“Bed uit, baarkruk op… is er iets te kiezen?”

*De invloed van barenden op de keuze voor de baringshouding.*

**Andrea F.J. Bruijnen** (2010851)

**Joëlle V.E. Habets** (0841293)

**Shemène J.E. Martines** (0835552)

Academie Verloskunde Maastricht

Datum: 03-03-2011

**ABSTRACT**

**Doel:** Het doel van deze studie is de mate van ervaren invloed volgens de cliënt op de keuze voor de baringshouding te onderzoeken.

**Methode:** Tussen oktober 2005 en december 2007 werd een prospectief onderzoek verricht onder Nederlandse eerstelijns verloskundigenpraktijken. Voor de nested studie werden vragenlijsten ingevuld door kraamvrouwen (n= 1154) en registratieformulieren ingevuld door verloskundigen binnen 1 week post partum. Informatie werd verzameld over sociaal demografische, zwangerschaps- en baringsgerelateerde gegevens. Onderzocht werd: “in welke mate hebben low risk barende vrouwen invloed gehad op de keuze tot de baringshouding?”, “wie heeft volgens de cliënt invloed gehad op de keuze tot de baringshouding?” en “welke kenmerken beïnvloeden mogelijk de mate waarin de cliënt invloed heeft gehad op de keuze tot baringshouding?”. Naast beschrijvende analyses werden associaties onderzocht met behulp van een binaire logistische regressie.

**Resultaten:** 87,6% van de 1154 deelnemende vrouwen heeft zelf invloed ervaren op de keuze voor de baringshouding. Daarnaast gaf 10,2% van de vrouwen aan geen of bijna geen invloed te hebben gehad op de keuze tot de baringshouding. 21% bleek alleen zelf invloed te hebben en bij 67,5% van de baringen was er sprake van een combinatie. Pariteit, invloed van de verloskundige, etniciteit, hoe de vrouwen van plan waren te bevallen en de manier waarop de vrouwen tegen de bevalling aankeken waren van significante betekenis op de ervaren mate van invloed op de baringshouding.

**Conclusie:** Ondanks dat een grote groep vrouwen invloed hebben ervaren op de keuze tot baringshouding, is er een groep vrouwen die niet autonoom waren in de keuze tot de baringshouding.

**INLEIDING**

De baringshouding die vrouwen aannemen wordt medisch, historisch en cultureel bepaald. Traditioneel wordt in Nederland de horizontale baringshouding het meest uitgevoerd (1).

Verticale of laterale baringsposities gaan gepaard met een gereduceerde duur van de uitdrijving, afname van de baringspijn, minder episiotomieën, gereduceerd aantal abnormale foetale hartpatronen, meer tweedegraads perineumrupturen en een grotere hoeveelheid vaginaal bloedverlies (>500 ml) (2).

De keuze van de verloskundige voor een bepaalde houding, wordt beïnvloedt door klinische factoren en de werkomgeving.

Er wordt betoogd dat verloskundigen de cliënt aanmoedigen om actief betrokken te zijn in het baringsproces. Vaak gaat dit proces gepaard met stimulatie tot gebruik van verschillende verticale baringsposities (3, 4).

Verloskundigen streven ernaar vrouwen een positieve baringservaring te laten beleven. De baringservaring heeft een multidimensionaal karakter, bestaande uit: fysiologische; psychologische; culturele- en sociaaldemografische aspecten. Dit multidimensionale karakter is ook van toepassing op de keuze voor een baringshouding (5, 6).

Gevoel van controle is een belangrijk deelaspect behorend bij deze psychologische dimensie. In twee studies zijn tevredenheid, emotioneel welbevinden, voldoening en het beeld dat de vrouw heeft van haar baby als uitkomstmaten gebruikt om gevoel van controle te operationaliseren. Uit deze studies is gebleken dat het niet kunnen kiezen van een comfortabele baringshouding geassocieerd wordt met ontevredenheid, onvervulde gevoelens, laag emotioneel welbevinden en het negatief beschrijven van de baby (5, 6).

Ook betrokkenheid bij besluitvorming is een deelaspect van de psychologische dimensie, dat in nauwe relatie staat met het ervaren gevoel van controle. Vrouwen geven aan betrokken te willen worden bij beslissingen over de zorg tijdens de baring en ervaren de baring hierdoor positiever (7).

In de diverse studies zijn sociaaldemografische, persoons- en baringsgerelateerde factoren onderzocht die van invloed zijn op de baringservaring en baringshouding. Gesuggereerd wordt dat maternale leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats, etnische of culturele afkomst en invloed door de verloskundige tijdens de baring van invloed zijn op de baringshouding (3, 4, 8-10). Ook verschillen primiparae in vele opzichten van multiparae (7).

In een studie naar de maternale houding tijdens de bevalling werd gevonden dat als barenden alleen werden gelaten tijdens de bevalling zij in de latente fase het meest de neiging hebben om van houding te veranderen. Dit neemt in de actieve fase af en tijdens de uitdrijvingsfase wordt meestal één houding aangenomen (11). Vrouwen prefereren verschillende houdingen, zowel horizontaal als verticaal als zij de keuze hiertoe krijgen (3, 4).

In een kwalitatieve studie gaven enkele vrouwen aan dat het advies, gegeven door de verloskundige de belangrijkste factor is die de keuze van de baringshouding beïnvloedt. Vrouwen profiteerden van het behoud van hun autonomie bij het zelf kiezen van de baringshouding, indien medisch verantwoord (12).

Er is weinig kwantitatief onderzoek verricht naar wie volgens de cliënt de baringshouding heeft bepaald. Deze studie is gericht op de vraag in welke mate de cliënt zelf de keuze heeft gemaakt ten aanzien van de baringshouding en welke kenmerken hierop van invloed zijn. Deze kwantitatieve studie is gericht op het cliëntperspectief, waardoor deze zich onderscheidt van andere studies (2-4, 7-10).

**METHODE**

**Onderzoekspopulatie**

Een nested studie is uitgevoerd. In de oorspronkelijke studie, verricht van oktober 2005 tot december 2007, werden vragenlijsten uitgedeeld in Nederlandse eerstelijns verloskundigenpraktijken. Enkele studenten verloskunde van de vier Nederlandse academies voor verloskunde zijn bereid gevonden om gegevens te verzamelen tijdens hun stages in de eerstelijns praktijken. Vervolgens werden alle Nederlandse verloskundigenpraktijken (N=487) schriftelijk gevraagd om deel te nemen aan de studie, 55 praktijken zegden hun medewerking toe. Data werden verzameld bij vrouwen met een fysiologisch verloop van zwangerschap en geboorte, waarbij de verloskundige verantwoordelijk was voor de primaire zorg tijdens de baring.

Inclusiecriteria waren: voldoende beheersing van de Nederlandse taal en zorg van een eerstelijns verloskundige tijdens de uitdrijvingsfase. Na het verkrijgen van informed consent van de vrouw werd gevraagd binnen een week post partum een vragenlijst in te vullen. In diezelfde tijdsperiode werd door de verloskundige het registratieformulier ingevuld.

**Flowchart 1: Inclusie**

1603 geïncludeerd in de studie

1495 registratieformulieren teruggestuurd door verloskundigen

1346 vragenlijsten teruggestuurd door vrouwen

1239 vrouwen met registratieformulier en vragenlijst

85 geëxcludeerd: 83 verwezen naar gynaecoloog

2 ontbrekende data op verwijzing

1154 vrouwen in de studie

256 enkel registratieformulieren

117 enkel vragenlijsten

Er werden 1603 vrouwen geïncludeerd, na exclusie bleven 1154 vrouwen over waarvan de gegevens werden geanalyseerd. In flowchart 1 worden de geïncludeerde en geëxlcudeerde deelnemers weergegeven. Sociaaldemografische- en obstetrische kenmerken van de geïncludeerde onderzoekspopulatie worden weergegeven in tabel 1.

**Tabel 1: Sociaaldemografische- en obstetrische kenmerken onderzoekspopulatie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Aantal (N)** | **Percentage (%)** |
| **Sociaaldemografisch** |  |  |
| *Leeftijd moeder* |  |  |
| <25 | 91 | 7,9 |
| 25-29 | 350 | 30,3 |
| 30-34 | 498 | 43,2 |
| ≥35 | 215 | 18,6 |
| *Etniciteit* |  |  |
| Nederlands | 1062 | 93,1 |
| niet-Nederlands | 79 | 6,9 |
| *Opleidingsniveau* |  |  |
| geen/lo/lbo/vmbo/mavo | 206 | 18,0 |
| mbo/havo | 477 | 41,7 |
| hbo/wo | 460 | 40,2 |
| **Obstetrisch** |  |  |
| *Pariteit* |  |  |
| primiparae | 404 | 35,0 |
| multiparae | 750 | 65,0 |
| *Plaats partus* |  |  |
| thuis | 926 | 80,3 |
| ziekenhuis | 227 | 19,7 |
| *Medische reden voor baringshouding* |  |  |
| ja | 825 | 78,8 |
| nee | 222 | 22,2 |

De Commissie Medische Ethiek regio Arnhem-Nijmegen werd geraadpleegd. Ethische goedkeuring was niet nodig vanwege het niet-invasieve en niet belastende karakter van de studie.

**Meetinstrument**

Voor deze nested studie zijn zowel de cliëntvragenlijst als het verloskundig registratieformulier gebruikt.

De vraag; “in welke mate hebben low risk barende vrouwen invloed gehad op de keuze tot de baringshouding?” wordt onderzocht door middel van de antwoorden die betrekking hebben op “ikzelf” (zie tabel 2).

Om een duidelijk beeld te krijgen welke personen invloed hebben op de baringshouding werd de volgende vraag geformuleerd: “wie heeft volgens de cliënt, invloed gehad op de keuze voor de baringshouding?”. De mogelijk beïnvloedende personen in de vragenlijst zijn: de partner, verloskundige, kraamverzorgende/ verpleegkundige, student verloskunde en iemand anders die bij de bevalling was. Deze werden onderverdeeld in drie categorieën: de invloed van de vrouw “zelf”, de invloed van een “combinatie” (zelf, partner en/of anderen) en “anderen” (partner en/of anderen).

**Tabel 2: Item vragenlijst**

*Hoeveel invloed hadden mensen die bij de bevalling aanwezig waren op de houdingen die u aannam tijdens het persen of bij de geboorte? Wilt u bij elke persoon iets aankruisen?*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Veel invloed | Redelijk veel invloed | Niet zo veel invloed | Helemaal geen invloed | Weet ik niet meer | Niet van toepassing |
| Ikzelf |  |  |  |  |  |  |
| Partner |  |  |  |  |  |  |
| Verloskundige |  |  |  |  |  |  |
| Kraamverzorgende/  verpleegkundige |  |  |  |  |  |  |
| Student verloskunde |  |  |  |  |  |  |
| Iemand anders die bij de bevalling was |  |  |  |  |  |  |

Om deze drie groepen te analyseren werd gebruik gemaakt van de antwoordmogelijkheden weergegeven in tabel 2.

De invloed van de partner, verloskundige, kraamverzorgende/ verpleegkundige, student verloskunde en iemand anders die bij de bevalling was werden gedichotomiseerd.

De antwoordmogelijkheden “veel invloed” en “redelijk veel invloed”werden gehercodeerd tot “wel invloed”. “Niet zo veel invloed” en “helemaal geen invloed” werden gehercodeerd tot “geen invloed”.

Per persoon (partner, verloskundige enz.) werd onderzocht of deze invloed had op de baringshouding. Voor deze analyse is alleen “wel invloed” relevant. De antwoordmogelijkheden “weet ik niet meer” en “niet van toepassing” werden niet meegenomen in deze analyse. Dit ervan uitgaande dat “weet ik niet meer” geen relevante invloed had en “niet van toepassing” dus ook geen invloed zou hebben gehad op de baringshouding.

Om de vraag: “welke kenmerken hebben invloed op de keuze tot de baringshouding volgens de cliënt?” te analyseren, werden een aantal onafhankelijke variabelen gehercodeerd en gedichotomiseerd. Onafhankelijke variabelen werden gekozen op basis van eerder onderzoek op het gebied van baringshoudingen (2-4, 8-10).

Informatie werd verzameld over het door vrouwen ervaren gevoel van pijn tijdens de baring.VAS-schalen meten de pijnervaring, variërend van geen pijn (0) tot de ergst mogelijke pijn (10).

Daarnaast werd gevraagd naar factoren gerelateerd aan de keuze voor de baringshouding: voorkeur van vrouwen voor baringshoudingen, baringshouding die ze tijdens de uitdrijvingsfase en het moment van de geboorte aannamen en de invloed van henzelf en anderen op het gebruik van deze baringshouding.

Baringshoudingen werden gedefinieerd als: rugligging (<45 ° ten opzichte van het horizontale vlak), lateraal, zittend (> 45 ° ten opzichte van het horizontale vlak), gehurkt, staand, baringsschelp, baarkruk, op handen en knieën, in bad en andere posities. Voor de toepassing van deze studie werden baringshoudingen gegroepeerd in rugligging of niet-rugligging (alle andere posities). Vrouwen werd gevraagd, of zij informatie hadden ontvangen van hun verloskundige of tijdens een zwangerschapscursus over baringsposities.

De invloed van student verloskunde, kraamverzorgende/ verpleegkundige en iemand anders die bij de bevalling aanwezig was, werden in het model niet als afhankelijke variabelen meegenomen omdat deze geen invloed hadden als zij al dan niet aanwezig waren bij de bevalling.

Het registratieformulier voor verloskundigen bestond uit vragen over de sociaaldemografische- , zwangerschaps- en baringskenmerken van de vrouwen, inclusief items over de plaats van geboorte en gebruikte baringshoudingen.

**Analysemethode**

De onderzoeksvragen: “in welke mate hebben low risk barende vrouwen invloed gehad op de keuze tot de baringshouding?” en “wie heeft volgens de cliënt, invloed gehad op de keuze voor de baringshouding?” werden beschrijvend geanalyseerd.

De vraag: “welke kenmerken hebben invloed op de keuze tot de baringshouding volgens de cliënt?” werd onderzocht door middel van een binaire logistische regressieanalyse, met het significantieniveau α = 0,05. Vanwege het exploratieve karakter van deze studie worden alle potentieel verklarende variabelen in dit model gebruikt.

**RESULTATEN**

De analyse van de hoofdvraag liet zien dat 87,6% van de 1154 deelnemende vrouwen invloed had ervaren op de keuze tot de baringshouding (tabel 3). Hiervoor zijn de percentages “veel invloed” en “redelijk veel invloed” samengevoegd (72,5% + 15,1%). Van de deelnemende vrouwen gaf 10,2% aan geen invloed te hebben gehad op de keuze tot de baringshouding. Hiervoor zijn de percentages “niet zo veel invloed” en “helemaal geen invloed” samengevoegd (6,8% + 3,4%).

**Tabel 3: Mate van ervaren invloed op de keuze tot de baringshouding door de cliënt zelf**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Frequentie** | **Percentages** |
| Veel invloed | 825 | 72,5 |
| Redelijk veel invloed | 172 | 15,1 |
| Niet zo veel invloed | 77 | 6,8 |
| Helemaal geen invloed | 39 | 3,4 |
| Weet ik niet meer | 12 | 1,1 |
| Niet van toepassing | 13 | 1,1 |
| Totaal | 1138 | 100,0 |

Missing: n=16.

De deelnemers konden op de ingevulde vragenlijst meerdere antwoordmogelijkheden aankruisen voor personen die invloed hebben gehad op de baringshouding, zoals partner en verloskundige. Tabel 3 geeft dus de ervaren mate van “zelf” invloed op de baringshouding én mogelijk een “combinatie” van personen weer, bijvoorbeeld zelf, partner en verloskundige.

21,2% van de vrouwen hadden alleen zelf invloed op de baringshouding, bij 67,5% van de baringen was er sprake van een combinatie door de vrouw zelf en anderen. 11,4% van de vrouwen gaf aan dat zij geen invloed hadden op de keuze tot de baringshouding en deze door “anderen” bepaald werd.

**Tabel 4: Invloed op de baringshouding**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Frequentie** | **Percentages** |
|  |  |  |
| Anderen (partner en/of professional) | 128 | 11,4 |
| Combinatie (zelf en partner en/of professional) | 759 | 67,5 |
| Zelf | 238 | 21,2 |
| Totaal | 1125 | 100,0 |

Missing: n=29

Mogelijk beïnvloedende kenmerken op de mate waarin de cliënt invloed heeft gehad op de keuze voor de baringshouding worden in tabel 5 weergegeven.

Uit tabel 5 komt naar voren dat vrouwen die niet tot de Nederlandse bevolkingsgroep behoren minder invloed hadden op de keuze voor de gebruikte baringshouding (OR: 0,34, 95%BI: 0,15-0,77). Multiparae hadden meer invloed op de keuze tot de baringshouding dan primiparae (OR: 2,52, 95% BI: 1,35 – 4,73). Ook kwam naar voren dat voor elk punt dat vrouwen hoger scoorden op de VAS-schaal over hoe zij van tevoren tegen de bevalling aankeken, zij meer invloed hadden op de keuze tot de baringshouding (OR: 1,24, 95% BI: 1,12 - 1,38). Vrouwen die positief tegen de baring aankeken, hadden zelf meer invloed op de keuze.

Vrouwen die van plan waren in rugligging te gaan bevallen, gaven achteraf aan meer invloed te hebben gehad dan vrouwen die van plan waren diverse houdingen te gaan gebruiken (OR: 0,43, 95% BI: 0,23 - 0,78).

Verder gaven vrouwen aan dat indien de verloskundige invloed had op de gebruikte baringshouding, de vrouw zelf minder invloed had op de keuze tot de baringshouding (OR: 0,28, 95%BI: 0,14 - 0,57). Dit wil zeggen dat de verloskundige de keuze tot de baringshouding door de vrouw negatief beïnvloedde.

De variabele wel of geen medische reden voor het aannemen van een baringshouding is marginaal significant (P-waarde: 0,052). Indien er een medische indicatie bestond (22,2% van de baringen) voor het aannemen van een baringshouding, bijvoorbeeld vanwege foetale nood of liggingsafwijking, leken vrouwen aan te geven meer invloed te hebben gehad op de baringshouding (OR: 1,88, 95% BI: 0,99 - 3,55).

De overige geanalyseerde variabelen in de binaire logistische regressieanalyse bleken niet statistisch significant, bijvoorbeeld maternale leeftijd en plaats van de bevalling.

7,5 % van de variatie (Cox en Snell R Square) in de invloed die de vrouw zelf had, werd verklaard door de onafhankelijke variabelen**.**

**Tabel 5: Mogelijk beïnvloedende kenmerken op invloed op de keuze tot de baringshouding**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variabelen** | **P-waarde** | **Odds ratio** | **95% BI** |
| **Sociaaldemografische kenmerken** |  |  |  |
| Leeftijd vrouw: jaren | 0,897 | 1,00 | 0,94 - 1,06 |
| Bevolkingsgroep: Nederlands/ niet-Nederlands | 0,009 | 0,34 | 0,15 - 0,77 |
| Opleidingsniveau: laag/ middel | 0,180 | 0,64 | 0,34 - 1,23 |
| Opleidingsniveau: laag/ hoog | 0,828 | 0,95 | 0,57 - 1,58 |
| **Zwangerschapsgerelateerde kenmerken** |  |  |  |
| Primiparae/ multiparae | 0,004 | 2,52 | 1,35 - 4,73 |
| Informatie ontvangen over baringshoudingen via zwangerschapscursus: geen/wel | 0,294 | 0,77 | 0,48 - 1,25 |
| Informatie ontvangen over baringshoudingen via verloskundige: geen/ wel | 0,157 | 1,50 | 0,86 – 2,64 |
| VAS-schaal: hoe tegen de bevalling aangekeken van tevoren (negatief --> positief) | 0,000 | 1,24 | 1,12 - 1,38 |
| Baringshouding van plan te bevallen:   rugligging/ combinatie | 0,006 | 0,43 | 0,23 - 0,78 |
| Baringshouding van plan te bevallen:   rugligging/ niet-rugligging | 0,199 | 0,68 | 0,37 - 1,23 |
| **Baringsgerelateerde kenmerken** |  |  |  |
| Invloed partner: geen/ wel | 0,086 | 1,56 | 0,94 - 2,59 |
| Invloed verloskundige: geen/wel | 0,000 | 0,28 | 0,14 - 0,57 |
| Plaats bevalling: thuis/ poliklinisch | 0,951 | 1,02 | 0,56 - 1,86 |
| Duur ontsluiting: uren | 0,078 | 1,06 | 0,99 - 1,13 |
| Duur uitdrijving: minuten | 0,994 | 1,00 | 0,99 - 1,01 |
| VAS-schaal: ervaren pijn ontsluiting | 0,859 | 0,99 | 0,88 - 1,11 |
| VAS-schaal: ervaren pijn persen | 0,585 | 0,97 | 0,87 - 1,08 |
| Medische reden voor baringshouding: geen/ wel | 0,052 | 1,88 | 0,99 - 3,55 |
| Baringshouding gebruikt tijdens persen: rugligging/ gemengd | 0,124 | 0,40 | 0,12 - 1,29 |
| Baringshouding gebruikt tijdens persen: rugligging/ niet-rugligging | 0,150 | 0,46 | 0,16 - 1,32 |
| Baringshouding tijdens geboorte: rugligging/ niet-rugligging | 0,253 | 0,62 | 0,28 - 1,40 |

BI= betrouwbaarheidsinterval

**DISCUSSIE EN CONCLUSIE**

Uit onze analyse lijkt naar voren te komen dat de cliënt in het merendeel (88%) van de gevallen aangeeft invloed op de gekozen baringshouding te hebben gehad. Deze ervaren invloed was mogelijk in combinatie met de invloed door anderen, bijvoorbeeld de partner en verloskundige.

Uit nadere analyse blijkt dat 21% aangeeft alleen zelf veel tot redelijk veel invloed te hebben gehad. 11% van de vrouwen gaf aan zelf geen invloed te hebben gehad. Dit impliceert dat er vrouwen zijn die niet autonoom zijn in de keuze tot de baringshouding. Onduidelijk is waardoor deze vrouwen niet autonoom waren. Mogelijke verklaringen zijn de begeleidingsstijl van de verloskundige of de wens van de cliënt om de keuzes tijdens de baring in handen te leggen van de verloskundige. Hiernaar zal verder onderzoek verricht dienen te worden met de nadruk op het keuzeproces van de vrouw.

Verder blijkt uit de analyse dat vrouwen die van tevoren positief tegen de bevalling aankeken, meer invloed hadden op de keuze tot de baringshouding. Het psychologische aspect lijkt dus van belang te zijn bij betrokkenheid en besluitvorming over de keuze van de baringshouding. Dit lijkt in overeenstemming met eerder verricht onderzoek (5, 6).

Vrouwen die van plan waren een combinatie van houdingen te gebruiken tijdens de baring, hadden het gevoel minder invloed te hebben gehad. Mogelijke oorzaak is dat deze vrouwen geen voorkeur hadden tot een specifieke baringshouding, ze wilden verschillende houdingen uitproberen of legden de keuze tot de baringshouding in handen van de verloskundige. In deze studie is niet onderzocht of dit in verband staat met het realiseren van deze te verwachten houdingen.

Indien de gebruikte baringshouding werd beïnvloed door een medische indicatie, bijvoorbeeld cortonenpathologie of liggingsafwijking, trad er geen significante invloed op wat betreft de invloed van de vrouw op de keuze tot de baringshouding. Dit impliceert dat als er een medische noodzaak is voor het gebruik van een bepaalde houding, de verloskundige het gevoel van eigen invloed van de cliënt op de baringshouding niet negatief beïnvloedt. Dit zou kunnen betekenen dat de verloskundige de barende positief benadert en begeleidt in een dergelijke situatie. Hierbij dient vermeldt te worden dat deze variabele marginaal significant is (p-waarde: 0,052).

Uit de binaire logistische regressie lijkt naar voren te komen dat leeftijd geen significante betekenis heeft op de invloed die de vrouw ervaart op de keuze van de baringshouding. Uit eerder verschenen studies komt juist naar voren dat maternale leeftijd wel van invloed is op de baringshouding (3, 4, 8-10). Ook lijkt de plek van de bevalling, thuis of poliklinisch niet van significante betekenis te zijn. Dit is ons inziens een opmerkelijke bevinding, aangezien in een poliklinische setting vaak minder mogelijkheden zijn in vergelijking tot de thuissituatie tot het aannemen van een bepaalde houding, bijvoorbeeld in bad. Vrouwen lijken door deze beperkingen niet minder invloed op de keuze van de baringshouding te hebben ervaren.

Verder was de mate van ervaren pijn tijdens de ontsluiting en persen niet van significante betekenis op de mate van ervaren eigen invloed op de keuze tot de baringshouding.

Slechts 7,5 % van de variatie (Cox en Snell R Square) in de invloed die de vrouw zelf had, wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen. Mogelijk spelen persoonsgerelateerde kenmerken en andere factoren die niet onderzocht zijn in deze studie een rol in de keuze tot de baringshouding. De baring is een zeer individuele beleving, elke baringservaring is uniek. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de weinig verklaarde variatie in deze studie en de mogelijk grote invloed van persoonsgerelateerde kenmerken. Dit dient in kwalitatief onderzoek verder geëxploreerd te worden. Ook is het een taak van de verloskundige om bij de barende na te gaan wat haar verwachtingen zijn ten aanzien van de baring zodat hier indien nodig op geanticipeerd kan worden en de autonomie van de barende bevorderd wordt.

Studies naar de baringshouding suggereren dat het verloskundig advies de belangrijkste factor is die de keuze van de baringshouding beïnvloedt (12). Deze studie suggereert dat indien de verloskundige invloed had, dit de invloed van de barende significant verminderde. Verloskundigen dienen zich ervan bewust te zijn dat de invloed van de verloskundige in relatie tot de baringshouding, de autonomie van de cliënt mogelijk beperkt. Zou dit kunnen betekenen dat indien de verloskundige zich terugtrekt, de invloed van de barende groter wordt?

Uit deze studie lijkt naar voren te komen dat multiparae significant meer invloed hadden op de keuze tot de baringshouding, dit in tegenstelling tot andere studies (10). Het verschil in invloed op de eigen keuze tot de baringshouding tussen primiparae en multiparae is mogelijk te verklaren door de eerdere baringservaring van multiparae. Hier kan de verloskundige mogelijk invloed op uitoefenen door primiparae goede voorbereiding aan te bieden waardoor de autonomie van de primiparae bevorderd wordt.

De 55 praktijken die instemden met deelname, waren niet at random geselecteerd en stonden mogelijk heel positief tegenover het toepassen van verschillende baringshoudingen. Hierdoor is mogelijk selectiebias opgetreden. Deze studie is enkele dagen post partum verricht, hierdoor is mogelijk herinneringsbias opgetreden.

Uit de bestaande dataset is de volgende vraag gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag “hoeveel invloed hadden de mensen die bij de bevalling aanwezig waren op de houding die u aannam tijdens het persen of bij de geboorte?”. Deze vraag leidt tot een aantal discussiepunten.

De vraag betreft twee vragen in één, er wordt namelijk gevraagd naar de houding tijdens het persen en de houding bij geboorte. De houdingen kunnen verschillend zijn geweest en dit kan niet uit de antwoordmogelijkheden worden opgemaakt. De antwoordmogelijkheden waren opgedeeld in zes keuzemogelijkheden. Een VAS-schaal als antwoordmogelijkheid zou meer keuzemogelijkheden bieden waardoor deze meer responsief is en daardoor verschillen beter gemeten kunnen worden.

Concluderend, deze studie laat zien dat een deel van de vrouwen niet autonoom zijn in hun keuzeproces tijdens de baring. Naast baringskenmerken zijn er andere (persoons)kenmerken van invloed op het keuzeproces. Nader (kwalitatief) onderzoek hiernaar is wenselijk.

**LITERATUURLIJST**

1. Prins, M., Roosmalen van, J., Scherjon, S., & Smit, Y. (2009). *Praktische verloskunde* (12 ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

2. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). The Cochrane Library

2009(4):1-72.

3. Hanson L. Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 1: Position use and preferences. J Nurse Midwifery. 1998 Sep-Oct;43(5):320-5.

4. Hanson L. Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 2: Factors affecting use. J Nurse Midwifery. 1998 Sep-Oct;43(5):326-30.

5. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth. 2003 Dec;30(4):235-47.

6. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. Birth. 1990 Mar;17(1):15-24.

7. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth. 1996 Sep;23(3):144-53.

8. van Diem M. De invloed van kenmerken van de vrouw en de vroedvrouw op de baringshouding. Tijdschr v Verlosk 1997:19-27.

9. Chalmers B, Meyer D. What women say about their birth experiences: a cross-cultural study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1994 Dec;15(4):211-8.

10. de Jonge A, Rijnders ME, van Diem MT, Scheepers PL, Lagro-Janssen AL. Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. Midwifery. 2009 Aug;25(4):439-48.

11. Carlson JM, Diehl JA, Sachtleben-Murray M, McRae M, Fenwick L, Friedman EA. Maternal position during parturition in normal labor. Obstet Gynecol. 1986 Oct;68(4):443-7.

12. De Jonge A, Lagro-Janssen AL. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2004 Mar;25(1):47-55.