand verkeert invloed hebben op het aantal gewenste bezoekers. Voorts kan een vermoeid persoon een negatief effect uitoefenen op het bezoek. Hetzelfde doet zich voor wanneer de patiënt geconfronteerd wordt met terug opkomende pijn in de aanwezigheid van bezoekers. (Cooper et al., 2008)

Omgekeerd kan ook het bezoek een effect hebben op de patiënt. Zo kunnen bezoekers bijvoorbeeld vermoeidheid uitlokken bij de patiënt (Cooper et al., 2008).

Er moet ook rekening gehouden worden met anderen. Zo kan een groot familiebezoek leuk zijn voor de patiënt die ze heeft uitgenodigd, maar minder aangenaam voor de kamers ernaast. Zij horen namelijk alles.

Bezoek kan dus leuk zijn, maar het geluid en lawaai dat bezoek met zich meebrengt is dus een extra stress factor. (Cooper et al., 2008)

Samengevat kunnen familie en vrienden een positieve invloed hebben op patiënten, maar is het tegengestelde ook waar. Zorgvragers kunnen onder andere vermoeid geraken door bezoek, maar durven de bezoekers niet naar huis te sturen (Cooper et al., 2008).

Patiënten en dus ook kraamvrouwen hebben weinig tot geen controle over het aantal bezoekers, het moment waarop het bezoek langskomt en hoelang ze blijven (Gray et al., 2011). De individuele noden van vrouwen op materniteit worden bijgevolg niet altijd gerespecteerd.

* + - 1. Digitale media

Vanaf het moment dat de baby geboren is en de ouders het nieuws delen met vrienden en familie, worden zij overspoeld door felicitaties.

Een op vier vrouwen voelt zich verplicht om 24 uur op 24 bereikbaar te zijn. Zij ontvangen dus dag en nacht berichtjes en telefoontjes. Daarbij komt dat 72 procent van de vrouwen 1 tot 5 telefoontjes pleegt per dag en 60 procent hetzelfde aantal aan sms’jes.

Ondanks deze grote aantallen, blijkt het merendeel (46%) dit niet stressvol te vinden. 40 procent van de kraamvrouwen vindt sms- en telefoonverkeer een beetje stressvol. Uit dit cijfermateriaal zou kunnen besloten worden dat het sms’en en bellen geen of weinig invloed heeft op de psychische rusttoestand van personen. Echter niets is minder waar. 24 uur op 24 bereikbaar zijn kan ertoe leiden dat de slaap wordt onderbroken.

Iets minder dan de helft (46%) rapporteert dat ze enkel in uitzonderlijke gevallen ’s nachts gewekt worden door hun telefoon. Als gevolg van deze slaaponderbreking kunnen stress en depressieve symptomen naar boven komen. Ook het veelvuldig gebruik van de telefoon, wat bij 22 procent van de vrouwen het geval is, staat gelinkt aan negatieve gezondheidsuitkomsten. (Thomée, Härenstam, & Hagberg, 2011)

Voor de pasgeborene brengt dit ook gevolgen met zich mee. Mama’s geven namelijk aan dat ze zich moeilijk kunnen concentreren op hun baby tijdens de borstvoeding als ze weten dat ze kunnen gebeld worden (Morrison, Ludington-Hoe, & Anderson, 2006).

Het beantwoorden van sms’en en opnemen van telefoonoproepen brengt niet alleen gevolgen met zich mee. Ook het geluid dat gsm’s produceren kan schadelijk zijn. Er wordt daarom aangeraden het volume van de telefoons op materniteit zo laag mogelijk te zetten. Dit geldt niet alleen voor de zorgverleners, maar ook voor de mama’s (Cunha & Silva, 2015). Op deze manier kan er al een geluidsbron in het ziekenhuis onderdrukt worden.

* 1. **Psychische factoren (Physical environment)**
     1. Geluid

Een ziekenhuis wordt verondersteld een omgeving van genezing te waarborgen, maar in de plaats daarvan is het een plek waar je als patiënt wordt blootgesteld aan geluidsoverlast. Geluiden afkomstig van apparaten, gepraat, muziek en verbouwingswerken zijn maar enkele voorbeelden van factoren die bijdragen tot de fysieke en psychische gevolgen die de patiënten kunnen oplopen. Kortom is het belangrijk dat zorgverleners instaan voor een stille en rustige omgeving voor patiënten, want er wordt verwacht dat zij het welzijn bevorderen. (Adatia, Law, & Haggerty, 2014)

Uit onderzoek op drie afdelingen intensieve zorgen blijkt dat de meest vervelende geluiden diegene zijn van luid gepraat en voetstappen. In de open bevraging werd het lawaai dat de wielen van medische karren maken en lawaai van verbouwingswerken ook vermeld.

Omgevingsgeluiden die repetitief zijn, worden als meest hinderlijk ervaren. (Pilar, Dolores, Mari Paz, Natalia, & Enedina, 2012)

In eerder onderzoek (Pope, 2010) daarentegen vonden patiënten en bezoekers op medische verpleegafdelingen het openen en sluiten van deuren, gehuil en het geluid van voetstappen de grootste geluidshinder. Verder werden ook zorgverleners bevraagd, waaruit blijkt dat zij het gepraat van bezoek of familie als grootste geluidshinder aanduiden. Volgens hen horen ook het geluid van de wielen van karren, het geroep van zorgverleners en spelende kinderen bij de top van opmerkingen.   
Als we deze oorzaken samenleggen kunnen we besluiten dat er vele verschillende omgevingsgeluiden zijn te horen in het ziekenhuis (Pope, 2010). Er werd een gemiddelde van 12.9 geluiden vastgesteld met een spreiding van 5-22. Eenmaal de factoren van geluidsoverlast bekend zijn, kunnen er interventies doorgevoerd worden (Pilar, Dolores, Mari Paz, Natalia, & Enedina, 2012).

Volgens de reacties van patiënten zou de meest lawaaierige tijdsperiode van 9-21 uur zijn (Pilar, Dolores, Mari Paz, Natalia, & Enedina, 2012). Door ander onderzoek (Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010) wordt het tijdstip van 16u tot 17u als het drukst beschreven, wat binnen de tijdsperiode van het eerste artikel valt. Toch zien we deze resultaten niet terug in de studie van Pope (2010), waarbij geen periode luidruchtiger bleek te zijn.

Na toetsing (Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010) van de geluidsniveaus in verschillende afdelingen van ziekenhuizen in Taiwan werd duidelijk dat alle resultaten hoger liggen dan de aanbevolen richtlijn van 45dB door de United States Environmental Protection Agency (USEPA). De gemiddelde decibellevels bedragen overdag tussen 52.6 en 64.6 dB. Niet alleen in dit artikel bleken de resultaten hoger te liggen dan de grens van 45 dB, maar ook in het onderzoek van Pope ( 2010), waar gelijkaardig onderzoek werd verricht. De gemiddelde waarde bedraagt daar 63dB met een minimum van 40.4dB en een maximum van 100dB. De decibellevels gemeten in de kamers liggen vaak hoger, tot dubbel zo hoog dan die van de bijbehorende bureaus (Pope, 2010).

Ook al vindt 84.5% van de patiënten het geluid dragelijk, als we al deze resultaten samenleggen kan er geconcludeerd worden dat lawaai een belangrijk probleem is in de ziekenhuizen (Pilar, Dolores, Mari Paz, Natalia, & Enedina, 2012). De geluiden waarmee patiënten worden geconfronteerd, hebben een impact op hen, waardoor er van rust weinig sprake is (Cunha & Silva, 2015). Zo wordt de slaap van 68.9 procent van de ondervraagden onderbroken door lawaai (Pilar, Dolores, Mari Paz, Natalia, & Enedina, 2012). De grootste oorzaken van deze onderbroken slaap zijn de gesprekken van de vroedvrouwen en geluid van andere patiënten (Cunha & Silva, 2015).

Cunha & Silva (2015) brengen dit cijfer naar 31 procent. Volgens hen zijn buiten slaaponderbreking ook volgende zaken het gevolg van geluid in het ziekenhuis: ongemak (23.8 procent), nerveusheid (21.4 procent), angst (20.2 procent), verminderde concentratie (15.5 procent) en stress (10.7 procent). Verder hebben vrouwen (20.6 procent) meer last van hoofdpijn als gevolg van de geluiden dan mannen (6 procent).

Het lawaai is niet altijd afkomstig van buiten de kamer. Ook het huilen van een baby heeft impact op jonge vrouwen en zorgt voor gevoelens van stress, angst en frustratie (Bruning & McMahon, 2009; Kurth et al., 2014). Luid gehuil doet pijn aan de oren en ouders worden er nerveus van (Kurth et al., 2014).

Tachtig vrouwelijke studenten (gemiddeld 20 jaar) namen deel aan een experiment, waarbij ze werden blootgesteld aan het gehuil van een baby. Een babypop werd computergestuurd en maakte verschillende babygeluiden, waaronder gehuil. Gedurende tien minuten moesten de deelnemers zien om te gaan met de huilende babypop. Na tien minuten mochten de deelnemers de pop teruggeven. (Bruning & McMahon, 2009)

Uit de resultaten blijkt dat de jonge vrouwen geen controle meer hadden over de situatie en zich geen raad meer wisten indien de baby bleef huilen, ondanks hun inspanningen. Wanneer vrouwen de baby niet zelf kunnen kalmeren, worden zij bovendien onzeker over zichzelf. Daarbij komt dat de zorg voor de baby hieronder kan lijden.

Zorgverleners moeten de impact die het gehuil van de pasgeborene op de mama’s kan hebben, proberen te vermijden. Dit is mogelijk door nieuwe ouders zelfzekerder te laten omgaan met dit gehuil. (Bruning & McMahon, 2009)

Het komt er op neer dat verschillende geluidsfactoren een invloed hebben op de patiënten die verblijven in een ziekenhuis (intensiteit, hoeveel geluidsbronnen,…). Geluid beïnvloed nagenoeg iedereen in het ziekenhuis en dus ook de zorgverleners. De impact die geluid op hen heeft, kan worden teruggevonden in hoofdstuk 1.3.2.

* + 1. **Licht**

In verschillende ziekenhuizen branden de lichten in de gangen op materniteit 24u op 24u. Hiervan hebben zowel mama als baby last, want het belemmerd hun slaap (Beake, Rose, Bick, Weavers, & Wray, 2010).

Niet alleen de patiënten, maar ook de vroedvrouwen zijn ontevreden over het licht op de afdeling. Ze worden weinig tot niet blootgesteld aan het zonlicht tijdens de dag shift en komen zo weinig in contact met natuurlijk licht. Daarbij komt dat de intensiteit van het licht niet aangepast is aan de omgeving, waardoor vroedvrouwen last krijgen van hoofdpijn. (Symon, Paul, Butchart, Carr, & Dugard, 2008)

* + 1. Eén- of tweepersoonskamer

Meer en meer ziekenhuizen voorzien eenpersoonskamers om het helingsproces te bevorderen (van de Glind, de Roode, & Goossensen, 2007). Deze evolutie is positief voor de patiënten, want de meerderheid (twee/derde) geeft de voorkeur aan een eenpersoonskamer (Maben et al., 2016).

Op de materniteit is deze voorkeur nog extremer. Daar verkiezen alle ondervraagde kraamvrouwen een eenpersoonskamer (Maben et al., 2016).

Patiënten die verblijven in een eenpersoonskamer zijn meer tevreden en beschouwen deze kamer als zeer comfortabel (van de Glind, de Roode, & Goossensen, 2007). Er wordt zelfs een vergelijking gemaakt met een hotelkamer of thuis.

Kraamvrouwen krijgen er privacy en kunnen doen wat ze thuis zouden doen, zonder zich belemmerd te voelen door de aanwezigheid van andere patiënten (Maben et al., 2016).

Ouders vinden het belangrijk om een eenpersoonskamer te hebben, omdat hun persoonlijke behoeften op deze manier worden ingewilligd. Ze krijgen er meer rust en kraamvrouwen geven aan dat de verkregen privacy een groot voordeel is bij het geven van borstvoeding. (Gaboury, Capaday, Somera, & Purden, 2017)

Naast een eenpersoonskamer kan er ook gekozen worden voor een verblijf op een tweepersoonskamer. Ouders die verblijven op een tweepersoonskamer, hebben snel last van geluidsoverlast door het koppel waarmee ze de kamer delen (Beake, Rose, Bick, Weavers, & Wray, 2010).

De impact van het bezoek in deze kamers mag ook niet onderschat worden. Het lawaai dat het bezoek met zich meebrengt, heeft een effect op de patiënt zonder bezoek. Ten tweede wordt er een groot deel van de gedeelde ruimte door het bezoek ingenomen als het druk is, terwijl de andere patiënt er evenveel recht op heeft. Ten slotte benadrukt dit de isolatie van de persoon waarmee de kamer wordt gedeeld als de ene vrouw veel bezoek krijgt en de andere weinig tot geen. (Gray et al., 2011)

Door het lawaai van kamergenoten of hun bezoek, is ook rusten in een tweepersoonskamer een factor om bezorgd over te zijn (Gray et al., 2011). Wanneer patiënten een kamer delen met twee of meer, dan is dit ten nadele van de slaap en het herstel (Kurth et al., 2010). Later onderzoek staaft dit (Maben et al., 2016).

Op een eenpersoonskamer daarentegen neemt het lawaai af en de slaapkwaliteit neemt toe (van de Glind, de Roode, & Goossensen, 2007).

Toch is het verblijf op een tweepersoonskamer niet altijd negatief geladen, want langs de andere kant hebben deze kraamvrouwen wel iemand waarmee ze kunnen praten (Beake, Rose, Bick, Weavers, & Wray, 2010). Dit wordt door Maben et al. (2016) aangetoond met cijfermateriaal: een op drie van de ondervraagde patiënten vindt het gebrek aan interactie met andere patiënten een nadeel van een eenpersoonskamer. In een gedeelde kamer zijn de patiënten gerustgesteld, doordat ze elkaar kunnen zien en zo elkaars veiligheid kunnen inschatten. Bij enkele personen resulteerde het verblijf op een meerpersoonskamer zelfs in vriendschap (Maben et al., 2016).

Wanneer de materniteit drukbezet is, worden pas bevallen vrouwen soms op een tweepersoonskamer gelegd, terwijl ze een eenpersoonskamer hadden gevraagd. Hierdoor worden zij ongewenst geconfronteerd met de nadelen die gepaard gaan met een tweepersoonskamer (Rudman & Waldenström, 2007).Zo ondervond een van de ondervraagde vrouwen een probleem tijdens de borstvoeding. Er waren geen gordijnen tussen de twee bedden, waardoor zij zichzelf opsloot in het toilet om borstvoeding te kunnen geven in alle privacy (Rudman & Waldenström, 2007). Dit is een voorbeeld van gebrek aan privacy en lichamelijk comfort, wat volgens het artikel van Maben et al. (2016) nog een nadeel is van meerpersoonskamers.

Zorgverleners ondervinden zelf ook verschillen in een een- of meerpersoonskamer.

Als patiënten samen op een kamer liggen, kunnen ze elkaar wat in het oog houden. Zorgverleners zien dit als een voordeel, omdat ze het gevoel krijgen dat ze geholpen worden in hun taak om iedereen te observeren.

Eenpersoonskamers hebben dan weer het voordeel dat de verzorging vlotter en veiliger kan verlopen door een betere werkomgeving. De zorg op deze kamer wordt minder onderbroken dan wanneer dezelfde zorg op een meerpersoonskamer zou plaatsvinden.

Langs de andere kant is het ingewikkelder om de aandacht te verdelen onder de patiënten op eenpersoonskamers. Het is moeilijker voor de verpleegkundigen om in te schatten wie prioritair is en wie later kan verzorgd worden.

Verder is er een verschil te merken in het aantal stappen dat per dag wordt gezet door de vroedvrouwen op materniteit. Vooraleer het experiment met ziekenhuizen bestaande uit 100 procent eenpersoonskamers werd uitgevoerd, bedroeg het aantal stappen van de vroedvrouwen 475 per uur. Dit resultaat is tijdens het experiment gestegen naar 553 stappen per uur. Of dit een voordeel of nadeel is blijft de vraag. Het benadrukt in ieder geval de werkdruk die toeneemt op een materniteit die enkel uit eenpersoonskamers bestaat.

Er blijkt toch geen significant verschil te zijn gemeten in het welzijn en stress bij de zorgverleners. (Maben et al., 2016)

Er zijn dus voordelen en nadelen verbonden aan zowel een- als meerpersoonskamers. De keuze ligt bij de patiënt, maar het personeel verkiest alvast een dienst met een mix van beide kamers. (Maben et al., 2016)

* 1. Factoren die invloed hebben op de rust voor vroedvrouwen

Zorgverleners, waaronder vroedvrouwen mogen dan wel verondersteld worden een prachtige job uit te oefenen, achter de schermen worden zij geconfronteerd met emotionele en professionele vereisten die minder leuk zijn (Al-Hammad, Raheel, Al-Baiz, & Al-Otaibi, 2012).

Shiftwerk bijvoorbeeld heeft een grote invloed op zorgverleners. 53 procent van de ondervraagde verpleegkundigen blijkt diep ongelukkig of gestrest te zijn. Daarbovenop lijdt 27 procent aan een hoge graad van depressie. Er is dan ook aangetoond dat er een verband is tussen het stresslevel bij zorgverleners en het aantal jaren shiftwerk. In de eerste 5 jaar tewerkstelling ligt de stress het hoogst, waarna het met de jaren terug afneemt.

Verder is shiftwerk van invloed op het slaappatroon, wat op zijn beurt leidt tot slaaptekort. (Al-Hammad, Raheel, Al-Baiz, & Al-Otaibi, 2012)

Daarbij is de werkdruk een groeiend probleem voor vroedvrouwen (Yelland, Winter, Draycott, & Fox, 2013). Preciezer geformuleerd vindt 40 procent onder hen de werkdruk vaak stressvol (Bánovčinová, 2017).

Ze staan niet alleen in voor de verzorging van hun patiënten, maar bijkomende sociale situaties komen ook op hun schouders terecht. Zo krijgen ze te maken met drugsgebruik, migranten en huishoudelijk geweld (Yelland, Winter, Draycott, & Fox, 2013). Sinds 1997 is er een verdubbeling in het aantal migranten die bevallen in the United Kingdom (UK). Dit gaat over een stijging van 12 naar 25 procent.

Deze vrouwen hebben vaak andere gewoontes en noden. Daarnaast is er een taalbarrière, waardoor conflicten tussen deze vrouwen en vroedvrouwen kunnen ontstaan. Verder kan de kwaliteit van de zorg hieronder lijden. (Yelland, Winter, Draycott, & Fox, 2013)

Niet alleen sociale factoren zijn van invloed op de werkdruk, ook het personeelstekort eist zijn tol. De verhouding van het aantal vroedvrouwen tot het aantal geboortes is door de jaren heen veranderd. In de UK bedroeg in 2008 de ratio vroedvrouw: geboortes nog maar 1:25-30 wat aantoont dat de last voor vroedvrouwen groot is. Het tekort aan vroedvrouwen wordt daar dan ook geschat op 5000. (Yelland, Winter, Draycott, & Fox, 2013)

Kortom: hoe minder het aantal vroedvrouwen per shift, hoe groter de werkdruk (Bánovčinová, 2017).

In Nieuw-Zeeland is onderzoek verricht naar de ervaring van vroedvrouwen omtrent de samenwerking met derdejaarsstudenten vroedkunde. Hieraan namen vroedvrouwen deel die reeds 7 jaar of langer samenwerken met studenten. (James, 2013)

Langs de ene kant beschouwen vroedvrouwen zichzelf als rolmodel en vinden zij het belangrijk dat ze hun kennis kunnen delen met studenten zodat zij kunnen groeien tot professionele zorgverleners. Langs de andere kant is deze taak als rolmodel ook belastend. De beoordeling van de student is daar een voorbeeld van. Feedback geven tijdens de stage-uren is niet altijd haalbaar en vroedvrouwen onderschatten vaak de tijd die hieraan moet besteed worden. Bovendien brengt het bezorgdheid naar boven bij de begeleiders als de leerling negatief wordt beoordeeld. Vroedvrouwen weten dat de oorzaak van negatieve scores niet bij hen ligt, maar toch zitten ze met de gedachte of ze hier niets aan hadden kunnen toe bijdragen. Vroedvrouwen zijn ervan op de hoogte dat studenten een handje helpen met de werklast op dienst, maar dit weegt niet op tegen de tijd dat er aan de opleiding van deze derdejaars moet worden gespendeerd. (James, 2013)

Tot slot missen vroedvrouwen het zelfstandig werken weleens. Er wordt van hen verwacht dat ze toekomstige vroedvrouwen opleiden, maar we mogen het standpunt van diegene die verkiezen om niet met studenten samen te werken niet uit het oog verliezen. Daarvoor is verder onderzoek nodig. (James, 2013)

De omgang met patiënten en hun familie is voor vroedvrouwen ook niet altijd even gemakkelijk. Het is aangetoond dat de psychologische ondersteuning van vrouwen en het omgaan met klachten of ontevredenheden zorgt voor stress bij vroedvrouwen.

Ook is de omgang met artsen niet vanzelfsprekend. Conflicten tussen vroedvrouwen en artsen zijn immers ook een werkgerelateerde stressfactor. (Bánovčinová, 2017)

Verder is de infrastructuur op de materniteit een werkpunt. Vroedvrouwen kunnen zich moeilijk concentreren op hun werk wanneer ze in het bureau zitten. Dit komt doordat de ruimte dikwijls te klein is en er dus weinig plaats is voor de verschillende zorgverleners. Bovendien staat deze plaats vol met printers, faxen en telefoons.

Conversatievoering onder zorgverleners wordt gelinkt aan een hoop lawaai. In het bureau kan dit storend zijn voor vroedvrouwen die bezig zijn met iets of die een telefoongesprek aan het voeren zijn. (Symon, Paul, Butchart, Carr, & Dugard, 2008)

De dag van vandaag worden verpleegkundigen overspoeld met inkomende telefoonoproepen. Ze hebben tijdens hun shift meestal 2 elektronica toestellen op zak: een telefoon en een bieper (hier komen de oproepen van de patiënten op). Tijdens de middagpauze kan de verpleegkundige die de dienst even op zich neemt zelfs beladen zijn met 4 elektronica: die van zichzelf en van de collega die in pauze is.

De zorgverleners krijgen elk tot 56 oproepen per shift. Dit is een enorm aantal als de vergelijking wordt gemaakt met operators in call centers die elk 90 oproepen per shift krijgen. (Yoder & Phillips, 2010)

In totaal werden 11 verschillende redenen tot oproepen gemeten, maar de meeste belletjes zijn afkomstig van labo’s, biepers of oproepen tot verpleging.

Om de belangrijke en minder urgente oproepen van elkaar te onderscheiden, zou een secretaresse kunnen ingeschakeld worden. Zo wordt de werkdruk voor het verplegend personeel lager. (Yoder & Phillips, 2010)

Er zit namelijk een gevaar verscholen achter al deze oproepen. Door de vele alarmen die dag en nacht afgaan ontstond er enkele jaren gelden het fenomeen ‘alarmmoeheid’. Dit houdt in dat verpleegkundigen minder snel reageren op alarmen, omdat ze er te veel krijgen. Dit kan gevaarlijk zijn voor patiënten en heeft al geleid tot verschillende doden.

Om het probleem aan te pakken, proberen ziekenhuizen het aantal alarmbelletjes per shift te minderen en zo meer rust te creëren. (Dills, Reinholdt, & Sanders, 2016)

Tot slot is het geluid dat heerst op materniteit nog een factor die de rust voor vroedvrouwen in de weg staat. Hier gaan we niet verder op in, omdat dit reeds uitgebreid werd besproken in hoofdstuk 1.3.2.

Als we al deze onderwerpen op een rijtje zetten, komt het erop neer dat vroedvrouwen weinig rust ervaren op materniteit. Om met al deze stresserende zaken te kunnen omgaan, maken vroedvrouwen gebruik van positieve en actieve copingmechanismen (Bánovčinová, 2017). Coping is de manier waarop iemand met problemen en stress omgaat (Raynor & England, 2010). Nochtans zou een probleemgerichte aanpak een beter effect uitoefenen (Bánovčinová, 2017). Daarom zouden vroedvrouwen moeten deelnemen aan leermomenten waarbij ze copingstrategieën kunnen aanleren. Als resultaat zal de werktevredenheid hoger liggen en zal de kwaliteit van de job uitoefening erop verbeteren (Bánovčinová, 2017).

1. Hoe kunnen we rust op materniteit optimaliseren

In dit hoofdstuk zal er advies gegeven worden over de zaken waar verbetering kan aangebracht worden.

Dankzij de toepassing hiervan kan het verblijf van mama en baby in het ziekenhuis naar een hoger niveau getild worden. Verschillende aanbevelingen zullen bijgevolg ook een positieve invloed hebben op de vroedvrouwen.

* 1. **Ontwikkelingsgerichte zorg (Baby-friendly care)**

Hieronder worden enkele voorbeelden opgesomd die behoren tot de ontwikkelingsgerichte zorg voor de pasgeborene. Door hiermee rekening te houden vermijd je negatieve prikkels en geef je de baby een gevoel van veiligheid.

* Door het kraambezoek te doseren en je kind niet van arm naar arm te laten gaan, zal de baby niet onnodig van streek geraken (Blom, 2008).
* In de baarmoeder zat de baby geborgen en had hij weinig plaats. Hij werd gewiegd als de mama bewoog. Deze schommelingen doen hem dus herinneren aan deze veilige tijd in de baarmoeder. Wiegen op het ritme van je stappen kan de pasgeborene helpen om in te dommelen (Van Marwijk, 2008).
* De vroedvrouw en de ouders zouden in het belang van de pasgeborene hem of haar best zachtjes benaderen, zonder brute bewegingen, zodat er niet te veel reflexen worden uitgelokt (Blom, 2008).
  1. Begeleiding van de ouders (Responsive nursing)

In hoofdstuk 2.3.1 werd duidelijk dat gehuil van de pasgeborene inwerkt op de emoties van ouders. Pasgeborenen kunnen niet praten en zullen communiceren door te huilen, te zuigen, te spartelen,… Ouders kunnen deze lichaamstaal snel leren begrijpen (Van Marwijk, 2008).

De vroedvrouw kan de ouders daarbij helpen door hen op de hoogte te brengen van de mogelijke oorzaken van gehuil.

Ouders weten van nature hoe ze hun baby kunnen sussen, maar het is nodig om hen te leren begrijpen waarom het kind weent, zodat ze gepast kunnen reageren (Kurth et al., 2014).

Baby’s hebben meestal een reden waarvoor ze huilen: ze hebben honger, pijn, te warm of te koud,… Ze kunnen op verschillende manieren huilen om aan te geven wat ze willen, maar het blijft moeilijk voor ouders om de oorzaak te achterhalen.

Als er rekening wordt gehouden met het slaap-waakritme van de pasgeborene en de omgevingsfactoren op het moment van het gehuil, kan het helpen om de reden ervan te achterhalen. (Van Marwijk, 2008)

Er zijn verschillende hints die een baby geeft tijdens het wenen, zodat ouders langzamerhand kunnen interpreteren wat hij ermee bedoeld. Deze hints zijn: de intensiteit van het gehuil, de gezichtsuitdrukkingen van het kind en de beweging die hij of zij erbij maakt. Soms is er ook geen oorzaak te vinden en huilen baby’s zonder reden. (Kurth et al., 2014)

De eerste dagen postpartum is er nog een andere factor die van invloed is op het huilgedrag van de pasgeborene. Baby’s worden vaak onrustig of huilen, omdat ouders nog maar weinig ervaring hebben met de samenhang van voeden en slapen. Vanaf dag vijf is de borstvoeding vaak goed op gang en zal de baby een slaap-en voedingsritme ontwikkelen. Zo zal er een vaste tijdsperiode tussen twee voedingen ontstaan en krijgt de baby meer regelmaat. (Blom, 2008)

Er bestaan verschillende technieken om een baby te kalmeren wanneer hij onophoudelijk weent (Blom, 2008). Een huilerige baby kan je het best sussen door hem te herinneren aan de tijd in de baarmoeder. Aanraking, zachtheid, omklemming, wiegen en bekende geluiden zullen de pasgeborene tot rust brengen (Blom, 2008). Ontwikkelingsgerichte zorg komt dus ook hier van pas.

Bij baby’s die overmatig huilen of onrustig zijn, kan regelmaat en inbakeren een groot effect hebben.

Na onderzoek bij ongeveer 400 baby’s bleek dat diegenen die regelmaat aangeboden kregen en werden ingebakerd, na twee weken al de helft minder huilden.

Voordat regelmaat wordt aangeboden als een oplossing voor overmatig huilen, moet er uitgesloten worden dat er geen lichamelijke oorzaak achter zit. Dit kan onderzocht worden door de kinderarts. (Blom, 2008)

Het gebruik van een speen wordt de eerste dagen na de geboorte niet aangeraden indien de mama borstvoeding geeft (Hutchinson, 2015). Er zou tepel-speen verwarring kunnen optreden, waardoor de pasgeborene niet meer aan de borst wil drinken.

Wanneer het gehuil te scherp wordt voor het gehoor en een grote invloed heeft op de emoties van de mama, kan ze gebruik maken van oordoppen (Kurth et al., 2014). Op deze manier wordt de intensiteit van het gehuil afgeremd.

Ook tijdens de borstvoeding, verzorging,… is begeleiding gewenst.

Er zou meer aandacht moeten zijn voor de mama’s op materniteit. Sommige kraamvrouwen worden snel nerveus en hebben schrik om iets verkeerd te doen. Daarom is het belangrijk dat ze bevestiging krijgen als ze iets goed doen. Verder kunnen vroedvrouwen deze onzekerheid bespreken en normaliseren. (Yeh, St John, & Venturato, 2016)

Het afschaffen van routinecontroles zou meer tijd vrijmaken voor contact met mama’s. Meer dan drie vierde van de vroedvrouwen vindt het overslaan van routinecontroles bij vrouwen die vaginaal zijn bevallen veilig (Morrow, McLachlan, Forster, Davey DPH, & Newton Grad Dip App Sci, 2013). Nochtans is de routinecontrole belangrijk om verschillende redenen (zie 2.2.1).

Ouders vinden het dus belangrijk dat ze worden bijgestaan door een vroedvrouw in het directe postpartum. Ze hebben nood aan informatie, hulp en zien haar graag handelingen voortonen (Gaboury, Capaday, Somera, & Purden, 2017).

* 1. Psychische factoren aanpassen (Room functionality)
     1. Aanbevelingen voor geluid

Om de rust op materniteit te verbeteren, is het nodig om het aantal geluidsprikkels te reduceren. Dit is mogelijk door het ziekenhuispersoneel bewust te maken van de geluidsoverlast en hen hiervoor op te leiden.

Er kunnen posters opgehangen worden in de bureaus van verschillende verpleegdiensten. Hierop staan de heersende decibel niveaus gekoppeld aan de impact op patiënten. Ook kan er een samenvatting aan richtlijnen om een betere slaap te promoten op vermeld staan. (Richardson, Thompson, Coghill, Chambers, & Turnock, 2009)

Vroedvrouwen spelen met andere woorden een zeer belangrijke rol in het heersende geluidsniveau op materniteit (Richardson, Thompson, Coghill, Chambers, & Turnock, 2009). In de conclusie van een onderzoek naar het effect van geluid op zorgverleners en patiënten wordt het belang van verwittigingsborden en posters ook aangekaart om bezoekers gewaar te maken van geluidsoverlast (Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010).

Ander onderzoek concludeert gelijkaardige aanbevelingen: Hulpverleners zouden meer aandacht moeten hebben voor dit probleem, wat mogelijk wordt door de organisatie van bijscholingen. Door hen een cursus te laten volgen, worden ze zich bewust van de inbreng die zij kunnen hebben om dit probleem te verhelpen (Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010).

Buiten de interventie om personen gewaar te maken van de hoge decibelniveaus kunnen er veranderingen in de architectuur van het ziekenhuis worden toegepast. Het beter isoleren van kamers (Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010) of het gebruik van geluidsabsorberend materiaal (Pilar, Dolores, Mari Paz, Natalia, & Enedina, 2012) zijn maar enkele voorbeelden hiervan.

Door deze strategieën toe te passen, kunnen we de kwaliteit van de hulpverlening optimaliseren en zullen het aantal negatieve psychologische effecten dalen (Pilar, Dolores, Mari Paz, Natalia, & Enedina, 2012).

* + 1. **Aanbevelingen voor de inrichting**
       1. Verlichting

Zowel de kleur als sterkte van het licht kunnen een invloed uitoefenen op de stemming, het welzijn en prestatievermogen van patiënten en zorgverleners (Trilux Benelux, 2018). Daarom is het belangrijk om hier in een ziekenhuissetting rekening mee te houden.

Wanneer het licht binnen zich aanpast aan het buitenlicht, kan dit het bioritme van de patiënten te goede komen (Trilux Benelux, 2018). Ook het artikel van Cunha & Silva (2015) raadt aan de lichten te dimmen op bepaalde momenten van de dag, om zo een rustige omgeving te creëren.

* + - 1. Tips voor twee- of meerpersoonskamer

Privacy en respect zijn twee belangrijke waarden in een ziekenhuis (Gerry, 2011). Nochtans is hier niet altijd sprake van. Daar zijn onder andere de voorbeelden in hoofdstuk 2.3.3 het bewijs van (Rudman & Waldenström, 2007; Gray et al., 2011).

Volgende vragen kunnen zorgverleners in acht nemen om meer rekening te houden met de privacy van patiënten:

- Is de deur of het gordijn gesloten? Dan verwacht de patiënt dat er toestemming wordt gevraagd vooraleer je binnengaat (Gerry, 2011).

- Is er voldoende privacy als de patiënt in gesprek gaat met mij (Gerry, 2011)?

- Heeft de patiënt voldoende privacy tijdens het douchen of aankleden (Gerry, 2011)?

- Heeft de patiënt voldoende privacy tijdens het plassen (op toilet of bedpan) (Gerry, 2011)?

Verder zouden volgende acties moeten ondernomen worden:

-Toezicht op het aantal bezoekers, zodat de noden van patiënten in rekening worden gebracht (Gerry, 2011).

-Een gordijn voorzien tussen de bedden in gedeelde kamers (Rudman & Waldenström, 2007; Gaboury, Capaday, Somera, & Purden, 2017).

-Belangrijke informatie gaande over de gezondheid van een patiënt moet in privacy worden meegedeeld (Swenne & Skytt, 2014).

* + - 1. Rustige omgeving om te voeden

Een ontevreden pasgeborene, ten gevolge van een moeilijk verlopende borstvoeding, leidt tot een lager zelfvertrouwen bij mama’s. Om dit zelfvertrouwen op peil te houden en de borstvoeding te doen slagen is een veilige omgeving nodig. (Hauck, Summers, White, & Jones, 2008)

In een ziekenhuis in Australië werd het concept van een snoezelkamer uitgetest. Dit is een ruimte voorzien van comfortabele zetels, dimmende lichten en muziek, waar mama’s tot rust kunnen komen. Om de privacy te verzekeren kan maar een mama tegelijk er gebruik van maken en is de kamer voorzien van een slot. De meeste mama’s die de kamer uitprobeerden waren moe, emotioneel en hadden problemen met de borstvoeding. De snoezelkamer werd beschouwd als een kans om te ontsnappen aan de drukte op materniteit. (Hauck, Summers, White, & Jones, 2008)

De privacy die ze daar kregen, gaf hen de kans om te doen wat ze wouden. Dit in tegenstelling tot hun kamer, waar zorgverleners gelijk wanneer binnen en buiten lopen.

Doordat de deur van de snoezelkamer op slot kan, is bezoek verplicht te kloppen vooraleer ze binnen kan. De kraamvrouwen voelen zich hierdoor zekerder tijdens het borstvoeden (Hauck, Summers, White, & Jones, 2008).

In deze kamer verloopt de borstvoeding ook beter, want als de mama ontspannen is, zal de baby ook ontspannen zijn.

Mama’s zijn ook beter in staat te luisteren naar advies van de vroedvrouw.

Kortom: alle kraamvrouwen hadden een positieve ervaring met de kamer en zouden deze aanraden aan andere mama’s. Zelf zouden ze er een volgende keer weer gebruik van maken (Hauck, Summers, White, & Jones, 2008).

* 1. Alternatieve therapieën
     1. Muziektherapie

Een studie uit 2014 verduidelijkt dat wanneer een vrouw luistert naar muziek tijdens de arbeid en bevalling, dit invloed heeft op de belevenis in het postpartum. De zwangeren die participeerden aan dit experiment moesten starten met de muziektherapie vanaf het moment dat ze 2cm ontsluiting hadden. De muziek bleef spelen tot het einde van de arbeid, met om de twee uur een pauze van twintig minuten.

De resultaten tonen aan dat muziektherapie tijdens de arbeid verschillende positieve effecten heeft. Zo werden er minder mama’s gediagnosticeerd met een lichte of zware depressie in vergelijking met de groep vrouwen die niet waren blootgesteld aan muziek. De tevredenheid onmiddellijk postpartum lag hoger en de mama’s waren minder angstig. Bovendien hebben ze minder last van pijn in het postpartum.

Muziek therapie tijdens de arbeid kan dus gebruikt worden als een veilige en alternatieve manier om postpartum pijn te verminderen en een positief gevoel bij de mama te creëren. (Simavli et al., 2014)

Muziek heeft een positieve invloed op het postpartum indien de zwangere er tijdens de bevalling naar luistert, maar als vrouwen na de geboorte naar muziek luisteren, zou dit geen positieve invloed hebben. Zo blijkt uit een studie over de invloed van muziek op postpartum angst en stress bij kraamvrouwen.

De mama’s in de experimentele groep moesten gedurende 2 weken, elke dag minimum 30 minuten naar muziek luisteren. Daarbij hadden ze de keuze uit verschillende genres muziek. Na afloop bleek er geen verschil te zijn in het niveau van angst en stress bij mama’s die wel of niet naar muziek luisterden. (Tseng, Chen, & Lee, 2010)

Het beluisteren van muziek tijdens de zwangerschap kan wel een positief effect hebben. Het zorgt ervoor dat zwangeren beter kunnen omgaan met zwangerschapsgerelateerde stress. Daarom worden zorgverleners aangeraden om gebruik te maken van deze veilige, niet-medicamenteuze toepassing voor de verzorging van zwangeren op de materniteit. (Chang, Yu, Chen, & Chen, 2015)

* + 1. **Aromatherapie**

Essentiële oliën kunnen in de verloskamer gebruikt worden, maar ook op materniteit hebben ze hun nut. Aromatherapie verlicht namelijk de angst, pijn en misselijkheid van patiënten.

Er bestaan meerdere soorten oliën, maar de meest gebruikte is lavendel. Daarbovenop bestaan er verschillende wijzen waarop de aromatherapie kan worden uitgevoerd. In dit onderzoek hadden de personen keuze uit: inhalatie, lokale behandeling of een combinatie van beiden. Inhalatie van de oliën was met 77.6 procent de populairste keuze.

De effectiviteit hiervan moet nog verder onderzocht worden, want dit kan verschillen per populatie. Deze therapie moet wel gezien worden als deel van een brede waaier aan methodes voor genezing. (Johnson et al., 2016)

* 1. Routines aanpassen (Praktijkdeel)

In deze bachelorproef wordt rust vooral bekeken vanuit het perspectief van de mama, baby en vroedvrouw. In dit praktijkdeel richt ik mij daarom op het optimaliseren van de rust voor mama’s en vroedvrouwen. De rust die mama’s verkrijgen staat uiteraard in nauw verband met rust voor de baby.

Dit praktijkdeel wordt uitgewerkt als antwoord op de onderzoeksvraag “Hoe kunnen we de rust op materniteit optimaliseren?”.

Uit nader onderzoek naar het gebrek aan rust op materniteit blijkt er nood te zijn aan verbetering. Er zouden op verschillende vlakken veranderingen moeten doorgevoerd worden.

Een daarvan is het beperken van bezoek in het belang van mama’s en hun baby. Dit werd reeds aangetoond in eerder onderzoek (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014; Grassley, Clark, & Schleis, 2015; Batten & Bland, 2015). Daarbij komt dat mama’s in een veilige en rustige omgeving zouden moeten kunnen borstvoeding geven, aangezien dit laatste in het gedrang kan komen indien zij regelmatig gestoord worden (Morrison, Ludington-Hoe, & Anderson, 2006).

Verder is het zo dat wanneer de slaap regelmatig onderbroken wordt door geluid, dit kan lijden tot slaaptekort (Hume, Brink, & Basner, 2012). Slaap, samen met de twee andere basisbehoeftes (eten en wassen) zijn essentieel en zorgen ervoor dat mama’s beter kunnen omgaan met alle stress die gepaard gaat met de postpartumperiode (Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2013). Daarom is het van belang dat ook hier meer rekening mee wordt gehouden.

Ten slotte blijkt dat artsen fouten kunnen maken als hun consultatie wordt verstoord (Koong et al., 2015). Dus ook voor zorgverleners is het creëren van meer rust op materniteit een meerwaarde.

Uit een interview met vroedvrouwen blijkt dat de bezetlichtjes die zorgverleners momenteel gebruiken om aan te geven dat bezoek even niet gepast is een onvoldoende oplossing zijn (persoonlijke communicatie, 2017). Daarnaast hebben mama’s ook nood om zelf te kunnen aangeven wanneer rust gewenst is, bv. voor een borstvoedingsmoment of middagdutje.

Zo is het idee ontstaan om bordjes te maken van 20x20cm die aan de deuren van de kamers op materniteit kunnen worden opgehangen (op ooghoogte). Het doel van de bordjes is meer rust te creëren in de kamers op materniteit. Rust die ten goede komt aan de gezinnen, maar ook aan de zorgverleners, met name vroedvrouwen en artsen.

Er zijn 4 bordjes ontworpen, met op elk afzonderlijk een pictogram. De pictogrammen zijn: voeding, kort bezoek, slapen en zorgverlener. Naargelang de situatie zich voordoet, kan de mama een van deze bordjes ophangen. Vrouwen die een sectio hebben gehad en de mogelijkheid niet hebben om op te staan, kunnen vragen aan de vroedvrouw of partner om de bordjes te verwisselen.

Om de patiënten en zorgverleners in te lichten over deze interventie zal een folder met korte uitleg over elk bordje ter beschikking gesteld worden. Deze folder bestaat in het Nederlands, Frans en Engels (zie bijlage a, b en c).

Het is de bedoeling dat de ouders bij aankomst op materniteit uitleg krijgen van een vroedvrouw over het doel en gebruik van de bordjes. Hierbij zal verwezen worden naar de folder, waarin ook benadrukt wordt dat ouders en zorgverleners vrij zijn om de bordjes al dan niet te gebruiken.

Een gelijkaardige studie, waarbij deurhangers werden gebruikt tijdens de borstvoeding, lokte positieve reacties uit bij mama’s. De uitleg omtrent het gebruik van de deurhangers werd zowel mondeling als schriftelijk gegeven (Albert & Heinrichs-Breen, 2011). Daarom is het de bedoeling om ook hierover info op twee manieren te geven.

Hierbij een korte uitleg per bordje:

Dankzij het pictogram “kort bezoek” kan de mama op een vriendelijke manier aantonen dat ze het zou appreciëren wanneer het bezoek niet te lang blijft.

Via het pictogram “zorgverlener” weet iedereen dat er een gesprek met, of een verzorging door de dokter, kinesist,… plaatsvindt in de kamer. Hierdoor zullen andere personen niet meer per ongeluk de kamer binnenkomen en zal het gesprek, of de verzorging niet onderbroken worden. Bovendien kunnen andere zorgverleners zien waar de dokter, kinesist,… zich bevindt. De bezoekers worden gevraagd om te wachten.

Door het pictogram “slapen” krijgen kraamvrouwen de mogelijkheid om een middagdutje te doen op momenten dat ze er nood aan hebben. Dankzij dit bordje is de kans kleiner dat de slaap onderbroken wordt. Met behulp van de schijf achteraan het bordje kan er aangetoond worden tot hoe laat de mama wenst te rusten. Het bezoek of andere zorgverleners zullen gevraagd worden te wachten.

Met het pictogram “voeding” kan je aangeven dat je als mama aan het voeden bent. Zorgverleners kunnen hiermee rekening houden en de nodige zorgen even uitstellen. Het bezoek of andere zorgverleners zullen gevraagd worden te wachten.

De bordjes zijn afwasbaar, zodat de hygiëne in het ziekenhuis gewaarborgd blijft. Om dit na te streven zijn de bordjes vervaardigd uit forex (een lichte, kunststof plaat). Hierop werden de pictogrammen gedrukt.

Ook de folders vallen onder de hygiënische richtlijnen, want deze zijn geplastificeerd en bijgevolg ook afwasbaar.

Wanneer de bordjes niet gebruikt worden, hangen deze naast de deur langs de binnenkant van de kamer.

Uit een bachelorproef die onderzoek deed naar het gebruik van pictogrammen op de verlosafdeling kan geconcludeerd worden dat deze geschikt zijn om te gebruiken in ziekenhuizen (Snoeck, 2014).

Om pictogrammen beter en eenduidig te kunnen interpreteren, wordt een onderschrift toegevoegd (Snoeck, 2014; Albert & Heinrichs-Breen, 2011).

Voorts dient ook bij de kleur van de pictogrammen te worden stilgestaan. De kleurencombinatie zwart op wit wordt beschouwd als een combinatie die goed leesbaar is en een snelle respons uitlokt (Yeh, Lee, & Ko, 2013). Daarom zal hier gebruik gemaakt worden van een witte achtergrond en zwarte pictogrammen.

* + 1. “Wij zijn moe en dus aan een kort bezoekje toe”
       1. In het ziekenhuis

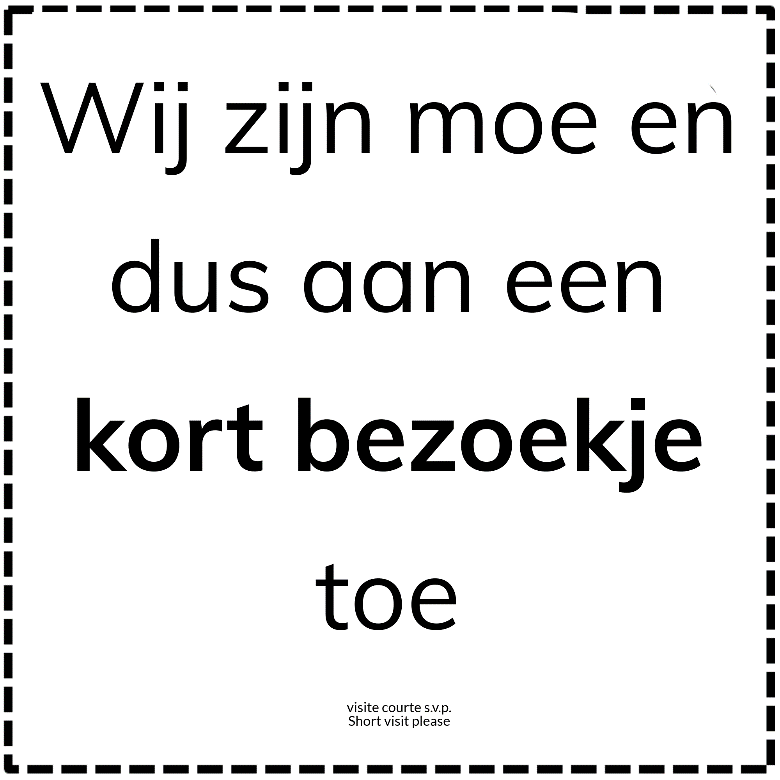
Het kraambezoek doseren na de geboorte zorgt ervoor dat mama’s zich terug sneller fit voelen (Blom, 2008). Bovendien geeft het ouders de kans om aan hun pasgeborene te wennen (Blom, 2008). De duur van een bezoek zou daarom zo kort mogelijk moeten zijn (McKinnon, Prosser, & Miller, 2014).

Onderstaand bordje (figuur 3) informeert bezoekers over het belang van een kort bezoek.

In het artikel van McKinnon, Prosser, & Miller (2014) wordt door een mama, die reflecteert over haar verblijf op materniteit, aangegeven dat het aantal bezoekers zou moeten gelimiteerd worden tot 4 personen per bezoek. Volgens haar zou dit een oplossing zijn om de geluidsoverlast voor andere vrouwen op materniteit te beperken.

Daarnaast kan een kamer ingericht worden om bezoek in te ontvangen. Vooral bij grote aantallen wordt dit aangeraden (Batten & Bland, 2015). Ook een speelkamer voor kinderen kan ervoor zorgen dat het lawaai op de kamers geminimaliseerd wordt (AZ Maria Middelares, 2017).

Niet alleen het aantal bezoekers, maar ook de bezoekuren zouden aangepast kunnen worden om geluidsoverlast te voorkomen (Juang, Lee, Yang, & Chang, 2010). Zo kan er een combinatie plaatsvinden van open bezoekuren met rustige periodes ertussen (Moola, Xue, & McArthur, 2009).



Figuur 3: bordje “kort bezoek”

Zorgverleners vinden dat ze verantwoordelijk zijn voor het leiden van bezoek. Zo vragen zij om het bezoek kort te houden of sturen ze de bezoekers naar huis om de druk van de schouders van de patiënten weg te nemen.

In het algemeen begrijpen de bezoekers waarom ze worden weggestuurd, zolang de zorgverlener het belang van de patiënt benadrukt. (Gray et al., 2011)

Ook hier kunnen vroedvrouwen een leidende functie hebben. Er kan via de brochure afgesproken worden dat wanneer de vrouw op het belletje (rode knop) duwt terwijl het bordje “kort bezoek” aan de deur hangt, de vroedvrouw het bezoek aanmoedigt om de vrouw en haar pasgeborene wat rust te geven.

* + - 1. In de thuissituatie

Daar het kraambezoek vaak thuis wordt verdergezet, kan bovenstaand bordje ook aan de voordeur worden gehangen.

* + 1. Mama geeft voeding
       1. In het ziekenhuis

Uit literatuurstudie blijkt het van belang dat voedingsmomenten onverstoord kunnen verlopen. Om een onderbreking van dit intieme moment tussen mama en baby te voorkomen, kan het bordje “voeding” (figuur 4) aan de deur gehangen worden.

Het gebruik van een deurhanger tijdens de borstvoeding is al eerder uitgetest geweest (Albert & Heinrichs-Breen, 2011). Als afbeelding werd het internationaal symbool voor de borstvoeding gebruikt. Onderaan stond het opschrift “privacy a.u.b., niet storen, gelieve zich te begeven naar de verpleegeenheid”.

Tijdens de proefperiode werd er aan kraamvrouwen gevraagd om het aantal verstoringen tijdens de borstvoeding bij te houden. Na vergelijking van de controle- en interventiegroep blijkt het aantal onderbrekingen bij de mama’s die het borstvoedingspictogram mochten gebruiken minder en het aantal succesvolle borstvoedingsmomenten groter. Ze voelden zich meer ontspannen en ondervonden dat de voedingsmomenten sneller verliepen. De mama’s in de controlegroep daartegen zeggen dat er weinig momenten waren waarop ze ongestoord konden borstvoeden. De vroedvrouwen komen verschillende keren de kamer binnen, omdat ze bezorgd zijn over de borstvoeding, terwijl ze niet eens weten of de vrouw op dat moment aan het voeden is. (Albert & Heinrichs-Breen, 2011)



Figuur 4: bordje “voeding”

* + - 1. In de thuissituatie

Over heel de wereld zijn het aantal ligdagen na de bevalling ingekort. Dit zou het geven van borstvoeding ondersteunen, omdat mama’s dan kunnen voeden in een omgeving waar privacy en comfort aanwezig is. (James, Sweet, & Donnellan-Fernandez, 2017)

Een verstoord borstvoedingsmoment kan dit comfort beschaduwen. Daarom kan volgend bordje thuis aan de voordeur worden opgehangen.



Figuur 5: bordje “voeding”

* + - 1. Op het werk

In België kan je als mama van maximum 14 weken postnataal verlof genieten. Een zwangere heeft de mogelijkheid om 6 weken prenataal verlof te nemen, waarvan 1 week verplicht. De duur van het postnatale verlof bedraagt 9 weken, maar kan verlengd worden met maximaal 5 weken van het prenatale verlof, indien deze niet werden opgenomen. Dit wil zeggen dat mama’s die buiten hun postnataal verlof geen ander verlof opnemen na 3 tot 4 maand terug gaan werken. (Kind en Gezin, 2017)

Uit bevraging van Kind en Gezin in 2015 blijkt dat op de leeftijd van 3 maand 32.8 procent van de mama’s exclusief borstvoeding geeft. Als het kind 6.5 maand is, blijkt dit nog maar 11 procent te zijn (Kind en Gezin, 2017).

Er zijn twee belangrijke redenen waarom vrouwen stoppen met borstvoeding rond de leeftijd dat hun kind twee tot vier maanden oud is. 27 procent stopte, omdat ze vonden dat borstvoeding alleen onvoldoende was voor de baby en 19 procent vond het lastig te combineren met werk.

Ook rond de leeftijd van vijf en zes maand staat ‘lastig te combineren met werk’ in de top twee van oorzaken om te stoppen.

Mede hierom daalde het aantal exclusief borstgevoede kinderen tijdens dit onderzoek van 45 procent op vier maanden naar 42 procent op vijf maanden en 39 procent op zes maand. ([Peeters et al., 2015](https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/borstvoeding/cijfers-context/huidige-situatie#6562))

Een job waarbij een vrouw moet werken vanop afstand heeft een negatieve invloed op de duur van exclusieve borstvoeding. Hetzelfde geldt voor een fulltime job (Murtagh & Moulton, 2011).

Nochtans is er een wetgeving die het afkolven van moedermelk op het werk zou moeten vergemakkelijken ([Peeters et al., 2015](https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/borstvoeding/cijfers-context/huidige-situatie#6562)). Elke werknemer in België heeft recht op een- of twee keer een half uur borstvoedingspauze. Dit houdt in dat de vrouw het werk mag onderbreken om borstvoeding te geven of moedermelk af te kolven (Kind en Gezin, 2017).

Verschillende studies hebben aangetoond dat mama’s de combinatie werk en borstvoeding beter aankunnen als de werkplaats aangepast is in functie hiervan (Hirani & Karmaliani, 2013). Zo zou langdurig borstvoeden aangemoedigd worden door privacy te voorzien op het werk tijdens borstvoedingspauzes (Hirani & Karmaliani, 2013). Borstvoedende werknemers hebben immers graag een ruimte die voorzien is om borstvoeding te geven (Gilmour, Monk, & Hall, 2013). Er is enkel een plaats nodig waar privacy gegarandeerd is en er toegang is tot stromend water. Dit kan een kantoor/bureau zijn of een ruimte speciaal voorzien voor borstvoeding (Mills, 2009).

Werkgevers spelen dus een belangrijke rol in de mogelijkheid tot het succesvol combineren van werk en borstvoeding. Zij kunnen de tevredenheid onder de mama’s verhogen en kosten besparen door borstvoeding te promoten (Mills, 2009).

Het bordje met de vermelding “mama geeft voeding” kan daarom ook gebruikt worden op het werk. Het onderschrift wordt hiervoor aangepast naar “mama heeft borstvoedingspauze”. Daaronder staat vermeld “Gelieve niet te storen a.u.b.”. De vrouw kan dit aan de deur van haar bureau bevestigen wanneer ze in borstvoedingspauze gaat. Een andere mogelijkheid is dat het bordje permanent aan de deur hangt van een ruimte die voorzien is voor borstvoeding tijdens de werkuren. Op deze manier kunnen vrouwen hun borstvoedingspauze in een rustige omgeving opnemen.



Figuur 6: bordje “voeding”

* + 1. **Mama en baby slapen**
       1. In het ziekenhuis

Vermoeidheid en slapeloosheid zijn een veelvoorkomend probleem onder postpartum vrouwen. Het beleid op materniteit zou kunnen aangepast worden om een verstoorde slaap te vermijden. Als gevolg daarvan zal de mama zich psychisch en fysiek beter voelen. (Hunter, Rychnovsky, & Yount, 2009)

Volgens een artikel dat onderzoek deed naar interventies voor geluidsvermindering in ziekenhuizen, zou elke uitvinding die de slaapkwaliteit van patiënten verbeterd van belang zijn (Richardson, Thompson, Coghill, Chambers, & Turnock, 2009).

Het bordje “slaap” kan bijdragen tot deze vraag naar aanpassingen. Door het gebruik hiervan zal er gestreefd worden naar een ononderbroken slaap met als resultaat een daling van het aantal psychische en fysieke gevolgen door slaaptekort (Hunter, Rychnovsky, & Yount, 2009).

Ook Tsuchiya et al. (2014) raadt aan om langere ononderbroken slaapperiodes in te lassen.

De bedoeling van onderstaand bordje is dat niemand de kamer binnenkomt, zodanig dat de mama kan slapen zonder onnodig gestoord te worden.

Hieraan zou een rustperiode kunnen gekoppeld worden, namelijk een bepaald moment van de dag waarop het geluidsniveau wordt verlaagd en de verstoringen van de ouders tot een minimum worden gebracht (Adatia, Law, & Haggerty, 2014). Zo kan er bijvoorbeeld een rustperiode van 2u ingelast worden per dag (Vasher & Coyazo, 2011).



Figuur 7: bordje “slapen”

Uit onderzoek blijkt dat 80-88 procent van de vroedvrouwen van mening is dat kraamvrouwen meer tijd hebben om uit te rusten wanneer ze niet gestoord worden voor 9u ’s morgens. 64-71 procent van de ondervraagde vroedvrouwen vindt het dan ook geen probleem hen niet te wekken voor 9u. Als resultaat daarvan vinden ze dat mama’s er meer uitgerust uitzien en dat ze gelukkiger zijn, omdat ze kunnen bekomen na een slapeloze nacht. (Morrow, McLachlan, Forster, Davey DPH, & Newton Grad Dip App Sci, 2013)

Als laatste oplossing voor het optimaliseren van de slaap kan het ontbijt dat normaal op vaste uren op de kamer wordt geserveerd, vervangen worden door het volgende. Ouders kunnen zelf hun ontbijt halen op het tijdstip dat zij willen. Dit werd alvast goedgekeurd door mama’s na een proefperiode (Morrow, McLachlan, Forster, Davey DPH, & Newton Grad Dip App Sci, 2013).

* + - 1. In de thuissituatie

Niet alleen in het ziekenhuis, maar gedurende de hele postpartumperiode zijn mama’s kwetsbaar voor de gevolgen van slaaptekort (Ronzio, Huntley, & Monaghan, 2013). Het promoten van slaap bij mama’s is daarom belangrijk (Vasher & Coyazo, 2011). Dutjes overdag kunnen een oplossing zijn, al is er verder onderzoek nodig naar de duur en tijd hiervan (Ronzio, Huntley, & Monaghan, 2013).

Vroedvrouwen vinden dat ouders geïnformeerd moeten worden over het doel van een stille periode op materniteit en streven ernaar dat zij dit thuis verder toepassen (Vasher & Coyazo, 2011). Dankzij dit bordje (figuur 7) zou dit mogelijk zijn en kunnen dutjes thuis minder verstoord worden. Het kan zowel aan de slaapkamerdeur als aan de voordeur gehangen worden. Zo kan iedereen die wil aanbellen, zien dat ze moeten wachten en/of een berichtje achter laten. Als het in huis wordt gebruikt, kan de partner of kunnen de kindjes zien dat mama aan het rusten is en ze stil moeten zijn.



Figuur 7: bordje “slapen”

* + 1. Er is een zorgverlener in de kamer
       1. Aanbevelingen voor zorgverleners

Hierbij worden enkele voorstellen gedaan om de zorgverlening beter, vlotter en rustiger te laten verlopen voor patiënten en zorgverleners.

1. Het is van belang dat vroedvrouwen zoveel mogelijk dezelfde protocollen nastreven en dezelfde informatie geven aan ouders. (James, Sweet, & Donnellan-Fernandez, 2017).
2. Het artikel van Cohn (2014) doet het voorstel om verpleegkundigen tijdens de dagelijkse controlerondes een riem te laten dragen met daarop “niet storen”. Op deze manier zou de zorg minder onderbroken worden.
3. Het blijkt ook belangrijk dat zorgverleners in een rustige omgeving de medicatietoediening kunnen voltooien (zie 1.3.1). Onderstaande tabel geeft evidence-based methodes weer die onderbrekingen tijdens het toedienen van medicatie tegengaan.

Daarnaast wordt ook tijdens de administratie van medicatie aanbevolen om de verpleegkundigen een riem te laten dragen. Er wordt voorgesteld om de riem geel te kleuren en patiënten van de reden van het gebruik op de hoogte te brengen via een folder. Hierin wordt verduidelijkt dat de patiënt de verpleegkundige niet moet storen op momenten dat ze deze gele riem draagt. Verder wordt uitgelegd tot wie de patiënt zich wel kan wenden. (Flynn, Evanish, Fernald, Hutchinson, & Lefaiver, 2016)

Het naleven van richtlijnen zoals deze blijkt een succes te zijn. Het aantal medicatiefouten dat gemaakt werd voor en na de toepassing van deze richtlijnen zijn significant verschillend. Op een van de afdelingen daalde het percentage medische fouten van 11 naar 3 procent. (Flynn, Evanish, Fernald, Hutchinson, & Lefaiver, 2016)

Tabel 1: Evidenced-based methodes om het aantal verstoringen tijdens het toedienen van medicatie te doen dalen

1. Controlerondes om het uur
2. Triage van telefoonoproepen
3. Een vaste periode voorzien voor medicatierondes zonder verstoringen
4. Signaalborden om zorgverleners te herinneren aan het belang van een beperkt aantal verstoringen
5. Medicatiekamers beschouwen als stille ruimte
6. Telefoonoproepen minimaliseren tijdens de administratie van medicatie
7. Zorgverleners voorzien van een zichtbaar signaal, zodat anderen weten dat ze niet gestoord mogen worden
8. Patiënten en familie gewaar maken van het belang dat zorgverleners ongestoord administratie van medicatie kunnen uitvoeren, door educatief materiaal uit te delen.

Tabel 1: Vertaald uit (Flynn, Evanish, Fernald, Hutchinson, & Lefaiver, 2016)

1. Als vierde zouden vroedvrouwen hun werk zoveel mogelijk moeten proberen bundelen, zodat de interactiemomenten tussen moeder en kind zo weinig mogelijk worden onderbroken (Hunter, Rychnovsky, & Yount, 2009).
2. Studie toont aan dat artsen 11.21 keer gestoord worden per uur en het gemiddeld aantal onderbrekingen stijgt naarmate de dag vordert.

Communicatie tussen zorgverleners ligt aan de basis hiervan.

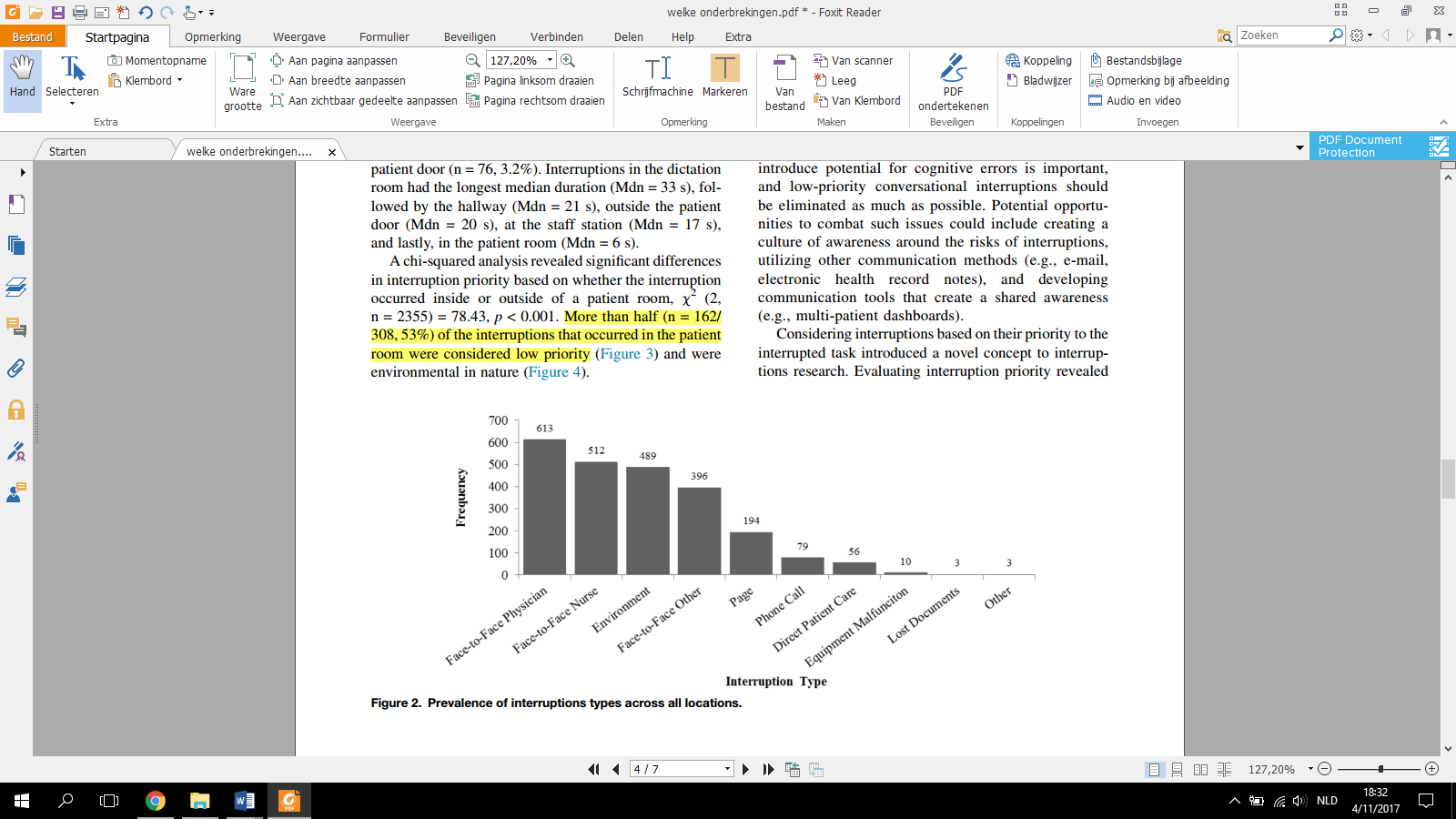
Een onderbreking door de omgeving of een telefoongesprek neemt gemiddeld het meeste tijd in beslag.

Het aantal afleidingen hangt bovendien af van locatie tot locatie. De meeste vinden plaats in het bureau van het personeel (82 procent), gevolgd door 13.1 procent in kamers van de patiënten.

Meer dan de helft (53 procent) van de onderbrekingen in deze kamers zijn van laag belang. Dit artikel raadt daarom aan de verbale face-to-face onderbrekingen die weinig belang hebben, zo veel mogelijk te vermijden.

Interventies kunnen de gevolgen van deze interrupties verzachten, de veiligheid van de patiënt vooropstellen en de zorg verbeteren. (Blocker et al., 2017)

Figuur 8 geeft nog eens alle soorten onderbrekingen weer, gekoppeld aan hun voorkomen.



Figuur 8 (Blocker et al., 2017)

Om interrupties tijdens de zorg te vermijden, kan volgend bordje aan de deur van de patiënt worden gehangen telkens een zorgverlener de kamer betreedt.



Figuur 9: bordje “zorgverlener”

1. Eerder werd besproken dat inkomende telefoonoproepen tijdens een consultatie kunnen leiden tot medische fouten, stress bij de arts en ontevredenheid bij de patiënt (Koong et al., 2015). Dit artikel raadt aan te zoeken naar middelen die de telefonische communicatie kunnen vervangen. Een voorbeeld dat wordt aangehaald zijn berichten versturen via de computer of smartphone.

Uit recent onderzoek naar het gebruik van digitale middelen in de zorg blijkt dat de meerderheid (60%) van de zorgverlening via bericht uit drie keer heen en weer verstuur bestaat: Een bericht van de patiënt, een antwoord van de arts en een bedanking van de patiënt. Meer dan een kwart (26%) bestond uit vier of meer berichten.

De voornaamste redenen waarom patiënten naar de arts sturen zijn: voor duidelijkheid, om de volgende stappen in hun behandeling te weten, om meer informatie te verkrijgen over bijvoorbeeld laboresultaten en om hun reden van bezorgdheid te uiten.

De studie vindt deze vorm van communicatie tussen zorgvrager en zorgverleners alvast een pluspunt. Daarbovenop kunnen niet alleen patiënten gebruik maken van de zorgverlening via bericht, ook kunnen zorgverleners met elkaar communiceren via digitale media. (Alpert, Dyer, & Lafata, 2017)

* + 1. Beoordeling praktijkdeel

Aanvankelijk was het de bedoeling om mama’s en vroedvrouwen deze vier bordjes uit te laten testen op een materniteit. Van mijn externe promotor vernam ik dat het UZ Gent dringend nood heeft aan een gelijkaardig idee. Met als gevolg dat het voorstel om de bordjes uit te testen in het UZ Gent werd besproken in een teamvergadering.

Er werd positief gereageerd, maar vooraleer een proefperiode kon plaatsvinden moest er toestemming verkregen worden bij het ethisch comité van het ziekenhuis.

Ter voorbereiding ben ik gestart met alle nodige documenten in orde te brengen.

Er werd een folder uitgewerkt om de mama’s en vroedvrouwen op de materniteit in te lichten over de proefperiode. Ook had ik een vragenlijst opgesteld en de documenten voor het ethisch comité ingevuld en doorgestuurd voor feedback.

Bij dit laatste kwam er een stok tussen de deur. Bij het contacteren van een mogelijke hoofdonderzoeker van het UZ Gent werd er geweigerd om een proefperiode toe te staan. De reden hiervoor was dat de patiënten in het UZ Gent al te veel blootgesteld worden aan ondervragingen.

Ik was niet van plan op te geven en dus ging ik op zoek naar andere ziekenhuizen in Gent die zouden willen participeren aan dit onderzoek. Na weken wachten had ik nog geen enkel antwoord ontvangen. Vanaf dan wist ik dat het niet meer mogelijk zou zij om onderzoek te doen in een ziekenhuis.

Uiteindelijk heb ik ervoor geopteerd een korte peiling te doen bij mama’s en vroedvrouwen. De opiniepeiling vond plaats in Paradisio te Gent (babywinkel). Met behulp van een vragenlijst (zie bijlage d) heb ik zes paar ouders en twee vroedvrouwen bevraagd over mijn praktijkdeel.

Hieronder worden enkele uitspraken opgesomd:

-“Ik vind de bordjes een goed idee, maar er zou duidelijk gecommuniceerd moeten worden aan de zorgverleners dat ze hier rekening mee houden. Vaak doen zij maar gewoon en dan zouden de bordjes weinig nut hebben.” (papa)

Na deze uitspraak werd mij duidelijk dat ouders niet altijd durven ingaan tegen zorgverleners en alles zomaar ondergaan. Het zal dus nodig zijn om de zorgverleners goed op de hoogte te brengen van het belang van rust voor de patiënten. Enkel zo kunnen ze overtuigd worden om zelf met de bordjes te werken en ze niet te negeren.

-“Ik sliep overdag niet en bezoek tijdens de voeding stoort mij niet, maar ik denk dat het wel nuttig kan zijn. Vooral ‘Kort bezoek’ zou ik gebruiken.”

Hieruit blijkt dat sommige ouders onvoldoende op de hoogte zijn van het belang van rust tijdens de voeding. Dit heb ik bijgevolg verwerkt in de folder.

-“Het zou handig zijn voor het bezoek dat ze kunnen zien tot hoe laat mama en baby slapen. Dit kan bijvoorbeeld aangetoond worden door middel van een parkeerschijf.”

Dit idee werd onmiddellijk verwerkt in het bordje ‘Slapen’. De mama kan met behulp van de schijf achteraan het bordje aantonen tot wanneer ze zal rusten.

-“Goed initiatief, te weinig aanbod momenteel”

-“Het is niet altijd gemakkelijk om tegen het bezoek te zeggen dat ze naar huis moeten en beter niet te lang blijven. Handige bordjes hiervoor!”

Uit de resultaten van de vragenlijst kan geconcludeerd worden dat ouders dit idee wel degelijk nuttig vinden.

Aan de mama’s en vroedvrouwen werd bijgevolg gevraagd een score te geven aan dit praktijkdeel. Deze versterken de conclusie dat er nood is aan dit idee.

De scores worden hieronder weergegeven.

Vraag 1)

Vraag 2)

Vraag 3)

Vraag 4)

In februari 2018 heb ik mij aangesloten bij de wedstrijd “Start Academy” waarbij jonge ondernemers worden bijgestaan door een coach en andere ondernemers. Mijn coach, Francis de Nolf steunt mij verder in dit project. Het is dan ook de bedoeling deze onderneming voort te zetten in de zomer van 2018 (na mijn studies) in de hoop een positieve bijdrage te kunnen leveren in functie van mijn latere carrière als vroedvrouw.

1. Besluit

Deze bachelorproef beoogde volgende hoofdonderzoeksvraag: “Wat is het belang van rust op materniteit en hoe kunnen we deze optimaliseren?”. De sub onderzoeksvragen luidden “Hoe ervaren mama’s, papa’s en vroedvrouwen rust op materniteit” en “Welke factoren zijn van invloed op de rust op materniteit”.

Om een antwoord te bieden op deze vragen werd een literatuurstudie uitgevoerd.

In de eerste plaats kunnen we stellen dat rust wel degelijk belangrijk is op de materniteit. Voor kraamvrouwen is dit onder andere van belang voor de borstvoeding, de genezing, de slaap en zorg voor de baby. Voor de pasgeborene werd het belang van ontwikkelingsgerichte zorg besproken en ook de vroedvrouw heeft duidelijk nood aan rust.

Rust kan verstoord worden door verschillende factoren. In deze literatuurstudie werden deze onderverdeeld in drie categorieën: de persoonlijke omgeving, routines en psychische factoren. Zowel zorgverleners, familie en vrienden als omgevingsfactoren spelen hierin een rol. Neem het voorbeeld van mama’s waarbij de borstvoeding moeilijk verloopt. Dit kan het gevolg zijn van vroedvrouwen die vaak de kamer binnenkomen, van bezoekers die te lang blijven of van een meerpersoonskamer (gebrek aan privacy).

Om de rust op de materniteit te optimaliseren werden verschillende voorstellen gedaan.

Concrete tips worden gegeven, zodat deze kunnen geïntegreerd worden in de praktijk.

Wat in acht moet genomen worden, is dat deze oplossingen vaak enkel in buitenland zijn uitgetest geweest en dus niet met zekerheid in België succesvol zullen zijn. Daarom heb ikzelf onderzoek gedaan naar een praktijkdeel die de rust zou kunnen verbeteren op de materniteiten in België. Als resultaat werden vier bordjes ontwikkeld die mama’s aan hun deur op materniteit kunnen ophangen. Hiermee geven zij aan dat ze wensen te voeden, slapen, een kort bezoek appreciëren of er zorgen doorgaan in de kamer. Vooraleer deze bordjes succesvol kunnen worden, zal hier nog veel onderzoek aan vooraf gaan.

Dankzij deze studie is er meer duidelijkheid omtrent dit onderwerp. Deze bachelorproef kan bijdragen aan een betere beroepsuitoefening van de vroedvrouw. De vroedvrouw kan hier individueel aan bijdragen, door haar eigen handelen kritisch te beoordelen en verbeteringen aan te brengen waar nodig.

Literatuurlijst

Artikels

Adatia, S., Law, S., & Haggerty, J. (2014). Room for improvement: noise on a maternity ward. *BMC Health Services Research,*14604*.* doi:10.1186/s12913-014-0604-3

Albert, J., & Heinrichs-Breen, J. (2011). An evaluation of a breastfeeding privacy sign to prevent interruptions and promote successful breastfeeding. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN, 40*(3), 274-280. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01233.x

Al-Hammad, F. A., Raheel, H., Al-Baiz, L. E., & Al-Otaibi, A. M. (2012). THE EFFECT OF SHIFT WORK ON PSYCHOLOGICAL STRESS,SLEEP PATTERN AND HEALTH OF NURSES WORKING AT A TERTIARY HOSPITAL,RIYADH. *Middle East Journal Of Nursing, 6*(6), 14.

Alpert, J. M., Dyer, K. E., & Lafata, J. E. (2017). Research Paper: Patient-centered communication in digital medical encounters. *Patient Education And Counseling,* doi:10.1016/j.pec.2017.04.019

Bánovčinová, Ľ. (2017). WORK-RELATED STRESS AND COPING AMONG MIDWIVES IN SLOVAKIA. *Central European Journal Of Nursing & Midwifery, 8*(3), 667. doi:10.15452/CEJNM.2017.08.0017

Batten, L., & Bland, M. (2015). Hospital visitors: visiting in our hospital or are we visiting in their lives?. *Nursing Review (1173-8014), 15*(2), 15-17

Beake, S., Rose, V., Bick, D., Weavers, A., & Wray, J. (2010). A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy And Childbirth,*1070*.* doi:10.1186/1471-2393-10-70

Blocker, R. C., Heaton, H. A., Forsyth, K. L., Hawthorne, H. J., El-Sherif, N., Bellolio, M. F., & ... Hallbeck, M. S. (2017). Original Contributions: Physician, Interrupted: Workflow Interruptions and Patient Care in the Emergency Department. *Journal Of Emergency Medicine,* doi:10.1016/j.jemermed.2017.08.067

Brüggmann, D., Löhlein, L., Louwen, F., Quarcoo, D., Jaque, J., Klingelhöfer, D., & Groneberg, D. A. (2015). Caesarean Section--A Density-Equalizing Mapping Study to Depict Its Global Research Architecture. *International Journal Of Environmental Research & Public Health, 12*(11), 14690. doi:10.3390/ijerph121114690

Bruning, S., & McMahon, C. (2009). The impact of infant crying on young women: A randomized controlled study. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology, 27*(2), 206-220. doi: 10.1080/02646830802350856

Chacko, J. M., kharde, S. N., & Swamy, M. K. (2013). Effectiveness of Infrared Lamp on Reducing Pain and Inflammation due to Episiotomy Wound. *International Journal Of Nursing Education, 5*(1), 82-85. doi:10.5958/j.0974-9357.5.1.020

Chang, H., Yu, C., Chen, S., & Chen, C. (2015). The effects of music listening on psychosocial stress and maternal-fetal attachment during pregnancy. *Complementary Therapies In Medicine, 23*(4), 509-515. doi:10.1016/j.ctim.2015.05.002

Chen, C., & Xie, Y. (2014). Modeling the safety impacts of driving hours and rest breaks on truck drivers considering time-dependent covariates. *Journal Of Safety Research,*5157-63. doi:10.1016/j.jsr.2014.09.006

Clark, K., Beatty, S., & Reibel, T. (2015). 'What women want': Using image theory to develop expectations of maternity care framework. *Midwifery, 31*(5), 505-511. doi:10.1016/j.midw.2014.12.011

Cohn, A. (2014). The ward round: what it is and what it can be. *British Journal Of Hospital Medicine* *(17508460), 75*(Supp 6), C82.

Cooper, L., Gray, H., Adam, J., Brown, D., McLaughlin, P., & Watson, J. (2008). Open all hours: a qualitative exploration of open visiting in a hospice. *International Journal Of Palliative Nursing, 14*(7), 334-341.

Cunha, M., & Silva, N. (2015). Hospital Noise and Patients’ Wellbeing. *Procedia - Social And Behavioral Sciences, 171*(5th ICEEPSY International Conference on Education & Educational Psychology), 246-251. doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.117

Dills, C., Reinholdt, D. M., & Sanders, J. (2016). Can alarm fatigue be conquered? Yes, say hospitals cutting the noise. *Healthcare Risk Management, 38*(5), 49-53

Elfering, A., Grebner, S., & Ebener, C. (2015). Workflow interruptions, cognitive failure and near-accidents in health care. *Psychology, Health & Medicine, 20*(2), 139-147. doi:10.1080/13548506.2014.913796

Ellberg, L., Högberg, U., & Lindh, V. (2010). 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery, 26*(4), 463-468. doi:10.1016/j.midw.2008.10.006

Eshkevari, L., Trout, K. K., & Damore, J. (2013). Management of postpartum pain. *Journal Of Midwifery & Women's Health, 58*(6), 622-631. doi:10.1111/jmwh.12129

Fallon, V., Groves, R., Halford, J.C.G., Bennett, K.M., & Harrold, J.A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes A Systematic Review. *Journal of Human Lactation, Vol 32*, Issue 4, pp. 740 – 758. Doi: [10.1177/0890334416662241](https://doi.org/10.1177%2F0890334416662241)

Fietze, I., Barthe, C., Hölzl, M., Glos, M., Zimmermann, S., Bauer-Diefenbach, R., & Penzel, T. (2016). The effect of room acoustics on the sleep quality of healthy sleepers. *Noise & Health, 18*(84), 240-246. doi:10.4103/1463-1741.192480

Flynn, F., Evanish, J. Q., Fernald, J. M., Hutchinson, D. E., & Lefaiver, C. (2016). Progressive Care Nurses Improving Patient Safety by Limiting Interruptions During Medication Administration. *Critical Care Nurse, 36*(4), 19-35. doi:10.4037/ccn2016498

Gaboury, J., Capaday, S., Somera, J., & Purden, M. (2017). Research: Effect of the Postpartum Hospital Environment on the Attainment of Mothers' and Fathers' Goals. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing,* 4640-50. doi:10.1016/j.jogn.2016.08.008

Gerry, E. M. (2011). Privacy and dignity in a hospice environment--the development of a clinical audit. *International Journal Of Palliative Nursing, 17*(2), 92-98.

Gilmour, C., Monk, H., & Hall, H. (2013). Breastfeeding mothers returning to work: experiences of women at one university in Victoria, Australia. *Breastfeeding Review, 21*(2), 23-30.

Godrat, A., Masood, E., Khatereh, I., & Fariba, K. (2013). The effects of indomethacin, diclofenac, and acetaminophen suppository on pain and opioids consumption after cesarean section*. Perspectives In Clinical Research, Vol 4,* Iss 2, Pp 136-141 (2013), (2), 136. doi:10.4103/2229-3485.111798

Golen, R. P., & Ventura, A. K. (2015). What are mothers doing while bottle-feeding their infants? Exploring the prevalence of maternal distraction during bottle-feeding interactions. *Early Human Development, 91*(12), 787-791. doi:10.1016/j.earlhumdev.2015.09.006

Golen, R. B., & Ventura, A. K. (2015). Mindless feeding: Is maternal distraction during bottle-feeding associated with overfeeding?. *Appetite,* 91385-392. doi:10.1016/j.appet.2015.04.078

Gouin, J., Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., & Glaser, R. (2008). The influence of anger expression on wound healing. *Brain Behavior And Immunity, 22(Personality and Disease)*, 699-708. doi:10.1016/j.bbi.2007.10.013

Grassley, J. S., Clark, M., & Schleis, J. (2015). Research: An Institutional Ethnography of Nurses’ Support of Breastfeeding on the Night Shift. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing,*44567-577. doi:10.1111/1552-6909.12728

Gray, H., Adam, J., Brown, D., McLaughlin, P., Hill, V., & Wilson, L. (2011). Visiting all hours: a focus group study on staff's views of open visiting in a hospice. *International Journal Of Palliative Nursing, 17*(11), 552-560.

Guo, J., Liu, C., Wang, X., Qu, Z., Zhang, W., & Zhang, X. (2017). Original Research: Relationships between depression, pain and sleep quality with doctor visits among community-based adults in north-west China. *Public Health*, 14730-38. doi:10.1016/j.puhe.2017.01.031

Hauck, Y. L., Summers, L., White, E., & Jones, C. (2008). A qualitative study of Western Australian women's perceptions of using a Snoezelen room for breastfeeding during their postpartum hospital stay. *International Breastfeeding Journal*, 320. doi:10.1186/1746-4358-3-20

Hildingsson, I. M. (2007). New parents’ experiences of postnatal care in Sweden. *Women And Birth,* 20105-113. doi:10.1016/j.wombi.2007.06.001

Hildingsson, I., Thomas, J. E., Olofsson, R. E., & Nystedt, A. (2009). RESEARCH: Still Behind the Glass Wall? Swedish Fathers' Satisfaction With Postnatal Care. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38280-289. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01024.x

Hillman, D. R. (2017). Postoperative Sleep Disturbances. Understanding and Emerging Therapies. *Advances In Anesthesia*, doi:10.1016/j.aan.2017.07.001

Hirani, S. A., & Karmaliani, R. (2013). Review article: Evidence based workplace interventions to promote breastfeeding practices among Pakistani working mothers. *Women And Birth*, 2610-16. doi:10.1016/j.wombi.2011.12.005

Hughes Cooper, C. (2016). Interruptions During Medication Administration: A Descriptive Study. *MEDSURG Nursing, 25*(3), 186-191

Hume, K. I., Brink, M., & Basner, M. (2012). Effects of environmental noise on sleep. *Noise & Health, 14*(61), 297-302. doi:10.4103/1463-1741.104897

Hunter, L. P., Rychnovsky, J. D., & Yount, S. M. (2009). A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN, 38*(1), 60-68. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00309.x

Hutchinson, B. (2015). Article: Importance of Establishing Neonatal BFHI Standards in Neonatal Units. *Newborn And Infant Nursing Reviews, 15*(Neonatal Nursing: A Global Affair), 167-168. doi:10.1053/j.nainr.2015.09.004

Insana, S. P., & Montgomery-Downs, H. E. (2013). Sleep and sleepiness among first-time postpartum parents: a field- and laboratory-based multimethod assessment. *Developmental Psychobiology, 55*(4), 361-372. doi:10.1002/dev.21040

James, L. (2013). Nurturing the next generation: Midwives' experiences when working with third year midwifery students in New Zealand. *New Zealand College Of Midwives Journal*, (47), 14-17. doi:10.12784/nzcomjnl47.2013.3.14-17

James, L., Sweet, L., & Donnellan-Fernandez, R. (2017). Review article: Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women And Birth,* 3087-99. doi:10.1016/j.wombi.2016.09.013

Johnson, J. R., Rivard, R. L., Griffin, K. H., Kolste, A. K., Joswiak, D., Kinney, M. E., & Dusek, J. A. (2016). The effectiveness of nurse-delivered aromatherapy in an acute care setting. *Complementary Therapies In Medicine,* 25164-169. doi:10.1016/j.ctim.2016.03.006

Juang, D., Lee, C., Yang, T., & Chang, M. (2010). Noise pollution and its effects on medical care workers and patients in hospitals. *International Journal Of Environmental Science And Technology, 7*(4), 705-716.

Koong, A. L., Koot, D., Eng, S. K., Purani, A., Yusoff, A., Goh, C. C., & ... Tan, N. C. (2015). When the phone rings - factors influencing its impact on the experience of patients and healthcare workers during primary care consultation: a qualitative study. *BMC Family Practice, 16*(1), 1. doi:10.1186/s12875-015-0330-x

Kurth, E., Kennedy, H. P., Zemp Stutz, E., Kesselring, A., Fornaro, I., & Spichiger, E. (2014). Responding to a crying infant – You do not learn it overnight: A phenomenological study. *Midwifery, 30*(Special Sections: Focus on Infant Feeding and Postnatal Health and Well-being), 742-749. doi:10.1016/j.midw.2013.06.017

Kurth, E., Spichiger, E., Zemp Stutz, E., Biedermann, J., Hösli, I., & Kennedy, H. P. (2010). Crying babies, tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 1021. doi:10.1186/1471-2393-10-21

Lewis, L., Hauck, Y. L., Ronchi, F., Crichton, C., & Waller, L. (2016). Gaining insight into how women conceptualize satisfaction: Western Australian women's perception of their maternity care experiences. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 1629. doi:10.1186/s12884-015-0759-x

Liu, C., Chen, Y., Yeh, Y., & Hsieh, Y. (2012). Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal Of Advanced Nursing, 68*(4), 908-918. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x

Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Anderson, J. E., Robert, G., & ... Barlow, J. (2016). One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs. *BMJ Quality & Safety, 25*(4), 241. doi:10.1136/bmjqs-2015-004265

Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal And Child Health Journal, 18*(3), 707-713. doi:10.1007/s10995-013-1297-7

Marqués Sánchez, d. P., Calle Pardo, A. P., Sánchez, D. C., Gelado, Y. N., & García, P. M. (2008). Nurses' perception of noise levels in hospitals in Spain. *The Journal Of Nursing Administration, 38*(5), 220-222. doi:10.1097/01.NNA.0000312774.42352.19

McKinnon, L. C., Prosser, S. J., & Miller, Y. D. (2014). What women want: qualitative analysis of consumer evaluations of maternity care in Queensland, Australia. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14366. doi:10.1186/s12884-014-0366-2

Mills, S. (2009). Workplace lactation programs: a critical element for breastfeeding mothers' success. *AAOHN Journal, 57*(6), 227-231.

Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C., & Foureur, M. (2013). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women And Birth*, 2626-32. doi:10.1016/j.wombi.2011.08.002

Moola, S., Xue, Y., & McArthur, A. (2009). Review summaries: evidence for nursing practice. The impact of hospital visiting hours policies on paediatric and adult patients and their visitors. *Journal Of Advanced Nursing, 65*(11), 2293-2294.

Morrison, B., Ludington-Hoe, S., & Anderson, G. C. (2006). Interruptions to breastfeeding dyads on postpartum day 1 in a university hospital. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN, 35*(6), 709-716.

Morrow, J., McLachlan, B. H., Forster, D. D., Davey DPH, M. M., & Newton Grad Dip App Sci (Nursing), P. M. (2013). Redesigning postnatal care: exploring the views and experiences of midwives. *Midwifery,* 29159-166. doi:10.1016/j.midw.2011.11.006

Murtagh, L., & Moulton, A. D. (2011). Working mothers, breastfeeding, and the law. *American Journal Of Public Health, 101*(2), 217-223. doi:10.2105/AJPH.2009.185280

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal And Child Health Journal, 17*(4), 616-623. doi:10.1007/s10995-012-1037-4

Pilar, M., Dolores, C., Mari Paz, M., Natalia, A., & Enedina, Q. (2012). Multi-center study of noise in patients from hospitals in Spain: A questionnaire survey. *Noise And Health, Vol 14*, Iss 57, Pp 83-85 (2012), (57), 83. doi:10.4103/1463-1741.95136

Pope, D. (2010). Decibel levels and noise generators on four medical/surgical nursing units. *Journal Of Clinical Nursing, 19*(17/18), 2463-2470. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03263.x

Richard Williamson, I., & Mahomed Sacranie, S. (2012). Nourishing body and spirit: exploring British Muslim mothers' constructions and experiences of breastfeeding. *Diversity & Equality In Health & Care, 9*(2), 113-123.

Richardson, A., Thompson, A., Coghill, E., Chambers, I., & Turnock, C. (2009). Development and implementation of a noise reduction intervention programme: a pre- and postaudit of three hospital wards. *Journal Of Clinical Nursing, 18*(23), 3316-3324. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02897.x

Rivera, A. J. (2014). A socio-technical systems approach to studying interruptions: Understanding the interrupter's perspective. *Applied Ergonomics*, 45747-756. doi:10.1016/j.apergo.2013.08.009

Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D., & Whelan, T. A. (2017). Original Research - Qualitative: Midwives’ perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services. *Women And Birth*, 30308-318. doi:10.1016/j.wombi.2016.12.002

Ronzio, C. R., Huntley, E., & Monaghan, M. (2013). Postpartum mothers' napping and improved cognitive growth fostering of infants: results from a pilot study. *Behavioral Sleep Medicine, 11*(2), 120-132. doi:10.1080/15402002.2011.642487

Rudman, A., & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 7178. doi:10.1186/1472-6963-7-178

Salonen, A. H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A., Isoaho, H., & Tarkka, M. (2010). Parenting satisfaction during the immediate postpartum period: factors contributing to mothers' and fathers' perceptions. *Journal Of Clinical Nursing, 19*(11-12), 1716-1728. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02971.x

Simavli, S., Kaygusuz, I., Gumus, I., Usluogullari, B., Yildirim, M., & Kafali, H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal Of Affective Disorders*, 156194-199. doi:10.1016/j.jad.2013.12.027

Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers’ encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28362-371. doi:10.1016/j.midw.2011.06.009

Stuebe, A. M., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2013). Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding. *Journal Of Women's Health (15409996), 22*(4), 352-361. doi:10.1089/jwh.2012.3768

Swenne, C. L., & Skytt, B. (2014). The ward round - patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 28*(2), 297-304. doi:10.1111/scs.12059

Symon, A., Paul, J., Butchart, M., Carr, V., & Dugard, P. (2008). Maternity unit design study part 4: midwives' perceptions of staff facilities. *British Journal Of Midwifery, 16*(4), 228.

Thomée, S., Härenstam, A., & Hagberg, M. (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults--a prospective cohort study. *BMC Public Health,*1166. doi:10.1186/1471-2458-11-66

Tingle, J. (2012). The safe and effective delivery of ward rounds. *British Journal Of Nursing, 21*(21), 1282-1283.

Tseng, Y., Chen, C., & Lee, C. S. (2010). Effects of listening to music on postpartum stress and anxiety levels. *Journal Of Clinical Nursing, 19*(7-8), 1049-1055. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02998.x

Tsuchiya, M., Mori, E., Iwata, H., Sakajo, A., Maehara, K., Ozawa, H., & ... Saeki, A. (2014). Fragmented sleep and fatigue during postpartum hospitalization in older primiparous women. *Nursing & Health Sciences*, doi:10.1111/nhs.12157

Uvnäs Moberg, K., & Prime, D. K. (2013). Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant, 9*(6), 201-206.

van de Glind, I., de Roode, S., & Goossensen, A. (2007). Review: Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health Policy*, 84153-161. doi:10.1016/j.healthpol.2007.06.002

Valbø, A., Iversen, H. H., & Kristoffersen, M. (2011). Postpartum care: evaluation and experience among care providers and care receivers. *Journal Of Midwifery & Women's Health, 56*(4), 332-339. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00038.x

Vasher, J., & Coyazo, N. (2011). INNOVATIVE PROGRAMS: Do Not Disturb…Moms and Babies Resting! A Successful Implementation of Quiet Hours on a Postpartum Floor. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 40*(1), S14-S15. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01242\_18.x

Ya-Ling, L., Chich-Hsiu, H., Stocker, J., Te-Fu, C., & Yi, L. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research, 28*(2), 116-120. doi:10.1016/j.apnr.2014.08.002

Yeh, Y., Lee, D., & Ko, Y. (2013). Color combination and exposure time on legibility and EEG response of icon presented on visual display terminal. *Displays*, 3433-38. doi:10.1016/j.displa.2012.11.007

Yeh, Y., St John, W., & Venturato, L. (2016). Inside a Postpartum Nursing Center: Tradition and Change. *Asian Nursing Research, 10*(2), 94-99. doi:10.1016/j.anr.2016.03.001

Yelland, A., Winter, C., Draycott, T., & Fox, R. (2013). Midwifery staffing: Variation and mismatch in demand and capacity. *British Journal Of Midwifery, 21*(8), 579.

Yoder, V. J., & Phillips, A. (2010). Alarm management: clinical perspective. *Biomedical Instrumentation & Technology, 44*(2), 152-153.

Zaidi, F. (2014). Challenges and practices in infant feeding in Islam. *British Journal Of* *Midwifery, 22*(3), 167-172.

Zauderer, C. (2009). FEATURES: Maternity Care for Orthodox Jewish Couples: Implications for Nurses in the Obstetric Setting. *Nursing For Women’S Health*, 13112-120. doi:10.1111/j.1751-486X.2009.01402.x

Boeken

Blom, R. (2008). *Regelmaat brengt rust: Een handleiding voor het bieden van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie* (vierde editie). Bakermat: Mechelen.

Lomax, A. (2015). *Examination of the newborn: An evidence-based guide* (tweede editie). John Wiley and Sons: Ltd.

Van Marwijk, F. (2008). *Lichaamstaal bij baby’s* (zesde druk). Unieboek: Antwerpen.

[Wielenga](https://www.bol.com/nl/c/algemeen/j-m-wielenga/4027236/index.html?lastId=23994), J.M., [Hankes Drielsma](https://www.bol.com/nl/c/algemeen/i-j-hankes-drielsma/6482291/index.html?lastId=23994), I.J. (2006). *Ontwikkelingsgerichte zorg voor de pasgeboren baby*. [Boom: Lemma Uitgevers](https://www.bol.com/nl/b/algemeen/boom-lemma-uitgevers/3246477/index.html?lastId=23994).

Websites

Dictionary.com Unabridged. (z.j.). Geraadpleegd op 4 april 2018 via <http://www.dictionary.com/browse/rest>

EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. (2013). *European Perinatal Health Report.* Geraadpleegd op 16 november 2017 via [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)

Kind en Gezin. (2017). Geraadpleegd op 16 november 2017 via [www.kindengezin.be](http://www.kindengezin.be)

Nationale raad voor de vroedvrouwen. (2006). *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw.* Geraadpleegd op 10 Januari 2017 via <http://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/Beroepsprofiel%202006.pdf>

VBOV. (2017). Geraadpleegd op 16 november 2017 via [www.vroedvrouwen.be](http://www.vroedvrouwen.be)

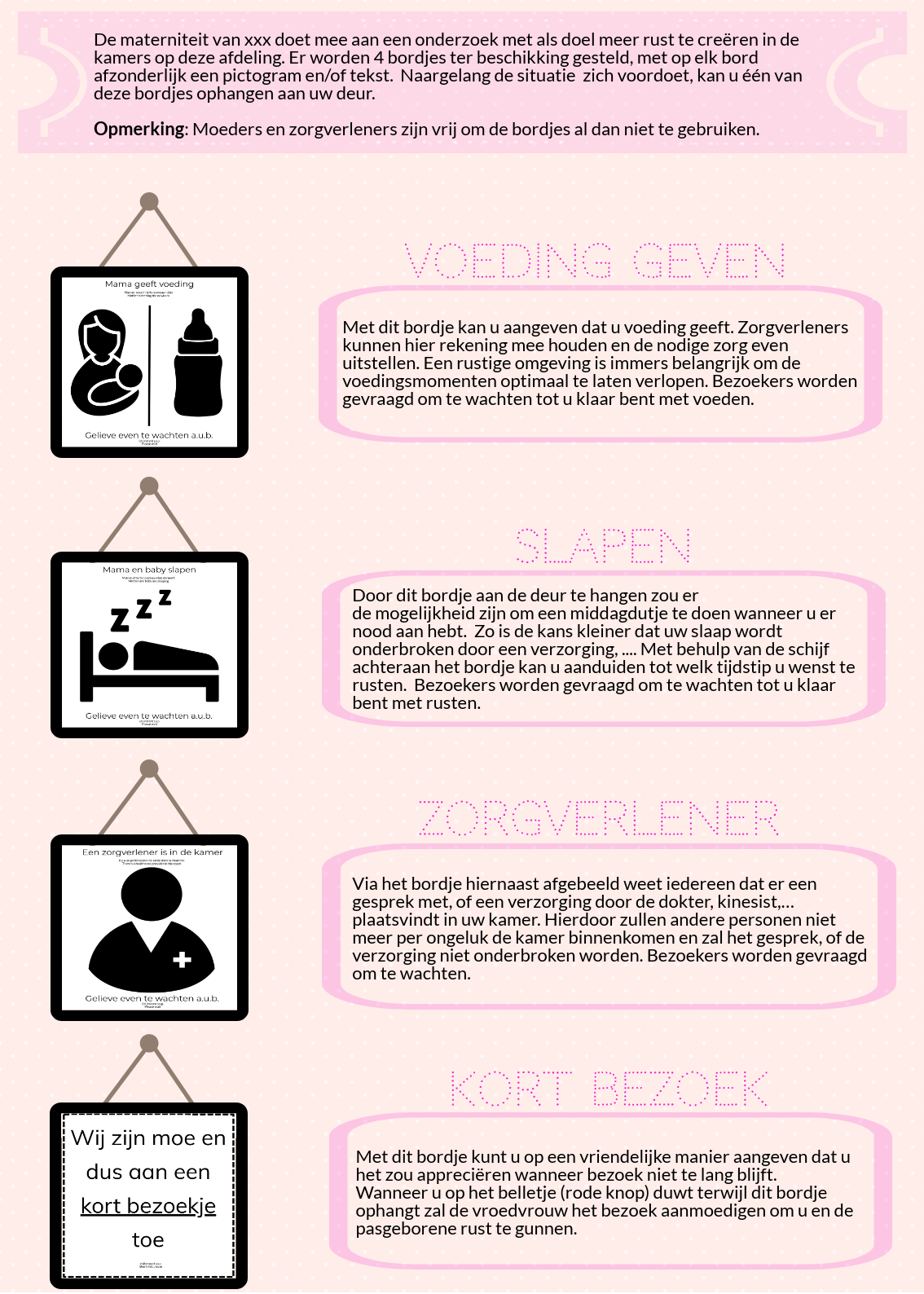
Folders

AZ Maria Middelares. (z.j.). *Dienst gebonden informatiebrochure A202-A203*. Geraadpleegd op 10 januari 2017 via <https://www.mariamiddelares.be/sites/default/files/Dienstgebonden%20informatiebrochure%20A202-A203.pdf>

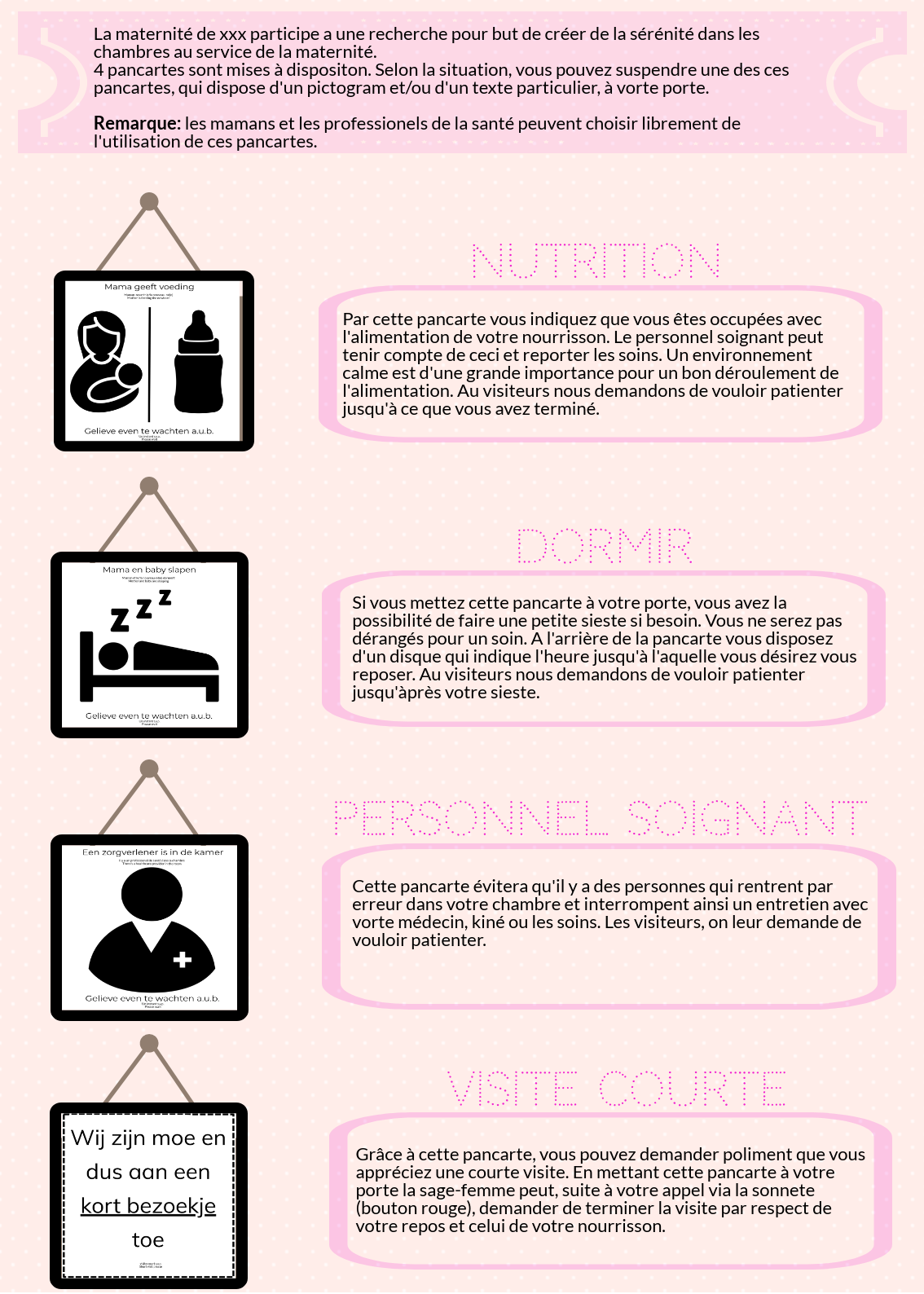
AZ Maria Middelares. (z.j.). *Onthaalbrochure*. Geraadpleegd op 10 januari 2017 via <https://www.mariamiddelares.be/sites/default/files/FB%20231%20Onthaalbrochure%20Kraam.pdf>

Bijlagenlijst

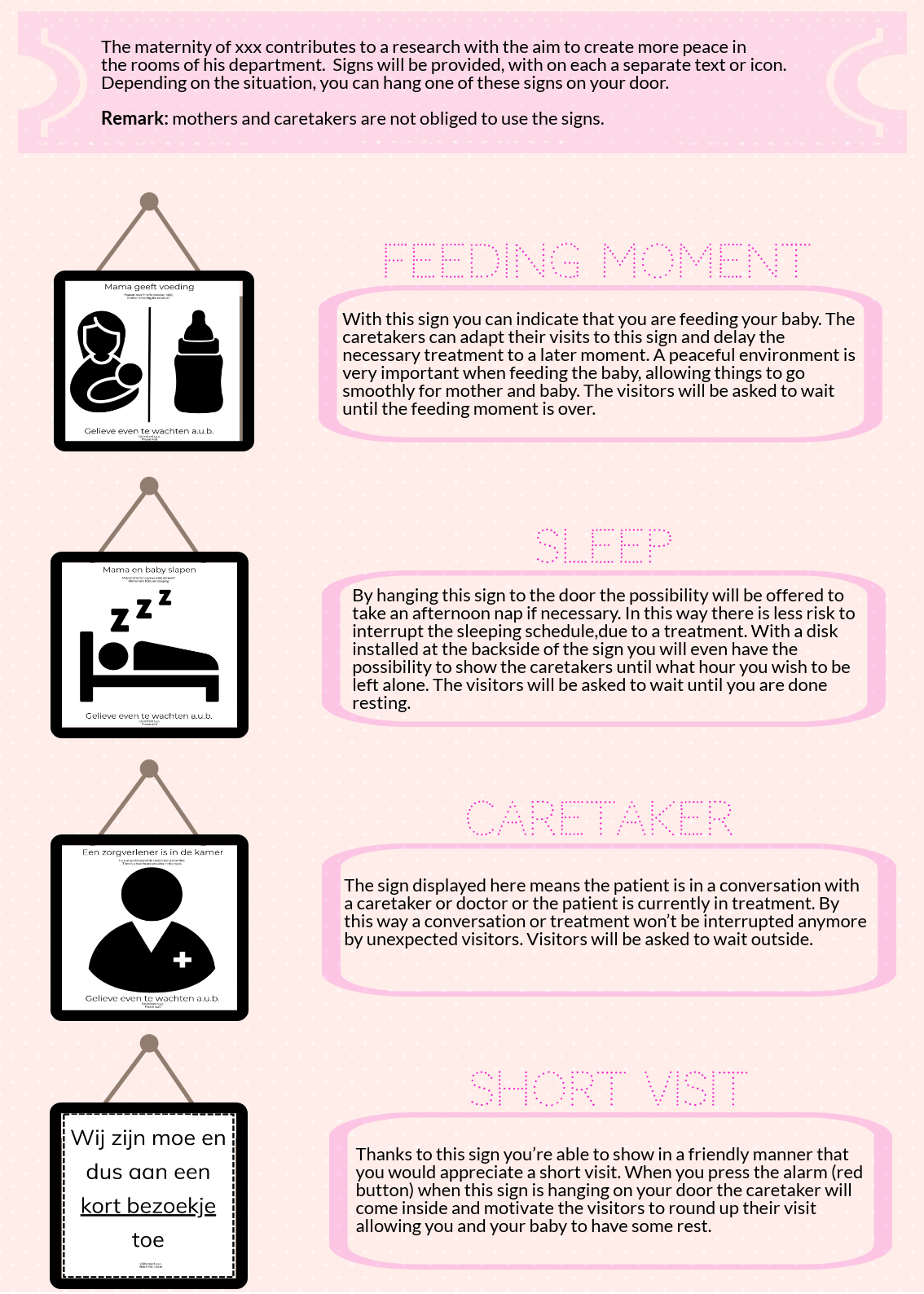
1. Folder Nederlands



1. Folder Frans



1. Folder Engels



1. Vragenlijst

