

Posttraumatische stressstoornis bij pas bevallen vrouwen

Sarah De Schepper

Expertisecentrum Psychisch Welzijn in Patiëntenzorg
Karel de Grote-Hogeschool, Antwerpen

Eindrapport | PWO-project [01/09/2012 – 31/08/2013]

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Inleiding	3
1. Situering en probleemstelling.....	4
2. Literatuur.....	5
3. Onderzoeksvragen en -hypothesen	6
4. Onderzoeksmethode.....	7
5. Resultaten	9
6. Conclusies.....	16
7. Referentielijst	19

Inleiding

De geboorte van een kind is een complexe gebeurtenis die gepaard gaat met een waaier van gevoelens [1]. Het kan bij de moeder zelfs lijden tot psychologische problemen, zoals postnatale angstproblemen [2]. De literatuur stelt dat 24% tot 34% van de vrouwen op zes weken postnataal symptomen van PTSS vertoont en dat tussen 2,8% en 5,6% van de vrouwen een posttraumatische stress stoornis (PTSS) ontwikkelt [2, 3]. De symptomen van PTSS worden opgedeeld in 3 categorieën: herbelevingen van de traumatische gebeurtenis, vermijding van alles wat aan de gebeurtenis kan doen herinneren en verhoogde prikkelbaarheid [4]. Wanneer vrouwen met deze problemen niet adequaat worden opgevolgd en behandeld, kan een chronische psychologische problematiek ontstaan. De negatieve gevolgen hiervan zijn obstetrische complicaties bij een eventuele volgende bevalling, verstoorde moeder- kind hechting en daardoor psychologische problemen bij moeder en kind [2]. Deze gevolgen kunnen daardoor een hoge individuele en maatschappelijke tol eisen. Een handvol onderzoeken richtten zich reeds op de invloed van persoonlijke risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS. Weinig studies onderzochten echter de invloed van obstetrische en vroedkundige contextfactoren op het ontwikkelen van postnatale angstproblemen. Deze invloed is thans niet onbelangrijk, gezien deze factoren beïnvloedbaar zijn. Dit in tegenstelling tot de persoonlijke risicofactoren, die niet of nauwelijks te beïnvloeden zijn.

Het doel van dit onderzoek was driedig. Vooreerst werd in dit onderzoek de prevalentie bepaald van vrouwen met (symptomen van) PTSS, waardoor bijgedragen wordt aan de kennis en sensibilisering van dit onderwerp. Ten tweede werd voor de eerste maal onderzoek gevoerd naar PTSS in een Vlaamse populatie. Ten derde werd nagegaan welke persoonlijke, obstetrische en vroedkundige risicofactoren een invloed hebben op het ontstaan van geboortegerelateerde PTSS. Hiertoe werden bij pasbevallen vrouwen op dertien verschillende materniteiten in Vlaanderen algemene en obstetrische kenmerken alsook vroedkundige contextfactoren bevraagd en symptomen van PTSS werden nagegaan aan de hand van bestaande meetinstrumenten. Voorts werden op zes weken na de bevalling de symptomen van PTSS opnieuw bevraagd aan de hand van eerder genoemde meetinstrumenten.

1. Situering en probleemstelling

De geboorte van een kind wordt door velen geassocieerd met overwegend positieve gevoelens. Deze mooie gebeurtenis is echter ook een complexe gebeurtenis die kan leiden tot een waaier aan psychologische gevolgen [1, 2, 5]. Naast postnatale stemmingsstoornissen groeit ook steeds meer aandacht voor postnatale angstproblemen, waarvan post-traumatische stress stoornis (PTSS) er één is.

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen vrouwen die een PTSS ontwikkelen als gevolg van de geboorte van hun kind en vrouwen die hiervan slechts symptomen ondervinden. De symptomen van PTSS worden opgedeeld in drie categorieën, namelijk herbelevingen, vermijdend gedrag en toegenomen agitatie als reactie op het ervaren van een (potentieel) traumatische gebeurtenis [2, 4, 6]. Deze symptomen manifesteren zich als nachtmerries over het trauma van de geboorte, geen binding willen/kunnen aangaan met het kind, vermijdingsgedrag ten opzichte van partner en kind en angst voor seksuele betrekkingen [2]. Het belang van vroegtijdige detectie en interventie bij PTSS wordt bepaald door de impact op de moeder-kind hechting. Deze binding heeft een levenslange invloed op het leven van moeder en kind en is daarom niet onbelangrijk.

De huidige bestaande literatuur stelt dat 24-34% van de vrouwen 6 weken postnataal symptomen van PTSS vertoont en 2,8 - 5,6% van de pas bevallen vrouwen wordt gediagnosticeerd met PTSS [2, 3]. Voor Vlaanderen en België bestaan hierover echter nog geen cijfers. Voor Vlaanderen en UZ Brussel zou dit, op basis van het aantal bevallingen gerapporteerd door het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie, echter theoretisch betekenen dat elk jaar gemiddeld 20581 vrouwen symptomen vertonen en 2058 vrouwen met PTSS gediagnosticeerd kunnen worden [7].

Eerder onderzoek maakte reeds associaties tussen PTSS en niet-beïnvloedbare persoonlijke risicofactoren zoals psychiatrische voorgeschiedenis, nullipariteit en aard van de bevalling. Zo vonden zij bij vrouwen met doodgeboorte, perinataal verlies van het kind, premature geboorte en spoedkeizersnede meer symptomen van PTSS. Vrouwen met een normale vaginale bevalling kunnen echter ook PTSS ontwikkelen [2, 3]. Andere mogelijk beïnvloedende factoren van obstetrische, demografische of contextuele aard werden weinig onderzocht.

Slechts een handvol studies onderzocht reeds de prevalentie van postnatale PTSS zonder rekening te houden met beïnvloedende factoren vanuit de context. Daardoor werden in dit onderzoek vooral de zorg en begeleiding van de vroedvrouw tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartum in het bijzonder nagegaan. Deze factoren zijn immers, in tegenstelling tot persoonlijke factoren, te beïnvloeden, waardoor zij kunnen gebruikt worden in de preventie van geboortegerelateerde PTSS. Een preventie die van groot maatschappelijk belang is, gezien deze PTSS immers kan leiden tot chronische psychische problematiek bij de moeder, die een moeder-kind hechting kan verstoren. Door het slechts recente wetenschappelijke onderzoek is er weinig kennis bij de zorgverleners omtrent dit fenomeen. In het werkveld worden symptomen van PTSS vaak geobserveerd door zorgverleners, maar is voorlopig weinig beschikbaar om deze problematiek te benaderen. Er lijkt nood te zijn aan primaire en secundaire preventie van geboortegerelateerde PTSS. Daarvoor heeft de klinische praktijk nood aan duidelijke, correcte en context specifieke data voor Vlaanderen, om zo de zorgverlening voor deze kwetsbare groep vrouwen te verbeteren.

Het doel van dit onderzoek was daarom om bij een Vlaamse populatie pas bevallen vrouwen niet enkel de prevalentie van (symptomen van) PTSS na te gaan maar ook te onderzoeken welke persoonlijke en obstetrische risicofactoren hiermee samenhangen en hoe de vroedkundige context hierop kan inspelen.

2. Literatuur

Zwangerschap en bevalling zijn normale fysiologische processen en hebben een significante sociale en emotionele impact op het leven van de vrouw en haar familie [1]. Vrouwen ervaren hierbij sterke emoties, gaande van intense vreugde tot wanhoop. De bevalling kan voor sommige vrouwen een traumatische ervaring zijn [2]. Als gevolg van deze traumatische beleving van de geboorte van haar kind kan de moeder posttraumatische stress ontwikkelen: zowel enkele symptomen hiervan alsook een volledige post-traumatische stress stoornis. Deze wordt beschreven als de psychologische problemen die kunnen optreden als direct gevolg van de traumatische ervaring van de geboorte [8]. De diagnose van posttraumatische stress stoornis (PTSS) werd officieel geregistreerd in 1980 in de derde versie van de Diagnostic Statistical Manual van de Amerikaans Psychiatische Associatie (DSM-III) als zijnde een angststoornis als gevolg van een (dreigende) traumatische gebeurtenis. Pas in de vierde versie (DSM-IV) werd de geboorte van een kind erkend als een mogelijke stressor die kan leiden tot PTSS [4].

De symptomen van PTSS worden opgedeeld in drie categorieën: herbelevingen zoals nachtmerries en flashbacks, vermijdend gedrag zoals zich de geboorte niet herinneren en niet meer zwanger willen worden en als laatste categorie de toegenomen agitatie zoals concentratieproblemen en angst [2, 4, 9]. Daarnaast worden bepaalde risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS beschreven: psychologische voorgeschiedenis, lage socio-economische status, obstetrische interventies, negatief contact met personeel en gevoel van de controle te verliezen [2, 10]. De praktijk wijst echter aan dat PTSS ook voorkomt bij normale zwangerschap en bevalling [3]. Menig onderzoek wijst onderliggende factoren aan bij algemene PTSS. Er lijkt echter een hiaat te zijn in onderzoek over de impact van sociale steun en de vroedkundige zorgen op de specifieke ervaring van de bevalling [2].

Symptomen van PTSS kunnen postnataal worden waargenomen bij 24% tot 34% van de vrouwen en 2,8% tot 5,6% van de vrouwen kan worden gediagnosticeerd met PTSS [2, 11].

Posttraumatische stressstoornis kan als een zeer belangrijke maatschappelijke gezondheidskwestie aangeduid worden, gezien het risico op een verstoorde moeder-kind hechting. Daarbij kunnen zowel moeder als kind chronische psychische problemen ontwikkelen [2]. Daarnaast geeft een reeds aanwezige PTSS een hogere kans op ectopische zwangerschap, abortus en hyperemesis bij een volgende zwangerschap [12].

De rol van de vroedvrouw als eerstelijnszorgverstreker is cruciaal in het opsporen en helpen van vrouwen met PTSS. Het hiaat in de huidige zorgverlening maakt het echter moeilijk om psychologische problemen bij kwetsbare vrouwen op materniteit op te sporen en op te volgen. In de karige studies worden enkele persoonlijke individuele risicofactoren beschreven. Situationele factoren, zoals de zorg van de vroedvrouw tijdens arbeid en bevalling, ontbreken echter, hoewel net deze factoren beïnvloedbaar zijn [2]. In de praktijk blijkt er een hiaat te bestaan in kennis en ervaring bij zorgverleners omtrent postnatale problemen. Thans spelen de vroedvrouwen een sleutelrol in de primaire en secundaire preventie van postnatale PTSS, enerzijds doordat zij aanwezig zijn tijdens de pre- peri en postnatale periode, anderzijds doordat zij een grote invloed kunnen uitoefenen op de genoemde vroedkundige contextfactoren.

Dit onderzoek kon door het aanreiken van een concreet en praktijkgericht screeningstool voor symptomen van PTSS en een belichting van de verschillende beïnvloedende factoren ervan een hiaat opvullen in de huidige zorgverlening voor de pasbevallen vrouw met mogelijke psychologische problemen.

3. Onderzoeksvragen en -hypothesen

Het eerste doel van de studie was om een weergave te brengen van het huidige beeld van PTSS bij pas bevallen moeders in Vlaanderen. Dit omvat voornamelijk een beschrijvende analyse, die geleid heeft tot een duidelijk beeld van de prevalentie van PTSS en de beïnvloedende factoren ervan. Dit beeld was voorheen onbestaande, maar cruciaal om een concreet beeld te krijgen van de klinische praktijk.

Daarnaast werden in de eerste week postnataal enkele algemene persoonsgegevens bevroegd, zoals leeftijd en geloofsovertuiging. Daarnaast werden ook meer specifieke persoonsgegevens bevroegd die volgens bestaande literatuur een beïnvloedende rol speelt, zoals gezinsinkomen [1, 10] en voorgeschiedenis van psychologische problemen [2]. Verder werden gegevens omtrent zwangerschap en bevalling bevroegd, zoals pariteit, bevallingswijze en angst voor arbeid en bevalling [2]. Tenslotte werd bevroegd hoe de vrouwen de zorgen van het vroedkundig team ervaren hebben. Omdat deze factoren beïnvloedbaar zijn door sensibilisering en opleiding, werden deze uitvoerig aangestipt.

De onderzoeksvragen waar dit onderzoek een antwoord op trachtte te vinden zijn:

1. Wat is de prevalentie van geboortegerelateerde PTSS in de provincie Antwerpen?
2. Welke algemene en obstetrische risicofactoren kunnen leiden tot het ontwikkelen van geboortegerelateerde PTSS?
3. Wat is de invloed van vroedkundige contextfactoren op het ontstaan van geboortegerelateerde PTSS?

4. Onderzoeksmethode

4.1. Onderzoeksmethode

Deze studie was een multicentrische, kwantitatieve, niet-gecontroleerde, prospectieve cohortstudie. Ze verliep in samenwerking met een student van de Masteropleiding Verpleeg- en Vroedkunde van de Universiteit Antwerpen. In de eerste week postpartum werd bij een cohort moeders aan de hand van een vragenlijst, opgesteld na literatuurstudie, een aantal algemene en obstetrische kenmerken alsook vroedkundige contextfactoren nagegaan. Tevens werd op twee tijdstippen gepeild naar symptomen van PTSS met bestaande meetinstrumenten, de eerste week na de bevalling en de zesde week na de bevalling. In deze studie vond een tweede meting plaats op zes weken postpartum omwille van het feit dat men dan pas volledig kan voldoen aan de criteria van PTSS [4].

4.2. Setting

Het onderzoek vond plaats in 13 ziekenhuizen in de provincie Antwerpen waarvan één universitair ziekenhuis en 12 regionale ziekenhuizen. Drie van de ziekenhuizen beschikten over een neonatale intensieve afdeling (NICU).

4.3. Selectiecriteria – sample size

Moeders die in de deelnemende ziekenhuizen bevallen waren binnen de periode van datacollectie werden geïnccludeerd. Volgende exclusiecriteria waren van kracht: leeftijd onder 18 jaar, niet Nederlandstalig, mors in utero in de huidige zwangerschap, intrapartum psychose en bevalling onder 24 weken zwangerschap. Wanneer deze inclusiecriteria niet van toepassing waren, konden de vrouwen opgenomen worden in het onderzoek. Deelname was vrijwillig en vertrouwelijk. Op basis van het aantal bevallingen in 2010-2011 in de deelnemende ziekenhuizen en strevend naar een response rate van 30% op de schriftelijke vragenlijsten, werd een theoretische sample van om en bij 300 parturiënten per 4 weken bekomen. Loss-to-follow-up en verlies van kandidaten omwille van exclusiecriteria in acht genomen, werd een sample size van 250 parturiënten als streefdoel voorop gesteld.

4.4. Datacollectie

De datacollectie tijdens de eerste week postpartum vond plaats tussen 31 januari en 13 mei 2013. De masterstudent nam de datacollectie op in 4 deelnemende materniteiten, de onderzoeker van de Karel de Grote-Hogeschool nam 9 materniteiten voor haar rekening.

In de zesde week postpartum liep de datacollectie van 5 maart 2013 tot 24 juni 2013. De beide datacollecties werden uitgevoerd door de onderzoeker en student-onderzoeker.

Op de materniteit werden vooreerst de hoofdvroedvrouwen en alle vroedvrouwen geïnformeerd, indien mogelijk gebeurde dit tijdens dienstvergaderingen. Alle pas bevallen vrouwen die voldeden aan de inclusiecriteria werden door de onderzoekers persoonlijk geïnformeerd over het onderzoek en uitgenodigd voor deelname. Hierbij werden informatiebrochure, informed consent, de vragenlijst en meetinstrumenten voor PTSS overhandigd. Ingevulde formulieren werden, indien mogelijk, dezelfde dag na het invullen van de vragenlijsten opnieuw persoonlijk opgehaald. Wanneer de vrouwen een deelname wensten maar niet de tijd vonden om de vragenlijsten onmiddellijk in te vullen, werd een af te sluiten enveloppe meegegeven om deze bij een volgend bezoek aan de materniteit op te halen.

Voor de tweede datacollectie in de zesde week postpartum werden deelnemers opnieuw telefonisch gecontacteerd met de vraag voor een tweede deelname. Aan hen werd gevraagd de vragenlijsten van PTSS opnieuw in te vullen, zij het telefonisch, zij het per email. Wanneer de onderzoekers geen reactie ontvingen, werd naar de moeders een reminder gestuurd. Na deelname op twee momenten van de datacollectie, ontvingen de moeders een incentive onder de vorm van toiletzakje met babyproducten van Galenco® ter waarde van 5 euro.

4.5. Instrumenten

Tijdens de eerste week postpartum werd aan de vrouwen gevraagd drie vragenlijsten in te vullen. De eerste vragenlijst, opgesteld door de onderzoekers aan de hand van literatuuronderzoek, bevroeg persoonlijke en socio-demografische kenmerken, obstetrische gegevens en gegevens rond de vroedkundige context. Deze vragenlijst werd ter evaluatie voorgelegd aan een gynaecoloog, hoofdvroedvrouw en vroedvrouw met een masterdiploma.

Bij de vroedkundige contextfactoren werd aan de vrouwen gevraagd om aan de hand van verschillende items te scoren hoe zij de zorgen van het vroedkundig team ervaren hadden tijdens arbeid en bevalling. Zo werden ontvangst bij opname, mate waarin informatie werd gegeven, mogelijkheid tot vragen stellen, vertrouwen in vroedvrouw en gynaecoloog, steun van vroedvrouw en gynaecoloog, geruststelling door vroedvrouw, zich gerespecteerd voelen, zorgen van de vroedvrouw, inspraak, locus of control¹, controle van vroedvrouw en gynaecoloog over de situatie bevestigd. Tenslotte werd nagegaan of de bevalling werd gedaan door de eigen behandelende gynaecoloog, hoeveel vroedvrouwen de begeleiding hebben gedaan en hoe de moeder zich daarbij voelde. Voor de *subjectieve* 15 van de 17 vragen werd een tienledige Likertschaal toegevoegd, opdat kon gescoord worden van 1 (helemaal niet) tot 10 (zeker wel). De 2 overige *objectieve* vragen hadden 2 keuzemogelijkheden. Dit deel van de vragenlijst had een goede interne consistentie (cronbach's alpha van alle factoren = 0,90; cronbach's alpha zonder discontinue factoren *bijgestaan door behandelende gynaecoloog en aantal begeleidende vroedvrouwen* = 0,91).

De twee andere vragenlijsten waren gevalideerde meetinstrumenten om de symptomen van PTSS te scoren: de TES (Traumatic Event Scale) en de IES-R (Impact of Event Scale-Revised). Beide meetinstrumenten baseren zich op de criteria voor PTSS uit DSM IV.

De IES-R, een continue schaal, omvatte 22 stellingen betreffende de drie symptoomgroepen. Elk item kon gescoord worden van 0 (helemaal niet) tot 4 (heel sterk). Een totaalscore werd berekend door alle afzonderlijke items op te tellen. Per symptoomgroep kon ook een totaalscore worden berekend door een som te maken van de afzonderlijke items. Hoe hoger de respondent scoorde op deze (deel)scores, hoe meer aanwezigheid van symptomen van PTSS. Om de prevalentie van PTSS te bepalen, werd een afkapscore van 24/88 gebruikt [13, 14].

De discontinue schaal TES hield naast de symptoomgroepen van PTSS ook rekening met de mate van stressor, duur en gevolgen van symptomen. De totaalscore bestond uit deelscores per criterium. Enkel respondenten die voldeden aan alle criteria, gaven de prevalentie van PTSS weer.

4.6. Statistische analyse

Het statistische programma SPSS 20.0 werd gebruikt voor de analyse van de verkregen data. Verschillen tussen continue data werden geanalyseerd met de T-test en One Way Anova. Voor discontinue variabelen werd Chi Square gebruikt. Niet parametrische statistiek werd gebruikt voor het analyseren van verbanden en verschillen met de IES-R score of variabelen met een Likertschaal, omwille van het subjectieve karakter van schaalcores en de zeer scheve distributie van de resultaten van IES-R. In multivariaat analyse werden multiple en logistische regressie uitgevoerd. Een $p < 0,05$ werd als significantiegrens gehanteerd.

4.7. Ethische commissie

In oktober 2012 werd een aanvraag voor de ethische commissie ingediend bij alle deelnemende ziekenhuizen, met UZA als centraal ethisch comité. Op 14 januari 2013 werd het onderzoek goedgekeurd met als registratiecode B300201215285.

¹ Locus of control: de mate waarin mensen geloven dat zij hun leven en situaties die hen overkomen kunnen controleren. Interne locus of control betekent dat mensen het gevoel van controle hebben. Externe locus of control is de mate waarin mensen geloven dat hun leven wordt bepaald door andere mensen, het lot of toeval.

5. Resultaten

5.1. Beschrijving onderzoekspopulatie

De eerste datacollectie omvatte 340 vrouwen en behaalde een response rate van 20%. Bij de tweede datacollectie was er met 229 vrouwen een loss-to-follow-up van 33%.

De eerste tabel beschrijft de populatiekenmerken.

Tabel 1: beschrijving populatiekenmerken

Kenmerken	n = 340
Algemene persoonsgegevens	%
Leeftijd <i>mean jaren (range)</i>	30 (18-46)
Burgerlijke status	
- Samenwonend	43,4
- Gehuwd	51,9
- Alleenstaand	4,7
Diploma	
- Lager onderwijs	3,5
- Secundair onderwijs	27,9
- Hoger, niet-universitair onderwijs	46,8
- Universitair onderwijs	18,5
- Andere	3,2
Geloofsovertuiging	
- Katholiek	59,3
- Protestant	0,3
- Jodendom	0,9
- Islam	9,3
- Vrijzinnig	25,9
- Andere	4,2
Gezinsinkomen <i>netto in euro</i>	
- <750	1,8
- 750-1500	6,5
- 1500-2500	13,2
- 2500-3500	42,5
- 3500-4500	28,9
- >4500	7,1
Voorgeschiedenis	
Ooit op consult bij psycholoog/psychiater geweest	26,9
Obstetrisch event in voorgeschiedenis	41,5
- Abortus	3,9
- Miskraam	26,1
- Extra-uteriene zwangerschap	2,7
- Afbreking zwangerschap omwille van foetale afwijkingen	1,8
- Mors in utero	0,6
- Overlijden levend kind	0,3
- Arbeid en/of bevalling met problemen	11,0
Ervaring zorgen vorige bevalling <i>mean score op 10 (SD)</i>	8,3 (1,7)
Huidige zwangerschap en bevalling	
Aantal kinderen <i>mean aantal (SD)</i>	1,7 (0,9)
Primipara (<i>ja</i>)	48,1
Eenling (<i>ja</i>)	97,9
Bevallen in ziekenhuis	
- Universitair	9,1
- NICU aanwezig	39,2
Zwangerschapsduur <i>mean aantal weken (SD)</i>	38,7 (2,0)

Duur arbeid en bevalling <i>mean aantal uren (SD)</i>	7,9 (6,7)
Inductie (<i>ja</i>)	33,0
Epidurale verdoving (<i>ja</i>)	74,4
Episiotomie (<i>ja</i>)	41,4
Wijze bevalling	
- Vaginaal zonder hulp	67,0
- Vaginaal met ventouse of forceps	10,9
- Sectio	22,1
Primair	61,3
Secundair	38,7
Complicaties zwangerschap (<i>ja</i>)	15,0
Complicaties arbeid/bevalling (<i>ja</i>)	14,5
Angst voor arbeid/bevalling (<i>ja</i>)	40,7
Steun partner in moederschap (<i>ja</i>)	97,4
Steun omgeving in moederschap (<i>ja</i>)	97,9
Voorbereid op bevalling <i>mean score op 10 (SD)</i>	7,5 (2,0)
Pijn tijdens bevalling <i>mean score op 10 (SD)</i>	7,1 (2,7)
Bevalling als traumatisch ervaren <i>mean score op 10 (SD)</i>	2,7 (2,3)
Bevalling als fysiek ingrijpend ervaren <i>mean score op 10 (SD)</i>	6,3 (2,6)

De gemiddelde leeftijd van de moeders was 30 jaar, bijna de helft van hen beviel van een eerste kind. Meer dan één vierde van de vrouwen ging ooit op consult bij een psycholoog of psychiater. 39% van de respondenten beviel in een ziekenhuis met een NICU (neonatale intensieve zorgenafdeling) en 9% beviel in een universitair ziekenhuis. De gemiddelde zwangerschapsduur bedroeg 39 weken, 33% werd geïnduceerd en 74% kreeg een epidurale verdoving. De meest voorkomende wijze van bevallen was vaginaal zonder hulpmiddelen (67%) en 22% van de vrouwen kreeg een sectio, waarvan 39% een ongeplande. 41% van de vrouwen gaf aan dat zij op voorhand angstig waren voor arbeid en/of bevalling.

5.2. Prevalentie van geboortegerelateerde PTSS

In de eerste week postpartum werd, afhankelijk van het gebruikte meetinstrument, een prevalentie van 0,3% tot 5,7% PTSS gemeten. Zes weken na de bevalling bedroeg deze 0% tot 4%. De hoogste prevalentie van PTSS werd gemeten met de continue IES-R schaal. Tussen beide metingen op week 1 en week 6 met IES-R was er echter geen significant verschil ($p = 0,505$).

Daarnaast vertoonde, eveneens afhankelijk van de meetschaal, 22% tot 24% van de vrouwen symptomen van PTSS in de eerste week postpartum. Zes weken postpartum was dit nog 13% tot 20%. Tussen beide metingen op week 1 en week 6 waren de verschillen met beide instrumenten significant ($p < 0,001$).

Tabel 2: Deelscores PTSS gemeten met TES op week 1 en week 6

Deelscore	Week 1 % n=333	Week 6 % n=227	p (χ^2)
Herbeleving	15,7	8,8	<0,001
Vermijding	1,8	2,3	0,702
Prikkelbaarheid	12,9	10,2	<0,001

Het meest voorkomende symptoom van PTSS onmiddellijk na de bevalling was herbeleving (15,7%), wat significant daalde tot in de zesde week postpartum tot 8,8% van de vrouwen die nog herbeleving

rapporteerde. In de zesde week postpartum rapporteerde 10,2% van de vrouwen verhoogde prikkelbaarheid, in die periode na de bevalling het meest voorkomende symptoom van PTSS.

5.3. Welke algemene en obstetrische risicofactoren kunnen leiden tot het ontwikkelen van geboortegerelateerde PTSS?

In Tabel 3 worden voor beide metingen enkel de significante resultaten weergegeven van de univariate analyse. Hierbij geeft een hogere IES-R score aan dat vrouwen meer symptomen van PTSS vertonen. In *de eerste week postpartum* scoorden islamitische vrouwen significant hoger op de IES-R dan vrouwen van een ander geloof ($p < 0,001$). De IES-R score voor respondenten met een gezinsinkomen lager dan 2500 euro per maand lag significant hoger dan voor vrouwen met een hoger gezinsinkomen ($p = 0,001$). Vrouwen die in het verleden een consult rapporteerden bij een psycholoog of psychiater scoorden eveneens significant hoger op de IES-R ($p = 0,003$). De obstetrische variabelen vaginale bevalling ($p < 0,001$) en sectio ($p = 0,007$) gaven respectievelijk een lagere en hogere IES-R score dan vrouwen die niet vaginaal of zonder sectio bevallen waren. Vrouwen die bevallen waren in een ziekenhuis met NICU ($p = 0,006$) of in een universitair ziekenhuis ($p = 0,017$) hadden telkens hogere IES-R scores dan vrouwen die in andere ziekenhuizen bevallen waren. Wanneer vrouwen aangaven op voorhand angstig te zijn geweest voor de arbeid en bevalling, scoorden zij in de eerste week postpartum significant hoger op de IES-R dan vrouwen die dat niet waren ($p < 0,001$). Goed voorbereid zijn op de bevalling gaf een lagere IES-R score ($p < 0,001$). Tenslotte scoorden vrouwen hoger op de IES-R wanneer zij hun bevalling als traumatisch ($p < 0,001$) of als fysiek ingrijpend ($p < 0,001$) ervoeren.

Tabel 3: Significante resultaten van univariate analyse van totaalscore IES-R op week 1 en week 6

Algemene en obstetrische kenmerken		IES-R totaalscore* 1 ^e week postpartum (n = 340)				IES-R totaalscore* 6 ^e week postpartum (n = 225)			
		n	Mean (SD) ²	rs	p	n	Mean (SD) ²	rs	p
Geloof	Islam	31	12,39 (11,60)		<0,001 ³				NS
	ander	302	6,02 (8,18)						
Inkomen netto in euro	<2500	70	9,61 (10,61)		0,001 ³	38	9,05 (12,01)		<0,001 ³
	>2500	263	5,81 (7,99)			187	4,22 (6,25)		
Consult psycholoog/psychiater voorgeschiedenis	Neen	242	5,80 (8,14)		0,003 ³	166	4,11 (6,36)		0,002 ³
	Ja	89	8,91 (9,92)			56	7,52 (10,27)		
Vaginale bevalling	Neen	110	8,61 (9,05)		<0,001 ³	72	7,32 (10,60)		0,013 ³
	Ja	222	5,56 (8,36)			153	3,96 (5,63)		
Sectio	Neen	258	6,02 (8,55)		0,007 ³				NS
	Ja	73	8,53 (9,06)						
Meerling	Neen				NS	219	4,94 (7,71)		0,031 ³
	Ja					4	11,50 (7,77)		
Arbeid/bevalling met complicaties	Neen				NS	190	4,35 (6,79)		0,001 ³
	Ja					32	9,38 (11,24)		
Bevallen in ziekenhuis met NICU	Neen	203	5,44 (7,33)		0,006 ³				NS
	Ja	130	8,43 (10,31)						
Bevallen in universitair ziekenhuis	Neen	304	6,33 (8,61)		0,017 ³				NS
	Ja	29	9,52 (9,60)						
Angstig vooraf	Neen	197	5,08 (6,51)		<0,001 ³	134	3,94 (6,76)		0,002 ³
	Ja	135	8,87 (10,87)			89	6,74 (8,81)		
Vorbereid op de bevalling score op 10				-0,224	<0,001 [°]			-0,146	0,029 [°]
Bevalling ervaren als traumatisch score op 10				0,307	<0,001 [°]			0,402	<0,001 [°]
Bevalling ervaren als fysiek ingrijpend score op 10				0,193	<0,001 [°]			0,139	0,040 [°]

*IES-R totaal: Impact of Event Scale-Revised, hogere score duidt meer aanwezigheid van symptomen van PTSS aan.

²: Independent T-test ; ³: Mann-Whitney U Test; [°]: Spearman Rank correlatietest; NS: niet significant

In de zesde week postpartum gaven de variabelen laag inkomen ($p < 0,001$), vroeger consult bij psychiater of psycholoog ($p = 0,002$), vaginale bevalling ($p = 0,013$), meerling ($p = 0,031$), arbeid met complicaties ($p = 0,001$), angst voor bevalling ($p = 0,002$) en bevalling als traumatisch ($p < 0,001$) of fysiek ingrijpend ($p = 0,040$) ervaren significante hogere IES-R scores bij de respondenten.

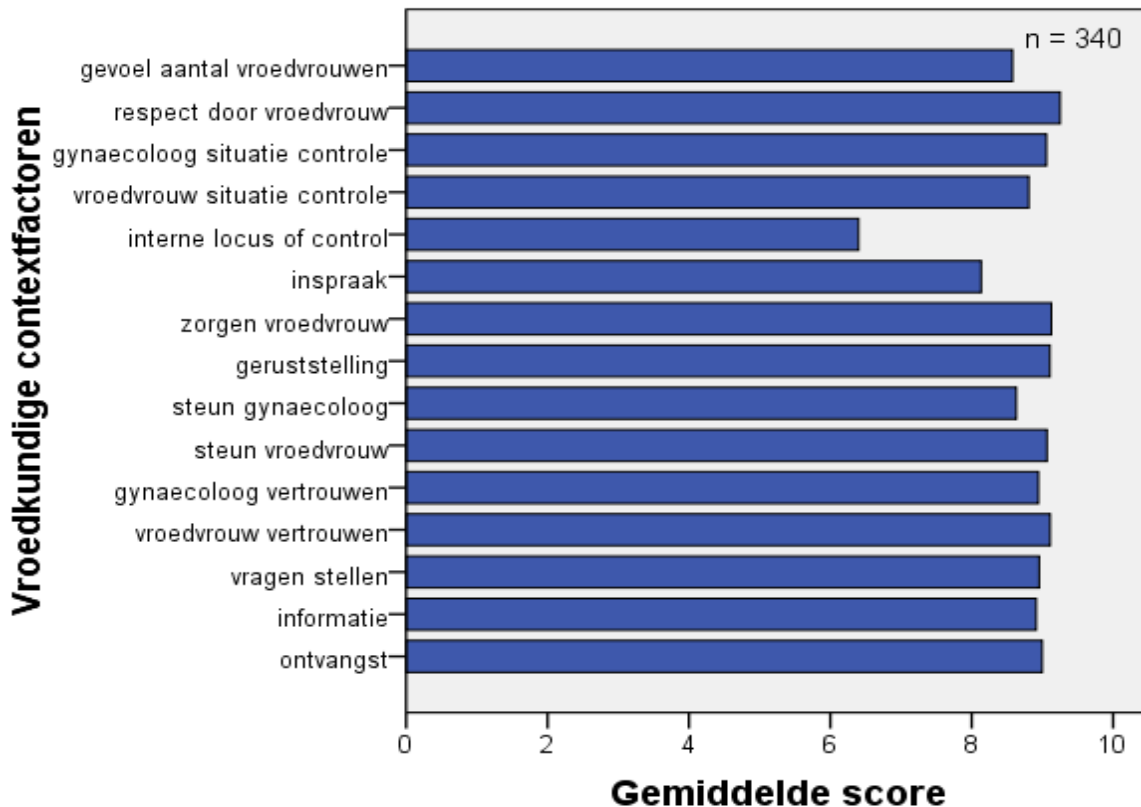
Tabel 4: Multiple regressie van totaalscore IES-R op week 1 en week 6 voor algemene en obstetrische variabelen

Algemene en obstetrische variabelen	B	Beta	p	Cumulatieve R ²	R ² model	p-waarde model
WEEK 1 POSTPARTUM						
Bevalling ervaren als traumatisch	1,271	0,331	<0,001	0,133	0,229	<0,001
Gezinsinkomen <2500 euro	2,415	0,112	0,027	0,162		
Islamitisch geloof	4,392	0,145	0,005	0,181		
Voorgeschiedenis consult psychiater/psycholoog	3,173	0,161	0,001	0,200		
Vaginale bevalling	-2,570	-0,137	0,006	0,216		
Bevallen in ziekenhuis met NICU	2,213	0,123	0,014	0,299		
WEEK 6 POSTPARTUM						
Bevalling ervaren als traumatisch	1,221	0,354	<0,001	0,139	0,227	<0,001
Gezinsinkomen < 2500 euro	3,888	0,189	0,002	0,186		
Voorgeschiedenis consult psychiater/psycholoog	3,083	0,175	0,004	0,209		
Vaginale bevalling	-2,429	-0,147	0,017	0,227		

Tabel 4 geeft het verklarende model weer voor de IES-R score op week 1 en week 6 postpartum. Op week 6 na de bevalling scoorden vrouwen die de bevalling als traumatisch ervoeren, vrouwen met een gezinsinkomen lager dan 2500 euro, moeders die een voorgeschiedenis hadden van psychiatrisch consult en vrouwen die niet vaginaal bevielen hoger op de IES-R dan zij die deze factoren niet bezaten. Al deze factoren samen verklaarden 22,7% van de variantie in de IES-R totaalscore.

5.4. Wat is de invloed van vroedkundige contextfactoren op het ontstaan van geboortegerelateerde PTSS?

Figuur 1 geeft de gemiddelde score weer van de continue, *subjectieve* vroedkundige contextfactoren. Per item konden de vrouwen een score toekennen van 1 (slecht) tot 10 (uitstekend). De gemiddelde scores liggen voor alle componenten boven de helft ($>5/10$). De hoogst scorende parameter was het respect dat ze ervoeren van de vroedvrouw met een gemiddelde score van 9,24 op 10. De laagst scorende factor was interne locus of controle, de gemiddelde score hierbij was 6,22 op 10. Ook het gevoel van inspraak te hebben tijdens de arbeid en bevalling lag iets lager dan de andere componenten met een score van 7,94 op 10.



Figuur 1: Beschrijving outcome van continue variabelen uit vroedkundige context

Bij iets meer dan de helft van de vrouwen werd de bevalling uitgevoerd door de behandelende gynaecoloog. Bij 61% van de vrouwen werd de begeleiding tijdens arbeid en bevalling door maximum 2 verschillende vroedvrouwen uitgevoerd.

In Tabel 4 wordt de univariate analyse weergegeven voor de totaalscore van IES-R op week 1 en week 6. In *de eerste week postpartum* hebben het vertrouwen van de vrouw in de vroedvrouw tijdens arbeid en bevalling ($p = 0,017$) en het ervaren van inspraak tijdens arbeid en bevalling ($p < 0,001$) een negatief verband met de IES-R score. Hoe meer de vrouwen deze factoren ervoeren, hoe lager de IES-R score. De grootste negatieve verbanden werden gevonden tussen de IES-R score en de interne locus of control van de vrouw ($p < 0,001$) en het perspectief van de vrouw dat de vroedvrouw de situatie onder controle had ($p < 0,001$). Hoe meer deze aspecten aanwezig waren, hoe lager de IES-R score.

In *de zesde week postpartum* geven dezelfde variabelen een negatief verband aan met IES-R score. Daarnaast hebben ook voldoende informatie gegeven door de vroedvrouw, mogelijkheid tot vragen stellen tijdens arbeid en bevalling en 'een goed gevoel hebben' bij het aantal verschillende vroedvrouwen die hen begeleid hebben een negatieve invloed op de IES-R score. Hoe meer de vrouwen deze aspecten ervoeren, hoe lager zij scoorden op de IES-R.

Tabel 4: Significante resultaten van univariate analyse van totaalscore IES-R op week 1 en week 6

Vroedkundige contextfactoren score op 10	IES-R totaalscore* 1e week postpartum (n = 333)		IES-R totaalscore* 6e week postpartum (n = 225)	
	rs	p	rs	p
Informatie door vroedvrouw		NS	-0,165	0,015°
Mogelijkheid tot vragen stellen		NS	-0,152	0,023°

Vertrouwen van vroedvrouw	-0,132	0,017°	-0,196	0,003°
Inspraak	-0,210	<0,001°	-0,139	0,042°
Interne locus of controle	-0,337	<0,001°	-0,276	<0,001°
Vroedvrouw situatie onder controle	-0,337	<0,001°	-0,276	<0,001°
Gevoel bij aantal verschillende vroedvrouwen		NS	-0,180	0,009°

*: IES-R totaal: Impact of Event Scale-Revised, hogere score duidt op meer aanwezigheid van PTSS symptomen
 °: Spearman Rank correlatietest; NS: niet significant

De vrouwen werden in de eerste week postpartum bevraagd over in welke mate zij de bevalling traumatisch dan wel ingrijpend hadden ervaren aan de hand van een 10-ledige Likertschaal. Indien zij de bevalling daadwerkelijk als traumatisch en/of ingrijpend hadden ervaren, kon daarbij aangeduid worden in welke mate zij daarvoor de vroedvrouw en/of de gynaecoloog verantwoordelijk achtten. Dit gebeurde eveneens aan de hand van een Likertschaal. Wanneer vrouwen de bevalling als traumatisch hadden ervaren, werd geen significant verband gevonden tussen verantwoordelijkheid van vroedvrouw ($p = 0,533$) of van gynaecoloog ($p = 0,712$). Bij een fysiek ingrijpende bevalling, achtten zij daar iets vaker de gynaecoloog ($r_s = -0,376$; $p = 0,003$) dan de vroedvrouw ($r_s = -0,397$; $p = 0,002$) voor verantwoordelijk.

Tabel 5: Multiple regressie van totaalscore IES-R op week 1 en week 6 voor vroedkundige contextvariabelen

Vroedkundige contextvariabelen Score op 10	B	Beta	p	Cumulatieve R ²	R ² model	p-waarde model
WEEK 1 POSTPARTUM						
Interne locus of controle	-0,900	-0,274	<0,001	0,072	0,072	<0,001
WEEK 6 POSTPARTUM						
Vroedvrouw situatie onder controle	-1,338	-0,250	0,001	0,092	0,107	<0,001
Mogelijkheid tot vragen stellen	-0,930	-0,153	0,038	0,107		

In Tabel 5 worden alle vroedkundige contextvariabelen weergegeven die een invloed hebben op de totaalscore IES-R op week 1 en week 6. Onmiddellijk na de bevalling heeft vooral het controlegevoel een negatieve invloed op de totaalscore van IES-R ($p < 0,001$). Op 6 weken na de bevalling hebben het feit dat de vrouw het gevoel had dat de vroedvrouw de situatie onder controle had en het gevoel dat ze de mogelijkheid kregen tot vragen stellen een significante negatieve invloed op de IES-R score (respectievelijk $p = 0,001$ en $p = 0,038$). Hoe meer zij deze factoren ervoeren, hoe minder PTSS symptomen zij vertoonden.

5.5. Verklarende modellen voor symptomen van PTSS

Wanneer alle variabelen samen in één model worden gevoegd, hebben op week 6 de bevalling ervaren als traumatisch, een gezinsinkomen onder 2500 euro, complicaties tijdens de arbeid of bevalling en voorgeschiedenis van psychiatrisch of psychologisch consult een positieve invloed op de IES-R score. Wanneer deze variabelen aanwezig waren bij de moeder, vertoonden ze meer symptomen van PTSS. Wanneer de vrouwen zich in de mogelijkheid voelden tot vragen stellen tijdens arbeid en bevalling, scoorden ze lager op de IES-R. Alle variabelen samen verklaren 28% van de variantie in IES-R score.

Tabel 6: Multiple regressie van totaalscore IES-R op week 1 en week 6 voor alle variabelen

Algemene, obstetrische en vroedkundige context variabelen	B	Beta	p	Cumulatieve R ²	R ² model	p-waarde model
WEEK 1 POSTPARTUM						
Bevalling ervaren als traumatisch°	1,176	0,303	<0,001	0,145	0,231	<0,001

Gezinsinkomen <2500 euro	3,080	0,142	0,027	0,172		
Voorgeschiedenis consult psychiater/psycholoog	3,179	0,161	0,002	0,192		
Bevallen in ziekenhuis met NICU	2,134	0,118	0,022	0,210		
Interne locus of controle°	-0,449	-0,135	0,014	0,222		
Islamitisch geloof	3,559	0,114	0,030	0,231		
WEEK 6 POSTPARTUM						
Bevalling ervaren als traumatisch°	1,053	0,307	<0,001	0,155	0,279	<0,001
Gezinsinkomen <2500 euro	4,383	0,208	0,001	0,200		
Mogelijkheid tot vragen stellen°	-1,362	-0,225	<0,001	0,245		
Arbeid/bevalling met complicaties	3,239	0,149	0,021	0,267		
Voorgeschiedenis consult psychiater/psycholoog	2,181	0,127	0,043	0,279		
°: variabelen met score op 10 (Likertschaal)						

Tabel 7: logistische regressie met onafhankelijke variabele 'PTSS', gemeten met IES-R op week 6

Algemene, obstetrische en vroedkundige context variabelen	OR	CI	P	Nagelkerke R ² model	p-waarde model
Vaginale bevalling	0,120	0,021 – 0,692	0,018	0,336	<0,001
Gezinsinkomen < 2500 euro	5,943	1,295 – 27,276	0,022		
Bevalling als traumatisch ervaren	1,457	1,119 – 1,897	0,005		

In Tabel 7 wordt tenslotte het model weergegeven welke factoren rechtstreeks significante verhoogde of verlaagde kans geven op het ontwikkelen van PTSS op 6 weken na de bevalling. Gecorrigeerd voor gezinsinkomen en bevalling als traumatisch ervaren, geeft een vaginale bevalling 88% minder kans op PTSS dan vrouwen die niet vaginaal bevallen. Een gezinsinkomen lager dan 2500 euro per maand geeft bijna 6 keer meer kans op het ontwikkelen van PTSS. De bevalling als traumatisch ervaren geeft per eenheid dat de vrouw hoger scoort op de 10-ledige Likertschaal 46% meer kans op het ontwikkelen van PTSS.

6. Conclusies

6.1. Bespreking resultaten

Deze studie bereikte een sample size van 340 vrouwen in de eerste en 229 vrouwen in de tweede datacollectie. In de eerste week postpartum vertoonden 22% tot 24% van de vrouwen in de deelnemende populatie symptomen van PTSS. In de zesde week postpartum was dit nog 13% tot 20%. Afhankelijk van het meetinstrument, voldeden in de eerste week na de bevalling 0,3% tot 5,7% en in de zesde week na de bevalling 0% tot 4% van de vrouwen aan de criteria van posttraumatisch stresssyndroom. In de eerste week postpartum kwam vooral herbeleving voor bij 16% van de vrouwen, terwijl prikkelbaarheid het meest voorkwam in de zesde week na de bevalling bij 10% van de vrouwen. De symptomen namen doorgaans significant af in de 6 weken na de bevalling. Vlak na de bevalling gaven vrouwen die hun bevalling als traumatisch ervoeren, een gezinsinkomen hadden onder 2500 euro netto, met een islamitische geloofsovertuiging, met een voorgeschiedenis van psychologische problemen, die complicaties kregen tijdens arbeid of bevalling en vrouwen die bevallen waren in een ziekenhuis met een NICU een hogere score aan op de IES-R schaal. Meer bepaald vertoonden vrouwen met deze kenmerken meer symptomen van PTSS dan vrouwen zonder deze kenmerken. Vrouwen die vaginaal bevallen waren, gaven een lagere score aan op de IES-R dan vrouwen die vaginaal met hulpmiddelen of met sectio bevallen waren. In de zesde week postpartum vielen de variabelen islamitisch geloof en bevallen in ziekenhuis met NICU uit.

De meest opvallende factor uit de vroedkundige context was de interne locus of control. Enerzijds werd deze het laagst aangegeven door de vrouwen, anderzijds had deze factor het sterkste negatieve verband met de totale IES-R score onmiddellijk na de bevalling en 6 weken erna. Hoe minder vrouwen voelden dat zij controle hadden over de situatie, wat bij velen ook het geval was, hoe meer last zij achteraf hadden van symptomen van PTSS. Op week 6 bleek het feit dat de vrouwen aanvoelden dat de vroedvrouw de situatie onder controle had en de mogelijkheid tot vragen stellen tijdens arbeid en bevalling de meest bepalende factoren. De vrouwen die zich bij deze factoren beter voelden, en dus beter scoorden, scoorden lager op de IES-R en hadden dus minder last van symptomen van PTSS.

De prevalentiecijfers van deze studie zijn goed te trianguleren met reeds bestaande literatuur. De gemeten prevalentie op zes weken van symptomen van PTSS, ligt in de lijn van andere literatuur. Zo vonden Tham et al een prevalentie van 24% tot 34% symptomen onmiddellijk na de bevalling [3]. De reviews van Ayers en Olde maakten gewag van 0,8% tot 6,9% en 2,8% tot 5,6% PTSS na de bevalling [2, 9]. Modarres et al vonden evenwel een hogere prevalentie van 20% PTSS op 8 weken na de bevalling [15].

In de studie werden in de eerste week na de bevalling hogere cijfers gemeten van symptomen van PTSS, die afzwakten zes weken na de bevalling. Dit herstel rust op een theoretische basis. Na een traumatische bevalling kan een traumatische stress respons ontstaan. De moeder ervaart hierbij acute symptomen van PTSS (herbeleving, vermijding) gedurende de eerste 6 weken postpartum. Deze symptomen hoeven daarom niet over te gaan in een echt PTSS. Onderzoek heeft zelfs uitgewezen dat traumatische stress responsen bij de meeste moeders spontaan herstellen na 3 maanden. Herbeleving en vermijding zijn normale symptomen na het beleven van een traumatische gebeurtenis. Zij helpen de persoon om na de traumatische gebeurtenis niet overspoeld te worden door emoties, maar deze in aanvaardbare, kleinere delen te verwerken [16]. Forbes et al raden aan om in de eerste 2 weken na een traumatische bevalling een afwachtende houding aan te nemen en ondersteuning te bieden. Symptomen van PTSS verminderen immers meestal spontaan [17]. Opvallend bij de prevalentie-meting was het grote verschil in gemeten symptomen van PTSS tussen de meetschalen TES en IES-R. De TES gaf een lagere prevalentie dan de IES-R. Dit kan worden verklaard doordat de TES rekening houdt met de 5 diagnosecriteria van DSM IV, terwijl IES-R slechts peilt naar de 3 symptoomgroepen van PTSS. Allicht heeft hierbij ook de bepaalde afkapwaarde voor

PTSS de prevalentie ervan sterk beïnvloed [2, 14, 16]. Beide instrumenten werden reeds veelvuldig gebruikt en zijn voldoende gevalideerd voor onderzoek naar PTSS bij pas bevallen vrouwen [2, 14]. Belangrijk om hierbij aan te stippen is dat het doel van deze studie niet was om een zekerheid van diagnostiek te bepalen, eerder om een prevalentie aan te tonen in een Vlaamse populatie. Verder was prikkelbaarheid een symptoom dat frequent werd gerapporteerd. Een bedenking hierbij is dat dit ook vaak te wijten lijkt aan de vermoeidheid die onvermijdelijk gepaard gaat met de zorgen die een kleine baby vraagt.

De relatie tussen de bevalling als traumatisch aanduiden en een hogere score op de PTSS-meetschalen lijkt duidelijk. Ayers et al duiden hierbij aan dat de bevalling als traumatisch ervaren op zich ook al een postnatale traumatische stress response is, die al dan niet kan leiden tot het ontwikkelen van PTSS [16]. Vrouwen met een gezinsinkomen lager dan 2500 euro scoorden hoger op het meetinstrument, wat ook wordt aangeduid in enkele vroegere onderzoeken en reviews [2, 9, 15]. Een voorgeschiedenis van psychologische problemen werd evenwel aangestipt als een risicofactor voor het ontwikkelen van symptomen van PTSS [2, 15, 16]. Deze specifieke kwetsbaarheid heeft een impact op de gezondheid van de vrouwen. Dit maakt dat deze risicofactoren moeten (h)erkend worden en problemen bij deze groep vrouwen tijdig moeten aangepakt en begeleid worden [15]. Deze studie duidde in de eerste week postpartum ook de islamitische geloofsovertuiging aan als een belangrijke risicofactor. De studie van Modarres et al kan hierbij aansluiten. De respondenten van deze studie waren alle islamitische, Iraanse vrouwen. De prevalentie van PTSS in deze groep lag dan ook beduidend hoger dan deze in studies, uitgevoerd bij een westerse populatie [15]. Het effect van de geloofsovertuiging werd evenwel niet teruggevonden bij de tweede datacollectie.

Het verband tussen een gecompliceerde arbeid en PTSS werd reeds meermaals aangeduid [2, 6, 16, 18]. Dit weerspiegelde zich het aangetoonde verband tussen vaginale bevalling, bevallen in een ziekenhuis met NICU en complicaties tijdens arbeid of bevalling en symptomen van PTSS in deze studie.

Voor het eerst werden in deze studie de vroedkundige contextfactoren meegenomen. Deze hadden een significante impact op de beleving van de vrouw tijdens de bevalling en het ontwikkelen van symptomen van PTSS achteraf. Interne locus of control en algemeen gevoel van controle door de mogelijkheid tot vragen stellen tijdens arbeid en bevalling, waren vooral bepalend voor deze vroedkundige factoren en werden reeds eerder in de literatuur aangestipt [2, 15, 16].

6.2. Limieten

De limieten van dit onderzoek liggen vooral in het design ervan. Cohortonderzoek heeft een kleinere bewijskracht dan experimenteel onderzoek. Bovendien was dit onderzoek onderhevig aan responsbias. Respondenten werden immers aangesproken op basis van de opgestelde onderzoeksvragen. Daardoor werd de uitval en loss-to-follow-up van symptomatische respondenten mogelijks in de hand gewerkt. Verder werd het cohort slechts 6 weken na de bevalling opgevolgd, hoewel de literatuur aangeeft dat symptomen van PTSS nog verder verminderen in de loop van de eerste 3 maanden na de bevalling [16]. In de tweede collectieperiode werden data zowel telefonisch als per email verzameld. Het telefonisch verzamelen van data kan mogelijks tot bias hebben geleid. Voorts werden bepaalde vrouwen die een taalbarrière hadden niet meegenomen in de studie. Deze populatie heeft op zich echter heel specifieke factoren, waaronder vaak een lager gezinsinkomen, die de prevalentie van PTSS zouden kunnen omhoog trekken [15]. Tenslotte werd de datacollectie pas postnataal gestart, waardoor aanwezige PTSS voor de bevalling gemaskeerd kon worden [16].

6.3. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Deze studie vond enkel plaats in de provincie Antwerpen, waardoor de gecollecteerde data niet veralgemeenbaar zijn. Meer onderzoek in heel Vlaanderen of België zijn nodig om algemene conclusies te trekken. Voorts zou een vergelijking van symptomen van PTSS tussen een populatie die intramuraal bevalt en een populatie die thuis bevalt interessant zijn. Op die manier kan dan bekeken worden of een meer specialistische of medische benadering van een bevalling meer symptomen van PTSS in de hand werkt dan een bevalling in een thuissetting. Daarnaast is het belangrijk om in een vervolgstudie eventueel de comorbiditeit na te gaan tussen posttraumatisch stress syndroom en postnatale depressie. Enkel met een juiste diagnose en kennis van de etiologie van beide aandoeningen, is het mogelijk deze kwetsbare vrouwen op een adequate manier te behandelen. De opgemaakte vroedkundige contextfactoren in de vragenlijst toonden een goede interne consistentie en kunnen daarom een vertrekpunt zijn voor toekomstig onderzoek. Tenslotte wordt in een vervolgonderzoek PTSS (2) de effectiviteit nagegaan van een eenvoudige tool om prenataal reeds in te spelen op negatieve gevoelens na de bevalling.

6.4. Vroedkundige relevantie

Dit onderzoek heeft aangetoond dat posttraumatisch stresssyndroom ook Vlaamse moeders treft. Toegepast op de cijfers van het SPE voor Vlaanderen en UZ Brussel, zouden jaarlijks 2700 vrouwen voldoen aan de criteria voor PTSS en zouden daarnaast tot 13499 vrouwen last hebben van symptomen ervan [7]. Een belangrijk doel van deze studie is dan ook om verloskundige zorgverleners te sensibiliseren. De postpartumcomplicatie van PTSS moet meer in de aandacht komen om de kennis te verhogen en zorgverleners ertoe aan te zetten deze aandoening mee terug te dringen. Daartoe moet deze absoluut opgenomen worden in de leerstof van de studenten vroedvrouwen. Zonder kennis van de aandoening kan een kwetsbare moeder niet opgemerkt worden en niet de juiste hulpverlening krijgen. Zo was de lagere socio-economische klasse een duidelijke risicofactor voor het ontwikkelen van PTSS. Het is dus van primordiaal belang om deze patiënten tijdig te herkennen en op een gedegen manier te begeleiden doorheen het hele proces van zwangerschap en bevalling. Daarnaast werd in deze studie duidelijk het belang van de vroedkundige contextfactoren en daarbij vooral het gevoel van controle aangeduid. Dit kan door vroedvrouwen eenvoudig worden benadrukt door reeds prenataal samen met de zwangere vrouw naar realistische verwachtingen te streven omtrent arbeid en bevalling en daar rekening mee te houden, bijvoorbeeld in een geboorteplan. Daarnaast is het belangrijk voldoende informatie te geven tijdens arbeid en bevalling en de vrouwen voldoende mogelijkheid te bieden tot vragen stellen zeer belangrijk. Op die manier krijgt de bevallende vrouw het gevoel dat zij werkelijk samenwerkt met de vroedvrouw tijdens de geboorte van haar kind. Tot slot wijst literatuur aan dat het louter aanwezig zijn en positieve bekrachtiging het gevoel van controle vergroot [19]. Het is belangrijk dat deze resultaten doorstromen naar de werkvloer, waardoor vroedvrouwen zich bewust worden van de impact die hun zorgverlening heeft op moeder en kind. Op deze manier kan op een eenvoudige manier gewerkt worden aan preventie van PTSS.

Het is mogelijk om de relatief eenvoudige meetinstrumenten voor symptomen van PTSS in te voeren in de verloskundige praktijk. Als eerstelijns hulpverleners kunnen vroedvrouwen het gebruik van deze vragenlijsten snel onder de knie krijgen, waardoor vrouwen met symptomen tijdig opgemerkt en zo nodig opgevolgd worden en continuïteit van zorg gegarandeerd wordt. Dit is cruciaal in het kader van de preventie van PTSS die chronische psychische problemen voor moeder en kind als gevolg kan hebben.

7. Referentielijst

1. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J: **How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example.** *Soc Sci Med* 2006, **63**:64-75.
2. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M: **Posttraumatic stress following childbirth: a review.** *Clin Psychol Rev* 2006, **26**:1-16.
3. Tham V, Ryding EL, Christensson K: **Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section.** *Sex Reprod Healthc* 2010, **1**:175-180.
4. Association AP: *Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4th edition).* Washington, DC; 1994.
5. Brockington I: *Motherhood and mental Health.* Oxford, UK: Oxford University Press; 1996.
6. Meades R, Ayers S: **Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review.** *J Affect Disord* 2011, **133**:1-15.
7. Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Jacquemyn Y: *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2011.* Brussel: SPE; 2011.
8. Nyberg K, Lindberg I, Öhrling K: **Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth.** *Sex Reprod Healthc* 2010, **1**:55-60.
9. Ayers S: **Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder.** *Clin Obstet Gynecol* 2004, **47**:552-567.
10. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, Khalifé S: **PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women.** *J Psychosom Res* 2012, **73**:257-263.
11. Cammu H: *Perinatale activiteiten in Vlaanderen in 2010, 2011.* Brussel: vzw Studiecetrum voor Perinatale Epidemiologie.
12. Seng JS, Oakley DJ, Sampsel CM, Killion C, Graham-Bermann S, Liberzon I: **Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications.** *Obstet Gynecol* 2001, **97**:17-22.
13. Sveen J, Low A, Dyster-Aas J, Ekselius L, Willebrand M, Gerdin B: **Validation of a Swedish version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) in patients with burns.** *J Anxiety Disord* 2010, **24**:618-622.
14. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y, Nishizono-Maher A: **Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events.** *J Nerv Ment Dis* 2002, **190**:175-182.
15. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A: **Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms.** *BMC Pregnancy Childbirth* 2012, **12**:88.
16. Ayers S: **Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder.** *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2004, **47**:552-567.
17. Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T, Newton S: **Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder.** *Aust N Z J Psychiatry* 2007, **41**:637-648.
18. Ayers S, Pickering AD: **Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence.** *Birth* 2001, **28**:111-118.
19. Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, Lundgren I: **A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors.** *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011, **40**:532-543.