

HAPTONOMISCHE PRE- EN POSTNATALE BEGELEIDING VAN OUDERS EN KIND

Hoe haptonomie een meerwaarde kan betekenen

Externe promotor: Mevr. Wichman Patricia
Interne promotor: Mevr. Accou Sophie
Academiejaar: 2020-2021

Bachelorproef voorgedragen door:
Pots Birten
tot het bekomen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

HAPTONOMISCHE PRE- EN POSTNATALE BEGELEIDING VAN OUDERS EN KIND

Hoe haptonomie een meerwaarde kan betekenen

Externe promotor: Mevr. Wichman Patricia
Interne promotor: Mevr. Accou Sophie
Academiejaar: 2020-2021

Bachelorproef voorgedragen door:
Pots Birten
tot het bekomen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

Abstract

Haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind	
Promotiejaar:	2021
Student:	Pots Birten
Externe promotor:	Mevr. Wichman Patricia
Interne promotor:	Mevr. Accou Sophie
Trefwoorden:	Haptonomie, pre- en postnatale begeleiding, vroedvrouw
<p>Binnen het perinatale zorgnetwerk zijn er heel wat alternatieve begeleidingsvormen aan een opmars bezig, onder andere de haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind.</p> <p>Zwangerschap en bevalling worden nog teveel gemedicaliseerd en deze in Vlaanderen relatief onbekende begeleiding toont aan dat het ook anders kan, door terug te keren naar de basis van de fysiologie. Er is de jongste jaren steeds meer aandacht voor de geestelijke gezondheid en via deze bachelorproef zal de meerwaarde van de haptonomische zwangerschapsbegeleiding verduidelijkt worden. Door deze informatie tot bij de vroedvrouwen te krijgen, kan er vaker en specifiekter doorverwezen worden.</p> <p>De bedoeling is om de lezer een beeld te geven van haptonomie en de bekendheid daarmee te verspreiden. Uit het literatuuronderzoek worden voordelen op verschillende vlakken vastgelegd. Het feit dat de sessies plaatsvinden per koppel, heeft al meteen een enorme impact. Er wordt al prenataal gewerkt aan de hechting met het kind en de moeder zal beduidend minder kans hebben op angst, depressies en rookgedrag. Onderzoek toonde aan dat doorheen de prenatale sessies de mate van het affectief contact toenam en het niveau van stress steeds daalde.</p> <p>Uit deze bachelorproef kan worden geconcludeerd dat de haptonomische begeleiding lichamelijke en psychologische voordelen heeft zowel voor moeder, partner, als baby. De specifieke verklaringen per aspect worden besproken in de verschillende hoofdstukken.</p>	

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	3
WOORD VOORAF	5
INLEIDING	6
1 BEGRIP HAPTONOMIE	8
1.1 Geschiedenis	9
1.2 Opleiding	10
1.2.1 Verschil haptonoom en haptotherapeut	10
1.2.2 Beroepsprofiel haptonomische zwangerschapsbegeleiding	10
1.3 Werkdomeinen	11
2 HAPTONOMISCHE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING	13
2.1 Hechting	13
2.2 Moeder	14
2.2.1 Vertrouwen	14
2.2.2 Prenatale voorbereiding	15
2.2.3 Onderzoeksresultaten	15
2.2.4 Lichaamshouding	16
2.2.5 Bevallingsangst	17
2.3 Partner	18
2.3.1 Partnerbetrokkenheid en hechting	18
2.3.2 Rol van de partner tijdens de sessies	20
2.3.3 Vorbereiding op het ouderschap	21
2.4 Verloop van de sessies	22
3 HAPTONOMIE TIJDENS ARBEID EN BEVALLING	25
3.1 Arbeid	25
3.1.1 Positieve aanrakingen	26
3.1.2 Negatieve aanrakingen	26
3.1.3 Haptonomische toepassing	26
3.2 Angst voor de bevalling	28

3.2.1	Fear of childbirth.....	28
3.2.2	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire.....	29
3.2.3	Haptotherapie als hulpmiddel	30
3.3	Haptonomie als niet-farmacologische pijnstilling	31
3.4	Geboorte.....	32
3.4.1	Onthechting	32
3.4.2	Haptonomische benadering.....	33
3.4.3	Huidcontact.....	34
4	POSTNATALE HAPTONOMIE.....	36
4.1	Basisbevestiging	36
4.2	Basisbevestigend dragen	37
4.3	Postnatale ouder-kind begeleiding in water	40
5	IN DE PRAKTIJK.....	43
5.1	Gebruik haptonomie binnen Europa	43
5.2	Relevantie voor de praktijk van de vroedvrouw	44
5.3	Haptonomische visie op de gezondheidszorg	46
6	PRAKTIJKDEEL.....	48
	ALGEMEEN BESLUIT.....	56
	LITERATUURLIJST.....	57
	BIJLAGEN.....	63
A.	Toestemming naamsvermelding interne promotor	63
B.	Toestemming naamsvermelding externe promotor	64

Woord vooraf

Eerst en vooral wil ik de Arteveldehogeschool danken voor de passie en kennis die ik heb opgedaan tijdens mijn opleiding vroedkunde. Ik wil de volledige opleiding vroedkunde bedanken voor de geweldige jaren, alle boeiende lessen, gezellige pauzes en de bijzondere vriendschappen. De docenten waren steeds toegankelijk en enthousiast, wat een ware uitzondering is.

Mevrouw Sophie Accou, vroedvrouw en docente, stond in deze bijzonder uitdagende periode steeds online klaar als interne promotor tijdens de begeleidingsmomenten. Tijdens de coronapandemie waren de lesopnames van Marc De Spiegelaere een enorme meerwaarde. De docent toonde veel geduld met de toekomstige vroedvrouwen die niet altijd even handig zijn met tekstverwerking.

Deze bachelorproef was nooit tot stand gekomen zonder de hulp van mijn externe promotor, mevrouw Patricia Wichman. Haar expertise en passie als kinesitherapeute, haptotherapeute en haptonomisch zwangerschapsbegeleider zijn eindeloos. Ze reikte me literatuur aan, betrok me in haar praktijk en was steeds bereikbaar voor feedback. Bedankt om steeds in mijn kunnen te geloven!

Tot slot een grote dankjewel aan mijn familie en vrienden voor de steun gedurende mijn volledige parcours. Tijdens de afgelopen drie jaren, volgde ik mijn hart en dat was niet altijd vanzelfsprekend.

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



Lebbeke, mei 2021

Inleiding

Een klein groen boekje uit de boekenkast, trok enkele jaren geleden mijn aandacht. ‘Het voelen gevoed’ van Margo Knaapen ging over het basisbevestigend dragen uit de haptonomie. Mijn nieuwsgierigheid was meteen gewekt. Als vroedvrouw in wording en in het privéleven is mijn ingesteldheid steeds open minded. Als professional is het belangrijk de alternatieve trajecten binnen het werkdomein te kennen. Op die manier kan er correct doorverwezen worden. Zo ontstond het onderwerp van deze bachelorproef en daarbij meteen de hoofdonderzoeksvraag: ‘Welke verschillen ervaren koppels die haptonomische pre- en postnatale begeleiding voor ouders en kind volgen, ten opzichte van eenzelfde type koppel dat geen haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind volgt?’

Er is heel wat literatuur te lezen over de benaderingswijze van de haptonomie en haar toepassingsvormen. Kwaliteitsvol wetenschappelijk onderzoek is voorlopig eerder beperkt. In Nederland zijn ze er echter wel mee bezig. Er zijn al enkele onderzoeken rond haptonomische zwangerschapsbegeleiding gepubliceerd. Daarnaast is er belangstelling voor haptotherapie als mogelijke interventie bij angst voor de bevalling.

Om de bekendheid van haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind in Vlaanderen te vergroten en professionals erover in te lichten, is deze bachelorproef een meerwaarde. Probleemstellingen zoals toenemende bevallingsangst, hoge stressniveaus bij zwangere vrouwen en de nood aan geestelijke gezondheidszorg, maken dat we vandaag meer dan ooit moeten durven kennis te maken met alternatieve begeleidingsvormen.

De bachelorproef start met een beschrijving van het begrip haptonomie en hoe die benaderingswijze is ontstaan. Er wordt duidelijkheid geschept over de verschillende opleidingen en specialisaties. In het eerste hoofdstuk zal er dus een antwoord gegeven worden op de deelonderzoeksvraag: ‘Op welke manier gaat haptonomische zwangerschapsbegeleiding concreet in haar werk? Welke informatie kan de vroedvrouw geven aan koppels over deze begeleiding?’

Het tweede hoofdstuk bekijkt de verschillende aspecten van de haptonomische zwangerschapsbegeleiding. Achtereenvolgens wordt de invloed op de hechting, op de moeder en op de partner bekeken. Daarna verduidelijken we het verloop van de sessies met enkele praktische voorbeelden. Meerdere deelonderzoeksvragen worden hierin opgenomen: ‘Is er een betere, veiligere hechting tussen ouder(s) en baby bij het toepassen van haptonomie, ten opzichte van eenzelfde type ouder(s) die dit niet doen?’ en ‘Merken we dat de partner meer betrokken is bij de zwangerschap en het veranderde lichaam van de zwangere bij het volgen van haptonomische zwangerschapsbegeleiding ten opzichte van eenzelfde type relatie waarin dat niet gebeurde?’

Hoe de haptonomische principes toegepast kunnen worden tijdens arbeid en bevalling, is het onderwerp van het derde hoofdstuk. De link met haptotherapie als mogelijke interventie voor bevallingsangst wordt toegelicht, wat ook één van de deelonderzoeksvragen is. 'Ervaren vrouwen met bevallingsangst een verschil na het volgen van haptotherapie ten opzichte van eenzelfde type vrouw met bevallingsangst die deze therapie niet volgde?' Hoewel er weinig registratie te vinden is van de Belgische vrouwen die leiden aan bevallingsangst, blijkt de prevalentie te liggen tussen 4,5% en 6,3% (Nilsson et al., 2018; O'Connell et al., 2019). Ernstige angst voor de bevalling, verhoogt de kans op een electieve sectio (Ryding et al., 2015). Verder zorgt deze angst voor het medicaliseren van de bevalling, er gebeuren meer obstetrische interventies waaronder epidurale verdoving, sectio en kunstverlossing (Loisen et al., 2018).

Het postnatale vervolg bevindt zich in hoofdstuk vier. Het basisbevestigend dragen van het kind, is daar een groot luik van. Daarna komt er een onderdeel over de specialisatie van postnatale begeleiding in water. De deelonderzoeksvraag die daar aan bod kwam, is: 'Hebben ouders die haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind volgen in het postpartum meer fysiek contact met hun baby, tegenover eenzelfde type ouders dat geen haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind volgt? En wat zijn de mogelijke voordelen daarvan?'

Het vijfde en laatste hoofdstuk sluit af met praktische informatie. Het gebruik, de terugbetaling en het aanbod van haptonomie in België, wordt vergeleken met naburige landen. Om het toepasbaar te maken, is er een onderdeel geschreven over hoe dat relevant is binnen de praktijk van de vroedvrouw. De laatste deelonderzoeksvraag krijgt hierbij een antwoord: 'Zal de vroedvrouw een verschil kunnen maken als ze de haptonomische principes op een gepaste manier kan aanbieden, ten opzichte van het klassieke verloop?' Tot slot wordt een haptonomische blik op de gezondheidszorg aan de lezer meegegeven.

1 Begrip haptonomie

Het doel van haptonomie is om weer in verbinding te komen met jezelf, met wie je echt bent en niet wie anderen van je verwachten dat je bent. In onze huidige maatschappij worden we vooral aangesproken op onze ratio, ons denken en zo verliezen we de connectie met ons gevoel. P. Wichman (persoonlijke communicatie, 3 december 2020) vergelijkt het lichaam met een huis. Daarbij staat de zolderkamer symbool voor het hoofd, waar velen het grootste deel van hun tijd in doorbrengen. We moeten altijd maar nuttig bezig zijn en nadenken in deze rationele wereld. De woonkamer van het huis staat in deze metafoor symbool voor het gevoelsleven, deze staat als beeld voor je basis, het bekkengebied. Hier bevindt zich de gevoelsbasis, onze thuisbasis. Zo zijn we comfortabel bij onszelf. We komen als het ware thuis bij onszelf, we leren opnieuw te luisteren naar ons gevoel.

Door het toepassen van haptonomie willen we als het ware de deur van de zolderkamer openen. Daardoor gaan we terug op zoek naar ons eigen gevoel, onze intuïtie, ons innerlijk kompas. Velen zijn de verbinding met zichzelf kwijtgeraakt. Door haptonomie kan je weer thuiskomen in je hele lijf en ervaar je een balans tussen denken en voelen. Zo kun je leven vanuit je hart en je ziel. We zijn doorheen de tijd als het ware vergeten hoe we naar ons gevoel kunnen luisteren. Laat dat net het doel van haptonomie zijn. Daarbij wil men zeker voorkomen dat haptonomie de stempel krijgt van 'zweverig'. Het is niet de bedoeling om uitsluitend naar het gevoel te luisteren. Het is net de bedoeling om het verstand en het gevoel met elkaar te laten verbinden en daarin een nieuw evenwicht te zoeken. P. Wichman beschrijft haptonomie als: "Als denken en voelen er beiden kunnen zijn, kun je leven vanuit je hart en straalt je 'huis' van vitaliteit!" (persoonlijke communicatie, 3 december 2020).

Haptonomie is de leer van het gevoel en bestudeert het gevoelsleven van mensen. Het bekijkt de rol van relaties, interacties en verhoudingen tussen mensen. Daarbij is ons tastvermogen van groot belang. Een mens legt namelijk vanuit de tast contacten en bouwt zo vertrouwen op. De bedoeling is om mensen te laten stilstaan bij zichzelf en bij de mate waarop ze zich aanpassen aan anderen. Naar je eigen gevoel leren luisteren en van daaruit bewuste keuzes maken, is belangrijker dan doen wat de maatschappij van je verwacht. In onze huidige samenleving zijn contacten meestal functioneel, effectief en oppervlakkig. Door middel van haptonomie nodigen we uit tot affectieve contacten die echt je gevoel raken. Die hebben een positieve invloed op de zelfontplooiing en de mentale gezondheid van mensen (Wetenschappelijk instituut voor haptonomie, 2021).

De vereniging voor haptonomische zwangerschapsbegeleiders (afgekort als de VHZB) legt uit dat voelen niet enkel te maken heeft met tastzin, maar ook met gevoelens en emoties. De huid is het grootste orgaan van het menselijk lichaam en daarbij dus het grootste zintuig. Daarnaast is er een reactie van je lichaam op dingen die je meemaakt, door interactie met anderen of door

iets uit je omgeving en dat zijn emoties of gevoelens. In onze huidige samenleving is het niet vanzelfsprekend om (negatieve) emoties te tonen. Toch is het uiten daarvan cruciaal, anders ontstaat er een gevoel van spanning of leegte in ons lichaam. Dat maakt je kwetsbaarder voor lichamelijke klachten en ongemakken. De essentie van haptonomie sluit daarbij aan: we omvatten, ontmoeten en bevestigen de mens in zijn geheel (VHZB, 2021).

1.1 Geschiedenis

Het begrip haptonomie bestaat uit een samenvoeging van twee Oudgriekse termen. 'Hapsis': wat gevoel, tast, tact en gevoelsbeleving betekent en 'nomos': wet, regel, norm en wetenschap. 'Hapto' komt van het werkwoord 'haptain'. Dat wil zeggen: aanraken, verenigen, een relatie vestigen, zich hechten aan. Bij de toepassing in het haptonomische contact betekent dat: ontmoetend, helend, aanraken om de andere te bevestigen (Wetenschappelijk instituut voor haptonomie, 2021).

De balans tussen denken, voelen en handelen wordt gezocht binnen haptonomie. Dat is zeer toepasbaar binnen de gezondheidszorg, omdat het gaat over een contact tussen mensen, elkaar aanvoelen en elkaars grenzen respecteren. De haptonomische manier van aanraken doet mensen bewust worden van hun lichaam en terugkeren naar hun gevoel. Aanrakingen hebben zowel een effect op psychisch als lichamelijk welzijn (Blokhuys & Talma, 2014).

De grondlegger van die stroming is de Nederlander Frans Veldman (1921-2010). In de jaren 50 merkte hij op dat de technische en wetenschappelijke evolutie ervoor zorgden dat de mens eerder als object dan als persoon werd gezien. Hij liet zich inspireren door contact met een psychiater, een fysioloog en inzichten uit de fenomenologische antropologie. De kerngedachte van de fenomenologische antropologie is: 'hij is zijn lichaam' in plaats van 'hij heeft een lichaam'. De bevestigingsleer van de bevriende psychiater Anne Terruwe, zegt dat mensen nood hebben aan contact en samenzijn met anderen. Dat is een voorwaarde om het gevoel van zelfwaarde te kunnen bevestigingen of af te breken (Van Kampen & Vervaeke, 2008).

Vanuit zijn eigen praktijkervaring als kinesitherapeut en orthopedagoog, ontdekte Veldman verschillen in de manier waarop hij klachten behandelde. Deed hij dat op een louter mechanische manier, dan was het effect minder groot dan wanneer die benadering en aanraking vanuit een betrokkenheid met de patiënt ontstonden. Via de aanraking met zijn handen kon hij het gemoed van de mensen raken en hun lichaam ontspande meer. Vanuit die inspiratie en ervaringen veranderde zijn kijk op de mens en zijn klachten. Hij ontwikkelde een therapie waarbij met een specifieke aanraking lichamelijke en psychische ontspanning teweeg gebracht worden. Het is meer dan therapeutisch handelen, het is een benaderingswijze, een bepaalde visie gericht op de hele mens. Dat bleek later de basis voor de haptonomie, die hij als eerste

beschreef. In 1987 publiceerde Veldman zijn grootste werk: 'Haptonomie, wetenschap van de affectiviteit' (Van Kampen & Vervaeke, 2008).

1.2 Opleiding

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen haptonoom, haptotherapeut en haptonomische zwangerschapsbegeleider. In de volgende hoofdstukken geven we meer informatie over de verschillen.

1.2.1 Verschil haptonoom en haptotherapeut

De meeste haptonomen volgden eerst een medische scholing (bijvoorbeeld kinesitherapeut) en hebben een holistische visie. Ze volgden een éénjarige basisopleiding tot haptonoom. Na die opleiding kan de zorgverlener de haptonomische benaderingswijze integreren in het eigen vakgebied zoals verloskunde, fysiotherapie ... Daarna kan de haptonoom zich eventueel nog specialiseren tot haptotherapeut of tot haptonomische zwangerschapsbegeleider. Er is dus een onmiskenbaar verschil tussen die professionals. Als je vier jaar studeert tot haptotherapeut kan je er echt je beroep van maken om door middel van haptonomie individuele therapie te geven, bijvoorbeeld aan mensen met een traumatische ervaring. Een erkende haptotherapeut, die aangesloten is bij de VVH (vereniging van haptotherapeuten), valt in Nederland dan ook onder het vergoedingssysteem, terwijl een haptonoom daar niet toe behoort. De vervolgopleiding tot zwangerschapsbegeleider duurt één (tot anderhalf) jaar en heet officieel 'haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouder en kind'. Als specialisatie op de haptotherapie, kan men haptotherapie in water volgen en dat heeft ook een postnatale toepassingsvorm, zie hoofdstuk 4.3 (VHZB, 2021).

1.2.2 Beroepsprofiel haptonomische zwangerschapsbegeleiding

De haptonomische zwangerschapsbegeleider werkt op basis van de haptonomische inzichten en uitgangspunten. De zorgverlener heeft zijn beroepsopleiding afgerond in één van de volgende instituten: De Academie voor Haptonomie in Doorn, het Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie in Parijs, Synergos in Amersfoort of het wetenschappelijk instituut voor haptonomie in Grave. Daarnaast is het een vereiste dat deze professional al een afgeronde bacheloropleiding heeft in de (geestelijke) gezondheidszorg of welzijnswerk ("Beroepsprofiel haptonomische zwangerschapsbegeleiders", 2010).

Aangezien er (nog) geen Vlaamse beroepsvereniging is, zijn de haptonomen (die de opleiding haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouder en kind volgden) aangewezen op de Nederlandse beroepsvereniging. Die heet de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders, kortweg de VHZB. In Nederland is haptonomie opvallend beter geïntegreerd in het zorgsysteem. Ook Vlamingen die een erkende scholing voor HZB gevolgd hebben, kunnen zich bij deze beroepsorganisatie aansluiten aangezien het beroepsprofiel identiek is. De inhoud van het beroep kan het best concreet beschreven worden aan de hand van tien doelstellingen. De haptonomische zwangerschapsbegeleider, afgekort als HZB'er, zal hiernaar streven tijdens de pre- en postnatale begeleiding van ouders en hun kind ("Beroepsprofiel haptonomische zwangerschapsbegeleiders", 2010).

1. Bevorderen van sensitiviteit, wat wil zeggen dat je kan aanvoelen wat de behoefte van de andere is. Dat gebeurt op drie verschillende niveaus: ouders t.o.v. het kind, het kind t.o.v. de ouders en de ouders onderling t.o.v. elkaar.
2. Affectief contact met het kind stimuleren. Een affectieve manier van aanraken betekent dat het op zo een manier gebeurt dat die persoon zich zal openstellen en er gevoelsbetrokkenheid is tussen de twee.
3. Aandacht hebben voor de nieuwe relaties: tussen het kind en de ouders enerzijds en tussen de ouders onderling anderzijds.
4. Werken aan de lichaamsbeleving van de vrouw tijdens de zwangerschap. Rekening houden met fysiologische veranderingen en de groeiende baarmoeder.
5. Inzicht geven in de fysieke (en eventueel mentale) veranderingen bij moeder en partner tijdens de perinatale periode en bespreken welke invloed dat op elkaar kan hebben.
6. De rol van de partner voor, tijdens en na de bevalling wordt begeleid en bevestigd.
7. De moeder leren omgaan met klachten of last tijdens de zwangerschap en pijn bij de bevalling.
8. De ouders worden voorbereid op een bevalling die hopelijk zo natuurlijk mogelijk zal verlopen. Men ziet de geboorte als een affectief samenspel tussen ouders en kind.
9. Men zal het contact tussen ouders en kind en ouders onderling bevestigen en verdiepen. Zowel voor, tijdens als na de geboorte.
10. Ouders leren ingaan op initiatieven tot contact die uitgaan van het kind ("Beroepsprofiel haptonomische zwangerschapsbegeleiders", 2010).

1.3 Werkdomeinen

De praktische toepassing van haptonomie is geen geneeswijze of therapie. Het is een benaderingswijze die binnen ieder beroep in de lichamelijke en geestelijke gezondheidssector geïntegreerd kan worden. Er wordt vanuit een haptonomische optiek naar een bepaalde problematiek gekeken. Men gaat op zoek naar waar die problematiek mogelijk vandaan komt

en hoe de persoon zelf vanuit zijn eigen vermogen hieraan iets kan veranderen. Zo wil de therapeut via begeleiding mensen zelf aanzetten tot het maken van keuzes. Die komen het liefst vanuit het eigen gevoel en niet vanuit de verwachtingen die heersen binnen de maatschappij. Vanuit de eigen mogelijkheden actief participeren is de essentiële basis voor haptonomische begeleiding (Wetenschappelijk instituut voor haptonomie, 2021).

In de praktijk wordt haptonomie toegepast in de vorm van individuele begeleiding (haptotherapie) en pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind. Een indicatie voor haptotherapie kan zijn: het hebben van een burn-out of posttraumatisch stresssyndroom. Haptotherapie op zich heeft een aantal specialisaties zoals de toegepaste haptotherapie in water (Wetenschappelijk instituut voor haptonomie, 2021).

2 Haptonomische zwangerschapsbegeleiding

Het grootste deel van de HZB zal in de prenatale periode plaatsvinden tijdens vijf à acht sessies. Die heeft een impact op drie grote vlakken: op de hechting met het kind, op de zwangere vrouw en op haar partner. Deze grenzen zijn niet altijd zwart-wit te stellen, waardoor er logischerwijze overlap tussen de onderdelen te merken zal zijn.

2.1 Hechting

Haptonomische pre- en postnatale begeleiding speelt een rol bij de preventie van problemen met ouder-kind-binding. Het ervaren van veiligheid en affectief bevestigend contact is voor beide partijen stimulerend om een band op te bouwen. De sensitiviteit van de toekomstige ouders groeit doorheen de prenatale begeleidingssessies. Het uitnodigen van het kind tot het nemen van contact legt al een vroege grondslag voor de ouder-kind-hechting. Onder andere in dit artikel werd haptonomie beschreven als preventie voor hechtingsproblematieken tussen ouder en kind (Buonocore & Bellieni, 2017).

Het nut ervan werd aangetoond in deze studie, het bewijst dat er een belangrijke associatie is tussen prenatale moeder-kind-binding en postpartum-binding. Er was een significant verschil in postpartum-binding afhankelijk van de prenatale binding. Hoe beter de band tussen moeder en kind was tijdens de zwangerschap, hoe minder postnatale problemen er opdoken omtrent hechting (Dubber et al., 2014).

Paica (2017) beschrijft in haar thesis haptonomie als mogelijke interventie die prenataal de interactie tussen moeder en kind bevorderen en zo opbouwen naar een veilige hechting. Er wordt gewerkt aan vertrouwen en een emotionele opening. Verschillende methoden om tot een constructieve relatie met het kind te komen worden hierin onderzocht naar aanleiding van de prenatale hulpvraag van een primipara.

Bovendien is het interessant om te weten welke factoren er een invloed hebben op de hechting. Het onderzoek van Klabbers, Wijma, van Bakel, Paarlberg en Vingerhoets (2018) concludeert dat moeder-kind-binding positief beïnvloed wordt, doordat er antepartum een positieve moeder-kind-binding was en door het hebben van een partner. Ernstige angst voor de bevalling heeft volgens dit onderzoek geen negatief effect op de moeder-kind-binding. Een verder hoofdstuk geeft meer toelichting over bevallingsangst.

Het emotionele welzijn en de hechtingsstijlen van moeder en partner hebben een invloed op de pre- en postnatale hechting (Göbel et al., 2019). Er wordt aangeraden om ouders die daar nood

aan hebben te ondersteunen met een interdisciplinaire begeleiding die gericht is op perinatale geestelijke gezondheidszorg en op prenatale hechting tussen ouder en kind. Het onderzoek raadt aan om al prenataal de partner te betrekken en doet hiervoor een oproep naar het perinatale zorgnetwerk. Er wordt gevraagd meer aandacht te hebben voor de koppeldynamiek en in te gaan op mogelijk negatieve emotionele omstandigheden. Het concept van de HZB speelt op deze factoren in: psychosociale toestand, prenatale hechting, partnerbetrokkenheid en dynamiek tussen de partners.

2.2 Moeder

Welke impact heeft HZB op de moeder? In het volgende hoofdstuk worden de effecten op verschillende vlakken beschreven. De voordelen op vlak van lichaamsbeleving, lichaamshouding, zelfvertrouwen, voorbereiding op de bevalling, stressniveau en mate van affectief contact worden opgesomd.

2.2.1 Vertrouwen

Tijdens prenatale HZB-sessies leert de zwangere vrouw hoe ze de pijn zal kunnen opvangen en hoe de partner daarbij kan helpen. Daarnaast ligt de focus vooral op het contact met de baby door de handen op de zwangere buik te leggen. Een voorbeeld uit de praktijk van een HZB'er: "Ik heb de vader steeds weer laten zien dat wanneer hij zijn handen om haar en het kindje heen legde, zijn vrouw daar daadwerkelijk rustiger van werd." Door liefdevolle aanrakingen komt het hormoon oxytocine vrij, wat een cruciale rol speelt bij arbeid en bevalling (VHZB, 2021).

Carlsson et al. (2015) onderzochten het effect van zelfvertrouwen bij de bevalling op het welbevinden van zwangeren en de invloed op de geboorte-uitkomsten. Dat werd concreetiseerd door middel van verschillende vragenlijsten. Daaruit blijkt dat vrouwen die lager scoorden qua vertrouwen, hoger scoorden qua angst voor de bevalling. Vrouwen die hun zelfredzaamheid als laag inschatten, namen vaker een epidurale verdoving. Meer studies zijn nodig over het effect van vertrouwen op de geboorte-uitkomsten.

Nuijten (2018) heeft enkele boeiende praktijkvoorbeelden. Haar voorbeeld vergeleek cognitieve therapie met haptonomie, wat het contrast tussen denken en voelen blootlegde. Zorgvragers voelen zich gezien en serieus genomen tijdens HZB en net die erkenning is voor sommigen noodzakelijk om in verbinding te gaan met een professional. Er wordt ruimte gegeven om angsten uit te spreken, bewuste keuzes te maken en over verwachtingen in gesprek te gaan. Ze ondervindt hoe koppels elkaar sterk kunnen ondersteunen. De zwangere moet de kracht krijgen

om voor zichzelf op te komen, aan te geven wat ze nodig heeft en haar gevoelens uit te spreken. Zo staan beide ouders open voor elkaar en kunnen ze elkaar optimaal ondersteunen. De meerwaarde is net deze dynamiek en interactie binnen de begeleiding. De HZB heeft aandacht voor de mens in zijn geheel, met al zijn krachten en kwetsbaarheden.

2.2.2 Prenatale voorbereiding

De prenatale voorbereiding zit verweven in de HZB sessies. De vrouw is zich steeds meer bewust van haar lichaamssignalen en leert onder andere hoe ze zich kan ontspannen. De zwangere leert opkomen voor haar eigen ideeën, gevoelens en wensen, samen met haar partner. De HZB'er legt het verloop van het geboorteproces uit en zorgt ook voor een realistische en vertrouwde kijk op het verloop hiervan. Houdingen worden aan het koppel aangereikt, die ze kunnen toepassen bij het opvangen van de contracties (VHKB, 2018).

De begeleiding laat de vrouw (opnieuw) luisteren naar en vertrouwen op haar eigen lichaam. Alle vragen en onzekerheden waar het koppel mee zit, kunnen besproken worden. Er ontstaat een geborgenheid door de verbinding van de zwangere vrouw met zichzelf, met het kind en met de partner. Ze zal bewuste en effectieve steun van haar partner als zeer waardevol ervaren. De HZB'er geeft inzicht in lichaamshouding, bandenpijn, harde buiken, indaling van het kind, bevallingshoudingen (Ferdinandus & Plooi, 2010).

Yohai et al. (2017) evalueerden het effect van prenatale voorbereiding bij primipara's op de duur van de arbeid en de resultaten bij de geboorte. Er werd een daling van de angst en een verkorting van de duur van de arbeid vastgesteld bij vrouwen die prenataal voorbereid waren. Bijkomende voordelen waren een positievere ervaring van arbeid en een groter aantal borstvoedingen. De kennis die hun gegeven is, blijkt dus zeker bevorderend.

Aghdam et al. (2019) raden aan om prenatale voorbereiding meer toe te passen in zorgcentra. Hun studie wees uit dat de zwangere vrouwen die prenatale lessen volgden een kortere bevallingsduur en minder kans op een sectio hadden.

2.2.3 Onderzoeksresultaten

Het meest recente onderzoek naar de effecten van HZB dateert van 2020 en bekijkt de invloed op vlak van stressniveau (van beide ouders) en affectief contact (tussen moeder, partner en kind). De toegepaste methode was een digitaal dossier met scorelijst die op drie momenten van de prenatale begeleiding moest worden ingevuld door de HZB'er. In die vragen werd er gepeild

naar het stressniveau en de mate van affectief contact. Een bijkomende meerwaarde van dat onderzoek is de vergelijking tussen koppels zonder voorgeschiedenis, koppels die al een miskraam hadden en koppels met een eerdere andere complicatie (VHZB, 2021).

Het resultaat toonde een significante toename van het affectieve contact zowel van de zwangere als haar partner en de stress nam significant af bij beide ouders. De eerste score qua stressniveau was opvallend hoger bij een koppel dat al een miskraam had, maar nam dan ook af tot een gelijkwaardig niveau. Bij de voorgeschiedenis van een miskraam, was er dus een sterkere daling van de stress en een grotere stijging van het affectief contact te merken. Een derde groep waren de koppels met een andere complicatie in het verleden. De evolutie van het affectief contact daarvan was te vergelijken met die van de 'gewone groep', maar de afname van de stress was opvallender. Een laatste vergelijking was die tussen primipara en multipara. Er bleek alleen een verschil te zijn op stressniveau, maar niet op vlak van affectief contact. De stress was op alle metingen hoger dan bij primipara (Cornelissen & van Nie, 2020).

Het onderzoek moet echter wel met een kritische blik bekeken worden. De onderzoekers zelf maken de kanttekening dat de vragenlijst ingevuld is door de HZB'er zelf en dat daardoor een positieve bias kan zijn. Het zou kunnen dat de eigen begeleiding als beter werd ingeschat. Daarom zijn er meer studies noodzakelijk om die conclusies voldoende te kunnen staven. De betrouwbaarheid van de studie zou verhogen als er bijkomend een vergelijking wordt gemaakt met een controlegroep (Cornelissen & van Nie, 2020).

2.2.4 Lichaamshouding

Tijdens de zwangerschap ontstaat er fysiologisch gezien een meer uitgesproken lordose van de onderrug. De oorzaak daarvan is de groeiende buik, het gewicht van het kind dat 'naar voren hangt'. Die hyperlordose geeft extra belasting van de rug en het bekken. Rugklachten zijn vaak voorkomend bij zwangere vrouwen. Educatie is van groot belang, zoals bijvoorbeeld UZ Leuven (2021) tips geeft voor een correcte lichaamshouding tijdens de zwangerschap.

Volgens ZorgSaam (2021) heeft ongeveer de helft van de zwangere vrouwen last van bekkenpijn of lage rugpijn. De verwekende zwangerschapshormonen, de toenemende belasting en de daardoor veranderende lichaamshouding zijn de belangrijkste oorzaken van bekkenklachten zoals eventueel bekkeninstabiliteit. Bijkomende oorzaken kunnen de kans op echte bekkeninstabiliteit vergroten volgens Van den Branden C., zoals zwakke bekkenbodemspieren of een te zwakke musculus gluteus medius (persoonlijke communicatie, 15 april 2021).

De haptonomische belevingsoefeningen helpen de ouders om aandacht te hebben voor de lichaamshouding. Onder hoofdstuk 2.4 worden nog een aantal haptonomische houdingen en

belevingsoefeningen uitgelegd. Omdat de partner in deze oefeningen wordt betrokken, kan hij er mee op letten. Hij nodigt de moeder uit om in het dagelijkse leven het kind meer in het midden te dragen. De zwangere leert zo hoe ze het kindje dicht bij zich kan dragen, in het midden van haar bekken. Daardoor kantelt het bekken naar achteren, in plaats van dat de vrouw haar buik zou intrekken. Wanneer het bekken bekeken wordt als een schaal voor het lichaam, ligt de baby het best in het midden van die bekkenschaal, wat bovendien haar affectieve basis is. Het gewicht ligt dan dicht bij de zwaartelijns van het lichaam en geeft daardoor veel minder belasting aan bekken, gewrichten en rug (Ferdinandus & Plooi, 2010; Van Kampen & Vervaeke, 2008).



Fig. 1: Nuijten (2018)

Er ontstaat een groter comfort voor moeder en kind. Het groeiende kind voelt geleidelijk minder zwaar aan. Het kind zelf krijgt in deze positie ook meer bewegingsruimte. Het is een meerwaarde dat deze oefeningen samen met de partner gebeuren. Bovendien is het bevorderend voor het geboorteproces, aangezien de baby klaar ligt in het midden van het bekken, het caput gericht op het geboortekanaal. Daardoor is er ook een vlottere indaling (Ferdinandus & Plooi, 2010; Van Kampen & Vervaeke, 2008).

2.2.5 Bevallingsangst

Enkele haptotherapeuten onderzoeken het effect van haptotherapie op bevallingsangst. Aangezien dat een enorme problematiek is (een kwart van de Nederlandse zwangere vrouwen zou bevallingsangst hebben), gaan we daar in deze bachelorproef verder in een apart hoofdstuk op in. De invloed van haptotherapie op de zwangere vrouw is op verschillende vlakken onmiskenbaar. Er is een vermindering van de bevallingsangst, een positieve invloed op het welbevinden van de moeders en op de moeder- kind-hechting maar het leidt niet tot minder somatisatie en minder medische ingrepen (Visser, 2018).

2.3 Partner

Binnen de benaderingswijze van de HZB verdient de partner een apart hoofdstuk. Er zal worden beschreven waarom het een toegevoegde waarde is om de partner mee te betrekken. Ik vermeld hierbij dat waar 'hij' staat, kan ook 'zij' of 'non-binaire partner' gelezen worden, waar 'vader' staat, kan ook 'partner' gelezen worden. Wat de partner specifiek kan doen tijdens de arbeid en bevalling, komt in een volgend hoofdstuk aan bod.

2.3.1 Partnerbetrokkenheid en hechting

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat ondersteuning en betrokkenheid van de partner tijdens de zwangerschap en baring leidt tot minder roken, minder angst en minder depressie bij de zwangere vrouw (Cheng et al., 2016). Daarnaast bevestigt Boekhorst (2020) nogmaals dat de betrokkenheid van de partner een grote rol speelt in de mentale gezondheid van een vrouw tijdens de overgang naar het ouderschap en een beschermende factor is tegen depressieve klachten tijdens de zwangerschap.

In de klassieke zorgverlening wordt de partner, vader of meemoeder, meestal relatief weinig betrokken. Uit de pilootstudie van Eggermont (2014) blijkt dat partners vragende partij zijn om meer betrokken te worden in de perinatale zorg. In tegenstelling tot het klassieke zorgsysteem waar het de vrije keuze is van de zorgverlener om de partner te betrekken, is het tijdens HZB echter een fundamentele pijler dat het koppel samen naar de sessies komt.

Volgens het boek van Buonocore en Bellieni (2017) is de aanpak van haptonomie gericht op de betrokkenheid en de wensen van beide ouders. Als de partner er niet voor openstaat, wordt dat niet geforceerd. Dat zou alleen maar een negatieve invloed hebben. Of in het geval dat er geen partner is, wordt aan de zwangere gevraagd om indien mogelijk een andere derde persoon haar te laten vergezellen tijdens de sessies. Die is bij voorkeur een vertrouwenspersoon, bijvoorbeeld haar moeder of een vriendin, iemand die veel aanwezig zal zijn in het leven met haar toekomstig kindje. De derde persoon zorgt als het ware voor het vormen van een triade, zodat de moeder-kind relatie wordt opengesteld. Tijdens de prenatale sessies, meestal een vijf- à achtstal, ligt de focus op het opbouwen van een affectief bevestigende band tussen de ouders en het kind, alsook tussen het koppel onderling. Zo wordt er vermeden dat er alleen een moeder-kind-relatie zou zijn vanaf de start.

Deze triade voorkomt als het ware een symbiose tussen moeder en kind alleen. Het zorgt ervoor dat het kind voelt dat er een wereld is naast de veilige moederschoot en dat die ook veilig is. De vader representeert de buitenwereld. Het kind kan zichzelf zijn vanuit het principe van

autonomie in verbondenheid. Dat is essentieel voor een verdere positieve ontwikkeling van het kind (Buoncore & Bellieni, 2017).

De partner is van uitermate belang voor de hechting van de baby. In het beste geval creëert een baby na de geboorte een veilige, liefdevolle hechting met de moeder en met de partner. Dat is voor de moeder een manier van loslaten, haar kind durven door te geven aan iemand anders, in de meeste gevallen de partner. Dat proces wordt de 'onthechting' genoemd (zie hoofdstuk 3.4.1), het durven los te komen uit de symbiose met de moeder na de geboorte zowel letterlijk als figuurlijk. De 'valkuil' van het moederschap is het niet willen of kunnen delen van de baby. Een kind mag autonoom bestaan zonder zijn moeder. Twee voorwaarden hiervoor zijn: een veilige relatie als koppel met elkaar en een goede vader-kind-relatie. De baby leert zich naast de moeder ook aan iemand anders te kunnen binden. De onvoorwaardelijke en wederzijdse liefdevolle aandacht die de vader heeft voor moeder en kind zorgt voor een veilige basis voor het kind om zich te kunnen hechten (Ferdinandus & Plooi, 2010).

Het is bewezen dat vaderbetrokkenheid een positieve invloed heeft op de fysieke, sociale en emotionele ontwikkeling van kinderen zowel in de pre-, peri- als postnatale periode. Er worden vier factoren beschreven die de vaderbetrokkenheid beïnvloeden: beschikbaarheid, engagement, verantwoordelijkheid en de partnerrelatie. Uit het onderzoek blijkt dat de vraag vanuit de vaders naar de zorgverlening groot is om hen meer te betrekken. HZB doet dat inderdaad zowel bij het ongebooren als bij het geboren kind ("Aandacht voor vaders in de prenatale periode", z.j.). Onderzoek van de WHO (2007) bewijst dat het aantal kinderen met een laag geboortegewicht wordt gereduceerd bij een goede partnerbetrokkenheid.

Het bevorderend effect van de aanwezigheid van een partner op de psycho-affectieve gezondheid en emotionele balans van het kind, wordt nogmaals bevestigd door Van der Borgh in 2017. De partner zorgt voor interactie met het kind buiten de moeder-kindband en zal daarnaast de moeder effectief en affectief kunnen ondersteunen. Een kind heeft bescherming nodig van beide ouders.

Uit onderzoek ("Aandacht voor vaders in de prenatale periode", z.j.) bleek dat de vraag van vaders groot is om meer betrokken te worden door de zorgverleners. Dit vormt echter een uitdaging voor professionals. Op welke manier kan je dit best aanpakken? Hierrond werd volgend project gelanceerd: "Vaders in beeld" is een project van de Arteveldehogeschool gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Het is een tool om professionals te helpen vaderbetrokkenheid te integreren in hun zorginstelling van zwangerschap tot jonge kindertijd ("Vaders in beeld", 2015).

2.3.2 Rol van de partner tijdens de sessies

Partners kunnen elkaars liefde voelbaar maken door middel van haptonomische belevingsoefeningen. Ze krijgen de bevestiging dat ze elkaar ondersteunen, elkaar graag zien, elkaar ruimte geven, leren luisteren naar elkaar, zich afstemmen op elkaar. Uiteindelijk voelen ze zich meer verbonden doordat de partner evenwaardig betrokken wordt bij de begeleiding. Daardoor kan hij zich toch fysiek, mentaal en emotioneel met de zwangerschap verbinden. Sinds de conceptie heeft de vader namelijk geen fysieke connectie met het kind, maar door de haptonomische oefeningen maakt de partner via de mama contact met hun ongeboren kindje. Bij die manier van begeleiden worden ze samen voorbereid op de geboorte en de nieuwe dimensie van het ouderschap (Ferdinandus & Plooi, 2010).

Samen met de haptonomische zwangerschapsbegeleider groeien zowel moeder als partner op een steeds meer zelfzekere manier naar de bevalling. Houdingen om contracties op te vangen en posities om te bevallen worden voorgesteld. Met de partner kan er afgesproken worden hoe hij steun kan bieden, bijvoorbeeld door de rugpijn weg te masseren. Het is belangrijk om hier op voorhand over in gesprek te gaan en voeling te krijgen met het geboorteproces. De begeleider maakt ruimte voor zowel de zwangere vrouw als de partner om de eigen ervaringen en ideeën te delen. Wanneer er keuzes worden gemaakt in functie van een geboorteplan, bijvoorbeeld een baringshouding, dan is het belangrijk dat de partner daarvan op de hoogte is. Het doel van haptonomie is dat de moeder tijdens de geboorte, wat er ook gebeurt, kan blijven communiceren met haar partner en haar kind (Ferdinandus & Plooi, 2010).



Fig. 2: Nuijten (2018)

Daarnaast is er tijdens de sessies vooral aandacht voor fysieke aanrakingen. De begeleider zal de partner tonen hoe die de zwangere vrouw kan ondersteunen en op een liefdevolle, affectieve manier kan aanraken. Samen wordt er ruimte gemaakt voor het kind om initiatief tot contact te tonen. Samen geven ze hun kind de ruimte om zich op zijn eigen wijze te tonen, vanuit zijn eigenheid. Meestal is het vooral de zwangere vrouw zelf die het kindje voelt bewegen, terwijl de partner telkens teleurgesteld is wanneer hij geen beweging kan voelen bij het aanraken van de buik. Door het veranderen van de intentie zal er niet gefocust worden op het willen voelen van een beweging, maar op het contact en de verbinding. Dat is een oefening waar veel

aandacht voor is binnen de HZB. De partner wordt geleerd hoe een uitnodigend affectief bevestigende hand op de buik te leggen. Zo geeft hij het kind de ruimte en vrijheid om op die uitnodiging in te gaan. Het kind komt naar de ouders toe, in plaats van de ouders naar het kind. Die oefening gaat niet over juist of fout uitvoeren. Door er aandacht voor te hebben leren ze samen de eigenheid van hun kind kennen en krijgen de ouders gevoelsmatig weet van hun kindje (Ferdinandus & Plooi, 2010).

Vaders spelen al in de prenatale periode een betekenisvolle rol, dat beschrijven Buonocore en Bellieni in 2017. In haptonomische zwangerschapsbegeleiding wordt de partner onder andere aangeleerd hoe hij zijn zwangere vrouw kan helpen ontspannen. Dat kan de zwangere vrouw uitnodigen om meer voeling met haar lichaam te krijgen. Zo openen ze zich naar elkaar en leren ze zich afstemmen op elkaar. Er zal meer ruimte en rust ontstaan om elkaar als ouders te ontmoeten. Van daaruit ontstaat het eerste contact met het ongeboren kind. Ze worden empowered als koppel, wat onder andere een taak is van de vroedvrouw.

Daarnaast heeft de partner door middel van de stem heel snel invloed op de baby. Vooral de mannelijke stem veroorzaakt trillingen waarbij de uterus vibreert, wat met een vrouwelijke moeilijker is. Voor het derde trimester is het gehoor van de foetus echter nog niet ontwikkeld maar via de huid zijn baby's zeer sensitief en voelen ze dus de vibraties veroorzaakt door de zwaardere stem van de vader. De stem is binnen HZB echter een bijkomend aspect. Bij de HZB ligt het accent op de basisbevestigende aanraking waarop het kind reageert. Haptonomie werkt vooral via tast, contact en aanraking (Buonocoro & Bellieni, 2017).

2.3.3 Voorbereiding op het ouderschap

HZB zal een koppel begeleiden tijdens een nieuwe, spannende levensfase: het ouderschap. Na de conceptie zal er veel veranderen: er is een baby op komst en dat zal zowel fysieke als mentale veranderingen met zich meebrengen voor moeder, partner en voor het koppel zelf. De focus wordt in de zorgsector vooral gevestigd op de medische opvolging van de zwangere, maar zoals hierboven beschreven is het bij HZB cruciaal dat de partner daarin betrokken wordt. In wat volgt zal er gesproken worden over een vader, maar dat kan evengoed de meemoeder zijn, of een vertrouwenspersoon als de zwangere alleenstaand is (Ferdinandus & Plooi, 2010).

De individuele begeleidingssessies van een koppel starten gewoonlijk rond 16 à 20 weken zwangerschap, omdat vanaf deze zwangerschapstermijn de kindsbewegingen meestal goed voelbaar zijn voor moeder (en partner). Al vanaf het begin wordt de partner actief betrokken. Ten eerste zal er plaats zijn voor het uiten van gevoelens, twijfels, frustraties, angsten en vragen. De dynamiek tussen de partner en de zwangere vrouw zal veranderen en het is een opportuniteit om daar met de begeleider over in gesprek te gaan. Open communicatie wordt te

allen tijde nagestreefd. Er kunnen noden, verwachtingen, onzekerheden of complimenten worden uitgesproken. Een goede partnerrelatie is een noodzakelijke, stevige basis voor het groeiproces richting ouderschap (Ferdinandus & Plooi, 2010).

Van twee naar drie personen in een gezin is een grote verandering. Er moet samen verantwoordelijkheid opgenomen worden voor het kind en dat kan allerlei zorgen met zich meebrengen. Een nieuw evenwicht zal worden gezocht. Samen zullen ze ook de lichamelijke veranderingen van de zwangere vrouw opmerken. Onder andere op seksueel vlak kunnen partners tegenstrijdige behoeften ervaren. Samen voldoende aandacht hebben voor lichaamsbeleving van de zwangere vrouw is cruciaal voor haar. Een gezonde lichaamsbeleving is waardevol, zeker tijdens de zwangerschap. Zowel de partner, de HZB'er als de vroedvrouw kan dat bevorderen (Ferdinandus & Plooi, 2010).

Als vroedvrouw en/of HZB'er is het van betekenis om de partner te bevestigen in zijn ouderrol. Hem contact laten nemen met de zwangere en met het ongeborn kind zorgt dat hij zich betrokken voelt. Luisteren naar zijn ervaringen, beantwoorden van onzekerheden, aanleren van zorgvaardigheden, complimenten geven over wat hij goed doet. Hoe voelt hij zich bij de zwangerschap? Er mag geen taboe heersen op de kwetsbaarheid van het ouderschap (Ferdinandus & Plooi, 2010).

2.4 Verloop van de sessies

Om een idee te geven waarop de begeleiding in de verschillende fases gericht is, volgen hieronder ter illustratie enkele praktijkvoorbeelden. Daarbij is het handig om het traject op te splitsen in vier schakelmomenten: de prille zwangerschap, de groeiende uitzetting van de baarmoeder, voorbereiding op de bevalling en als laatste het postnatale luik.

De eerste sessie HZB zal plaatsvinden rond 16 à 20 weken zwangerschap. Tijdens deze eerste ontmoeting leren ouders en begeleider elkaar kennen. De HZB'er laat hen zelf verschillende soorten aanrakingen ervaren, om daarna die oefeningen op elkaar toe te passen, verbinding te maken en uiteindelijk het kind uit te nodigen tot contact (VHZB, 2021).

Op deze termijn zijn de kindsbewegingen net voelbaar en past de foetus ongeveer in een hand qua grootte. Meestal is de partner nog teleurgesteld, omdat hij de bewegingen nog niet heeft kunnen waarnemen. Er komt meestal geen respons wanneer de partner snel zijn hand op de buik legt. Vaders leren van de HZB een andere manier van aanraken. In plaats van per se het kind te willen voelen, doen ze dat het best met een andere ingesteldheid. Met volle aandacht nodigt hij uit tot contact. Het ongeborn kind zal dat niet als een bedreiging zien en kan zich zachtjes richting de aanraking bewegen. Na meer oefenen zal het kind zich steeds duidelijker

nestelen in die warme en aandachtige hand. Doordat de ouders dus al prenataal 'luisteren' naar de behoeften van hun kind, leren ze het karakter al deels kennen en groeit hun sensitiviteit. De basis voor een affectieve gehechtheid start hier (Ferdinandus & Plooi, 2010).

In de volgende sessie wordt gefocust op de groeiende uitzetting van de baarmoeder en de beleving van de zwangerschap. De HZB ziet de meerwaarde van het kind meer 'in het midden te dragen', zoals eerder besproken. Het bekken naar achteren kantelen, waardoor het gewicht van de baarmoeder meer rust op de bekkenbodem en de rug ontlast. Het groeiende gewicht geeft echter de neiging om de lumbale lordose te vergroten, wat dan weer bekken- en rugklachten kan veroorzaken (VHZB, 2021).

Wanneer een zwangere vrouw haar buik te veel naar voren kantelt, krijgt het kind minder ruimte. De lichaamshouding moet dus opnieuw afgestemd worden. Een overdreven lumbale lordose zou echter rugklachten geven en de zwangere zou ook sneller moe zijn. Door het kind meer in het midden van de buik van de moeder te dragen, verbetert dat. Er is bijkomend aandacht voor een juiste spanning van de spieren, want bij een te lage spanning zal er te veel druk zijn op de bekkenbodem en bij een te hoge spanning te veel druk boven in het abdomen (Ferdinandus & Plooi, 2010).

Voorbeeld van een houding hierbij is: de moeder staat rechtop, de vader plaatst één hand laag op de onderrug en één hand net boven het schaambeent. Zo omhult hij als het ware het zwaartepunt en het kind. Wanneer het gewicht in het midden wordt gedragen, zal je in zij aanzicht zien dat beide handen ongeveer op dezelfde hoogte staan. Als een aanpassing nodig is, heeft de vrouw nu een bewuster gevoel naar welke richting ze haar bekken moet kantelen. De vader nodigt zijn vrouw uit om meer voeling te krijgen voor haar basis. Samen nodigen ze het kind uit om meer in de bekkenschaal te gaan liggen (Ferdinandus & Plooi, 2010).

Een constante die terugkomt tijdens alle sessies is het afstemmen op de beleving van moeder én vader. Er wordt steeds op hun maat gewerkt, afhankelijk van welke behoeftes zij aangeven. Net dat is een meerwaarde aan HZB, omdat er ruimte is om echt op maat te werken van de koppels. In het geval van een complicatie (miskraam, voorgeschiedenis, prenatale depressie, IVF ...) blijft de HZB gewoon doorgaan. In de begeleiding is er dan zeker extra aandacht voor de valkuilen, uitdagingen, gevoelens waar het koppel voor staat (VHZB, 2021).

Tijdens de sessies bespreekt de HZB'er onder andere de werk-privébalans. Alles is bespreekbaar: veranderende seksualiteit, dynamiek tussen het koppel, bezorgdheden, frustraties ... Het veranderende lichaam van de zwangere vrouw kan een grote impact hebben en dat kan extra begeleiding vragen. Samen wordt er een vertrouwensband opgebouwd die het koppel klaarstoomt voor het uitdagende ouderschap. Voorbeeld van een houding (zie figuur 3) die de vertrouwensband kan bevestigen: de zwangere ligt in rugligging op een bed met het hoofdeinde

wat omhoog. De partner komt schrijlings voor haar zitten en ze legt haar benen over zijn benen heen en zo ontstaat een verbindend contact (Ferdinandus & Plooi, 2010).



Fig. 3: Nuijten (2018)

Naarmate de verwachte verlosdatum dichterbij komt, wordt er aandacht besteed aan het omgaan met de pijn en het opvangen van de contracties. Ouders leren hoe ze samen bevorderende houdingen kunnen aannemen, waarover verder meer (VHZB, 2021).

3 Haptonomie tijdens arbeid en bevalling

Via de website van de VHZB staat het Buckley rapport ter beschikking: *'Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care'*. Dat rapport gaat over de hormonale fysiologie van de bevalling. Het is een samenvatting van de onderzoeken en wetenschappelijke bewijzen die gekend zijn over de normale hormonale processen waarop het vrouwenlichaam voorzien is tijdens de perinatale periode. Met een totaal van 1.141 referenties is dat een sterk onderbouwd rapport. De focus ligt op de overtuiging "less is more" en de resultaten geven aan dat een goede start ingrijpende positieve gevolgen heeft voor het leren, de hersenontwikkeling en het welzijn van het kind. Buckley (2015) beschrijft de invloed van medische interventies en praktijken daarop. Een aantal van haar conclusies zijn nuttig om te koppelen aan de denkwijze en praktijk van de HZB.

- Prenatale zorg om stress en angst bij zwangere vrouwen te verminderen.
- Bevorderen van een fysiologische à terme bevalling.
- Het voorzien van voldoende kennis en beschikbaarheid van niet-farmacologische pijnstilling (Buckley, 2015).

De bovenstaande aanbevelingen zijn drie van de vele conclusies uit dit grootschalig rapport die worden toegepast binnen de haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind (VHZB, 2021).

3.1 Arbeid

Zoals eerder besproken, is de haptonomie de wetenschap van het gevoel, het gevoelsleven, de gevoelsbeleving en aanrakingen. Tijdens voorgaande hoofdstukken werden de prenatale sessies HZB met de partner besproken waarin fysiek affectief contact centraal staat. Verder in het proces zullen fysieke aanrakingen opnieuw een belangrijke rol opnemen tijdens de arbeid. Iedere aanraking brengt een sensatie en dus een gevoel met zich mee. Om een vertrouwensband met iemand op te bouwen, is het tastvermogen van grote impact. Het tastzintuig bevindt zich in de huid, wat bijgevolg als de toegangspoort van het lichaam wordt gezien. Door aan te raken en aangeraakt te worden, doen we informatie op (Wichman, 2021).

In wat volgt wordt het effect van (bevestigende) aanrakingen op een vrouw in arbeid behandeld, op lichamelijk, biologisch en psychologisch vlak.

3.1.1 Positieve aanrakingen

Direct fysiek contact dat de parturiënte kan helpen, is masseren. Het is een eenvoudige en goedkope techniek die toegepast kan worden tijdens de arbeid. Zowel de vroedvrouw als de partner kunnen daarmee een zorgende en ondersteunende boodschap geven. Als vorm van niet-farmacologische pijnstilling, sluit dat aan bij de affectieve aanrakingen waarop de focus ligt bij haptonomie (Bogaerts, 2016).

De lichamelijke reacties van die positieve aanrakingen zijn echter niet te negeren. De massage stimuleert het parasympatisch zenuwstelsel waardoor de productie van oxytocine stijgt. Daarnaast komt er meer endorfine en serotonine vrij. In tegenstelling tot de aanmaak van cortisol en noradrenaline die zullen afnemen (Adams et al., 2015).

Gallo et al. (2013) concluderen dat de intensiteit van de pijn afneemt door de stevige aanrakingen die tussenkomen in de pijnpoorttheorie. Ze hebben een bevorderend effect op het verloop van de arbeid, de uteruscontracties, het coping mechanisme en de emoties van de vrouw. Vervolgens zorgt de stimulatie van de weefsels voor een betere bloedtoevoer en bijgevolg dus voor meer zuurstof.

3.1.2 Negatieve aanrakingen

Een tegenreactie van het lichaam kan ook plaatsvinden wanneer een aanraking als onaangenaam, pijnlijk, negatief (of in het ergste geval als grensoverschrijdend) wordt ervaren. Die sensatie kan een pijnbeleving zijn en brengt daarnaast angst of spanning met zich mee. Paniekreacties zoals een verlamming veroorzaken het vrijkomen van stresshormonen, zoals bijvoorbeeld bèta-endorfine en cortisol (Veldman, 2007).

Haptotherapeute Talma beschrijft die afwerende reactie als een manier om je af te sluiten van de buitenwereld. Onze natuurlijke instincten voelen aan dat er iets niet veilig is en dat waarschuwingssignaal zorgt voor een mechanisme van bescherming. Zo wendt het lichaam zich af van iets dat mogelijk gevaar met zich meebrengt (Blokhuys & Talma, 2014).

3.1.3 Haptonomische toepassing

De basisvoorwaarde van een arbeid binnen de haptonomische visie is de continue aanwezigheid van de partner. De focus ligt op het contact dat er is tussen het koppel en met het kind. Iedereen wordt op zijn manier betrokken en blijft zo met elkaar in verbinding. Ze leren tijdens de

prenatale sessies hoe ze samen de contracties kunnen opvangen. De partner kan hier letterlijk en figuurlijk een steun zijn. Letterlijk in het geval dat ze samen een houding aannemen waarin de partner een fysieke steun kan zijn. Bovendien is hij ook mentaal een aanmoediging voor zijn barendende vrouw (VHZB, 2008).



Fig. 4: Nuijten (2018)

Tijdens de prenatale HZB-sessies krijgen de koppels inzicht in het geboorteproces. Zo kunnen ze zich voorbereiden op arbeid en bevalling. Ze krijgen toepasbare oefeningen mee die ze thuis kunnen uitproberen en aanvoelen. Vrouwen leren hun aandacht naar het bekkengebied te brengen en contact te behouden met het kind. Zo ontstaat er meer ruimte omdat de vrouw de pijn ondergaat. Bevorderend daarbij is alweer de betrokkenheid van de partner. De vaders leren in te gaan op de wensen en behoeften van de vrouw in partu. Een hand op de onderrug tijdens een contracties kan verzachtend werken. Door effectief samen de ontsluitingsweeën op te vangen, stijgt het oxytocine-level in het bloed (VHZB, 2018).

Van Kampen en Vervaeke beschrijven in 2008 de meerwaarde van de vader die sterk geëngageerd is tijdens de arbeid. Hoe vertrouwder de ouders met zichzelf, met elkaar en met hun kind zijn, hoe rustiger ze kunnen blijven tijdens het geboorteproces en hoe vlotter uiteindelijk het kind zich 'geboren laat worden'. Die sfeer van vertrouwen voorkomt dat de vrouw verkrampst en zich reflexmatig zou verzetten tegen de contracties.

De HZB bekijkt de contracties als een deel van het baringsproces waar een vrouw door moet. Er wordt hun geleerd wat het nut van de pijn is en hoe vrouwen door de pijn heen kunnen voelen. Het is niet de bedoeling om de vrouw af te leiden van de pijn, want de HZB vindt het juist belangrijk dat ze in contact blijft met haar lichaam. Beweging wordt zoveel mogelijk aangeraden tijdens de ontsluitingsfase om het indalen van het caput te bevorderen en om met de weeën om te gaan (VHZB, 2008).

3.2 Angst voor de bevalling

Onder de beschikbare literatuur was veel te vinden rond het onderwerp van bevallingsangst. Haptotherapie zou daarbij een belangrijke rol kunnen spelen, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Vandaar is er hieronder een apart hoofdstuk te lezen over die veelvoorkomende problematiek.

3.2.1 Fear of childbirth

Het onderzoek van Badaoui et al. (2019) beschrijft de epidemiologie en mogelijke therapieën voor bevallingsangst. In wetenschappelijke literatuur gebruikt men de term 'fear of childbirth', afgekort als FOC. Risicofactoren voor FOC zijn onder andere: een gebrek aan sociale ondersteuning, een voorgeschiedenis van psychische stoornissen (bijvoorbeeld depressie, angst, paniekstoornis ...) en een eerdere negatieve geboorte-ervaring. Elementen die tot deze angst behoren zijn angst voor het onbekende, geen controle hebben over de situatie, angst voor een episiotomie, angst voor de pijn, angst voor het leven van de moeder en weinig vertrouwen in het eigen vermogen om te kunnen bevallen. FOC op zich geeft dan weer een verhoogd risico op posttraumatische stressstoornis (PTSS) na de geboorte en dat is een belangrijk risico.

Vrees hebben voor de pijn is één van de grootste oorzaken van FOC. Een lage pijngrens hebben in combinatie met schrik voor de pijn, is voor vrouwen vaak een reden voor een electieve sectio. Andere oorzaken voor een hoge FOC kunnen zijn: gebrek aan zelfvertrouwen, zich hulpeloos voelen, de nieuwe verantwoordelijkheden die het ouderschap met zich meebrengt en seksueel misbruik in het verleden (Klabbers, van Bakel, van den Heuvel & Vingerhoets, 2016).

Die angst kan zich uiten in bijvoorbeeld nachtmerries, moeite met concentratie, extreme onzekerheid, vragen om een electieve sectio... Een welbepaalde manier om met die angst om te gaan wordt beschreven: 'Restraint internal sensitive participation', een RISP-reactie, wil zeggen dat de vrouw intieme lichaamsdelen laat aanraken in functie van medische controles. Hoe beter de RISP aanwezig is, hoe minder groot de angst zal zijn. Dat is een manier van loslaten (Klabbers, van Bakel, van den Heuvel & Vingerhoets, 2016).

Een ernstige angst voor zwangerschap en bevalling wordt gedefinieerd als tokofobie. De wereldwijde prevalentie van tokofobie is volgens het onderzoek van O'Connell et al. (2017) 14%. Het is een actuele problematiek waar therapie noodzakelijk wordt geacht ter preventie van eerder benoemde complicaties. Een belangrijke aanvulling daarbij is het feit dat de definitie van FOC niet universeel bepaald is en er onenigheid bestaat over de meetinstrumenten. Daarnaast

is men het niet eens over de cutoff-scores om het onderscheid te maken tussen mensen met milde, matige of ernstige FOC.

De term tokofobie wordt gebruikt wanneer de bevallingsangst al aanwezig is voor de zwangerschap en die vrouwen de bevalling willen vermijden. Er is dus sprake van een pathologische FOC (Klabbers, van Bakel, van den Heuvel & Vingerhoets, 2016).

Er worden drie vormen van FOC beschreven. Allereerst is er primaire FOC, namelijk wanneer er een angst voor de bevalling is bij een eerste zwangerschap of zelfs voor het ontstaan van deze zwangerschap. Na een negatieve bevallingservaring, bijvoorbeeld een spoedsectio, kan er secundaire FOC optreden. De zwangere kan zich gefaald voelen en zal niet geloven in haar eigen mogelijkheden om te bevallen. In bepaalde situaties kan ze minder vertrouwen hebben in het medische team. De derde vorm is FOC als gevolg van een prenatale depressie treedt op door de depressieve gevoelens (Klabbers, van Bakel, van den Heuvel & Vingerhoets, 2016).

3.2.2 Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

Het vaakst gebruikte meetinstrument voor FOC is de W-DEQ (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire) vragenlijst. Gartus-Niegel et al. (2011) bevestigen met hun onderzoek dat die vragenlijst multidimensioneel is. De zes factoren (angst, negatieve beoordeling, eenzaamheid, gebrek aan zelfeffectiviteit, gebrek aan positieve anticipatie en bezorgdheid over het kind) waar die vragen naar peilen, worden gesuggereerd.

De ontwikkeling van bovengenoemd onderzoeksinstrument heeft de zorgverlening te danken aan Wijma et al. (1998). Het is een mogelijk diagnostisch instrument en een manier om de ernst van de angst voor de bevalling in te schatten. De wetenschap is het echter niet eens over de cutoff-scores om onderscheid te maken in ernst van de FOC. Verschillende bronnen beschrijven andere grenswaarden. Het afnemen van deze vragenlijst kan een belangrijke stap zijn om als zorgverlener te screenen en tijdig door te verwijzen.

De zwangere vrouw bij wie een zorgverlener FOC vermoedt, moet antwoorden op 33 vragen. Die gaan over de gevoelens rond de bevalling. Het is een zelfbeoordelingschaal met telkens zes mogelijke punten op de 33 items. Per vraagstelling wordt een score toegekend, die in totaal de mate van angst zal benaderen. De totale score heeft een minimum van nul en een maximum van 165. Daarin is een grote variabiliteit te vinden. De ernst van de FOC is sterk uiteenlopend, gaande van onbeduidend tot zeer intens. Vanaf een score van 85 wordt de angst gedefinieerd als ernstige (klinische) angst voor de bevalling (Ryding et al., 2015).

3.2.3 Haptotherapie als hulpmiddel

Vrouwen die een ernstige angst hebben voor de bevalling lopen een verhoogd risico op interventies, complicaties bij de geboorte en een posttraumatische stressstoornis. Er is de afgelopen tien jaar steeds meer klinisch bewijs dat haptotherapie een effectieve interventie zou kunnen zijn voor mensen met een ernstige FOC. Het onderzoek evalueert de effecten van dergelijke interventie. Het gaat hier wel degelijk over haptotherapie en niet over haptonomische zwangerschapsbegeleiding (Klabbers, Wijma, Paarlberg, Emons & Vingerhoets, 2014).

Haptotherapie leert vrouwen omgaan met die gevoelens en zich daarvan bewust te worden. Ze bouwen (opnieuw) een gezonde relatie op met zichzelf. Het ontwerp van deze studie benadrukt nogmaals de vele risico's. Er is een verhoogde kans op een kunstverlossing, pre- en postpartum complicaties zoals een vroeggeboorte of een spoedkeizersnede, een electieve sectio of een trauma (Klabbers, Wijma, Paarlberg, Emons & Vingerhoets, 2014).

Haptotherapie leert de zwangere anders te kijken naar de geboorte. Het zal haar laten ervaren dat de bevalling een normaal en positief gebeuren is in de levensloop van de vrouw. Dat vormt een aanvulling op de vaardigheden die worden aangeleerd gedurende de prenatale HZB-sessies. In het beste geval kan de partner hierbij aanwezig zijn. Zo kan er echt op maat van het koppel gewerkt worden. Als de vrouw geen partner heeft, zal er toch voorgesteld worden om een derde vertrouwenspersoon mee te brengen idem aan de HZB. Maar als dat niet mogelijk is, is een alleenstaande mama alleen welkom (Klabbers, van Bakel, van den Heuvel & Vingerhoets, 2016).

Badaoui et al. beschreven in 2019 mogelijke therapeutische interventies. Naar de effecten van cognitieve gedragstherapie via internet moet nog meer onderzoek gebeuren. Continuïteit van de zorg blijkt een beschermende factor tegen FOC. Daarnaast is er een vermindering van de angst voor de bevalling bij het volgen van hatha yoga en haptotherapie aangetoond. Vandaar is het niet onbelangrijk is om ook op dat vlak de meerwaarde van haptotherapie te benadrukken.

In het onderzoek van Klabbers, Paarlberg en Vingerhoets (2018) wordt aangetoond dat haptotherapie (in vergelijking met psycho-educatie via internet en 'care as usual') helpt bij het verminderen van de bevallingsangst. Daarnaast verbeterde het welzijn van de moeders, zoals prenatale depressies en PTSS. Er blijkt geen invloed te zijn van een bovenmatige FOC op de moeder-kind-hechting, maar haptotherapie heeft wel een significant positieve invloed op de moeder-kind-hechting. Verder onderzoek met een meer representatieve steekproef is nodig om de erkende positie van haptonomie en haptotherapie in de gezondheidszorg te verzekeren.

Ook in de publicatie van Klabbers, Wijma, Paarlberg, Emons en Vingerhoets (2017) wordt haptotherapie als veelbelovende interventie voor FOC beschreven in vergelijking met psycho-

educatie via internet en 'care as usual'. Er waren geen verschillen te merken op vlak van medisch ingrijpen bij de partus, somatisatie of zwangerschapsduur.

3.3 Haptonomie als niet-farmacologische pijnstilling

Verscheidende publicaties (Arslan & Temiz, 2019; Bonapace et al., 2018) vermelden haptonomie als mogelijke niet-farmacologische pijnstilling tijdens arbeid en bevalling.

Arslan en Temiz (2019) onderzochten de bekendheid van verschillende vormen van niet-farmacologische pijnstilling onder een groep van 60 studenten vroedkunde. Die studie concludeert dat het nodig is om de kennis over niet-farmacologische pijnstilling van vroedvrouwen in opleiding bij te schaven. Er werd een checklist gebruikt waarbij 60 studenten per onderdeel de bekendheid moesten aangeven. Haptonomie werd daar vermeld, maar onder één luikje met biofeedback, beweging en positieverandering, hypnose, acupunctuur, acupressuur, muziek, sofrologie en relaxatie. 56 van de 60 leerlingen geven aan die verzameling van methodes te kennen. Er zijn dus geen cijfers over haptonomie op zich, maar het is positief dat het vermeld wordt samen met andere alternatieve manieren van pijnstilling tijdens de arbeid.

Pijnmanagement met een niet-medicamenteuze aanpak werd mee door Bonapace et al. (2018) beschreven. Dit artikel resumeert de evidentie over niet-farmacologische pijnstilling en maakt aanbevelingen voor zorgverleners. Haptonomie werd gebruikt als zoekterm en wordt dus ook beschreven als mogelijke niet-farmacologische pijnstilling tijdens arbeid en bevalling. Opnieuw wordt duidelijk aanbevolen om de kennis over dit soort pijnmanagement bij zorgverleners goed bij te scholen. Daarnaast heeft het empoweren van de vrouw een positieve invloed, wat de HZB'er ook nastreeft. Bij haptonomie is het een ambitie om de vrouwen te laten ervaren dat ze in de mogelijkheid zijn om hun kind te baren.

In functie van het optimaliseren van de maternale gezondheid maakte Mamba (2018) in Congo een protocol op. De WHO zet in op het verbeteren van de gezondheidszorg voor moeder en kind. Om dat wereldwijd na te streven maakten de Verenigde Naties de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen, onder andere het terugdringen van de globale moedersterfte en een einde maken aan de vermijdbare sterfte van pasgeborenen (United Nations, 2021). Het Congolees geboorteprotocol houdt rekening met de tradities binnen Afrikaanse culturen. De drie belangrijke onderdelen daarin zijn: psychodynamisch interview, preventieve psycho-educatie en psychologische ondersteuning. Als potentiële manieren voor psychologische ondersteuning worden relaxatie (onder andere diepe ademhalingstechnieken) en haptonomie beschreven. De combinatie daarvan zorgt voor het ontstaan van een bepaalde rust in het

lichaam. In het beste geval wordt de vrouw mentaal rustiger waardoor ze zich meer kan verbinden met haar lichaam en de bevalling.

3.4 Geboorte

Er zijn enkele elementen rond de geboorte waar de haptonomie belang aan hecht.

3.4.1 Onthechting

Frans Veldman, de grondlegger van de haptonomie, beschrijft het fenomeen van de 'onthechting' bij de geboorte van een kind. Dat is een interessant fenomeen om vanuit het oogpunt van de haptonomie te bekijken en eventueel rekening mee te houden als vroedvrouw op de verloskamer (Veldman, 2007).

Bij de bevalling worden moeder en kind als het ware 'verlost' en kan 'de act van de onthechting' plaatsvinden. Dat is een natuurlijk moment waarop het kind niet langer een symbiotische band heeft met de moeder. Allereerst zit het kind niet langer intra uterinen, maar ligt het nu op moeders buik. Ten tweede is de fysieke verbinding verbroken door het afklemmen en doorknippen van de navelstreng. Het geboorteprocess verbreekt als het ware de afhankelijke band tussen moeder en kind waardoor het autonome leven voor het kind start. Het doorbreekt de biologisch-vitale band met de moeder op een onomkeerbare wijze (Veldman, 2007).

De haptonomische praktijk wijst daarnaast op een handeling voor de vader die deel uitmaakt van de onthechting. Daarbij neemt hij het kind op van de moederschoot op een basisondersteunende manier (zie verder). Dat staat symbool voor het openen naar de wereld. Het kind wordt met het aangezicht weg van de vader gehouden en kan het hoofdje zelf ophouden. Die handeling is van cruciaal belang volgens de haptonomie om zo het kind te tonen dat er nog een wereld is buiten die van de moeder. Dat wordt beschreven als een fundamentele handeling die zekerheid biedt aan het kind. Als dat ontbreekt, zou er een te sterke moeder-kind-band ontstaan. Die onthechtingsact door de vader geeft het kind de mogelijkheid om zich rechtop te houden. Dat geeft een gevoel van zelfstandigheid. Het vermijdt een onderwerping of een beperking van het kind. De beleving van die basiszekerheid, een gevoel van veiligheid, is van belang voor de ontplooiing van de lichamelijke van het kind (Veldman, 2007).



Fig. 5: Nuijten (2018)

Postnataal is er een instinctieve overlevingsdrang aanwezig bij iedere pasgeborene. Die zorgt ervoor dat het kind op zoek zal gaan naar voeding en zal proberen te communiceren met de ouders om behoeften aan te geven om zo in leven te kunnen blijven. In een fysiologische situatie reageren ouders daarop met liefdevol contact en bevestiging van de behoeften van hun kind. De haptonomie noemt dat basisbevestiging en basiszekerheid. Zo kan het kind zich ontplooien tot een autonoom wezen. Het begrip autonoom staat hier niet voor onafhankelijkheid, maar oogt eerder op het feit het om een eigen persoon gaat. De eigenheid van ieder kind wordt gerespecteerd! Het kind is niet 'van de ouders', maar bestaat op zichzelf. Een kind is uiteraard afhankelijk van zorgen, hulp en begeleiding, maar toch is er al ruimte voor autonomie wanneer de ouders het kind op een correcte manier bevestigen. Het kind laten aanvoelen dat het zichzelf mag zijn en welkom is, op welke manier dan ook (Veldman, 2007).

Het is cruciaal om te benadrukken dat het fenomeen onthechting binnen de haptonomie iets positiefs is, in tegenstelling tot het gebruik van die term in een andere context. Er wordt gewerkt aan een evenwicht tussen hechten en onthechten want affectie mag nooit ontaarden in afhankelijkheid of afbreuk doen aan het zelfbeschikkingsrecht van het individu. Door die wisselwerking tonen de ouders liefde aan hun kind door middel van affectieve expressieve benaderingen binnen de grenzen van de eigenheid. Dat wil zeggen dat een liefdesrelatie steeds rekening houdt met elkaars grenzen. Echte liefde heeft namelijk onvoorwaardelijk respect voor de autonomie van de ander. In het liefdevol gedragen en gekoesterd worden, ervaart het kind zichzelf (Veldman, 2007).

3.4.2 Haptonomische benadering

In tegenstelling tot andere prenatale lessen heeft HZB niet de nadruk gelegd op perstechnieken. Doorheen de HZB leert de moeder meer voeling te krijgen met haar schoot, haar basis, haar bekkenbodem en hoe ze daar 'aanwezig' kan blijven tijdens het persen. Het is vooral de bedoeling om de juiste lichaamsdelen te proberen ontspannen. Zo vermindert de werking van

het sympathisch zenuwstelsel en wordt het parasympatisch zenuwstelsel meer aangesproken. De natuurlijke gevoelens van de aanstaande ouders worden versterkt, de HZB'er empowert hen en zorgt zo voor een maximaal vertrouwen (Bogaerts, 2016).

De natuurlijke gevoelens van een moeder staan boven alle mogelijke technieken die aangeleerd kunnen worden. Een koppel begeleid door HZB, zal een hoge tastgevoeligheid en groot bewustzijn van emoties hebben. Daardoor ontstaat er in zekere zin versoepeling van de spierspanning, verzacht de tonus in de buik en de bekkenbodem. Een vrouw mag bij voorkeur beginnen te persen, bij reflectoire persdrang, in een houding die zij kiest. Het oerinstinct van de barende vrouw tot uiting en ze is daardoor zeer gevoelig voor invloeden van buitenaf. Dat is iets waar een vroedvrouw zich bewust van moet zijn (VHZB, 2008).

In een fysiologische casus geeft de haptonomische zwangerschapsbegeleiding meestal de voorkeur aan een thuisbevalling, maar dat moet steeds een keuze zijn die het koppel zelf maakt. Vandaar is het een enorme meerwaarde dat een vroedvrouw (in België) of een verloskundige (in Nederland) haptonomisch opgeleid is. Er bestaat geen haptonomische bevalling of techniek, de nadruk ligt op het eigen gevoel volgen, een veilige hechting en de verbindende aanrakingen. De HZB'er zal de bewustwording van de eigen krachten en mogelijkheden daarvoor aanwakkeren (Ferdinandus & Plooi, 2010).

De VHZB (2018) legt uit dat het hoogtepunt/de climax van een bevalling is wanneer één van beide ouders de baby zelf aanneemt/opvangt. Zo is de eerste aanraking meteen een aanraking in vertrouwde handen.

3.4.3 Huidcontact

Meteen na de geboorte is er een ononderbroken contact met de ouders nodig voor het verder bevorderen van een veilige hechting. HZB beschrijft een ideale houding tijdens het skin-to-skin-contact. De baby ligt in zijligging op de linker-borst van de mama. Zo ontstaan er meerdere voordelen: de baby kan makkelijk zelf op zoek naar de tepel, het kind hoort het hartritme van de moeder en kan oogcontact zoeken met beide ouders. Als een kind zich vanaf het begin welkom voelt, maakt het een goede start (Ferdinandus & Plooi, 2010; VHZB, 2008).

De voordelen van skin-to-skin-contact kunnen niet genoeg benadrukt worden. De studie van Gabriel et al. (2009) toont drie positieve effecten aan van huid-op-huidcontact. Allereerst is er een snellere uitdrijving van de placenta, daarnaast een betere thermoregulatie van de baby en vaker uitsluitend borstvoeding geven bij het ontslag.

Bijkomend onderzochten Gray et al. (2000) de efficiëntie van skinnen als pijnbestrijding tijdens het uitvoeren van de PKU-screening. De hartslag zakte aanzienlijk, huilen verminderde met 82% en grimassen verminderde met 65% in vergelijking met de controlegroep.

4 Postnatale haptonomie

De haptonomische begeleiding kent zijn einde niet na de bevalling. Eveneens in 'het vierde trimester' wordt er volop gewerkt aan een constructief contact tussen de ouders en het kind, zowel voor de kraamvrouw als voor het kind wordt de term 'het vierde trimester' gebruikt. Het 'ont-zwangeren' neemt namelijk ruime tijd in beslag en die postpartum periode is niet vrij van allerlei lichamelijke en psychologische uitdagingen. De baby wordt geboren na negen maanden zwangerschap, maar is nog steeds sterk afhankelijk van zijn verzorgers, in tegenstelling tot sommige andere zoogdieren die al verder ontwikkeld zijn bij de geboorte. Vandaar is het logisch om het vierde trimester als metafoor te gebruiken voor als het ware een verlenging van de zwangerschap. De HZB wordt hier verder doorgetrokken ("Lansinoh", 2021).

4.1 Basisbevestiging

Eén van de belangrijkste begrippen beschreven door Frans Veldman, is de basisbevestiging. Daarover kan je lezen in alle werken geschreven rond haptonomie. Hier wordt het besproken in functie van de postpartum periode en vormt daarmee de basis voor het volgende onderdeel over het basisbevestigend dragen.

Voor het eerst werd het woord basisbevestiging gebruikt voor een concreet fenomeen. Om te beginnen is het van belang om in te zien dat ons bekken de basis van ons lichaam is. Het bekken vormt als het ware een schaal die horizontaal staat wanneer het lichaam in balans is. Daarnaast is het lichaamsevenwicht daarin gefundeerd en het is tevens ons fysiek zwaartepunt. Ten tweede is het een affectief zwaartepunt, namelijk ons gevoelsmiddelpunt bevindt zich hier. Het is de meest intieme omgeving van ons lichaam. De basis is het affectieve draagvlak van de mens en is dan ook het fundament voor verdere affectieve ontplooiing. Wanneer die basis bevestigd wordt, door affectief bevestigend met iemand om te gaan, zal die persoon verder kunnen openbloeien in affectieve contacten. Daarvoor heb je dus iemand anders nodig (Knaapen, 1992).

Wichman (2021) legt uit dat bevestigen betekent dat het kind zich 'vastmaakt', 'zich hecht aan' de ouders en het leven. Haptotherapeute en kinesitherapeute Wichman zegt dat 'voelen dat je ertoe doet' een basisvoorwaarde is voor het leven. Door het kind aan te raken, kan je het bevestigen in zijn wezen. Zo voelt de baby dat hij/zij welkom is en er mag zijn op zijn eigen manier. Het geeft het kind vertrouwen en een stevige basis.

Net dat is zo cruciaal bij een pasgeborene. Eigenlijk start dat al tijdens de zwangerschap in de wijze van contact met het kind. De basisbevestiging die van vitaal belang is, wordt vanzelfsprekend gegeven door de mensen die affectief met de pasgeborene verbonden zijn. De

concretisering daarvan houdt in dat je het kind op een tedere en behoevende manier aanraakt. Op een tactiele wijze geef je het kind de boodschap dat het lief en goed is, dat het van waarde is en zijn of haar leven zinvol is. Zo is het kind, meer dan ooit, verbonden met de bevestigende persoon. Het is de bedoeling dat het kind daardoor een besef krijgt van zijn waardevol bestaan en van de verbondenheid met de andere. Een bijkomende consequentie wordt beschreven: de mens ervaart een basisgevoel van zelfzekerheid en zelfvertrouwen. Het kind mag er zijn en het is welkom volgens zijn eigenheid (Knaapen, 1992).

4.2 Basisbevestigend dragen

Het basisbevestigend omgaan met een kind kan bij een pasgeborene vooral toegepast worden door de manier waarop hij of zij gedragen wordt. Dat is een contactmoment waarop je de basisbevestiging tot gelding kan laten komen, bijvoorbeeld tijdens de dagelijkse situatie van het verluieren. Je kan een baby op veel verschillende manieren dragen. In wat volgt zal het 'haptonomisch basisbevestigend dragen' (figuur 6) toegelicht worden (Knaapen, 1992).



Fig. 6: Nuijten (2018)

Volgens Joore-Daems en van Dalen (2020) brengt elke aanraking een boodschap over met en aan de tastzin. Omdat een baby heel frequent aangeraakt wordt, heeft dat een betekenisvolle invloed op het kind. De haptonomisch begeleider ziet de tastzin als de taal van het lichaam. Door die te begrijpen en te 'spreken' kan er dus makkelijker met kinderen gecommuniceerd worden. Er wordt benadrukt dat de manier waarop je iemand aanraakt van cruciaal belang is. Je moet opletten hoe je een pasgeborene aanraakt. Dragen is een vorm van affectiviteit.

Al intra-uterien zijn er verschillende wijzen waarop je het kind draagt. De invloed van de lichaamsbeleving van de zwangere vrouw daarop is op te merken. Bij positieve prenatale gevoelens zal het kind als het ware meer ruimte krijgen in de moederschoot door de ontspanning van de moeder (Knaapen, 1992).

Wanneer je een kind draagt, is het allerbelangrijkste dat er een hand onder het stuitje van de baby wordt gehouden, als het ware onder zijn basis. Het bekken wordt zo ondersteund. Het kind kan zich nestelen in de holte van de dragende handen. De tekeningen in figuur 6, 8 en 9 tonen voorbeelden hiervan. Mocht de drager het bekken niet ondersteunen dan vindt er als het ware een verbrokkeling van het lichaam plaats. Door een hand onder de basis te houden, zorg je dus voor een aangename beleving voor het kind. De baby voelt zich in deze houding tevreden en als één geheel. Bij het doorgeven van het kind kan ook het best een hand onder de stuit gehouden worden om het veilige gevoel aan te houden. Het kind wordt zo actief betrokken bij de beweging, omdat het kan rondkijken en bewegen met de armen (Knaapen, 1992).

Wat er echter heel vaak gebeurt, is een kind optillen onder de oksels (zie figuur 7). Binnen de haptonomie wordt dit 'hanterend overhandigen' genoemd. Daarbij is het kind een passieve last die wordt doorgegeven. Het kind zelf ervaart een gevoel van zwaarte. Zijn of haar lichaam is in dat geval dus niet in totaliteit opgenomen. Bovendien heeft het hoofdje vaak een knik naar achteren. Voor de drager zelf voelt het kind ook letterlijk zwaarder als hij het kind draagt onder de oksels. Het kind zal zich niet veilig, soms zelfs angstig voelen en zal waarschijnlijk huilen. Lichamelijk zal er eerder een verenging en een sluiting plaatsvinden, in tegenstelling tot een verwijding en opening die ontstaat bij het basisbevestigend dragen. Er is eerder een ontkenning dan een bevestiging van de basis. Dat wordt op lange termijn een gewoonte en het kind zal het zien als normaal, door middel van conditionering. Elke aanraking zal onbehagelijk aanvoelen en de lichaamsbeleving wordt negatief beïnvloed. Het passieve en zware lichaam wordt de norm volgens het kind. Er valt niet aan 'de greep' te ontkomen, dus het kind vervalt als het ware in de passiviteit (Knaapen, 1992).

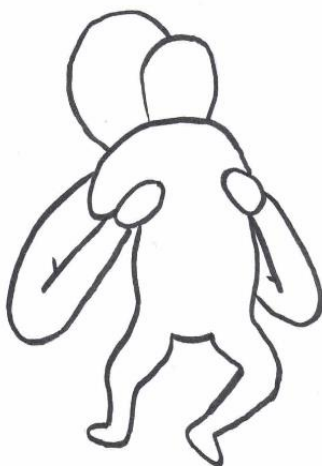


Fig. 7: Birten Pots (2021)

Bij het dragen met een hand onder het stuitje zijn er mogelijkheden tot beweging voor de baby. De andere hand van de drager bevindt zich ter hoogte van het bovenrugje. Daardoor voelt het kind dat het zelf zijn nekje kan ophouden en daarnaast zijn de armen vrij om te bewegen. Er ontstaat dus een houding waarin het kind actief betrokken wordt en ouders met het kind in verbinding komen te staan (Joore-Daems en van Dalen, 2020).



Fig. 8: Birten Pots (2021)

Verschillende publicaties (Knaapen, 1992; Joore-Daems & van Dalen, 2020) beschreven dat daardoor een veilige hechting en sfeer van vertrouwen gevormd wordt. De baby is 'in goede handen', wanneer die tederheid, affectie en behoedzaamheid gebaren. De bedoeling van de drager is om het kind te laten zijn, in zijn eigenheid. Niet alleen het kind herkennen, maar het ook erkennen. Het kind mag er zijn en kan zichzelf zijn.

De ouders geven daarin het signaal dat ze kunnen ingaan op de behoeften van hun kind. Als er ingegaan wordt op je behoeften, dan voel je je bevestigd. Je beseft dat je van waarde bent voor de andere(n). Herkennen van de nood van een baby is één ding, er op de juiste manier op inspelen is nog een stap verder. Dat is een leerproces waarin ouders vertrouwen mogen krijgen (Joore-Daems en van Dalen, 2020).



Fig. 9: Birten Pots (2021)

4.3 Postnatale ouder-kind begeleiding in water

Haptonomische begeleiding in water heeft ook een postnatale toepassing en is een vorm van begeleiding ontwikkeld door Truus Scharstuhl op basis van de haptonomie. Meer specifiek een specialisatie van haptotherapie. Indicaties voor postnatale ouder-kind begeleiding in water kunnen zijn: prematuriteit, problemen met de hechting, een baby die zich laat afschrikken door het badje, onrust of angst bij het kind, geboortetrauma, baby met een aandoening of ziekte. Daarnaast kan de hulpvraag vanuit de ouders zelf komen, bijvoorbeeld een onzekere moeder, ouders die schrik hebben om met hun baby naar het zwembad te gaan, negatieve beleving van zwangerschap en/of bevalling (Scharstuhl, 2020).

Water neemt zowel pre- als postnataal een belangrijke plaats in bij de ontwikkeling van het kind. Tijdens de zwangerschap zat de baby negen maanden lang in het vruchtwater, terwijl na de geboorte water eerder een functionele of hygiënische taak heeft. Toch is het doorslaggevend dat er een positieve beleving is voor zowel de baby als de ouders. Een vaak terugkerende angst om met het kind in een (zwem)bad te gaan, is de angst voor verdrinking. Dat kan het best vermeden worden omdat ouders die spanning en angst overzetten op hun baby. Deze begeleiding speelt daarop in. Het baden is in het beste geval een moment voor de baby én de ouder om zich te ontspannen en te genieten van het warme water. De haptotherapeut doet hen inzicht krijgen in hoe de baby op het water reageert. De angst voor het water, wordt vervangen door plezier, genot en stimulatie van de ontwikkeling (Scharstuhl, 2020).

Door de aanwezigheid van eerdere ervaringen zal iedereen het water anders beleven. Voor de één zal dat aangenaam zijn en voor de andere eerder beangstigend, bijvoorbeeld door een negatieve ervaring. Afhankelijk daarvan roept het water een andere reactie op: vertrouwen of verstarring. Voor kinderen is water meestal een herkenbaar medium. Voor sommigen is het echter niet zo en dan komt de begeleiding zeker gelegen. In dat geval zal er eerder een verkrampde houding of een klampreactie te zien zijn. Ligt dat aan de ervaring in de baarmoeder? Hoe gaan ouder en kind daarmee om? Samen zijn in het water met de ouder kan een beleving van geborgenheid en veilig genieten geven. Door de macht van het water kan het overlevingsinstinct naar boven komen (Scharstuhl, 2020).

De natuurkundige principes geven de unieke opportuniteit om van de eigenschappen van water gebruik te maken tijdens de postnatale ouder-kind begeleiding. Een pasgeborene ontdekt de omgeving van het water met zijn gevoelsvermogen, 'zijn hapsis' volgens de haptonomie. Via zijn tastvermogen ervaart hij wat het contact van het water met hemzelf teweegbrengt, alsook de gevoelens die daarbij kunnen ontstaan. Hij voelt actief de omhullende kwaliteit en de dragende kracht van het water. De natuurkunde bewijst dat het lichaam in het water lichter is door de opwaartse kracht ervan. Die eigenschap geeft het aangename drijvende gevoel. Daarnaast ontstaat er door de hydrostatische druk een ondersteunend effect. De ervaren druk is over ons

hele lichaam gelijkmatig, als het ware een omhullende kracht. Het kind wordt gesteund door het water en kan daarom rechtop gedragen worden. De baby wordt in een verticale positie gehouden in het water, met een hand van de begeleider of de ouder onder de billen. Door die manier van ondersteunen kan de baby de rug rechten uit eigen beweging omdat de dragende kracht van het water daarbij helpt. Een mogelijke volgende stap is om het kind in het water op de handen te laten staan. Daarbij staat het kind met de voetjes op de handen van de ouder, terwijl het tot en met zijn schouderjes in het water is. Het kind voelt zich vrij, licht en bevestigd (Scharstuhl, 2020).

Het omhullend warm water omsluit het lichaam als een tweede huid. Het geeft een gevoel van troost en geborgenheid, omdat water ons helemaal aanraakt. Doordat de aanraking van het water zo totaal is, worden onze tastzin en onze gevoelens direct verbonden met elkaar. Het lichaam wordt lichter, verzacht en ontvankelijker: een gevoelde lichamelijkeheid. De gevoelens worden zo letterlijk losgeweekt. Fysiologisch gezien gebeurt er daarbij ook het nodige: aangenaam warm water heeft een dempende werking op het onwillekeurig of vegetatieve zenuwstelsel. Het heeft een rustgevend effect en men komt beter met zichzelf in contact. Gelukkig werkt het denken bij een baby niet te belemmerend. Wanneer iemand zich toevertrouwt aan het water, ontstaat er een opening. Het kind ontdekt zichzelf tijdens het genieten. Dat contact is bevestigend, zowel voor de ouders als voor het kind (Scharstuhl, 2020).

In het water is de nabijheid van anderen beter voelbaar. Bewegingen gemaakt door iemand onder water, worden doorgegeven in de vorm van trillingen. De anderen in het water voelen het als iemand beweegt. Tijdens de begeleiding met baby's gaat men daar heel bewust mee om. Die eigenschap maakt contact met anderen vanop een afstand toch heel voelbaar (Scharstuhl, 2020).

Bij het dragen van het kind door de begeleider ontstaat er een band omdat het kind is afhankelijk van hem. Die merkt hoe het kind reageert in het water en geeft daarop een geruststellend contact. Het kind mag zijn eigen mogelijkheden in het water ontdekken en zijn zelfstandigheid ervaren. De meerwaarde van begeleiding in water voor een baby, is dat het teruggrijpt naar een vertrouwd milieu. De ervaring van het vruchtwater in de zwangerschap geeft een herinnering aan de baby (Scharstuhl, 2020).

Terwijl de baby in het warme water zit, kan je hem stimuleren door middel van geluiden. Bijvoorbeeld bubbelende geluiden door zachtjes in het water te blazen, hebben een bijzonder effect op het kind. Meestal wordt het kind daardoor rustig, zeker als de mama dat doet (Scharstuhl, 2020).

In het water kan een baby meer dan op het droge, er is een hogere zelfredzaamheid. Een jong kind bewegend in het water, grijpt terug naar enkele primitieve reflexen. Op voorwaarde dat de baby veiligheid en ruimte wordt aangeboden, kan het zich vrij bewegen in het water. Een reflex

waarmee de meeste kinderen worden geboren, is de duikreflex. Die zorgt voor zelfredzaamheid, een natuurlijke reactie waarbij het kind zichzelf wil beschermen en zich doet overleven. Bij contact met water in het gezicht van het kind, zal er dankzij de duikreflex geen paniek optreden. De baby zal reflexmatig de ademhaling blokkeren. In sommige gevallen zal hij onder water de ogen openen om rond te kijken en bij het weghalen van de hand, zou hij zwembewegingen maken. Tijdens de begeleiding kan die reflex geactiveerd worden om te testen op zelfredzaamheid. Een voorwaarde daarvoor is uiteraard een goed contact met zijn ouders. Haptonomische begeleiding in water speelt in eerste instantie in op een bevestigend contact met de ouders en indien nodig geeft het een stimulans aan zijn overlevingsinstinct (Scharstuhl, 2020).

De meerwaarde van die vorm van begeleiding is het unieke contact en interactie die ontstaat tussen partner, moeder en kind. Ouders met een moeilijke geboorte-ervaring geven aan geholpen te zijn. Zowel qua moeder-kind-band als voor het verwerken van de emoties rond de moeilijke geboorte. Ze geven elkaar vertrouwen en dat is de basis voor een affectieve ontwikkeling (Scharstuhl, 2020).

Daarbij is het interessant om onderzoek te bekijken waarbij het effect van warm water wordt gemeten op ons autonoom zenuwstelsel. Dat regelt onbewuste functies in ons lichaam zoals: ademhaling, hartslag, spijsvertering en bloeddruk. Bij onderdompeling in warm water zagen Becker et al. (2009) volgende biofysische resultaten: stijging van de hartfrequentie, stijging van de kerntemperatuur, daling van diastolische en systolische bloeddruk. Die positieve invloed op de bioregulatie kan op allerlei vlakken in de gezondheidszorg worden ingezet. Uiteindelijk zorgen die veranderingen ervoor dat vooral het parasympatisch zenuwstelsel werkzaam is. In tegenstelling tot het sympatisch zenuwstelsel, zorgt dat voor ontspanning, rust, minder angst, positieve gevoelens en stressvermindering.

Warm water bevordert relaxatie van de spieren en vermindert stress- en angstgevoelens door middel van endorfines die vrijkomen (Macdonald & Johnson, 2017).

5 In de praktijk

In dit laatste hoofdstuk wordt het aanbod van haptonomie in België vergeleken met onze buurlanden, krijgt de vroedvrouw enkele handvatten om de haptonomische principes toe te passen in de praktijk en kijken we tot slot vanuit een haptonomisch oogpunt naar de gezondheidszorg in het algemeen.

5.1 Gebruik haptonomie binnen Europa

In dit onderdeel wordt het aanbod van haptonomen, haptonomische zwangerschapsbegeleiders en haptotherapeuten in België vergeleken met het aanbod in enkele andere Europese landen.

In Vlaanderen is het aantal haptonomen en haptotherapeuten eerder beperkt. Voor haptonomische zwangerschapsbegeleiding kan je maar op vier plaatsen in Vlaanderen terecht: er zijn drie praktijken in de provincie Antwerpen en één in Oostende. Er is geen Vlaamse overkoepelende website in tegenstelling tot Wallonië. Via de website www.haptonome.be kan je op zoek naar een haptonoom in Franstalig België, waar het aanbod al iets ruimer is (Haptonomie en Belgique, 2020).

In België is er geen terugbetaling of tegemoetkoming voorzien voor haptonomie of HZB door de mutualiteiten of ziekteverzekeringen. Alleen ziekenfonds Partena voorziet een tussenkomst wanneer de huisarts haptotherapie voorschrijft naar aanleiding van een chronische pathologie. Als de haptonomische zwangerschapsbegeleiding wordt gegeven door een zelfstandige vroedvrouw, zijn de sessies gedeeltelijk terugbetaald door het RIZIV, ongeveer €14 (Vlaams Infocentrum voor Toekomstige Ouders, z.j.).

Aangezien er geen Belgische beroepsvereniging is, zijn we aangewezen op de organisaties van onze noorderburen. In Nederland is er wel een degelijke plaats voor haptonomie binnen het zorgsysteem. Er zijn ongeveer 45 praktijken die HZB aanbieden aangesloten bij de beroepsvereniging VHZB. Het aantal haptotherapeuten in Nederland is vergelijkbaar met het aantal osteopaten in ons land, ongeveer 800 van de in totaal 1000 Nederlandse haptotherapeuten zijn aangesloten bij de beroepsvereniging (VHZB, 2021).

In Nederland zijn er twee beroepsverenigingen: één voor zwangerschapshaptonomen en één voor haptotherapeuten. De Vereniging voor Haptonomische Zwangerschapsbegeleiding is de VHZB (2021), meer informatie is te vinden op www.vhzb.nl. Voor de haptotherapeuten is dat de VVH (2021) wat staat voor Vereniging van Haptotherapeuten, hun website is te raadplegen via www.haptotherapeuten-vvh.nl.

Afhankelijk van welke zorgverzekering een Nederlander heeft, krijgt de zorgvrager een (gedeeltelijke) vergoeding voor haptotherapie als de therapeut aangesloten is bij de VVH. Vaak is dat in de vorm van een aanvullend pakket bij de verzekering. Als de HZB dus gegeven wordt door een haptotherapeut, kan het koppel recht hebben op een vergoeding op voorwaarde dat dat de therapeut bij de beroepsvereniging is aangesloten. De prijzen zijn onderling verschillend van praktijk tot praktijk en schommelen gemiddeld tussen de €70 en €85 voor een uur begeleiding. Haptonomische zwangerschapsbegeleiding wordt regelmatig vergoed onder zwangerschapscursus of preventieve zorg, terwijl haptotherapie (bij bevallingsangst of eerder trauma) valt onder het aanvullende pakket van je verzekering (Vereniging van Haptotherapeuten, 2021).

Zwangerschapshaptonomie blijkt populair te zijn in Frankrijk (Patel, 2017). Daarnaast blijkt het ook in Zwitserland en Duitsland geliefd te zijn. Er zijn twee opleidingscentra in Frankrijk gesitueerd, namelijk in Ooms en Parijs. Volgens een Frans ziekenhuis, is er geen tussenkomst van de ziekteverzekering in Frankrijk voorzien (Hôpital Franco-Britannique, 2021).

5.2 Relevantie voor de praktijk van de vroedvrouw

Het was opmerkelijk hoeveel overeenkomsten er te vinden waren, wanneer de inhoud van deze bachelorproef en het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw naast elkaar werden gelegd. Een vroedvrouw is de bewaker van de psychosociale situatie, daarmee let ze dus op de context van de ouders, op hun geestelijke gezondheid en op de ouder-kind-hechting. In het beroepsprofiel wordt dat uitgelegd, wat eigenlijk volledig overeen komt met de visie van de HZB. Al tijdens de zwangerschap helpt de vroedvrouw de zwangere vrouw en haar partner om contact te maken met het kind. Onmiddellijk na de bevalling wordt het lichamelijk en affectief contact tussen moeder en kind aangemoedigd door huid-op-huidcontact te stimuleren. Dat zijn de twee basisprincipes van de HZB die iedere vroedvrouw dus onbewust toepast. Daarnaast is de vroedvrouw gezondheidspromotor, waarbij ze onder andere verantwoordelijk is voor prenatale educatie en voorbereiding op het ouderschap. HZB speelt op die factoren in. Als zorgverlener zit je steeds in een netwerk van het gezondheidszorgsysteem, voor iedere patiënt is er een pluridisciplinaire samenwerking nodig. Deze bachelorproef draagt ertoe bij dat vroedvrouwen ook kennis hebben van de mogelijke alternatieve begeleidingsvormen binnen de perinatale gezondheid. Door deze bachelorproef worden vroedvrouwen uitgedaagd om zich open en flexibel op te stellen. Als er onvoldoende kennis is over HZB, zal er ook niet naar doorverwezen worden. Kwaliteitspromotor is ook één van de competenties. Het houdt in dat een professional steeds de nieuwe tendensen in de zorgverlening kritisch analyseert door middel van wetenschappelijke inzichten. Door het schrijven van deze proef, werd de nieuwe tendens van HZB onder de aandacht gebracht op een evidence-based manier. Dat laatste is een basis-attitude van iedere zorgverlener (Federale overheidsdienst, 2016).

De haptonomische principes vormen een meerwaarde in de alledaagse werking als vroedvrouw. (In wat volgt kan 'zij' ook als 'hij' gelezen worden.) De wijze waarop ze met de vrouw contact maakt en de manier waarop ze haar aanraakt is cruciaal. Daarnaast maakt de vroedvrouw contact met de partner en het ongeboren kind. Als dat op een affectieve manier gebeurt, zal de beleving van de vrouw veranderen. Haar lichaamsbeleving verandert als het ware. Dat kan je merken door bijvoorbeeld een verlaging van de spiertonus. Daardoor kan ze de pijn makkelijker tegemoet gaan en aanvaarden. De vrouw zal een gevoel krijgen van autonomie, basiszekerheid, basisveiligheid en zelfvertrouwen. Dat is optimaal voor het verloop van het proces van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode ("Beroepsprofiel haptonomische zwangerschapsbegeleiders", 2010).

Enkele situaties waarin een vroedvrouw de haptonomische principes kan toepassen volgens P. Wichman worden uitgelegd (persoonlijke communicatie, 3 december 2020). Een zwangere vrouw komt op controle, bijvoorbeeld CTG-monitoring. Er is ongerustheid bij het koppel over het welzijn van moeder en kind, de vrouw moet zich openstellen voor verschillende zorgverleners en zal doorgaans gespannen de afdeling binnen wandelen. Dat zijn factoren waardoor de vrouw zich zal afsluiten, opspannen en vanuit de visie van de haptonomie proberen we openstelling en ontspanning te bereiken. Ten eerste kan de vroedvrouw een spontaan kennismakingsgesprek voeren tijdens de opname van de patiënt: luisteren naar bezorgdheden en zichzelf voorstellen als vroedvrouw. Echt ten volle aandacht hebben voor de eigenheid van het koppel dat ze voor zich heeft, is een meerwaarde. Ze kan de vrouw geruststellen door te vertellen wat er in de komende tijd gaat gebeuren en waarom dat noodzakelijk of nuttig is. Daarbij is de vroedvrouw een vertrouwensband aan het opbouwen. Pas daarna is het tijd voor de medische controles. Vooraleer ze de zwangere vrouw aanraakt, is er dus al een heel proces aan vooraf gegaan. Vervolgens kan ze bij het aanraken van het abdomen even rustig de tijd nemen om de vrouw te laten voelen wat ze via haar handen gaat doen. De vroedvrouw vraagt steeds toestemming om de vrouw te mogen aanraken. Eerst kunnen de handen op de arm of het been worden gelegd, om pas na een aankondiging de handen op haar buik te leggen. Neem de tijd om verbinding tot stand te laten komen. Ze vraagt haar of deze aanraking aanvaardbaar is en voelt ondertussen hoe de uterus en het kind daarop reageren. Vragen om met haar aandacht en gevoel naar je handen te komen zal uiteindelijk zorgen voor meer ontspanning. De handgrepen van Leopold zullen nu ook op een zachte wijze kunnen uitgevoerd worden om de monitor vervolgens aan te leggen.

Als tweede voorbeeld, gaf P. Wichman (persoonlijke communicatie, 3 december 2020), het voorbeeld van een vaginaal onderzoek. Een routinecontrole om de evolutie van de arbeid te objectiveren, maar een inbreuk in de intimiteit van het vrouwenlichaam. In zo'n situatie is het pas kwalitatieve zorgverlening, als er al een vertrouwensband met de patiënte in kwestie is opgebouwd. Er wordt eerst toestemming gevraagd en vervolgens steeds uitleg gegeven over het onderzoek. Om op een affectieve manier contact te maken, legt de vroedvrouw eerst de niet toucherende hand op de linkerzijde van de vrouw. Vanuit het haptonomisch oogpunt kan je hier

vragen om met de aandacht en gevoel naar de toucherende vingers te komen. De vrouw kan zich indien mogelijk meer ontspannen en naar de vingers toekomen of toe voelen. Zo geef je het gevoel dat ze je helpt, in plaats van dat jij haar bezeert.

5.3 Haptonomische visie op de gezondheidszorg

Voor anderen zorgen op een professionele manier met aandacht voor je eigen grenzen, is van groot belang. De draagkracht van zorgverleners bewaken is een belangrijk onderdeel van de preventie op vlak van mentale gezondheid. Dat blijkt uit cijfermateriaal van Hoge Gezondheidsraad. Uit een studie bij 1.198 artsen en 4.635 verpleegkundigen in 37 Belgische ziekenhuizen, blijkt dat 6,6% daarvan een burn-out had en 13,5% daarop risico liep (Vandenbroeck et al., 2012). Psychologe Anna Blokhuis en haptotherapeute Dieuwke Talma, beschreven dat in hun boek *'Draagkracht en veerkracht in de zorg'* vanuit het oogpunt van de haptonomie. Het bevat praktische adviezen voor zorgverleners, toepasbaar in uiteenlopende sectoren (Blokhuis & Talma, 2014).

In de huidige zorgsector ligt de nadruk vooral op effectiviteit en efficiëntie. Zo weinig mogelijk kosten en zo snel mogelijk positieve resultaten. Er zijn steeds meer technologische ontwikkelingen en dat is te merken aan het digitaliseren van de medische wereld. De werkdruk op het zorgpersoneel neemt bij gevolg alleen maar toe (Blokhuis & Talma, 2014).

Een voorbeeld daarvan binnen het perinatale zorgnetwerk is het sluiten van 17 kleine Belgische materniteiten. Uit onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE, 2020) blijkt dat ziekenhuizen met minder dan 557 bevallingen per jaar te duur zijn. Wanneer die bevallingen verplaatst worden naar grotere materniteiten, kan er efficiënter worden gewerkt zonder de kwaliteit van de zorgen in gedrang te brengen. Rekening houdend met de bereikbaarheid voor iedere Belgische vrouw, komen er dus 17 van de 21 materniteiten die minder dan 557 bevallingen hebben, in aanmerking voor een mogelijke sluiting. Zo kan de kostprijs per bevalling verlaagd worden en kan dat budget elders in de gezondheidssector ingezet worden.

Hier ontstaat de valkuil om de kwaliteit van het contact met de zorgvrager uit het oog te verliezen. De haptonomie bestudeert dat contact, de verbinding tussen zorgvrager en zorgverlener (met in deze bachelorproef de focus op de vroedvrouw). Daarbij is er opnieuw meer aandacht nodig voor affectieve waarden zoals betrokkenheid, aandacht, empathie (Blokhuis & Talma, 2014).

De manier waarop je als vroedvrouw contact maakt met een zwangere en haar partner heeft een onwaarschijnlijke impact op je zorgen. Dat is een vaardigheid die zowel in de haptonomie

als in de opleiding vroedkunde uitgebreid aan bod komt. Het is continu zoeken naar een evenwicht tussen vertrouwen opbouwen met de patiënte, maar tegelijk je eigen grenzen bewaken. Denk maar aan een bepaalde casus waarbij een parturiënte je volledig kan inpalmen en zo jouw energie leegzuigt. In extremis hebben zorgverleners wel eens te maken met grensoverschrijdend gedrag (Blokhuys & Talma, 2014).

Opnieuw komen de termen effectiviteit en affectiviteit aan bod. Effectief contact betekent daarbij een medische handeling uitvoeren, puur technisch noodzakelijke aanrakingen, bijvoorbeeld een vaginaal onderzoek. Daarnaast is er affectief contact van belang als vroedvrouw in de perinatale context: daarbij bouw je een vertrouwensband op met je patiënten en ontstaat er een verbinding. Zowel de zorgverlener als de zorgvrager hebben daarbij bepaalde grenzen. Zorgverleners moeten steeds hun eigen emotionele draagkracht en privacy in het achterhoofd houden (Blokhuys & Talma, 2014).

Arbeid en bevalling zijn momenten met hevige emoties waarmee je als vroedvrouw moet omgaan. Jij blijft medisch verantwoordelijk, moet het hoofd koel kunnen houden en het koppel bijstaan in deze hevige en zenuwslopende uren. De zintuigen van de vrouw in arbeid staan op scherp en zijn extra kwetsbaar voor alles wat er gebeurt, ook daarover gaat de haptonomie. Als je als vroedvrouw daarmee rekening houdt, zorgt dat voor een positieve beleving van het koppel en dus voor de beste begeleiding (Blokhuys & Talma, 2014).

Om professioneel te kunnen handelen, is zelfkennis en zelfzorg als vroedvrouw niet te vergeten. Wanneer een zorgverlener zich bewust is van zijn/haar eigen zwaktes, emoties, eventuele trauma's, beperkingen, grenzen en mogelijkheden kan er op tijd op de rem gestaan worden. Haptonomische begeleiding helpt mensen opnieuw in contact te komen met zichzelf en bewust te worden van hun emoties (Blokhuys & Talma, 2014).

6 Praktijkdeel

Bij het schrijven van de bachelorproef over de meerwaarde van haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind viel op hoe dit alternatieve aanbod relatief afwezig is in het Vlaamse perinatale zorgnetwerk. Toch zijn soortgelijke begeleidingsvormen aan een opmars bezig. Die tendens is al zichtbaar in Nederland. Het praktijkdeel is een ideale opportuniteit om de informatie rond haptonomische begeleiding te verspreiden. Ik koos ervoor om dat te doen in de vorm van een artikel dat gelezen kan worden door zorgverleners en zorgvragers, omdat er geen voorkennis nodig is. Aangezien het aanbod van alternatieve begeleidingsvormen steeds toeneemt, leek het een meerwaarde om HZB te vergelijken met twee andere vormen, hypnobirthing en zwangerschapsyoga werden daarvoor uitgekozen. De vergelijking is volledig objectief en heeft niet tot bedoeling om de beste keuze aan te geven. Wel heeft het tot doel om de zwangere vrouw een verduidelijking te geven van wat ze mag verwachten en of ze zich aangetrokken voelt tot één van deze opties. Als een vroedvrouw deze tekst leest, zal ze een correcter beeld krijgen van de mogelijkheden. Dat is noodzakelijk om koppels te kunnen doorverwijzen.

Er werden contacten gelegd met meerdere tijdschriften en de interesse was te merken uit de reacties. Een combinatie van wetenschappelijke tijdschriften en publieksbladen werden aangeschreven. Om de vroedvrouwen te bereiken is een vakblad noodzakelijk, terwijl jonge zwangere vrouwen eerder toegankelijke tijdschriften of webpagina's zullen raadplegen. Na het indienen en slagen op mijn bachelorproef zijn er verschillende opties om mijn artikel te laten publiceren.

De vroedvrouwen van BirthMatters waren enthousiast over het voorstel. BirthMatters.be is een website voor zowel jonge vrouwen, kersverse ouders als vroedvrouwen waarop wetenschappelijke informatie wordt gedeeld. Dat gebeurt op een toegankelijke manier en met de focus op het maken van eigen keuzes binnen het perinatale traject. Het is dus een ideaal platform. Na de goedkeuring van de Arteveldehogeschool zal ik daarvoor samenwerken met een copywriter om mijn tekst nog aan te passen. Die kans grijp ik dan ook met veel plezier om me verder in het professionele netwerk te verdiepen. Als tweede mogelijkheid is er het Nederlands vakblad 'Haptonomisch Contact', een onafhankelijk tijdschrift over haptonomie. Richtlijnen van de eindredacteur zullen bekeken worden na het slagen. Daarna wil ik jonge Vlaamse mama's bereiken via de webpagina 'Libelle Mama'. Opnieuw zal met de eindredactie het artikel gecontroleerd worden.

Als laatste wil ik me focussen op een mogelijke publicatie in het tijdschrift van de VBOV. De Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen geeft zes keer per jaar een eigen tijdschrift uit. De versie van het artikel die in de bachelorproef wordt ingediend, is geschreven volgens de richtlijnen van dit wetenschappelijk vakblad.

Het idee ontstond al bij de start van de bachelorproef en kreeg een concrete uitwerking naarmate er meer gesproken werd met de promotoren. De beheersaspecten worden besproken aan de hand van TOKIG. De tijd werd efficiënt beheerd door een planning en deadlines die werden opgelegd. Samen met de externe promotor werd de tekst in OneDrive verwerkt. Door deze manier van organiseren kon de vordering goed opgevolgd worden. Via mail werden verschillende redacties gecontacteerd om het voorstel tot publicatie te bespreken. De kwaliteit wordt gewaarborgd door de controles van interne en externe promotor. De informatie die gebruikt werd is afkomstig van wetenschappelijke artikels, officiële webpagina's (bijvoorbeeld een beroepsvereniging) en contacten die ik nam met experts uit het vakgebied. Het uitwerken van dit praktijkdeel gebeurde volledig kosteloos.

Er kunnen heel wat competenties van de vroedvrouw gelinkt worden aan de uitwerking van dit praktijkdeel. Als professional is het belangrijk nieuwe tendensen in het werkveld op te volgen en te analyseren: dat vormde een eerste aanzet. In de verwerking zijn eigen tekeningen opgenomen voor een creatieve toets. De QR-codes die gebruikt worden, zijn een link met de multimedia mogelijkheden vandaag de dag en maken het praktijkdeel innovatief.

Er is nog onvoldoende wetenschappelijk onderzoek gebeurd over deze alternatieve trajecten, vandaar dat een kritische blik hier van pas kan komen. De informatie die ik verwerkte was wel van een evidence based of betrouwbare webpagina. Het is slechts een aanzet om meer aandacht te hebben voor deze opties als preventieve maatregel voor gezondheidsaspecten zoals zelfbeeld, stress en angst. Dit artikel alleen zal echter niet voldoende zijn, daarvoor is grootschalige sensibilisering noodzakelijk.

Voorstelling van haptonomische zwangerschapsbegeleiding, zwangerschapsyoga en hypnobirthing.

Als laatstejaarsstudente vroedkunde aan de Arteveldehogeschool in Gent schreef ik mijn bachelorproef over de meerwaarde van haptonomische zwangerschapsbegeleiding. Een onderdeel hiervan is het uitwerken van een praktijkdeel, met dit artikel als resultaat. Samenwerken met mijn externe promotor Patricia Wichman, bracht me veel kennis bij vanuit het werkveld. Haar expertise en inzichten als kinesitherapeute en haptotherapeute waren een grote meerwaarde. Als vroedvrouw in wording valt het op dat er steeds meer 'alternatieve' begeleidingen of trajecten worden aangeboden aan zwangere vrouwen. Het aanbod is groot, maar de verwarring is minstens even groot. De bedoeling van dit artikel is om duidelijkheid te scheppen over een aantal mogelijkheden. Haptonomische zwangerschapsbegeleiding, zwangerschapsyoga en hypnobirthing werden gekozen om voor te stellen. Dit is een objectieve vergelijking, waarbij de lezer een overzicht krijgt vanuit praktisch oogpunt. Deze informatie is interessant voor zowel zorgverlener als zorgvrager. Het artikel heeft als doel om de keuze voor een zwangere vrouw te vergemakkelijken, want keuzevrijheid staat steeds voorop. Daarnaast kan het een tool zijn als vroedvrouw om een patiënt te kunnen doorverwijzen. Er zal dus per soort begeleiding beschreven worden wat de invloed is op de moeder, de partner en op het kind. Daarnaast komen enkele praktische zaken aan bod, zoals de kostprijs, de grootte van de groep en een website waar je een begeleider in de eigen buurt kan vinden.

	Haptonomische zwangerschapsbegeleiding	Zwangerschapsyoga	HypnoBirthing®
Visie	Haptonomie is ontwikkeld in de jaren 50 door Frans Veldman, het is de wetenschap van het gevoel, de tastzin en bestudeert relaties tussen mensen. Er wordt een evenwicht gezocht tussen denken en voelen. De haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind gaat ervan uit dat de relatie tussen ouders en kind al tijdens de zwangerschap kan opgebouwd worden, door zich te openen naar elkaar toe (VHZB, 2021).	Yoga is een allesomvattende levenswetenschap die duizenden jaren geleden ontstond in India. Deze van oorsprong Oosterse filosofie is wereldwijd in populariteit toegenomen. De yoga praktijk bestaat uit houdingen, diepe ademhaling en meditatie. Bij de prenatale yoga, zijn de oefeningen aangepast voor het zwangere lichaam (Yogafederatie, 2021).	Het instituut van hypnobirthing is in 1989 opgericht door Marie Mongan, op basis van het werk van Dr. Grantly Dick-Read. Het is zowel een filosofie als een techniek voor een veilige, makkelijke en comfortabele geboorte. De zwangere wordt voorbereid op de geboorte en leert vertrouwen op haar natuurlijke instinct. De vijf pijlers zijn: kennis, ontspanning, ademhaling, affirmaties en zelfhypnose (HypnoBirthing, 2021).

Rol van de moeder

Er is aandacht voor de lichaamsbeleving en het zelfvertrouwen van de zwangere vrouw. Ze leert luisteren naar haar gevoel, haar behoeften en deze te volgen. Zonder zichzelf te verliezen, leert de moeder in contact te blijven met haar kind tijdens de zwangerschap, de geboorte en het postpartum (VHZB, 2021).

Yoga draagt bij tot een gezonde levensstijl. Het heeft positieve lichamelijke effecten zoals een betere bloedcirculatie, minder stress en het versterken van spieren. Er is aandacht voor een goede lichaamshouding en ook specifiek voor het bekken en de bekkenbodemspieren. De zwangere vrouw zal ook ademhalingstechnieken leren om te ontspannen (Babbar et al., 2016).

De moeder leert vertrouwen op de wijsheid van haar lichaam. Ze leert omgaan met de pijn van de contracties door middel van bepaalde ademhalingstechnieken, zelfhypnose, visualisaties en positieve gedachten van vertrouwen. Daarnaast is er aandacht voor het bewust maken van eigen keuzes, want zowel het fysieke als psychologische aspect is hierbij belangrijk (Baars, 2021).

Rol van de partner

De partner (vader of meemoeder) heeft een actieve rol in deze begeleiding. Hij representeert voor het kind de wereld buiten de moeder. Via het affectieve contact kan hij al voor de geboorte een gevoelsmatige band opbouwen met het kind. Hij leert onder andere hoe hij zijn vrouw kan ondersteunen zowel tijdens de zwangerschap, de geboorte als nadien. De betrokkenheid van de partner zorgt voor een bevestiging van de vaderrol (VHZB, 2021).

In bepaalde lessen worden houdingen samen met de partner aangeleerd. Deze kunnen nuttig zijn tijdens de arbeid en de bevalling (Yogafederatie, 2021).

De partner wordt hierin specifiek benoemd als 'geboortepartner'. Het is de bedoeling dat de partner mee deelneemt aan de lessen hypnobirthing. Hij wordt ook geïnformeerd over het verloop van een geboorteprocés en leert hoe de vrouw kan ontspannen (HypnoBirthing, 2021).



Fig. 1: Birten Pots (2021)

Impact op het kind

Doorheen de sessies leren de ouders bevestigend aanraken waarmee ze hun kindje al in de schoot uitnodigen tot contact, zonder verwachtingen. Hierbij krijgt het kind de ruimte en vrijheid om op dit contact te antwoorden. Daardoor ontwikkelt het kind basisveiligheid en –vertrouwen, de grondslag voor een goede hechting wordt hier al tijdens de zwangerschap gelegd (VHZB, 2021).

Geboorte

De partner neemt een actieve rol op doorheen het volledige geboorteproces. Het is de bedoeling dat ze als koppel het kind laten geboren worden (VHZB, 2021).

Ouderschap

Ouders leren zich afstemmen op elkaar en samen gevoel te krijgen voor hun kind. Zo ontstaat er al voor de geboorte een wederkerige en affectieve band met elkaar en laten ze het kind voelen dat het welkom is. Veranderingen binnen de relatie zijn bespreekbaar. Door bewust bezig te zijn met de prenatale sessies, groeit het koppel toe naar de geboorte en zijn ze al deels voorbereid op nieuwe dimensie van het ouderschap (VHZB, 2021).

Onrechtstreeks heeft het uitoefenen van yoga door de zwangere vrouw ook voordelen voor de baby. Het dalen van het stressniveau tijdens de zwangerschap brengt meer rust in het leven van de vrouw en deze ontspanning verbetert onder andere de bloedcirculatie naar het ongeboren kind (Babbar et al., 2016).

Hoewel er nog meer onderzoek nodig is, lijkt yoga een impact te hebben op de pijnbeleving tijdens de bevalling en draagt bij aan een positieve geboorte-ervaring (Smith et al., 2018).

De focus ligt hierbij vooral op het lichamelijke aspect van de zwangere vrouw. Zij zal door middel van de yoga minder stress en minder angst hebben, wat bevorderend is voor het ouderschap (Yogafederatie, 2021).

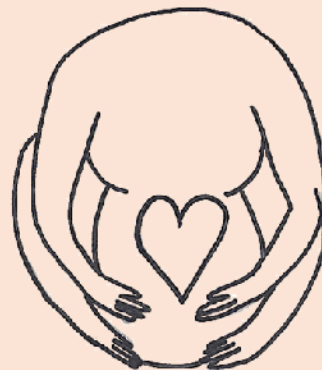


Fig. 2: Birten Pots (2021)

Tijdens deze begeleiding wordt er gewerkt aan de binding tussen moeder, baby en geboortepartner. Het kind zal mogen geboren worden op het eigen tempo. Een vlotte en rustige geboorte met zo weinig mogelijk interventies (HypnoBirthing, 2021).

Met hypnobirthing is de vrouw in een toestand van gefocuste ontspanning, door middel van zelfhypnose. Het accent ligt op het omzetten van de angst in vertrouwen (Nypels et al., 2019).

Het koppel kan thuis aan de slag om de technieken in te oefenen die ze tijdens de lessen geleerd hebben. Hierin is het een meerwaarde dat de partner wordt betrokken. Er wordt ingezet op teamwork zodat de partner een betekenisvolle rol kan opnemen (Baars, 2021).

Postnataal	<p>Na de geboorte leren de ouders het opgebouwde contact verder te integreren in de omgang met het opgroeiende kind. Het basisbevestigend dragen wordt aangeleerd. De begeleider zal luisteren naar de geboorte-ervaring en de ouders steunen in het samen vinden van een nieuw ritme (VHZB, 2021).</p>	<p>Er is een aanbod van postnatale yogasessies, vanaf 6 weken postpartum. Buik-, rug- en bekkenbodemspieren worden daarin op ieders tempo opnieuw versterkt. Deze kunnen doorgaan met of zonder de baby (Yogafederatie, 2021).</p>	<p>De ontspanningsoefeningen en ademhalingstechnieken kunnen later nog van pas komen om rust te brengen (Dekker, 2018).</p>
Groepsgrootte	<p>Bij voorkeur samen met je partner, de begeleiding gebeurt per koppel (of individueel) en is daarom persoonlijk afgestemd (VHZB, 2021).</p>	<p>De yogasessies gaan door samen met andere zwangere vrouwen in groep. De grootte is meestal beperkt tot tien personen (Yogafederatie, 2021).</p>	<p>Er worden zowel groepscursussen (met drie à vijf koppels) als privé cursussen gegeven (HypnoBirthing, 2021).</p>
Praktische info	<p>Meestal wordt er gestart rond 18-20 weken zwangerschap. Ook in het geval van complicaties kan men hier terecht en kan de begeleiding vroeger starten. Prenataal zijn er een vijf tot acht lessen van 1 uur voorzien, postnataal een drietal (VHZB, 2021).</p>	<p>Starten met yoga kan vanaf 14 weken zwangerschapsduur. Men voorziet best makkelijke, sportieve kledij. Meestal brengt de deelnemer een eigen yogamatje en handdoek mee. Ervaring met yoga is geen vereiste (Yogafederatie, 2021).</p>	<p>Het is een reeks van in totaal vijf lessen van 2,5 uur die koppels prenataal kunnen volgen. Afhankelijk van de eigen voorkeur wordt er gekozen om de lessen individueel of in groep te volgen (HypnoBirthing, 2021).</p>
Kostprijs	<p>Prijzen variëren rond de €50 per sessie. Afhankelijk van het aantal sessies komt het totaal meestal op ongeveer €400. Er is geen tegemoetkoming voorzien (VHZB, 2021).</p>	<p>Voor een reeks van 10 lessen varieert de prijs tussen €100 en €200. Bepaalde ziekenfondsen in Vlaanderen betalen een deel van je inschrijvingsgeld terug, bevestig dit zeker (Yogafederatie, 2021).</p>	<p>Iedere docent bepaalt de eigen kostprijs, vandaar de grote variatie. Individuele cursussen schommelen tussen €325 en €640, wanneer je het in groep volgt is het goedkoper, meestal tussen €200 en €395. Bevestig je mutualiteit voor een gedeeltelijke terugbetaling (Baars, 2021).</p>



Fig. 3: Birten Pots (2021)

Website

Via de Nederlandse beroepsvereniging kan je een begeleider in de buurt zoeken en meer informatie vinden. Scan de QR-code of surf naar www.vhzb.nl.

Bij de Belgische yogafederatie zijn alle erkende yogadocenten aangesloten. Op de website kan men ook specifiek zoeken naar een specialisatie in zwangeren. Scan de QR-code of surf naar www.yogafederatie.be.

Op de website van het hypnobirthing instituut vind je nog meer informatie. Scan de QR-code of surf naar <https://us.hypnobirthing.com/>.



Fig. 4: Birten Pots (2021)

Alhoewel dit slechts een greep uit het grote aanbod is, valt meteen de enorme verscheidenheid op. Verschillende accenten worden anders gelegd per begeleidingsvorm. Hopelijk vormt dit een aanzet voor vroedvrouwen in de praktijk om te durven doorverwijzen naar deze trajecten. Afhankelijk van persoonlijke voorkeuren, zal iedere zwangere vrouw zich tot een bepaalde manier van werken meer aangetrokken voelen en dit overzicht kan bij de keuze helpen. Voor meer informatie kan je simpelweg bovenstaande QR-codes scannen en kom je op een algemene website terecht per begeleiding.

Referenties:

Baars, Y. (2021). *Vanuit ontspanning en vertrouwen liefdevol bevallen*. Enjoy HypnoBirthing. <https://www.enjoy-hypnobirthing.nl/hypnobirthing-zwangerschapscursus/>

Babbar, S., & Shyken, J. (2016). Yoga in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 59(3), 600-612. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000210>

Dekker, R. (2018). *Hypnosis for Pain Relief during Labor*. Evidence based birth. <https://evidencebasedbirth.com/hypnosis-for-pain-relief-during-labor/>

HypnoBirthing. (2021). *HypnoBirthing International: The Mongan Method*. <https://us.hypnobirthing.com/>

Nypels, C., Baars, Y., & Verheem, B. (2019). *Studiegids voor de opleiding en wegwijzer voor je HypnoBirthing praktijk*. Enjoy HypnoBirthing. https://www.enjoy-hypnobirthing.nl/wp-content/uploads/2019/10/Catch-the-Wave-Wegwijzer-2019_1.pdf

Smith, C., Levett, K., Collins, C., Armour, M., Dahlen, H., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Library: Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>

Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders. (2021). *VHZB*. www.vhzb.nl

Yogafederatie van de Nederlandstaligen in België. (2021). *Wat is Yoga?* <https://yogafederatie.be/yoga/watisyoga>

Algemeen besluit

De hoofdonderzoeksvraag van deze bachelorproef was om de meerwaarde van haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind aan te tonen. Die werd besproken in de verschillende hoofdstukken, die ieder een antwoorden probeerden te formuleren op de gestelde deelonderzoeksvragen. Allereerst kreeg de lezer een verduidelijking van de haptonomische wetenschap en de verschillende toepassingsvormen, waarna deze bachelorproef werd afgebakend tot de haptonomische pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind.

In het tweede hoofdstuk werd duidelijk dat HZB op meerdere elementen een positieve invloed heeft. Voor het kind is deze manier van uitnodigend en affectief contact het begin van een prenatale band met de ouders. Bovendien vergroot de sensitiviteit van de ouders, ze worden samen voorbereid op de bevalling en het ouderschap. De moeder zal lichamelijke en psychologische voordelen ervaren zoals: dalen van het stressniveau, stijgen van het affectief contact, aanpassen van de lichaamshouding, aandacht voor de lichaamsbeleving en het zelfvertrouwen van de zwangere vrouw. De betrokkenheid van de partner heeft een enorme meerwaarde tijdens deze begeleidingsvorm. Het heeft een bevorderend effect voor de prenatale binding met het kind, het verlaagt de kans op depressies bij de zwangere vrouw, het bevestigt de partner in zijn ouderrol ...

Daarnaast bleek haptonomie uit het literatuuronderzoek ook toepasbaar te zijn tijdens arbeid en bevalling. De eerste bewijzen worden vastgesteld rond haptotherapie als interventiemethode bij bevallingsangst. In een fysiologische casus leert de HZB het koppel verschillende houdingen en leren ze samen omgaan met de contracties. Het belang van de onthechting na de geboorte werd ook omschreven.

Binnen het postnatale luik ligt de aandacht vooral op het basisbevestigend dragen van het kind. Dat geeft een gevoel van vertrouwen en veiligheid aan het kind, dragen is immers een vorm van affectiviteit. De specifieke specialisatie van de haptotherapie als postnatale ouder-kind begeleiding in water, werd ook toegelicht.

Er werd een overzicht gegeven van het beperkte aanbod en de afwezigheid van een terugbetaling in Vlaanderen. Daarbij viel vooral het contrast op met onze noorderburen, waar de haptonomische praktijk een ruimer aanbod heeft en sommige ziekteverzekeringen daarvoor een terugbetaling voorzien. Tot slot gaf hoofdstuk vijf de lezer enkele toepasbare handvaten mee aan de vroedvrouw om de haptonomische principes in de praktijk toe te passen. Dat gaat over het opbouwen van een vertrouwensband met de zorgvrager en aandacht hebben voor fysieke aanrakingen en contact met de patiënt. Die ingesteldheid werd doorgetrokken over de gezondheidszorg in het algemeen, om daarmee deze bachelorproef af te sluiten.

Literatuurlijst

- Adams, J., Frawley, J., Steel, A., Broom, A., & Sibbritt, D. (2015). Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery*, 31(4), 458-463. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.012>
- Aghdam, K., Yalda, S., Yalda, M., & Rafat, K. (2019). Effect of prenatal preparation classes on the duration of labor and delivery type in primiparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 21 (11), 37-43. <http://dx.doi.org/10.22038/IJOGI.2019.12324>
- Arslan, A., & Temiz, G. (2019). The knowledge, attitude and behavior levels of midwifery students for the non-pharmacological methods used in the management of labor pain. *Perinatal Journal*, 27(2), 77-88. <http://dx.doi.org/10.2399/prn.19.0272006>
- Arteveldehogeschool. (2015). *Vaders in beeld*. <https://vadersinbeeld.wordpress.com/>
- Badaoui, A., Kassm, S. A., & Naja, W. (2019). Fear and Anxiety Disorders Related to Childbirth: Epidemiological and Therapeutic Issues. *Current Psychiatry Reports*, 21(4). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1010-7>
- Becker, B., Hildenbrand, K., Whitcomb, R., & Sanders, J. (2009). Biophysiologic Effects of Warm Water Immersion. *International Journal of Aquatic Research and Education*, 3(1), 24-37. <https://doi.org/10.25035/ijare.03.01.04>
- Blokhuis, A., & Talma, D. (2014). *Draagkracht en veerkracht in de zorg*. Lannoo.
- Boekhorst, M. (2020). *Betrokkenheid van partner tijdens zwangerschap vermindert depressieve klachten bij zwangere vrouwen*. Tilburg University. <https://www.tilburguniversity.edu/nl/actueel/nieuws/zwangerschap-en-depressie-distress>
- Bogaerts, A. (2016). *Normale baring en kraambed* (vijfde druk). Garant.
- Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355- Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227-245. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>

- Buckley, S. (2015). *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care*. VHZB. <https://vhzb.nl/het-buckley-rapport/>
- Buonocore, G., & Bellieni, C. V. (2017). *Neonatal Pain: Suffering, Pain, and Risk of Brain Damage in the Fetus and Newborn* (2de editie). Springer Link. https://doi.org/10.1007/978-88-470-0732-1_11
- Carlsson, I., Ziegert, K., & Nissen, E. (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*, *31*(10), 1000-1007. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.005>
- Cheng, E., Rifas-Shiman, S., Perkins, M., Rich-Edwards, J., Gillman, M., Wright, R., & Taveras, E. (2016). The Influence of Antenatal Partner Support on Pregnancy Outcomes. *Journal of Women's Health*, *25*(7), 672-679. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5462>
- Cornelissen, L., & van Nie, H. (2020). Haptonomische zwangerschapsbegeleiding: meer affectief contact en minder stress. *Haptonomisch contact*, *31*(1), 4-6.
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2014). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(2), 187–195. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
- Eggermont, K. (2014). *Onderzoek naar noden van de partner tijdens arbeid & bevalling: Ontwikkeling van een vragenlijst door middel van een Delphi-procedure & pilootstudie* [Masterproef]. Universiteit Gent: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.
- Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning. (z.j.). *Aandacht voor vaders in de prenatale periode*. EXPOO. <https://www.expoo.be/aandacht-voor-vaders-in-de-prenatale-periode>
- Federale overheidsdienst. (2016). *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*. <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/vroedvrouwen>
- Ferdinandus, R., & Plooi, E. (2010). *Nieuw leven!* De haptonomische bibliotheek.
- Gabriel, M., Martín, L., Escobar, L., Villalba, F., Blanco, R., & Pol, T. (2009). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, *99* (11), 1630-1634. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x>

- Gallo, R. B., Santana, L. S., Ferreira, C. H., Marcolin, A. C., PoliNeto, O. B., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 59(2), 109-116. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(13\)70163-2](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(13)70163-2)
- Garthus-Niegel, S., Størksen, H. T., Torgersen, L., Von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2011). The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire – a factor analytic study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 160–163. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.573110>
- Göbel, A., Barkmann, C., Arck, P., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., & Mudra, S. (2019). Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style. *Midwifery*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102549>
- Gray, L., Watt, L., & Blass, E. (2000). Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics*, 105 (1). <https://doi.org/10.1542/peds.105.1.e14>
- Haptonomie en Belgique. (2020). *Liste des haptonomes de Belgique*. <https://www.haptonome.be/praticiens-haptonomie-belgique/>
- Hôpital Franco-Britannique. (2021). *Haptonomy*. <https://www.hopitalfrancobritannique.org/en/pre-natal-sessions/haptonomy/>
- Joore-Daems, R., & van Dalen, M. (2020). *Postnatale haptonomie in het vierde trimester: Basisbevestigend dragen*. VHZB. <https://vhzb.nl/postnatale-haptonomie-in-het-vierde-trimester-basisbevestigend-dragen-2/>
- KCE. (2020). *Ons land kan het met minder materniteiten doen*. <https://kce.fgov.be/nl/ons-land-kan-het-met-minder-materniteiten-doen>
- Klabbers, G. A., Paarlberg, K. M., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2018). Does haptotherapy benefit mother-child bonding in women with high fear of childbirth? *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 3(1), 1–7. <https://ijhh.org/>
- Klabbers, G. A., van Bakel, H. J., van den Heuvel, M., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2016). Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25(1), 107-127.
- Klabbers, G. A., Wijma, K., Paarlberg, K. M., Emons, W. H. M., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2014). Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter

- randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 385.
<https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-385>
- Klabbers, G. A., Wijma, K., Paarlberg, K. M., Emons, W. H. M., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2017). Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(1), 38–47.
<https://doi.org/10.1080/0167482x.2017.1398230>
- Klabbers, G. A., Wijma, K., van Bakel, H. J. A., Paarlberg, K. M., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2018). Resistance to fear of child birth and stability of mother-child bond. *Early Child Development and Care*, 190(2), 175–184.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1461093>
- Knaapen, M. (1992). *Het voelen gevoed* (5de druk). Overasselt.
- Lansinoh. (2021). *Wat elke moeder zou moeten weten over het vierde trimester*.
<https://www.lansinoh.be/wat-elke-moeder-zou-moeten-weten-over-het-vierde-trimester/>
- Loisen, N., Plees, E., Put, S., & Vanacker, J. (2018). Welk prenataal beleid kan de vroedvrouw toepassen bij tocofobie? [Bachelorproef]. UCLL bachelor in de vroedkunde.
- Macdonald, S., & Johnson, G. (2017). *Mayes' Midwifery* (15e editie). Elsevier.
- Mamba, A. M. (2018). Complicated Childbirth Aid Protocol Inspired by Luba-Kasai Therapeutic Practice. *Perinatology & Pediatrics*, 2(6).
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(28).
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- Nuijten, V. (2018). Haptotherapie vermindert angst voor de bevalling. *Haptonomisch contact*, 29(4), 11-13.
- Nuijten, V. (2018). *Fijn dat je er bent!* [Afbeeldingen] VHZB.
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–920.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13138>

- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Kenny, L. C., O'Neill, S. M., & Khashan, A. S. (2019). The prevalence and risk factors of fear of childbirth among pregnant women: A cross-sectional study in Ireland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(8), 1014-1023. <https://doi.org/10.1111/aogs.13599>
- Paica, C. I. (2017). Prenatal and Postnatal Psychological Counselling: The conscious assumption of the maternal role. *Journal of Experiential Psychotherapy*, 20(2), 24-31.
- Patel, A. (2017). *Haptonomy: How to bond with your baby like the French*. Global news. <https://globalnews.ca/news/3598974/what-is-haptonomy/>
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A. S. V., Wangel, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A. M., & Schei, B. (2015). Fear of Childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. *Birth*, 42(1), 48–55. <https://doi.org/10.1111/birt.12147>
- Scharstuhl, T. (2020). Postnatal parent-child guidance in water. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 1–9. <https://ijhh.org>
- United Nations. (2021). *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. United Nations: department of Economic and Social Affairs. <https://sdgs.un.org/goals>
- UZ Leuven. (2020). *Rugpijn tijdens zwangerschap*. <https://www.uzleuven.be/nl/rugpijn-tijdens-zwangerschap>
- Vandenbroeck, S., Vanbelle, E., De Witte, H., Moerenhout, E., Sercu, M., De Man, H., Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Sermeus, W., & Godderis, L. (2012). *Samenvattend rapport, een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen*. Stress en burn-out. <https://www.stressburnout.belgie.be/nl/herkennen/wat-zijn-stress-en-burn-out/wetenschappelijke-onderzoeken-en-publicaties>
- Van der Borgh, F. (2017). The Parental Center, An Early Prevention Area Protecting the Emotional Bonds of the Father-Mother-Baby Triad. *Journal of Preventive Medicine*, 2(3), 1–5. <https://doi.org/10.21767/2572-5483.100016>
- Van Kampen, M., & Vervaeke, M. (2008). *Stress* (1ste editie). Acco.
- Van Leur, M., Vermeulen, A., van Dam, W., & van der Meulen, M. (2018). *Fijn dat je er bent!* www.vhzb.nl
- Veldman, F. (2007). *Levenslust en levenskunst*. Van der Veer media.

- Vereniging van haptotherapeuten. (2021). *Haptotherapie*. <https://haptotherapeuten-vvh.nl/>
- VHZB. (2008). *Tastbaar welkom* (1ste editie). Wezep, Nederland: VHZB.
- VHZB. (2010). *Beroepsprofiel haptonomische zwangerschapsbegeleiders*. <https://vhzb.nl/wp-content/uploads/2020/06/beroepsprofiel-VHZB.pdf>
- VHZB. (2021). *Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders*. <https://vhzb.nl/>
- Vissers, A. (2018). Haptotherapie vermindert angst voor de bevalling. *Haptonomisch contact*, 29(4), 9-11.
- Vlaams Infocentrum voor Toekomstige Ouders. (z.j.). *Haptonomie*. Victo. <http://www.infocentrumtoekomstigeouders.be/zwangerschap/bewust-je-zwangerschap-beleven/haptonomie/>
- Wetenschappelijk instituut voor haptonomie*. (2021). www.haptonomie.com
- Wichman, P. (2021). *Basisbevestigend dragen: zo maak je verbinding met je kind*. Birthmatters. <https://www.birthmatters.be/wetenschap/basisbevestigend-dragen-zo-maak-je-verbinding-met-je-kind/>
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 84–97. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>
- World Health Organization. (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108571/E91129.pdf>
- Yohai, D., Alharar, D., Cohen, R., Kaltian, Z., Aricha-Tamir, B., Aion, S., Yohai, Z., & Weintraub, A. (2017). The effect of attending a prenatal childbirth preparedness course on labor duration and outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(1), 47-52. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0345>
- ZorgSaam. (2021). *Bekkenpijn, bekkeninstabiliteit en zwangerschap*. <https://www.zorgsaam.org/ziekenhuis/patientfolders/bekkenpijn-bekkeninstabiliteit-en-zwangerschap>

Bijlagen

A. Toestemming naamsvermelding interne promotor



Opleiding Bachelor in de Vroedkunde
Academiejaar 2020-2021
3VRK31 Bachelorproef

Toestemming/~~verzet~~ van de interne promotor tot het vermelden van hun naam op de bachelorproef

Naam student: *Birten Pots*

Titel van de bachelorproef:
Autonoomische pre- en postnatale
begeleiding van ouders en kind

Ik bevestig dat, *Sophie Accou* (naam en voornaam),
interne promotor van deze bachelorproef, geen expliciet verzet heeft aangetekend tot het vermelden
van ~~zijn~~/haar naam in deze bachelorproef.

De student behoudt het recht om ~~zijn~~/haar bachelorproef alsnog in te dienen op eigen
verantwoordelijkheid.

Handtekening student:

Datum: *27 april 2021*

B. Toestemming naamsvermelding externe promotor



Opleiding Bachelor in de Vroedkunde
Academiejaar 2020-2021
3VRK31 Bachelorproef

Toestemming van de externe promotor tot het vermelden van hun naam op de bachelorproef

Naam student: Biaten Pots

Titel van de bachelorproef:
Autonomsche pre- en postnatale begeleiding van ouders en kind

Ik, WICHMAN PATRICIA (naam en voornaam), externe promotor van deze bachelorproef, geef wel ~~of geen~~ (schrapping wat niet past) toestemming tot het vermelden van mijn naam in deze bachelorproef.

De student behoudt het recht om zijn/haar bachelorproef alsnog in te dienen op eigen verantwoordelijkheid.

Handtekening externe promotor:

Datum: 25/04/2021

