

OPVATTINGEN WETENSCHAP

VAN VROUWEN OVER VERSCHILLENDE BARINGSHOUDINGEN

Ank de Jonge* en
Toine Lagro-Janssen**

Samenvatting

Doel van het onderzoek: inzicht geven in de factoren die van invloed zijn op het gebruik van verschillende baringshoudingen door vrouwen en hun bevallingservaringen in relatie tot de gebruikte houdingen. Methode: semi-gestructureerde interviews werden gehouden onder twintig vrouwen om te komen tot een beter begrip van de relatie tussen baringshoudingen en bevallingservaringen.

Bevindingen: het advies van de verloskundige was de meest invloedrijke factor in de keuze voor een baringhouding. Als het medisch mogelijk was, hadden vrouwen baat bij de autonomie om zelf de voor hen meest geschikte baringshouding te vinden. Hun keuzes en hun ervaringen varieerden enorm. Vrouwen waren, ongeacht etniciteit, het meest bekend met de rugligging tijdens de uitdrijving, maar waardeerden praktische informatie over ander mogelijkheden.

Conclusie: verloskundigen kunnen op het gebied van baringshoudingen een belangrijke rol spelen in het verbreden van de keuzemogelijkheden voor vrouwen.

Verloskundigen moeten vrouwen aanmoedigen die houdingen te kiezen die voor hen het beste zijn, door ze praktische informatie te geven gedurende zwangerschap en bevalling.

Inleiding

Tot de zeventiende eeuw was een verticale baringshouding gebruikelijk in westerse landen^[1,2]. Na de introductie van obstetrische instru-

Wat vinden vrouwen van de verschillende houdingen die je kunt aannemen tijdens de bevalling? Baringshoudingen zijn onderwerp van intensieve studie voor Ank de Jonge en Toine Lagro-Janssen. Zij richtten een kwalitatief onderzoek in een Nederlandse eerstelijns populatie, waarin vrouwen uitgebreid aan het woord komen. Deze vrouwen zien een belangrijke, adviserende rol weggelegd voor verloskundigen.

menten, zoals de forceps, kwam de rugligging in zwang, meer voor het gemak van professionals dan voor de vrouwen zelf^[3,4]. In veel niet-westerse landen is de verticale baringshouding nog steeds heel gebruikelijk^[3,5,6]. Wanneer vrouwen zelf mogen kiezen, zullen zij verschillende houdingen gebruiken^[6-8]. De rugligging is echter zo normaal geworden dat noch professionals, noch vrouwen het als een interventie beschouwen^[3]. Gedurende de laatste decennia van de twintigste eeuw hebben andere houdingen aan populariteit gewonnen, maar nog steeds bevalt de meerderheid van de vrouwen in de westerse wereld in rugligging^[9,10].

In veel gerandomiseerde trials zijn de voordelen van de ene houding boven de andere bestudeerd. Twee meta-analyses van deze trials geven aan dat de meeste vrouwen de voorkeur geven aan andere houdingen dan de rugligging en dat meer vrouwen goede ervaringen hebben met andere soorten houdingen^[11,12]. Bij rugligging meldden

meer vrouwen ernstige pijn en vonden zij het moeilijk om te persen. Echter, rekening houdend met methodologische problemen moeten deze resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Hoewel kwantitatieve data een indruk geven van de ervaringen van vrouwen, verklaren ze niet hoe de verschillende houdingen bijdragen aan de bevallingservaring. Kwalitatieve methoden zijn meer geschikt om verbanden tussen gebeurtenissen en activiteiten bloot te leggen en te onderzoeken hoe mensen de factoren interpreteren die deze verbanden bepalen^[13]. In deze studie werden semi-gestructureerde interviews gebruikt om inzicht te krijgen in de voordelen die verschillende baringshoudingen voor vrouwen hadden en in de implicaties voor verloskundigen die vrouwen begeleidden bij het aannemen van de houdingen die het meest geschikt voor hen zijn.

* A. de Jonge, verloskundige,
MSc Public Health.

** T. Lagro-Janssen, huisarts, hoogleraar
Vrouwenstudies Geneeskunde,
Afdeling Huisartsgeneeskunde,
UMC St Radboud, Nijmegen.

De vertaling uit het Engels is van
Kristel Zeeman in samenwerking
met Ank de Jonge.

Dit artikel verscheen eerder als "Birthing Positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions". In: *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:47-55.

WETENSCHAP

Methoden van onderzoek

Deze studie vond plaats in Nijmegen van april tot december 2002. Een pilot cohort studie werd uitgevoerd om de voor- en nadelen te bepalen van de rugligging versus andere houdingen gedurende de uitdrijving. Alleen die vrouwen werden geïnccludeerd, die aan het begin van de uitdrijving onder begeleiding van de verloskundige waren. Na een schriftelijke toestemming van de vrouw, verzamelden de verloskundigen medische gegevens over de bevalling en vulden ze een registratieformulier met vragen, die betrekking hadden op baringshoudingen, in. Ongeveer zes weken na de bevalling werd een vragenlijst aan de vrouwen opgestuurd met als doel het verzamelen van kwantitatieve informatie over hun ervaringen en gezondheidsproblemen. Ze werden gevraagd om aan te geven of ze wilden deelnemen aan een interview, 7 tot 19 weken na de bevalling. Individuele interviews werden gehouden om diepgaande persoonlijke data te verzamelen en om zogenaamde 'minority opinions' te horen^[14]. Hoewel de nadruk lag op houdingen tijdens de uitdrijving, werden de vrouwen ook gevraagd naar hun houdingen gedurende de ontsluitingsperiode, omdat wij aannamen dat deze de uitdrijvingsfase beïnvloedden en omdat vrouwen niet altijd onderscheid ervaren tussen de verschillende fases. Tijdens de interviews werd een lijst van onderwerpen gebruikt met semi-gestructureerde vragen. De onderwerpen omvatten factoren die de keuze voor een houding bepalen, de invloed van baringshoudingen op de bevallingservaring, de voorbereidingen wat betreft baringshoudingen bij de verloskundige of op de zwangerschaps cursus, de invloed van houdingen op gezondheidsproblemen en de houdingsvoorkeur voor een volgen-

de bevalling. Enkele vragen werden aangepast na twee pilot interviews en een aantal nieuwe onderwerpen, die bij deze interviews naar boven kwamen, werd aan de lijst toegevoegd. Zo werd bijvoorbeeld een vraag toegevoegd naar de rol van verhalen van andere vrouwen in de voorbereiding naar de bevalling. Vrouwen van etnische minderheden werd een extra vraag gesteld naar de gewoonten in hun land van herkomst wat betreft baringshoudingen. Ook werd het onderwerp 'schaamte bij een bepaalde baringshouding' toegevoegd omdat dat een relevant thema bleek voor sommige vrouwen.

De vrouwen kozen de plek van het interview. Eén vrouw werd geïnterviewd in een gezondheidscentrum, alle andere vrouwen werden thuis geïnterviewd. Schriftelijke toestemming werd verkregen aan het begin van het interview en de vrouwen werd verteld dat ze op elk moment konden beslissen om niet verder deel te nemen of een vraag niet te beantwoorden als zij zich daar oncomfortabel bij voelden. Hun namen werden verwijderd uit de transcripten en alleen de twee onderzoekers hadden toegang tot de originele interviews. De interviewer was tevens een van de verloskundigen die zorg droegen voor de vrouwen en in vijf gevallen begeleidde zij ook de bevalling. Omdat dit gemakkelijk kon leiden tot een bias door sociaal wenselijk gunstig commentaar op de begeleiding, werden de vrouwen aangeemoedigd zeer kritisch te zijn gedurende het interview en om de interviewer niet te zien als hun verloskundige maar als een onderzoeker die geïnteresseerd is in de verbetering van verloskundige zorg. Alle interviews werden opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd door de interviewer. De achtergrondinformatie van het pilot-

onderzoek werd gebruikt in de analyse, alsook de antwoorden van verloskundigen en vrouwen op de registratieformulieren en de vragenlijsten. Deze 'triangulatie' van onderzoeksmethoden verbeterde de kwaliteit van de bevindingen^[15]. De teksten werden gecodeerd in categorieën om de data te analyseren. De thema's die vervolgens naar boven kwamen werden geformuleerd^[14] en bediscussieerd met de tweede onderzoeker, die ook alle interviews las. Simpele teltechnieken werden gebruikt om een impressie te krijgen van het geheel aan data en niet alleen van een paar geselecteerde fragmenten. Citaten werden geselecteerd om de thema's te illustreren.

Participanten

Er was geen toestemming van een ethische commissie nodig, omdat de vrouwen allemaal patiënten waren van de verloskundige praktijk van de onderzoeker. Om een gevarieerde steekproef van deelnemers te verkrijgen, werd een doelgerichte samplingmethodologie gebruikt^[17]. In eerste instantie werden alle vrouwen die wilden deelnemen geïnccludeerd. Later werden bepaalde vrouwen speciaal geselecteerd, om nieuwe informatie te genereren. Dit waren vrouwen die verschillende baringshoudingen hadden gebruikt of interessante gezichtspunten hadden geuit op de vragenlijsten en vrouwen uit etnische minderheidsgroeperingen. Er werden slechts drie vrouwen van niet-Nederlandse afkomst geïnterviewd. Een vrouw kwam uit Zuidwest-Azië, een uit West-Afrika en een was een geboren Nederlandse met ouders uit Oost-Europa. Van de twintig geïnterviewde vrouwen kregen acht hun eerste kind (tabel 1). Dertien vrouwen gebruikten meer dan één houding gedurende de uitdrijving.

Tabel 1: Karakteristieken van participanten

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------|-------------|--------------|----------------|---------|------------------------------|-----------------|-------|------------------|------------------|
| Participant nr | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 |
| Pariteit | P1 | P2 | P0 | P1 | P1 | P0 | P1 | P1 | P1 | P0 |
| Meest gebr. houding ontsluiting | Ander# | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander |
| Houdingen uitdrijving | Rug | H&K@ | Rug Zij H&K | Rug Staand H&K | Rug Zij | Rug | Staand Baarkruk | Rug | Rug Baarkruk Zij | Rug Zij Baarkruk |
| Meest gebr. houding uitdr | Rug | Ander | Ander | Ander | Rug | Rug | Ander | Rug | Rug | Ander |
| Houding geboorte | Rug | H&K | Rug | Staand | Zij | Rug | Baarkruk | Rug | Zij | Baarkruk |
| Duur uitdr/min | 3 | 9 | 19 | 25 | 3 | 9 | 8 | 9 | 35 | 60 |
| Perineum | Intact | Intact | 2e | 2e | Intact | Intact | 2e | 2e | 2e | 2e |
| Locatie | Zhs | Thuis | Zhs | Thuis | Thuis | Zhs | Thuis | Zhs | Thuis | Thuis |
| Participant nr | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 * | P17 | P18 | P19 | P20 |
| Pariteit | P1 | P0 | P1 | P1 | P1 | P0 | P0 | P0 | P0 | P1 |
| Meest gebr. houding ontsluiting | Rug | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander | Ander |
| Houdingen uitdrijving | Rug | Rug Zij H&K | Rug Baarkruk | Rug Zij | Rug Zij | Rug, Zij Staand Baarkruk H&K | Rug | Rug | Staand Baarkruk | Rug Zij |
| Meest gebr. houding uitdr | Rug | Ander | Ander | Rug | Ander | Ander | Rug | Rug | Ander | Rug |
| Houding geboorte | Rug | Rug | Baarkruk | Rug | Zij | Rug | Rug | Rug | Baarkruk | Rug |
| Duur uitdr/min | 3 | 67 | 15 | 3 | 15 | 147 | 48 | 43 | 46 | 98 |
| Perineum | 2e | Intact | 2e | 2e | 2e | Epi | Intact | 2e | 2e | 2e |
| Locatie | Thuis | Zhs | Thuis | Thuis | Thuis | Zhs | Thuis | Thuis | Thuis | Thuis |

Ander=andere houdingen dan rugligging gecombineerd

@ H&K=handen en knieën

* = verwezen naar de tweede lijn voor niet vorderende uitdrijving/vacuüm extractie (geen andere patiënt werd verwezen)

Tien vrouwen gebruikten vooral de rugligging en tien met name andere houdingen. Elf vrouwen bevielden in rugligging en negen in een andere houding. Zes vrouwen bevielden in het ziekenhuis en veertien thuis.

Bevindingen Factoren die het gebruik van baringshoudingen beïnvloeden

Het advies van de verloskundige was veruit de belangrijkste factor die de keuze van een barings-

houding beïnvloedde. Zeventien geïnterviewde vrouwen zeiden dit expliciet. Een vrouw vermeldde bijvoorbeeld op haar vragenlijst:

De rol van de verloskundige is ook erg belangrijk, je volgt toch min of

WETENSCHAP

meer zijn/haar aanwijzingen op, vooral tijdens een 1e bevalling.

Slechts een vrouw was vastbesloten dat ze een volgende bevalling de baarkruk wilde gebruiken, ook als de verloskundige haar iets anders zou adviseren. Twee vrouwen stelden dat ze een volgende keer hun eigen voorkeurshoudingen zouden gebruiken, tenzij de verloskundige andere posities zou suggereren om medische redenen.

Verloskundigen gaven op het registratieformulier aan dat ze tien vrouwen hadden geadviseerd een bepaalde houding aan te nemen om medische redenen, zoals foetale bradycardie of matige vordering. Vrouwen met een snelle uitdrijvingsfase waren geneigd de rugligging te gebruiken. Zes van de acht vrouwen met een uitdrijving van minder dan tien minuten gebruikten voornamelijk de rugligging, terwijl acht van de twaalf vrouwen met een uitdrijving van meer dan tien minuten vooral andere houdingen gebruikten. Twee vrouwen gingen liggen zodat de verloskundige hen kon onderzoeken en bleven vervolgens in die positie voor de geboorte. Een vrouw, die tijdens de ontsluitingsperiode rechtop was gebleven zei:

...toen ik wilde persen zei ze, nu moet je even op je rug gaan liggen zodat ik kan onderzoeken hoe ver je bent en OF je mag persen, ja en toen...het hoofdje kwam er al aan dus dat ging allemaal heel snel, toen bleef ik zo liggen...

Andere invloeden op het gebruik van baringshoudingen waren: de informatie die vrouwen van verloskundigen kregen in zwangerschaps cursussen, informatie via de media en informatie uit verhalen van andere vrouwen. Achttien vrouwen zeiden dat de rugligging volgens

hen de meest gebruikte houding is in Nederland. Zij noemden deze houding de 'normale', 'traditionele' of 'ouderwetse' houding. Twee van de niet-Nederlandse vrouwen dachten dat ook in hun land van herkomst de rugligging de meest voorkomende was. Een vrouw wist niets over de gewoonten in haar land van herkomst:

Ik weet over [mijn land], maar op een andere manier maar niet over de bevalling...want bevallen daar praat je niet over...ze zullen zeggen dat je een kind bent...je mag er niet over praten... alleen mensen die bevallen zijn en als je maar één keer bevallen bent, tellen ze die niet eens...

De partners van de vrouwen beïnvloedden hun keuze voor een bepaalde houding niet, vrouwen verwachtten ook geen advies van hen.

Op de vraag naar het verschil in gebruik van baringshoudingen thuis of in het ziekenhuis, antwoordden veertien vrouwen dat de plaats van geboorte geen verschil zou uitmaken. Twee dachten meer ruimte te hebben in het ziekenhuis, wat het voor begeleiders makkelijker maakt ondersteuning te bieden bij houdingen buiten het bed. Twee vermeldden dat de afwezigheid van een bad in het ziekenhuis een nadeel was. Vier vrouwen veronderstelden dat de sfeer in het ziekenhuis hen zou belemmeren; dat ze gebonden waren aan een kamer, terwijl ze thuis van de ene naar de andere kamer konden gaan en gemakkelijker andere houdingen konden uitproberen. Een vrouw die thuis op de baarkruk beviel zei:

X: ik denk als je in je eigen huis bent, dan voel je je toch wel vertrouwd en op je plaats en dan ga je ook meer dingen uitzoeken zelf...ik denk dat

je dat niet zo snel doet in een ziekenhuis...

I: waarom niet?

X: ja, dat's een goeie vraag, waarom niet...ja omdat het vertrouwd er niet is,[...]...als je je ergens niet op je gemak voelt hè, [...] ...dan komen er ook minder ideeën in je hoofd op denk ik...van, dat zou'k es kunnen doen of dat zou'k es kunnen doen....

Effect op de bevallingservaring

Drie vrouwen hadden het gevoel dat de pijn intenser was in een verticale dan in een horizontale houding en twee vrouwen dachten het tegenovergestelde. Twee vrouwen voelden intensere pijn in rug- dan in zijligging. Vier vrouwen zeiden dat de houding geen invloed had op de intensiteit van de pijn.

Voor negen vrouwen had de houding geen invloed op het soort pijn. Twee vrouwen ervoerden meer rugpijn in rugligging, terwijl bij twee vrouwen de pijn juist afnam in deze houding, door de tegendruk van het bed. Een vrouw, die alleen verticale houdingen gebruikte, voelde meer buikpijn toen ze zat en meer rugpijn bij het staan. Vijf vrouwen voelden zich minder moe in de rugligging dan in een verticale houding of zijligging en een vrouw voelde minder vermoeidheid op de baarkruk dan in rugligging. Een vrouw had zich voorgenomen om op de baarkruk te bevallen, die ze ook enige tijd gebruikte, maar op het laatst werd ze moe en ging ze op haar rug liggen. Achteraf had ze het idee dat ze de volgende keer zou overwegen op handen en knieën te bevallen, omdat je zo een verticale houding kunt combineren met de mogelijkheid om tussendoor te rusten. Acht vrouwen hadden het gevoel meer controle over het persen te hebben tijdens de uitdrijving in een verticale houding. De volgende

vrouw gebruikte de rugligging, de zijligging en de baarkruk:

...toen ik eenmaal op die kruk zat, kon ik me ook een beetje beter concentreren weet je wel, dan is het net of je je maar op een punt hoeft te concentreren en dat je zoiets hebt van, oké, persen beneden [...] want op het bed dan moet je je hele lichaam gebruiken, pijn in je nek, pijn in je schouders, pijn in je armen...

Twee vrouwen ervoeren het tegenovergestelde. Een van hen probeerde het op handen en knieën en in zijligging voordat ze een rugligging aannam, die ze het prettigst vond:

X: ja, dat ging goed eigenlijk had ik het gevoel dat ik meer kracht meteen naar beneden kon drukken daardoor

I: ja, dat vond je makkelijker dan in die andere houdingen

X: ja ik vond dat ik kon meer echt de kracht geven van waar het moest zijn Kijk anders geef je kracht met je hele lichaam maar het is eigenlijk de bedoeling dat je het helemaal naar beneden toedrukt... Nou dat kon ik toen heel goed ja

Twee vrouwen hadden het gevoel meer controle te hebben in een staande positie dan op de baarkruk. Een vrouw had de meeste controle in zijligging, vergeleken met andere posities.

Drie vrouwen zeiden dat ze de rugligging de meest gênante houding vonden, vooral in het ziekenhuis, omdat (onbekende) mensen die de kamer binnenkwamen recht in hun vagina konden kijken. Een vrouw beviel de eerste keer op haar rug in het ziekenhuis, wat ze vreselijk vond, omdat "al die mensen op me neer keken". Deze keer beviel ze thuis en gebruikte ze verschillende houdingen. Tijdens de uiteindelijke geboorte lag ze op haar rug, maar dit keer vond ze het niet gênant,

omdat ze het gevoel had dat er een gelijkwaardige relatie bestond tussen haar en haar begeleiders. Ze voelde zich vrij om te bewegen zoals zij dat wilde, waardoor ze meer controle ervoer.

Een vrouw associeerde de handen-en-knieënhouding met de houding van een hond en de baarkruk met een toilet. Ze aarzelde daarom ook om deze houdingen te proberen, maar zou dat wel doen als de verloskundige haar dat zou adviseren. Hoewel drie vrouwen meer pijn voelden in een verticale houding wilden ze allemaal deze houding opnieuw gebruiken bij een volgende bevalling. Een vrouw was tweemaal bevallen in rugligging. Bij haar derde bevalling adviseerde de verloskundige haar te gaan staan vanwege een matige vordering.

X: ja, ik vond het wel heftiger... ehm...want ik merkte [...]...bij het persen bijvoorbeeld, ik merkte toen ik van het bed afkwam, [...] dat de druk gewoon een stuk groter werd [...] op de rug was eigenlijk lekkerder ja

I: was wat comfortabeler

X: ja...nou ja, wat dat betreft, maar ik vond lekkerder zo dat je wat meer kon doen met je lichaam...tijdens die heftige pijn dan kromde ik mijn rug wat, dan dook ik een beetje naar beneden, dat klinkt misschien heel stom, maar dat was wel heel lekker, ja, dus wat dat betreft was het wel... ja, het heeft voor- en nadelen denk ik.

Zes vrouwen vermeldden dat het aannemen van verschillende houdingen hen afleidde van de pijn. Alle vrouwen waren redelijk tot zeer tevreden met de houdingen die ze hadden gebruikt. Van de tien vrouwen die vooral de rugligging hadden geprobeerd, wilden vier dit volgende keer in eerste instantie weer proberen; drie zouden een zijligging prefereren, twee gaven de voorkeur aan een verticale houding en een had geen voorkeur. Van de

tien vrouwen die vooral verticale houdingen hadden geprobeerd, wilden zes dit de volgende keer opnieuw. Drie vrouwen gaven de voorkeur aan een liggende houding de volgende keer. Een vrouw was de eerste keren in rugligging bevallen en deze keer op handen en knieën en zei dat ze een volgende keer een van beide houdingen zou aannemen.

Alle vrouwen benadrukten de noodzaak van flexibiliteit en zouden ook andere vrouwen een open houding willen adviseren. Een vrouw, die haar eerste kind kreeg, had zich voorgenomen om de baarkruk te gebruiken, maar wilde tijdens de bevalling alleen maar liggen:

I: stel dat je vrouwen tegen komt hè, die voor de eerste keer zwanger zijn...[...]... Zou je iets aanraden op het gebied van houdingen?

X: nee, [...] ik denk niet dat je definitief al kunt zeggen van nou zo wil ik bevallen en zo gaat het gebeuren...dat zou ik denk ik als advies meegeven, van als het zover is dan merk je van zelf wel eh...wat voor jou het prettigste is...

Het advies van de verloskundige, de duur van de bevalling, het soort pijn en de medische indicaties waren de factoren die invloed hadden op de keuze voor een bepaalde baringshouding.

Effecten op de gezondheid na de bevalling

Vrouwen vonden het erg moeilijk om de houding tijdens de bevalling te relateren aan de ontwikkeling van bekkenpijn, incontinentie, moeheid of moeilijkheden in het dagelijks leven na de bevalling. Drie vrouwen zagen wel een relatie tussen baringshoudingen en emotioneel welbevinden na de bevalling. Ze suggereerden dat de mogelijkheid om te kunnen kiezen

WETENSCHAP

voor bepaalde baringshoudingen onderdeel uitmaakt van de mogelijkheid invloed uit te oefenen op omstandigheden tijdens de baring. Dit werd gezien als een belangrijke factor voor emotioneel welbevinden na de bevalling. Een vrouw had de eerste keer een moeilijke ziekenhuisbevalling en ontwikkelde daarna een postpartumdepressie. Deze keer beviel ze thuis waar ze verschillende houdingen gebruikte en ze gaf aan zich emotioneel veel beter te voelen:

I: dus het is niet alleen de houding, maar ook de soort bevalling en waar het was...?

X: de soort bevalling en waar het was, ja...en dat er gewoon zoveel ingegrepen moest worden...ja

I: maar de houding speelde ook een rol denk je...?

X: ja zeer zeker...

I: dat heeft je een beter gevoel gegeven?

X: ja, ja, dat ik het echt zelf heb kunnen doen... Ja, dat je zelf een beetje de regie kan hebben...ja, natuurlijk met ondersteuning van de verloskundige...dat is natuurlijk heel belangrijk...maar ik vind da' je ook, ja, hoe meer je zelf kunt aangeven, of zelf je houdingen proberen te zoeken, vind ik het beter voor het verwerkingsproces dan wanneer iemand zegt van, 'en nou ga jij liggen, en je perst maar even mee', kijk, want dan heb ik zoiets van... [...] ...je hebt het niet zelf kunnen doen....

Een vrouw beschouwde de baarkruk als oorzaak van de zwelling in haar vagina na de geboorte. Een andere vrouw veronderstelde dat de baarkruk ervoor gezorgd had dat ze ernstiger was uitgescheurd, wat leidde tot incontinentie en seksuele problemen. Toch zeiden deze vrouwen dat ze de baarkruk opnieuw zouden gebruiken, omdat hun problemen verbeterden en ze het gevoel hadden dat de voor-

delen opwogen tegen de mogelijke nadelen.

Behoeft e aan informatie

Achttien vrouwen vonden het belangrijk dat de verloskundige informatie gaf over baringshoudingen, sommigen zeiden dat ze dat van de verloskundige verwachtten. Zoals een vrouw zei:

ja, eigenlijk vind ik achteraf vond ik het gek eigenlijk [...] je bent er zo vaak [op het spreekuur], zoveel gesprekken zit je daar en iets heel essentieels als baringshoudingen wordt eigenlijk niet besproken

Vrouwen hechtten belang aan deze informatie in hun voorbereidingen voor de bevalling, bijvoorbeeld om ruimte te maken voor de baarkruk. Als ze informatie hadden ontvangen, zouden ze al vanaf het begin van de bevalling diverse houdingen hebben geprobeerd, voordat de verloskundige voor de eerste keer arriveerde. Ook zouden ze minder aarzelen om de meer ongebruikelijke houdingen te gebruiken als die door de verloskundige tijdens de zwangerschap waren genoemd. Zeven vrouwen volgden een zwangerschaps cursus. Gedurende deze cursus werden veel meer baringshoudingen besproken dan door de verloskundige en de vrouwen stelden deze voorbereiding zeer op prijs. Voornamelijk praktische informatie werd gewaardeerd maar zou volgens enkele vrouwen beter kunnen. Een vrouw die staande beviel, was er graag op voorbereid dat de baby haar tussen haar benen door werd aangereikt. Een andere vrouw had de diverse houdingen graag tijdens de informatie avond van de verloskundigen willen uitproberen. Een andere vrouw zou een video op prijs hebben gesteld die ze mee naar huis kon nemen, zodat ze de houdingen in haar eigen

omgeving had kunnen uitproberen. Twee vrouwen, die beiden hun tweede kind verwachtten, vonden de afwezigheid van zulke informatie geen probleem, maar hadden het geen bezwaar gevonden als baringshoudingen waren besproken. Een vrouw vond de informatie van de zwangerschaps cursus voldoende, maar anderen stelden dat niet alle vrouwen meedoen aan zulke cursussen en dat verloskundigen daarom zouden moeten voorzien in deze informatie.

Discussie

Er is een gebrek aan kennis over de voorkeuren van vrouwen wat betreft baringshoudingen in relatie tot de dynamiek tussen de verloskundige en haar cliënt^[8]. In dit onderzoek zeiden vrouwen van hun verloskundige te verwachten dat zij professioneel advies geeft over baringshoudingen en dat dit advies meer invloed had dan hun persoonlijke voorkeur. Wanneer hun medische situatie het toeliet, wilden de vrouwen het liefst die houdingen vinden die het beste bij hen pasten, door een combinatie van hun eigen voorkeuren en de suggesties van de verloskundige. De vrijheid om houdingen aan te nemen gaf hen een grotere invloed op hun eigen bevalling, wat in het algemeen bijdroeg aan een betere ervaring en voor sommige vrouwen een betere emotioneel welbevinden nadien. Acht vrouwen hadden meer controle over het persen in een verticale houding. Dit komt overeen met de kwantitatieve onderzoeksbevindingen van Chen et al^[18]. De twee vrouwen die meer controle ervoeren in rugligging laten echter zien dat de ervaringen van vrouwen variëren. Sommige vrouwen konden beter overweg met de pijn wanneer zij verschillende houdingen gebruikten, wat overeen komt met de bevindingen

van andere auteurs^[19,20,21].

Twee vrouwen bevielen in rugligging omdat ze moesten gaan liggen voor een vaginaal toucher, waarna ze snel bevielen. Als een vrouw comfortabel is in een verticale positie en persdrang krijgt, zou de verloskundige kunnen overwegen een tijdje te wachten, om te zien of het hoofd verschijnt. Ze kan zo een onderzoek en een ongewenste houdingsverandering vermijden. Als de verloskundige echter meent dat volledige ontsluiting onwaarschijnlijk is, zal een onderzoek noodzakelijk zijn^[22]. Ook suggereert men in de literatuur dat een rugligging nuttig kan zijn in de vertraging van een snelle bevalling^[20,23]. Dit heeft mogelijk een rol gespeeld in dit onderzoek, omdat meer vrouwen met een korte uitdrijvingsperiode de rugligging gebruikten en vier vrouwen en een verloskundige dit als reden opgaven voor de rugligging.

De partner beïnvloedde zelden de keuze voor een houding en zelden was het soort steun dat de partner kon geven in een bepaalde positie een belangrijke factor.

Hoewel vrouwen in kwantitatieve studies minder pijn leken te ervaren in verticale posities^[24,25,26], waren onze data niet consistent. Het type en de intensiteit van de pijn en de daarbij horende voorkeur voor een bepaalde baringshouding varieerden enorm. Een reden voor het verschil in bevindingen kan zijn dat vrouwen in een kwantitatieve studie moeten kiezen tussen een paar vooropgestelde antwoorden die niet geheel hun zienswijze weergeven^[17].

Wanneer hen werd gevraagd de mate van pijn aan te geven, kan de mate van tevredenheid over de bevalling en het gevoel controle te hebben gehad, hun antwoorden hebben beïnvloed. Controle hebben leek belangrijker dan de mate

van pijn, wat blijkt uit de antwoorden van drie vrouwen die een verticale positie prefereerden ondanks de toegenomen weeënintensiteit. Schaamte was een issue voor een aantal vrouwen bij het gebruik van sommige houdingen, maar dat weerhield hen er niet van ze te gebruiken als dit voordelen voor hen kon hebben. De schaamte verminderde ook wanneer de vrouwen van te voren werden geïnformeerd over verschillende houdingen en wanneer ze het gevoel hadden controle te hebben over hun baring.

In het ziekenhuis voelden sommige vrouwen zich meer beschaamd en minder vrij om verschillende posities uit te proberen. Het gevoel dat je in het ziekenhuis minder invloed op de baring kunt uitoefenen, was een belangrijke reden daarvoor.

Het feit dat de interviewer een van de zorgverleners was van de vrouwen, kan de vrouwen hebben aangezet tot het geven van wenselijke antwoorden. Veel vrouwen wisten dat de interviewer een voorstander was van het proberen van verschillende baringshoudingen en mogelijk hadden zij het idee dat ze zocht naar de voordelen van verticale houdingen. Hoewel er veel voordelen van de rugligging én nadelen van verticale houdingen werden genoemd, en zeven vrouwen zeiden dat ze een rugligging prefereerden, kan er toch sprake zijn van een bias. Vrouwen van etnische minderheden waren terughoudend in hun deelname. De taalbarrière was een praktisch probleem voor enkelen van hen. Sommigen zeiden niets te vertellen te hebben over het onderwerp. Schaamte bij het bespreken van de bevallingservaring kan een rol hebben gespeeld, zoals een vrouw uitlegde in wiens geboorteland het praten over de geboorte taboe is. Mogelijk ook speelde terughoudendheid een rol om door een blanke onderzoeker geïnter-

viewd te worden^[27]. Het was wellicht beter geweest de vrouwen persoonlijk of telefonisch uit te nodigen voor een interview, in plaats van hen te vragen via de vragenlijst. Zo had uitgelegd kunnen worden hoe belangrijk inzicht in hun ervaringen is. Een onverwachte bevinding was dat de drie vrouwen van niet-Nederlandse afkomst niet bekend waren met verticale baringshoudingen^[3,5,6]. De rugligging kan de norm zijn geworden in veel niet-westerse landen door westerse medische invloeden, zoals blijkt uit het feit dat twee vrouwen veronderstelden dat de rugligging de meest gebruikte houding was in hun land van herkomst.

Verschiedende auteurs benadrukten het belang van het geven van informatie aan vrouwen als voorbereiding op de bevalling^[28,29]. Vrouwen in dit onderzoek vonden het belangrijk dat verloskundigen informatie gaven over baringshoudingen gedurende zwangerschap en bevalling. Ze gaven de voorkeur aan exacte informatie over praktische zaken en suggereerden het idee van een folder met plaatjes van de verschillende mogelijkheden en de bijbehorende baringsmechanismen. Elf vrouwen zouden bij de volgende bevalling graag een verticale houding aannemen en alle vrouwen benadrukten de noodzaak van flexibiliteit. De baringshouding hangt af van het verloop van de bevalling. Niettemin is de rugligging de meest gebruikelijke houding in de westerse wereld. Vrouwen hoorden van deze houding via de media en via verhalen van andere vrouwen. Vrouwen in dit onderzoek hebben duidelijk laten zien dat ze een keur aan opties op prijs stellen. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen welke factoren verloskundigen en andere zorgverleners zouden helpen om de keuzemogelijkheden te verbreden

WETENSCHAP

en vrouwen te helpen de voor hen meest geschikte houding te gebruiken.

Conclusies

De keuze voor een baringshouding werd meer bepaald door het advies van de verloskundige dan door de persoonlijke voorkeuren van de vrouw. Vrouwen beschreven dat het gevoel van controle werd vergroot wanneer zij aangemoedigd werden de beste baringshoudingen voor zichzelf te kiezen. Dit droeg voor sommige vrouwen bij aan een goede ervaring en een goed emoti-

oneel welbevinden na de bevalling. De beleving van het soort en het type pijn en de bijbehorende voorkeur voor een bepaalde houding varieerde aanzienlijk. Vrouwen waren het meest bekend met de rugligging, omdat dit de meest gebruikte ligging is in westerse samenlevingen. De meeste vrouwen zouden praktische informatie van verloskundigen over baringshoudingen tijdens zwangerschap en baring prettig vinden. Dit zou hun keuzemogelijkheden verbreden. Onderzoek zou zich in de toekomst moeten richten op de facto-

ren die verloskundigen en ander zorgverleners in staat stellen vrouwen te helpen de voor hen meest geschikte houding te gebruiken.

Dankwoord

We zijn veel dank verschuldigd aan de vrouwen die tijd vrijmaakten om deel te nemen aan de interviews en die hun intieme bevalingservaringen met ons wilden delen. Wij zijn de verloskundigen Ria Bierman, Marja van Lankveld-de Vreede en Rianne Dinnessen dankbaar voor hun enthousiaste deelname aan het onderzoek. Verder bedanken wij Angela Jackson, die



Een must voor alle verloskundigen

Soms is het nodig om direct na de geboorte de baby te reanimeren. Omdat u geen tijd hebt te wachten op de ambulance, moet u onmiddellijk in actie komen.

Op de cursus '**Reanimeren van pasgeborenen**' leert u wat u moet doen bij pasgeboren baby's met een slechte start.

Gedurende één cursusavond van 3 uur besteden we uitgebreid aandacht aan het reanimeren direct na de bevalling. De cursus wordt gegeven volgens de Guidelines for Pediatric Life support van de European Resuscitation Council en de richtlijnen van de NVK (2004). Tevens is de cursus gecertificeerd door de KNOV.

Just in Time is de specialist op het gebied van cursussen kinderEHBO en -reanimatie. Alle docenten werken in de spoedeisende medische hulpverlening. Bovendien zijn ze 'PALS' (pediatric advanced life support) en NLS (Newborn Life Support) gecertificeerd, waardoor u zich verzekerd weet van de hoogste graad van deskundigheid.

Just in Time

Joh. van Burenstr. 13 - 7552 VN Hengelo - T: 074-2505447 - F: 074-2505507 - E: info@kinderehbo.nl

advies gaf over het Engels taalgebruik (in de oorspronkelijke versie) en Charles Agyemang voor zijn aanbevelingen tijdens het onderzoek. □

Referenties

- [1]. Banks E. Labouring in comfort. *Nurs Times*. 1992;88(31):40-41.
- [2]. Gélis J. Hastening the hour of deliverance. In: *History of Childbirth. Fertility, Pregnancy and Birth in Early Modern Europe*. Translated by Rosemary Morris. [L'arbre et le fruit. Arthème Fayard, 1984] Cambridge: Polity Press; 1991:121-133.
- [3]. Atwood RJ. Parturitional posture and related birth behaviour. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1976;Suppl 57:1-25.
- [4]. Boyle M. Childbirth in bed. The historical perspective. *Pract Midwife*. 2000;3(11):21-24.
- [5]. Russel AGB. The rationale of primitive delivery positions. *BJOG*. 1982;89:712-15.
- [6]. Hunt LM, Glantz NM & Halperin DC. Childbirth care-seeking behavior in Chiapas. *Health Care Women Int*. 2002; 23: 98-118.
- [7]. Carlson J, Sachtleben-Murray M & Fenwick L. Maternal position during parturition in normal labor. *Obstet & Gynaecol*. 1986;68(4):443-447.
- [8]. Hanson L. Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 1: Position use and preferences. *J Nurse Midwifery*. 1998;43(5):320-325.
- [9]. Van Diem M Th. De invloed van kenmerken van de vrouw en de vroedvrouw op de baringshouding. [The influence of women's and midwives' characteristics on the birthing position]. *Tijdschrift voor Verloskundigen*. 1997;3:18-27.
- [10]. Henty D. Brought to bed: a critical look at birthing positions. *RCM Midwives J*. 1998;1(10):310-313.
- [11]. Gupta JK & Nikodem VC. Woman's position during the second stage of labour (Cochrane Review). Oxford, England: Cochrane Library, Update Software; 2000; issue 4.
- [12]. De Jonge A, Teunissen TAM & Lagro-Janssen ALM. Supine position compared to other positions during the second stage of labour: a meta-analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. In press.
- [13]. Bryman A. The Debate about Quantitative and Qualitative Research. In Bryman A & Burgess RG, eds. *Qualitative Research, Vol. 1. :Fundamental Issues in Qualitative Research*. London: Sage Publications, 1999: 43.
- [14]. Rubin H. J. & Rubin I. S. (1995) *Qualitative Interviewing. The Art of Hearing Data*. Thousand Oakes: Sage Publications, 1995: 113, 251-4.
- [15]. Lincoln Y, Guba E. Establishing Trustworthiness. In Bryman A, Burgess RG, eds. *Quality research, Vol. III. Analysis and Interpretation of Qualitative Data*. London: Sage Publications, 1999: 407-33.
- [16]. Pope C., Ziebland S. & Mays N. Qualitative research in health care. *Analysing qualitative data. British Medical Journal* 2000; 320 (7227), 114-6.
- [17]. Bowling A. Research methods in health. *Investigating health and health services*. Buckingham: Open University Press; 1997: 337-8.
- [18]. Chen SZ, Aisaka K, Mori H & Kigawa T. Effects of sitting position on uterine activity during labor. *Obstetrics & Gynecology*. 1987;69(1):67-73.
- [19]. Rosser J. Women's position in second stage. *The Practising Midwife*. 2000;3(8):10-11.
- [20]. Smulders B & Croon M. *Veilig bevallen. Het complete handboek. [Giving birth safely. The complete guide]*. Utrecht: Kosmos-Z&K Uitgevers B.V. ; 1996:73.
- [21]. Bastian H. Birth positions and the perineum: experiences and outcomes at home births in Australia. *Homebirth Australia Newsletter*. 1994;36:4-8.
- [22]. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, et al. In: *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* Oxford: Oxford University Press; 2000:291-292.
- [23]. Hillan EM. The birthing chair trial. In: *Research and the Midwife. Conference Proceedings 1983*. Manchester: *Research and the Midwife*; 1984:22-37.
- [24]. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, Van der Westhuisen S & Jones PJ. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997;104:567-571.
- [25]. Marttilla M, Kajanoja P & Ylikorkala O. Maternal half-sitting position in the second stage of labor. *Journal of Perinatal Medicine*. 1983;11:286-289.
- [26]. Waldenström U & Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. *Birth*, 1991;18(1):5-10.
- [27]. Andersen ML. Studying Across Difference: Race, Class and Gender in Qualitative Research. In Bryman A, Burgess RG, eds. *Quality research, Vol. IV. Issues in Qualitative Research*. London: Sage Publications, 1999: 128
- [28]. Kirkham M. Midwives and information giving during labour. In Robinson S, Thomson AM, Eds. *Midwives, Research and Childbirth, Vol. 1*, London: Chapman and Hall, 1989.
- [29]. Niven CA. *Psychological Care for Families before, during and after birth*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd; 1992: 40-94.
- [30]. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). *Standaard Beroepenclassificatie 1992*. Den Haag: SDUI uitgeverij/CBS-publicaties; 1993.