

De ontwikkeling van een Nederlandse prenatale interventie voor preventie en reductie van maternale distress tijdens de zwangerschap – in vogelvlucht



*Dr. Yvonne Fontein-Kuipers,
Hoofddocent opleiding verloskunde
Hogeschool Rotterdam, Instituut voor
Gezondheidszorg en Kenniscentrum
Zorginnovatie, Onderzoekmedewerker
Bachelor in de vroedkunde Artesis Plantijn
Hogeschool Antwerpen*

Inleiding

Door de emotionele en sociale veranderingen en uitdagingen die een vrouw ervaart is een zwangerschap niet alleen een lichamelijk veranderingsproces. Door deze veranderingen en uitdagingen voelen sommige vrouwen zich emotioneel 'minder goed in hun vel' tijdens de zwangerschap en de ene zwangere heeft hier meer last van dan de andere zwangere (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Emmanuel & St John, 2010). Goed in je vel zitten is nodig om in het dagelijkse leven te kunnen functioneren (op je werk, in je relaties) maar ook om je aan te kunnen passen aan veranderingen en uitdagingen in je leven zoals bijvoorbeeld het krijgen van een kind. Iedere vrouw ervaart de zwangerschap op haar eigen manier. Het hangt af van hoe zij over zwanger-zijn denkt, van haar karakter eigenschappen en hoe zij omgaat met wat het leven haar brengt. Gelukkig gaat dit heel vaak gewoon goed.

Vroedvrouwen zijn de meest voor de hand liggende zorgverleners om vrouwen te identificeren die meer kwetsbaar zijn om maternale distress te ontwikkelen of deze ondervinden tijdens de zwangerschap.

Psychische klachten zoals depressie, angst en zwangerschap gerelateerde angst dragen bij aan een verminderd emotioneel welbevinden tijdens de zwangerschap (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). De prevalentie van deze meest voorkomende, en vaak naast elkaar bestaande, psychische klachten tijdens de zwangerschap varieert wereldwijd (Nast et al., 2013). De Nederlandse prevalentie varieert van 2,3% tot 35%, waarbij verschillende psychische constructen zijn gemeten, geobjectiveerd met gebruik van verschillende instrumenten en verschil in gebruik van afkappunten (de Bruijn et al., 2009; Quispel et al., 2015). Omdat het concept verminderd emotioneel welbevinden tijdens de zwangerschap nog niet duidelijk omschreven en gedefinieerd is, is de term maternale distress gekozen om vanuit een breed perspectief (Jomeen, 2004; DiPietro et al., 2004) de verschillende psychische en emotionele klachten die voorkomen tijdens de zwangerschap aan te duiden (Emmanuel & St John, 2010). Deze klachten kunnen zowel veroorzaakt worden door de tijdelijke situatie van de zwangerschap als door de emotionele karaktertrekken van de zwangere vrouw (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Nast et al., 2013). Het ervaren van maternale distress tijdens de zwangerschap kan een voorspeller zijn voor geboorte- en gezondheidsproblematiek op korte en lange termijn voor zowel moeder als kind (Huizink et al., 2004; Schuurmans & Kurrasch, 2013).

Prenatale zorg wordt in Nederland over het algemeen door vroedvrouwen verleend (PRN, 2013). Zij zijn de meest voor de hand liggende zorgverleners om vrouwen te identificeren die meer kwetsbaar zijn om maternale distress te ontwikkelen of deze ondervinden tijdens de zwangerschap (Reitsma et al., 2007). Er wordt verondersteld dat maternale distress bij vrou-



wen in de eerstelijns prenatale zorg voorkomen of verminderd kan worden door het aanbieden van een interventie. Om preventie of reductie van maternale distress daadwerkelijk te realiseren zullen we eerst inzicht moeten verkrijgen in de factoren die een vermindering van maternale distress kunnen bewerkstelligen. Daarin zijn zowel de omstandigheden en oorzaken die bij zwangere vrouwen een rol spelen belangrijk, maar ook de mogelijkheden die vroedvrouwen tot hun beschikking hebben om de interventie te implementeren in hun zorg (Bartholomew et al., 2011).

“Gewoon Gezond Zwanger” en de ontwikkeling van WazzUp Mama?!

Het “Gewoon Gezond Zwanger” project (2011 – 2015) is een resultaat van de bezorgdheid over emotioneel welbevinden tijdens de zwangerschap, geuit door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Daarnaast meldden praktiserende vroedvrouwen dat zij onzeker waren over hun rol en verantwoordelijkheid ten aanzien van het leveren van adequate zorg aan zwangere vrouwen met maternale distress. Het doel van het “Gewoon Gezond Zwanger” project was om systematisch verkregen empirische en theoretische argumenten te vertalen in een prenatale interventie die bijdraagt aan de preventie en vermindering van maternale distress tijdens de zwangerschap bij vrouwen die onder controle zijn bij eerstelijns vroedvrouwen; dus vrouwen met een, over het algemeen, gezonde zwangerschap.

De structuur en inhoud van het project is gebaseerd op het Intervention Mapping protocol van Bartholomew et al. (2011). Intervention Mapping is een protocol waarmee empirische gegevens en theoretische inzichten bij het ontwikkelen van een gezondheid bevorderende interventie worden toegepast. Conform het Intervention Mapping protocol en het bottom-up perspectief van het “Gewoon Gezond Zwanger” project werden er professionals uit het werkveld betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van de interventie om deze zo optimaal mogelijk te laten aansluiten op de behoeften van zwangere vrouwen in de hedendaagse eerstelijns prenatale zorg. Gedurende het project zijn de zes stappen van Intervention Mapping gevolgd: behoefteteraming, veranderingsdoelen, theoretische methodieken en praktische technieken, programmaontwerp en productie, im-

plementatie en evaluatie. Verschillende studies leidden tot de structuur, focus en invulling van de interventie.

Gezien de doelstelling van het project, het ontwikkelen van een interventie ter preventie of reductie van maternale distress tijdens de zwangerschap, was het zinvol om de effectiviteit van bestaande prenatale interventies te bestuderen. We deden een systematische review en meta-analyse van gerandomiseerde gecontroleerde studies die zich richtten op de reductie van maternale distress (1 mei 2011 - 25 augustus 2011) (Fontein-Kuipers et al., 2014). Uit de resultaten van de review bleek dat er weinig kwalitatief voldoende onderzoek beschikbaar was (n=10 studies) dat de effectiviteit van prenatale interventies bestudeerde, en in de meta-analyse werden negen studies (n=3063 deelnemers) geïnccludeerd. De meta-analyse werd beïnvloed door de kleine steekproefgroottes van de geïnccludeerde studies. De beperkingen van de meta-analyse incalculerend, bleek dat universele preventie – gericht op de gehele populatie zwangere vrouwen met een gezonde zwangerschap – geen significant effect had op de reductie van maternale distress (zes studies, n=2793, gestandaardiseerd gemiddeld verschil, SMD -,06; 95% betrouwbaarheidsinterval, 95% BI -0,14 tot 0,01). Maar een subgroep analyse van een geselecteerde groep zwangere vrouwen met verhoogde kwetsbaarheid voor maternale distress, vertoonde een klein significant reducerend effect op maternale distress ten gevolge van een preventieve interventie (drie studies, n=1410; SMD -0,25; 95% BI -0,37 tot -0,14). Geïndiceerde interventies (gericht op gediagnosticeerde maternale distress) hadden ook een klein significant reducerend effect op maternale distress (drie studies, n=270; SMD -0,29; 95% BI -0,54 tot -0,04) (Fontein-Kuipers et al., 2014).

Deze resultaten richtten de focus van de interventie ontwikkeling op selectieve en geïndiceerde preventie methodes.

Om in te kunnen schatten welke ingrediënten nodig zijn om selectieve en geïndiceerde preventie methodes voor maternale distress te ontwikkelen werden de zorgbehoeften van zwangere vrouwen verkend en uitgebreid in kaart gebracht (Fontein et al., 2015). In april 2011 onderzochten we met behulp van het PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis



and Evaluation) model op systematische wijze de literatuur en includeerden 45 studies met steekproeven uit populaties gezonde zwangere vrouwen (Fontein et al., 2015). De kwaliteit van de studies varieerde tussen gemiddeld tot zeer betrouwbaar. Professionals uit het werkveld beoordeelden het materiaal op klinische betekenis en relevantie. De studies leidden tot inzichten in de nadelige gevolgen van maternale distress voor moeder en kind, de zogenaamde kwaliteit van leven factoren. Verschillende gemeten psychische aandoeningen deel uitmakend van maternale distress waren depressie (2-30% tussen 12-32 weken amenorroe duur), angst (2-29% tussen 12-39 weken amenorroe duur), stress (6-24% tussen 20-36 weken amenorroe duur) en bevalling-gerelateerde angst (9-31% tussen 16-32 weken amenorroe duur). Situaties en omstandigheden in het heden en verleden van de individuele vrouw, obstetrisch gerelateerd of gerelateerd aan haar persoonlijke levensomstandigheden (bijv. miskraam of psychische problematiek in de anamnese, veel life-events, jonge leeftijd), haar wijze van omgaan met problemen of moeilijkheden (bijv. roken, somatisering, ontwijkend gedrag), en haar persoonlijke (bijv. partner, familie) en sociale ondersteuning (bijv. (vrienden)netwerk, vroedvrouw) bleken de etiologische factoren die verband houden met maternale distress tijdens de zwangerschap. Vastgesteld werd dat beperkte kennis omtrent omgaan met problemen of moeilijkheden met (maternale) distress een predisponerende factor was - een factor die omgaan met problemen en moeilijkheden beïnvloedt - voor maternale distress. Ontspanning, ondersteuning door de partner, positieve ervaringen met begeleiding en hulpverlening, en een positieve interactie met de vroedvrouw bleken factoren te zijn die omgaan met problemen en moeilijkheden tijdens de zwangerschap ondersteunen. De aanwezigheid van ondersteunende netwerken

draagt positief bij aan het omgaan met problemen en moeilijkheden (Fontein et al. 2015).

De resultaten suggereren dat maternale distress een multifactorieel en multidimensionaal gezondheidsprobleem is. De mate waarin vrouwen maternale distress ervaren is een individueel proces afhankelijk van hoe zij hier zelf mee omgaan, met ondersteuning en aanpassing van hun omgeving, waarin vroedvrouwen de aangewezen zorgverleners zijn om verandering in gedrag te faciliteren (Fontein et al., 2015). Door het verrichten van deze integrale review verkregen we een systematisch overzicht van factoren, die een sterk verband vertonen met maternale distress en dat als leidraad kon fungeren in de ontwikkeling van de interventie.

Om inzicht te verkrijgen in de determinanten die de kwetsbaarheid van zwangere vrouwen in de Nederlandse eerstelijns verloskunde voor maternale distress beïnvloedt, deden we een dwarsdoorsnede onderzoek (10 september - 6 november 2012) en onderzochten we de determinanten in een representatieve steekproef van vrouwen in Nederland met een gezonde zwangerschap (n=458) (Fontein-Kuipers et al., 2015). Maternale distress werd gemeten met een gemiddelde som score van depressie, angst en zwangerschap- en baring gerelateerde angst met de Edinburg Depression Scale (EDS) (Murray & Cox, 1990; Pop et al., 1992), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Ploeg et al., 1980; Spielberger et al., 1970) en de Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ) (Van den Bergh, 1990). Eén of meerdere scores boven de afkappunten van één of meerdere van deze meetinstrumenten werd gelabeld als prevalentie van verhoogde maternale distress. Deze prevalentie bedroeg 22% onder vrouwen met een gemiddelde zwangerschapsduur van 29 (9-43) weken. Een meervoudige lineaire regressie analyse toonde een positief verband tussen maternale distress en psychische klachten in de voorgeschiedenis (B=1,071; p=0,001), de ervaring 'het hebben van kinderen' (B=2,998; p=0,001), het ervaren van dagelijks terugkerende stressfactoren (B=1,304; p=<0,001), ontkennend gedrag (B=1,047, p=<0,001), somatisering (B=0,484; p=0,004) en negatieve gevoelens ten aanzien van de komende bevalling (B=0,636; p=<0,001). Het uiten van emoties, gedachten en zorgen (B=-0,863; p=0,004) en het kunnen accepteren van de situatie (B=-0,542; p=0,008) bleken positieve manieren van de zwangere vrouw te zijn om problemen of moeilijkheden te benaderen

Maternale distress is een multifactorieel en multidimensionaal gezondheidsprobleem. De mate waarin vrouwen maternale distress ervaren in een individueel proces afhankelijk van hoe zij hier zelf mee omgaan, met ondersteuning en aanpassing van hun omgeving, waarin vroedvrouwen de aangewezen zorgverleners zijn om verandering in gedrag te faciliteren.



en ermee om te gaan, ter preventie of reductie van maternale distress tijdens de zwangerschap (Fontein-Kuipers et al., 2015).

Deze resultaten hielpen de factoren te identificeren die relevant zijn voor screening van maternale distress.

Inzicht verkrijgen in het gedrag van de belangrijkste interveniërende personen is belangrijk bij een interventie ontwikkeling (Bartholomew et al., 2011). Omdat vroedvrouwen geïdentificeerd zijn als sleutelfiguren (PRN, 2013; Reitsma et al., 2007), is het aannemelijk dat preventie of reductie van maternale distress inherent is aan hun bereidheid om binnen hun zorg aandacht te besteden aan maternale distress. Om hier inzicht in te krijgen zijn twee samenhangende explorerende studies uitgevoerd middels interviews en een vragenlijst. Allereerst werden semigestructureerde interviews (september – oktober 2011) afgenomen met eerstelijns vroedvrouwen (n=6) om een voorlopig inzicht te krijgen in de overtuigingen van Nederlandse vroedvrouwen over de zorgverlening rondom maternale distress (Fontein, 2012). De resultaten uit de interviews samen met de bevindingen van een literatuurstudie vormden de basis voor de explorerende survey (Fontein-Kuipers et al., 2014).

Met behulp van een enquête (juni – augustus 2012) onderzochten we de intenties van eerstelijns vroedvrouwen om prenatale zorg te verlenen aan zwangere vrouwen met maternale distress, inclusief de determinanten van hun intenties (Fontein-Kuipers et al., 2014). Uit bestaande richtlijnen (NICE, 2014; SIGN, 2012) was naar voren gekomen dat de prenatale zorg voor maternale distress drie componenten kent: screening (met gebruik van een meetinstrument), ondersteuning (informatief en emotioneel), en samenwerking (consultatie, overleg met en verwijzing naar andere zorgverleners). Om te bepalen welke overtuigingen een rol spelen bij de drie niveaus van zorgverlening werd de structuur en inhoud van de enquête gebaseerd op de Theorie van Gepland Gedrag (Theory of Planned Behaviour – TPB), een gedragsverklaringmodel (Armitage & Conner, 2001; Bartholomew et al., 2011). Deelnemers werden geworven via stage praktijken (n=163) verbonden aan de Verloskunde Academie Maastricht en door twee oproepen in de KNOV nieuwsbrief.

De respons van de vroedvrouwen (n=112) vertoonde een minder uitgesproken intentie tot screenen van maternale distress ($3,46 \pm 1,8$) ver-



geleken met de intentie om vrouwen met maternale distress te ondersteunen ($4,63 \pm 1,57$) en de intentie om samen te werken met andere zorgverleners ($4,63 \pm 1,57$) (allen gemeten op een schaal 1–7). Een meervoudige lineaire regressie analyse toonde aan dat het aantal jaren werkervaring ($B=0,035$; $p=0,028$), de interesse van de vroedvrouw in maternale distress ($B=0,383$; $p=0,005$), een positieve attitude ten aanzien van screenen op maternale distress tijdens de zwangerschap ($B=0,326$; $p=0,002$) en waargenomen gedragscontrole ten aanzien van screenen ($B=0,248$; $p=0,004$) een positief verband vertoonden met de intentie tot screenen van maternale distress. De intentie tot het ondersteunen van zwangere vrouwen met maternale distress vertoonde een positief verband met de interesse van de vroedvrouw in maternale distress ($B=0,637$; $p< 0,001$) en met een positieve attitude ten aanzien van het ondersteunen van zwangere vrouwen met maternale distress ($B=0,523$; $p=0,017$). Tot slot vertoonde de intentie tot samenwerken een positief verband met het aantal jaren werkervaring ($B=0,042$; $p=0,017$) en wederom met de interesse van de vroedvrouw in maternale distress ($B=0,455$; $p=0,002$) (Fontein-Kuipers et al., 2014).

Doelen, productie en implementatie van de interventie

Op basis van deze informatie werd er vastgesteld wat er op het gebied van gedrag moet veranderen en wat geleerd moet worden om maternale distress te voorkomen of te verminderen (Bartholomew et al., 2011). Gedrag dat op individueel niveau (zwangere vrouwen) moet veranderen betreft allereerst het herkennen van signalen en symptomen van maternale distress en van eigen kwetsbaarheid voor maternale distress. Daarnaast moet zelfmanagement van selectieve maatregelen ter preventie van maternale distress en zelfmanagement in het zoeken van hulp en ondersteunende middelen ter vermindering van maternale distress geleerd



worden. Het gedrag dat op interpersoonlijk niveau (vroedvrouw-zwangere vrouw) moet veranderen betreft het bevorderen van het uiten van emoties, gedachten en zorgen van zwangere vrouwen, het bevorderen van zelfmanagement van zwangere vrouwen van maternale distress en de coördinatie van zorg voor vrouwen die last hebben van maternale distress door de vroedvrouw (Fontein-Kuipers et al., 2015).

Er werden praktische technieken geoperationaaliseerd om het gedrag van zwangere vrouwen en vroedvrouwen te beïnvloeden en samengevoegd tot een coherent interventie programma. De programmamaterialen werden ontworpen, getest en geproduceerd. Het interventieprogramma bestond uit twee onderdelen: één voor zwangere vrouwen en één voor vroedvrouwen. Het programma onderdeel voor zwangere vrouwen heeft als doel om de aanwezigheid van maternale distress te signaleren met behulp van een 'op maat' geschreven E-health internet programma. Het programmaonderdeel voor vroedvrouwen bestaat uit een concept voor de implementatie en coördinatie van zorg voor maternale distress en uit handvatten voor vroedvrouwen om zwangere vrouwen te ondersteunen in het uiten van hun emoties, gedachten en zorgen en in hun zelfmanagement van maternale distress, al dan niet met professional hulp. Het programmaonderdeel voor vroedvrouwen bevat een toolkit met daarin een richtlijn en een stroomdiagram, een regionale sociale kaart en een hulpmiddel voor consultatie en verwijzing. Het programma is binnen 17 eerstelijns praktijken geïntroduceerd door een KNOV geaccrediteerde training (kwaliteitsregister) aan vroedvrouwen en praktijkassistenten (n=72). Deze praktijken zijn gelegen in de zuidelijke, midden-oostelijke en noordelijke provincies van Nederland (Fontein-Kuipers et al., 2015).

Evaluatie van de interventie

De 17 praktijken namen ook deel aan een niet-gerandomiseerd evaluatieonderzoek met een pre-post interventie design (Fontein-Kuipers et al., 2016). In dit evaluatieonderzoek werden de veranderingen van maternale distress bestudeerd in een gezonde populatie zwangere vrouwen. Eerst in de controle groep die de interventie niet kreeg (24 april 2013 - 7 maart 2014), gevolgd door de experiment groep (14 april - 9 maart 2015). Er waren geen verschillen in basis kenmerken van de beide groepen.

Scores van maternale distress, gemeten in het eerste (gemiddelde zwangerschapsduur 7; range 4-14 weken) en derde trimester van de zwangerschap (gemiddelde zwangerschapsduur 37; range 35-42 weken), van vrouwen die naast hun standaard prenatale zorg de interventie kregen (n=218) werden vergeleken met scores van vrouwen die standaard prenatale zorg ontvingen care (n=215); experiment versus controle groep. Maternale distress werd gemeten met een gemiddelde som score van depressie (EDS) (Murray & Cox, 1990; Pop et al., 1992), angst (STAI) (Ploeg et al., 1980; Spielberger et al., 1970) en specifieke zwangerschap- en bevalling gerelateerde angst (PRAQ) (Van den Bergh, 1990). Eén of meerdere gemiddelde scores boven de afkappunten van deze meetinstrumenten werd gelabeld als prevalentie van verhoogde maternale distress (Fontein-Kuipers et al., 2016). Veranderingen in beide groepen werden geanalyseerd met multivariabele repeated measures ANOVA. Het effect van de interventie werd geanalyseerd met ANCOVA, met maternale distress als afhankelijke variabele. Er werd gecorrigeerd voor pariteit, geplande zwangerschap, life-events, miskraam in de voorgeschiedenis, inkomen, gebruik psychofarmaca, psychische/psychiatrische klachten in de zwangerschap en maternale distress in het eerste trimester (Fontein-Kuipers et al., 2016).

De prevalentie van verhoogde maternale distress in de controle groep bedroeg 20.9% in het eerste trimester en steeg naar 26.5% in het derde trimester. In de experiment groep was deze 22.5% in het eerste trimester en verminderde naar 13.3% in het derde trimester. De gemiddelde EDS scores, STAI en MD scores in de controle groep namen significant toe vanaf het eerste trimester tot in het derde trimester van de zwangerschap (EDS $p < 0,001$; STAI $p < 0,001$; MD $p < 0,001$). De gemiddelde PRAQ scores namen ook toe maar niet significant ($p = 0,12$). Ook het aantal zwangere vrouwen met scores boven de afkappunten op de EDS, STAI en PRAQ nam significant toe tijdens deze zwangerschapsperiode (EDS $p < 0,001$; STAI $p = 0,045$, PRAQ $p = 0,03$). Het aantal zwangere vrouwen met een score boven het afkappunt voor MD nam toe maar niet significant ($p = 0,13$). In de interventie groep namen de gemiddelde STAI, PRAQ en MD scores significant af van het eerste trimester tot in het derde trimester van de zwangerschap (STAI $p = 0,001$; PRAQ $p < 0,001$; MD $p < 0,001$). De gemiddelde EDS scores verminderden maar bereikten geen sta-



tistische significantie ($p=0,13$). Het aantal zwangere vrouwen met PRAQ en MD scores boven de afkappunten verminderde significant van het eerste naar het derde trimester (PRAQ $p=0,002$; MD $p=0,009$). Het aantal zwangere vrouwen met EDS en STAI scores boven de afkappunten nam wel af maar bereikten geen statistische significantie (EDS $p=0,4$; STAI $p=0,4$). Er werd een middelmatig maar significant effect gemeten van WazzUp Mama?! op de afname van MD scores tijdens de zwangerschap ($F(1,43)=27,05$, $p<0,001$, $d=0,5$). Er werd geconcludeerd dat de interventie potentie heeft voor preventie of reductie van maternale distress voor zwangere vrouwen in de eerstelijns verloskunde (Fontein-Kuipers et al., 2016). Een proces evaluatie onder de interventie groep ($n=139$) wees uit dat vrouwen ervoeren dat zij meer inzicht verworven in hun eigen omstandigheden die hen kwetsbaarder maakten voor maternale distress en dat zij zich meer bewust waren van hun eigen emotionele welbevinden. Daarnaast gaven zij aan dat zij door het gebruik van de interventie meer hun emoties, gedachten en zorgen uitten naar anderen en goed in staat waren hulp te zoeken als dit nodig was. Indien de vroedvrouw vrouwen verwees naar de website, werd dit advies altijd opgevolgd.

Discussie

De interventie is een samengestelde interventie die aansluit op de complexiteit van maternale distress. De verschillende componenten en eigenschappen en gebruiksmogelijkheden van de interventie zijn interactief en versterken mogelijk elkaars werking. Het is moeilijk om te bepalen welk aspect of aspecten van de interventie verantwoordelijk is of zijn voor de afname van maternale distress tijdens de zwangerschap omdat de interventie voor iedere individuele vrouw op verschillende momenten een verschillende werking en effect heeft. Vrouwen reageren mogelijk verschillend op de verschillende interventie onderdelen. Hoe dan ook, het blijkt wel dat wanneer een vrouw de mogelijkheid heeft haar emoties, gedachten en zorgen te uiten en ook uiting te geven aan belangrijke persoonlijke omstandigheden in haar leven en hierover zelf de regie in handen neemt of hulp zoekt, dit alles bijdraagt aan de preventie of reductie van maternale distress. Er is geen onderzoek gedaan naar het lange termijn effect van de interventie dus kan er geen uitspraak gedaan worden over het effect van de interven-

tie postpartum of later. De vroedvrouw lijkt een belangrijke rol te spelen in het toepassen van deze interventie.

De vrouwen uit de deelstudies waren zo op het oog hele gewone vrouwen: gezond, een gemiddelde leeftijd van 30 jaar, in een vaste relatie, met gemiddeld 2 kinderen, ze waren voornamelijk van Nederlandse afkomst en merendeel met een betaalde baan en een goed inkomen. Een groep waar men als vroedvrouw ogenschijnlijk weinig problemen verwacht. Echter, zonder interventie zitten 1 op de 4 tot 5 vrouwen in deze gezonde groep zwangere vrouwen emotioneel gezien 'niet goed in hun vel'.

Ondanks dat dit een Nederlandse studie betreft voor gebruik in de eerstelijns vroedvrouwen praktijk, zijn de onderzoeksresultaten als ook de interventie mogelijk toepasbaar op andere zorg settings en vrouwen met gecompliceerde zwangerschappen, zij het dat een behoefte-raming voor iedere andere doelgroep aan te raden is.

Er zijn verschillende aanbevelingen voor de hendaagse praktijk, onderwijs en onderzoek. Het is belangrijk dat vroedvrouwen bekend zijn met de voorgeschiedenis en persoonlijke omstandigheden van iedere individuele zwangere die bij hen in zorg is en dat vroedvrouwen screenen voor de aanwezigheid van maternale distress. Vroedvrouwen hebben onderwijs of bijscholing nodig wat betreft herkennen van maternale distress en voor de screening van kwetsbaarheid hiervoor. Het delen van deskundigheid en praktijk ervaring over maternale distress door (student) vroedvrouwen draagt bij aan de educatie en vaardigheden betreft het screenen van maternale distress, de ondersteuning van zwangere vrouwen en de coördinatie van zorg rondom maternale distress.

Het concept maternale distress kan mogelijk nog beter ontwikkeld worden door het uitvoeren van een concept analyse. Het mogelijke lange termijn effect van de interventie behoeft een longitudinaal onderzoeksdesign, een evaluatie van de door ons gekozen brede benadering van maternale distress, en een vervolg

Vroedvrouwen hebben onderwijs en bijscholing nodig wat betreft herkennen van maternale distress en voor de screening van kwetsbaarheid hiervoor.



met kwalitatief onderzoek om mogelijk beter te begrijpen wat het effectieve mechanisme is van de interventie.

Conclusie

Rekening houdende met de sterke (bijv. systematische benadering) en minder sterke kanten (bijv. mogelijke selectie bias) en gezien het feit dat de interventie zich nog in een ontwikkelingsfase bevindt, draagt deze grondige en systematisch ontwikkelde prenatale interventie op positieve wijze bij aan het emotioneel welzijn van vrouwen tijdens de zwangerschap.

Referenties

- Armitage C.J. & Conner M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40:471-499.
- Bartholomew L., Parcel G., Kok G., Gottlieb N. & Fernández M. (2011). Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach; 3rd edn. Jossey-Bass: San Francisco.
- Bruijn de A., Bakel van H., Wijnen H., Pop V. & Baar van A. (2009). Prenatal maternal emotional complaints are associated with cortisol responses in toddler and preschool aged girls. *Developmental Psychobiology*, 553-563.
- DiPietro J.A., Ghore M.M., Costigan K. & Hawkins M. (2004). Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25:189-201.
- Dunkel Schetter C. & Tanner L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research and practice. *Current Opinion Psychiatry*, 25:141-148.
- Emmanuel E. & St John W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9):2104-2115.
- Fontein Y. (2012). Perspectives of Dutch midwives on their support for women with maternal distress. In: NICER (Nottingham International Conference for Education and Research in Midwifery). Academic conference focusing on excellence in contemporary midwifery education and research. University of Nottingham 7-8 September. <http://www.nottingham.ac.uk/midwifery/documents/nicer/nicer-2012-conference-proceedings.pdf/>
- Fontein-Kuipers Y., Budé L., Ausems M., Vries de R. & Nieuwenhuijze M.J. (2014). Dutch midwives' behavioural intentions of antenatal management of maternal distress and factors influencing these intentions: an exploratory survey. *Midwifery*, 30(2):234-241.
- Fontein-Kuipers Y.J., Nieuwenhuijze M.J., Ausems M., Bude L. & Vries de R. (2014). Antenatal interventions to reduce maternal distress: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG*, 121(4):389-397.
- Fontein-Kuipers Y., Limbeek van E., Ausems M., Vries de R. & Nieuwenhuijze M.J. (2015). Using Intervention Mapping for systematic development of a midwife-delivered intervention for prevention and reduction of maternal distress during pregnancy. *International Journal of Women's Health and Wellbeing*, 1(2).
- Fontein Y. Limbeek van E., Ausems M., Vries de R. & Nieuwenhuijze M. (2015). Responding to maternal distress: from needs assessment to effective intervention: an integrative review Revision.
- Fontein-Kuipers Y., Ausems M., Budé L., Limbeek van E., Vries de R. & Nieuwenhuijze M. (2015) Factors influencing maternal distress among Dutch women with a healthy pregnancy. *Journal of Women and Birth*, 28:e36-e40.
- Fontein-Kuipers Y., Ausems M., Vries de R. & Nieuwenhuijze M.J. (2016). The effect of Wazzup Mama?! An antenatal intervention to prevent or reduce maternal distress in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*.
- Huizink A., Mulder E., Robles de Medina P., Visser G. & Buitelaar J.(2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79:81-91.
- Jomeen J. (2004). The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: a literature review. *Journal of Clinical Effective Nursing*, 8:143-55.
- Murray D. & Cox J. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8:99-107.
- Nast I., Bolten M., Meinlschmidt G. & Hellhamer D. (2013). How to measure prenatal stress? A systematic review of psychometric instruments to assess psychosocial stress



during pregnancy. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 27:313-322.

- NICE. (2014). Antenatal and Postnatal Health. The NICE guideline on Clinical Management and Service Guidance. NICE clinical guideline [CG 192]. Oxford: National Collaboration Centre for Mental Health.
- Pop V., Komproe I. & Son van M. (1992). Characteristics of the Edinburgh Post-Natal Depression scale in the Netherlands. Journal of Affective Disorders, 26:105-110.
- Pol van de G., Brummen H., Bruinse H., Heintz A. & Vaart van der C. (2007). Is there an association between depressive and urinary symptoms during and after pregnancy? PRN. (2013). The Netherlands Perinatal Registry Trends 1999-2012. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie.
- Quispel C., Schneider A., Hoogendijk W., Bonsel G., Lambregtse & Berg van de, M. (2015). Successful five-item triage for the broad specter of mental disorders in pregnancy – a validation study. BMC Pregnancy & Childbirth, 15(51).
- Reitsma E., Groenen C. & Fermie M. (2007). Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007 [Midwifery in the Netherlands]. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.
- Schuurmans C. & Kurrasch D. (2013). Neurodevelopmental consequences of maternal distress: what do we really know? Clinical Genetics, 83:108-117.
- SIGN. (2012). Management of Perinatal Mood Disorders. A National Clinical Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L. & Lushene R.E. (1970). Manual for the State Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Son van M., Verkerk G., Hart van der O., Komproe I. & Pop V. (2005). Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum post-traumatic stress: An empirical study. Clinical Psychology and Psychotherapy, 12:297-312.
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009). Een goed begin. Adviesrapport Stuurgroep zwangerschap en geboorte, Den Haag: VWS.
- International Urogynecology Journal, 18:1409-1415.
- Van den Bergh B. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal

and neonatal behavior. Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 5:119-130.

- van der Ploeg H., Defares P. & Spielberger C. (1980). Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst Een Nederlandstalige Bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory [Manual of self-reported questionnaire. A Dutch translation of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory]. Lisse: Swets and Zeitlinger BV.

OPROEP AAN DE VROEDVROUWEN

Ben jij geïnteresseerd om je in te zetten voor ons bijzonder beroep? Dan willen we je uitnodigen tijdens een overleg binnen één van onze werkgroepen (info over de werkgroepen vind je onder “Werkgroepen” op de site www.vroedvrouwen.be).

Interesse in de werkgroep?

- Werkgroep Bijscholing
- Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek
- Werkgroep Opleiding (ook vanuit het werkveld hartelijk welkom!)
- Werkgroep Fysiologie
- Werkgroep Profilering
- Redactieraad
- Werkgroep Zelfstandige Vroedvrouwen
- Vroedvrouwen Verleggen Grenzen
- Werkgroep Hoofdvroedvrouwen
- Werkgroep Middenkader
- Werkgroep Digitale Gezondheidszorg
- Juridisch en Ethisch Comité

Laat even weten via info@vroedvrouwen.be. Onze secretaresse zal je uitnodigen voor de werkgroep die jou interesseert. We verwelkomen je graag en willen samen met jou verder werken aan een sterke vroedvrouw in Vlaanderen/België.

Onze Raad van Bestuur staat open voor de geïnteresseerden om mee te volgen. Interesse? We nodigen je uit op de volgende overlegmomenten; laat even weten via info@vroedvrouwen.be.

