POSTNATALE BEHOEFTEN NA SUBFERTILITEIT

Merel Gmelig Meyling (562727) en Luciëne Vedder (562154)

VERLOSKUNDE ACADEMIE GRONINGEN

Interne begeleider: Willemijn Warmink-Perdijk (MSC)

Externe begeleider: Dr. Catja Warmelink

Deadline: 18 april 2018

Abstract

Postnatale behoeftes na subfertiliteit

Welke behoefte in de begeleiding van zorgverleners hebben vrouwen bij wie de zwangerschap meer dan 12 maanden uitbleef en zwanger werden via een fertiliteitsbehandeling, tijdens de kraamperiode?

Inleiding

In Nederland hebben 22 op de 1000 paren te maken met subfertiliteit. Bestaand onderzoek wijst uit dat deze vrouwen vaak andere belevingen hebben van de zwangerschap en kraamperiode in vergelijking met vrouwen die spontaan zwanger zijn geworden. Zij zouden meer stress en angst ervaren. Er is nog onvoldoende kennis over de behoeftes van kraamvrouwen na subfertiliteit. Dit onderzoek beschrijft welke belevingen en gevoelens er spelen bij deze vrouwen en welke speciale behoeftes zij hebben in de kraamperiode.

Methode

Er werd kwalitatief onderzoek gedaan naar ervaringen, behoeftes en emoties door middel van semigestructureerd interviews. Er werd gewerkt met een vastgestelde topic-lijst. Er werden in totaal 5 vrouwen geïnterviewd die geselecteerd zijn op hun karakteristieken. De getranscribeerde interviews werden geanalyseerd door middel van open, axiaal en selectief coderen.

Resultaten

Uit de geanalyseerde data werden vier thema's gevormd die de meest belangrijke bevindingen overkoepelden. 1 Geïndividualiseerde zorg; vrouwen vonden continuïteit van zorgverleners erg belangrijk, begrip en hadden soms behoefte aan langer contact met de zorgverlener. 2 Informatie; vrouwen hebben behoefte aan meer informatie en betrouwabre informatie. 3 Transitie naar het ouderschap met als sub-thema's: onwerkelijkheid, verantwoordelijkheid en onzekerheid. 4 Bevestiging; vrouwen hebben behoefte aan bevestiging van de omgeving en de zorgverlener en zij hebben het gevoel er nu bij te horen.

Conclusie/ discussie

Het is wenselijk dat de zorgverlener op de hoogte is van de voorgeschiedenis, hier begrip voor toont en de zorg individualiseert. Voor vervolgonderzoek wordt geadviseerd om een focusgroep te realiseren en vrouwen met verschillende etniciteiten te includeren, hiermee kan datasaturatie bereikt worden. Aanbeveling in het onderwijs zou zijn om meer aandacht te besteden aan het onderwerp zodat verloskundigen in opleiding kennis opdoen op dit gebied.

Inleiding

In Nederland heeft 22 op de 1000 paren te maken met subfertiliteit [1]. Dit betekent dat na een periode van 12 maanden onbeschermde en op conceptie gerichte coïtus nog geen zwangerschap is ontstaan. Deze paren komen in aanmerking voor vervolgonderzoek. [1] Wanneer een vrouw zwanger is na een fertiliteitsbehandeling is zij volgens de Verloskundige Indicatie Lijst een normale en gezonde zwangere en mag zijn onder zorg zijn van de verloskundige [2]. In 2016 werd 4,7% van de zwangere vrouwen zwanger via een behandeling [3]. Verloskundigen krijgen dus regelmatig te maken met vrouwen die zwanger zijn na een behandeling.

Vrouwen die zwanger worden na een fertiliteitstraject ervaren meer stress en angst dan vrouwen die spontaan zwanger worden. [4-7] Ze maken zich zorgen over de gezondheid van hun kind en zijn bang voor problemen rondom de bevalling. [8] Onderzoek van McMahon [4] toonde aan dat deze groep zich minder goed voorbereiden op de bevalling en de periode daarna. Dit is geïnterpreteerd als vermijdingsgedrag om zichzelf tegen een mogelijke teleurstelling te beschermen. [9] Vrouwen die zwanger zijn na een behandeling hebben significant vaker last van moeilijkheden in het vroege ouderschap vergeleken met vrouwen die spontaan zwanger zijn geworden. Deze moeilijkheden betreffen vermoeidheid van de moeder, het vinden van een slaap-eet ritme van de baby en angststoornissen. [10]

Eerder onderzoek [11] naar de behoeften in de kraamperiode gaf als resultaat dat de ondervraagde vrouwen behoefte hebben aan begrip en erkenning. Zorgverleners moeten op de hoogte zijn van het fertiliteitstraject en hier rekening mee houden in hun begeleiding. Dit alles laat zien dat vrouwen zwanger na een fertiliteitsbehandeling lichamelijk misschien wel normale gezonde zwangere vrouwen zijn maar dat zij psychisch de zwangerschap en kraamperiode op een andere manier beleven.

Om erachter te komen welke behoeften kraamvrouwen die zwanger werden via een medische behandeling hebben en wat verloskundigen tijdens de kraamperiode hierin voor hen kunnen betekenen is meer onderzoek nodig want eerder onderzoek leverde geen datasaturatie op. De resultaten van dit onderzoek zal in de discussie vergeleken worden met het eerdere onderzoek [11].

Om de resultaten uit dit onderzoek te kunnen vergelijken met het eerdere onderzoek [11] is de onderzoeksvraag samen met de deelvragen gelijk gebleven. Ook is de topiclist grotendeels identiek. De aanbevelingen over de topiclist zijn meegenomen in dit onderzoek.

Onderzoeksvraag

Welke behoefte in de begeleiding van zorgverleners hebben vrouwen bij wie de zwangerschap meer dan 12 maanden uitbleef en zwanger werden via een fertiliteitsbehandeling, tijdens de kraamperiode?

Met de volgende deelvragen:

- Welke onzekerheden leven bij vrouwen die zwanger werden via een fertiliteitsbehandeling in de kraamperiode?
- Op welk gebied verwacht de vrouw die zwanger werd via een fertiliteitsbehandeling, interesse van de zorgverlener in de kraamperiode?

Methode

In dit onderzoek is gekeken naar de behoeftes in de kraamperiode van vrouwen met een zwangerschap na een fertiliteitsbehandeling. Er werd kwalitatief onderzoek gedaan naar ervaringen door middel van semigestructureerde interviews.

Er is gewerkt met een van tevoren vastgestelde topiclist (zie bijlage 2). Hier is voor gekozen omdat hierdoor ruimte is voor een open gesprek en er toch een leidraad is tijdens dit gesprek. [12]

De interviews werden door twee onderzoekers afgenomen (LV en MGM). De onderzoekers zijn vrouwelijke verloskundigen in opleiding, een van de onderzoekers is zelf geboren na een vruchtbaarheidsbehandeling. De deelnemers kenden de onderzoekers niet voorafgaand aan de deelname. De onderzoekers werden door een interne (WWP) en externe (CW) begeleider ondersteund. De interne begeleider is verloskundige en de externe begeleider is psycholoog en ervaringsdeskundige. Beide begeleiders hebben veel ervaring en kennis over kwalitatief onderzoek. Vooraf aan de interviews is een proefinterview gehouden om te oefenen met de opname apparatuur, de duur van het interview en de vragen.

Naast de individuele interviews was het plan een focusgroep te organiseren. Individuele diepte-interviews geven onderzoekers de mogelijkheid om specifieke, gedetailleerde sociale en persoonlijke informatie te verkrijgen terwijl groepsinterviews zorgen voor een bredere reeks informatie. [13] Met een focusgroep zou de triangulatie van het onderzoek worden vergroot.

Deelnemers

Er zijn vrouwen geselecteerd voor een diepte-interview over hun behoeftes in de kraamperiode. De inclusiecriteria waren:

- Actieve zwangerschapswens > 12 maanden
- Zwanger na Intra Uteriene Inseminatie (IUI), Intra Cytoplasmatische Sperma-Injectie (ICSI) of In vitrofertilisatie (IVF)
- Eenling- zwangerschap
- Bevalling < 2 jaar geleden

De deelnemers werden geworven via twee kanalen; Facebook en patiëntenvereniging Freya. Zie bijlage 1 voor de gebruikte tekst.

In dit onderzoek werd er gezocht naar nieuwe informatie in vergelijking met eerder onderzoek en werd er gestreefd naar datasaturatie. Vanwege de grote response was het mogelijk om te selecteren op karakteristieken. Om datasaturatie te bereiken werd de maximale variatie- techniek toegepast door te selecteren op uiteenlopende basiskarakteristieken. Er werd gezocht naar nog niet eerder gehoorde behoeften, die zijn ontstaan door verschillende omstandigheden en naar belangrijke gemeenschappelijke patronen verspreid over verschillende variaties. [14]

Verschillende karakteristieken waarop geselecteerd werd zijn weergegeven in bijlage 3. De karakteristieken relatie-status, opleidingsniveau en het krijgen van het eerste kind zijn gekozen omdat uit onderzoek is gebleken dat deze factoren van invloed zijn op de emotionele gesteldheid van de moeder in de kraamperiode. [15-16] Naar eigen inzicht van de onderzoekers werden woonplaats, duur van de zwangerschapswens, reden voor het uitblijven van de zwangerschap, de behandeling, de leeftijd, geloofsovertuiging en overige bijzonderheden toegevoegd aan de tabel. De onderzoekers namen aan dat deze karakteristieken mogelijk van invloed zijn op de beleving van de kraamperiode.

Uitvoering

De semigestructureerde interviews werden bij de deelnemers thuis uitgevoerd omdat comfort, privacy en stilte invloed hebben op het verloop van een interview. Deze drie aspecten zijn optimaal in de thuissituatie van de deelnemer dus daarom is deze locatie gekozen voor de interviews. [17]

De deelnemers hebben een privacyverklaring ondertekend waarin zij toestemming gaven voor gebruik van de data en de mogelijkheid zich terug te trekken. Deze is te zien in bijlage 4. Dit formulier is overgenomen uit de voorgaande studie [11].

Uit het onderzoek van Homan en Vogelzang [11] is gebleken dat de gebruikte topic-list geschikt was voor het onderzoek. Een aanbeveling vanuit dit onderzoek was om dieper in te gaan op adviezen en hoe deze groep vrouwen omgaan met adviezen. Het kopje adviezen is daarom uitgebreider behandeld en er is door de onderzoekers doorgevraagd. Onderwerpen die in de topic-list aanbod komen zijn: ervaringsverhaal, verwachtingen, bevalling, psychisch proces, begeleiding, borstvoeding, anticonceptie, zelfredzaamheid en adviezen.

Er is voor gekozen om de interviews op te nemen met mobiele telefoons. De interviews werden dubbel opgenomen en na afloop getranscribeerd. De transcripties werden naar de deelnemers verzonden voor een membercheck. [18]

Data - analyse

De transcripten werden na de membercheck geanalyseerd via codering. Er werd gecodeerd in 3 stappen; open, axiaal en selectief. [19] Het open coderen werd dubbel gedaan om de validiteit te vergroten, dit is op papier uitgevoerd. De overige stappen van het coderingsproces werden uitgevoerd in de programma's Word en Excel. De open coderingen werden door de onderzoekers vergeleken en besproken totdat er consensus werd bereikt. Het axiaal en selectief coderen werd door de onderzoekers samengedaan omwille van de tijd. [20]

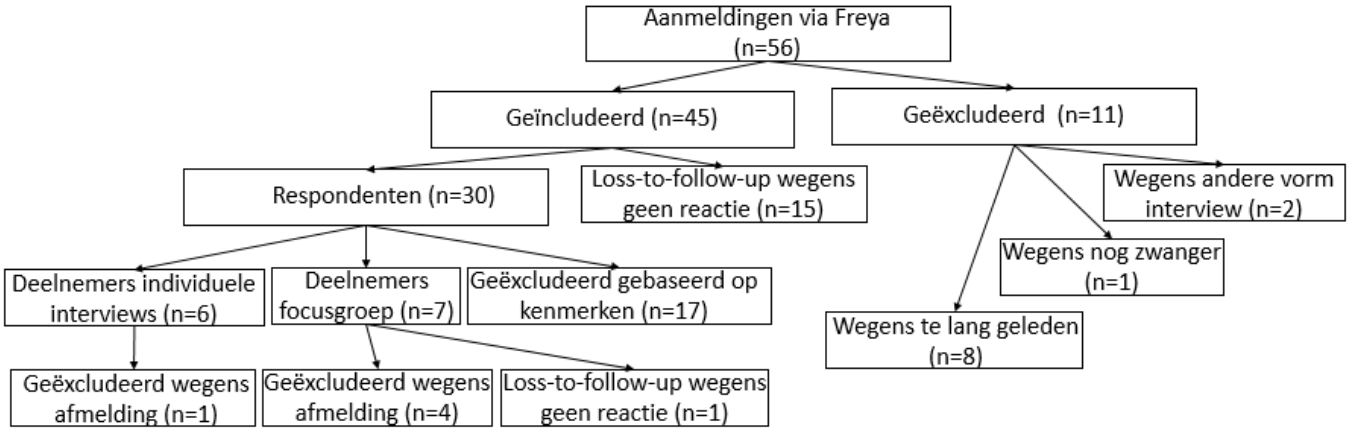
Ethische aspecten

Het enige ethische aspect in dit onderzoek is informed-consent. Omdat er in dit onderzoek geen sprake is van deelnemers jonger dan 16 jaar, onderzoek naar gentherapie of celtherapie, of geneesmiddelenonderzoek is er geen toestemming nodig van de medisch ethische commissie. Dit onderzoek valt niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO). [21]

Resultaten

Respondenten

In figuur 1 is een flowchart te zien van de werving van deelnemers. Via de oproep van de patiëntenvereniging Freya kwamen 56 reacties binnen, via Facebook geen. 11 Respondenten zijn geëxcludeerd omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria: zij waren nog zwanger, > 2 jaar geleden bevallen of stonden niet open voor een face-to-face interview. De 45 geschikte respondenten zijn via een mail benaderd (zie bijlage 3). 66,6% (n=30) heeft deze tabel ingevuld en retour gestuurd. Hieruit is op basis van de karakteristieken een selectie gemaakt voor individuele interviews en voor een focusgroep. Bijzonderheden waren een lesbische deelnemer en een deelnemer met een eerste overleden kindje. Dit zijn casussen die niet vaak voorkomen en daarom zijn deze vrouwen geselecteerd.



Figuur 1: flowchart werving deelnemers

Vier van de zeven geselecteerde deelnemers meldden zich af voor de focusgroep en er was loss-to-follow-up bij één deelnemer, hierdoor kon de focusgroep niet gerealiseerd worden. Er zijn vijf diepte-interviews afgenomen.

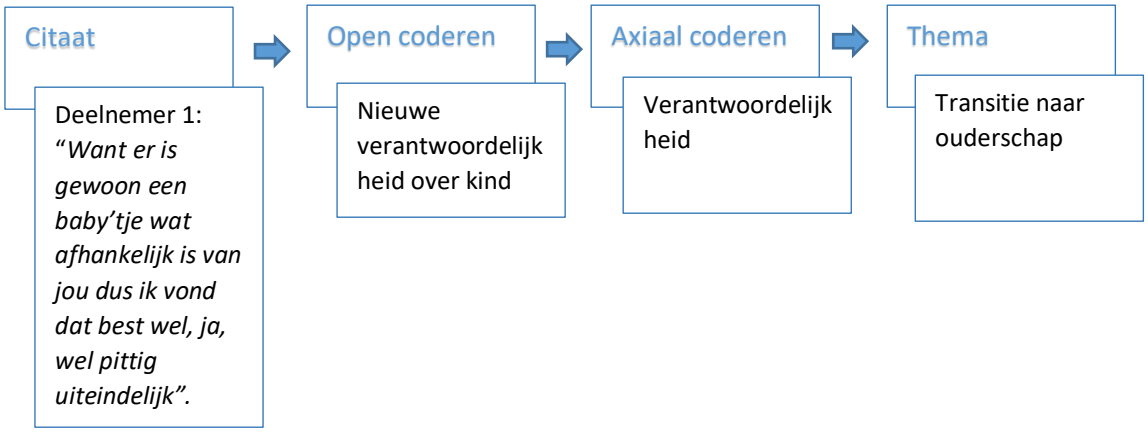
In tabel 1 worden de basiskarakteristieken van de deelnemers en respondenten weergegeven. Een aantal gevraagde karakteristieken worden niet in deze tabel meegenomen omdat deze geen rol hebben gespeeld bij het selecteren van de deelnemers (geen alleenstaande moeders en meerling zwangerschappen). Wegens de anonimiteit van de deelnemers zijn de bijzonderheden per deelnemer ook weggelaten uit deze tabel.

Tabel 1: kenmerken respondenten

Deel-nemer nr	Etnici teit	Provincie	Duur kinder wens (jaar)	Pari teit	Leeftijd bij bevalling	Reden uitblijven zwanger-schap	Behan deling	Opleidings-niveau	Burgerlijke staat	Geloofs-overtuiging
1	NL	Groningen	8,5 en 2	1	35	Partner	ICSI-D	MBO	Gehuwd	Christelijk
2	NL	Drenthe	10	2	29 en 32	Partner	ICSI	MBO	Gehuwd	Geen
3	NL	Zuid Holland	5	1	35	Onverklaar baar	ICSI	HBO	Gehuwd	Geen
4	NL	Zuid Holland	8	1	35	Endometri ose	ICIS	HBO	Gehuwd	Geen
5	NL	Overijssel	3,5 en 1,5	2	28 en 30	Partner	ICSI	MBO	Gehuwd	Geen

Analyse

De transcripten zijn gecodeerd volgens de theorie van Boeije [19], in figuur 2 is een voorbeeld te zien van het coderingsproces. Stap 1, het open coderen is door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd.



Figuur 2: voorbeeld coderingsproces

De thema's die voortkwamen uit de data worden beschreven in de codeboom in figuur 2. De codeboom is weergegeven van meest voorkomend naar minst voorkomende codes. De thema's zijn van links naar rechts op volgorde van relevantie geordend. Bij het eerste thema, behoefte aan geïndividualiseerde zorg, kwamen een aantal sub-thema's naar voren: continuïteit van zorgverlener, uitgebreider contact met de zorgverlener en begrip van de zorgverlener. Het tweede thema gaat over behoefte aan bevestiging. Uit de analyse bleek erkenning van de omgeving, bevestiging van de realiteit en erbij horen belangrijke factoren. Verantwoordelijkheid, onwerkelijkheid en onzekerheid zijn sub thema's binnen het thema transitie naar ouderschap. Het laatste thema, behoefte aan informatie, bevat de behoeftes aan meer informatie en betrouwbare informatie.

Figuur 3: codeboom

1. Geïndividualiseerde zorg

Uit de interviews bleken de deelnemers aanvullende behoeftes te hebben betreft de relatie met de zorgverlener. Alle deelnemers gaven aan dat zij behoefte hadden aan continuïteit van de zorgverlener. Sommigen gaven als reden hiervoor dat zij als een individu gezien wilde worden. *Deelnemer 1: 'Ik ben geen nummertje, ik ben geen patiëntje of zoiets. Ik ben gewoon, ik heb een naam, ik heb een geboortedatum en ik heb een verhaal.'* Anderen hadden een negatieve ervaring met wisseling van zorgverlener en streefden daarom naar continuïteit. Enkele deelnemers gaven aan dat het prettig was om niet meerdere keren het verhaal en de achtergrond uit te hoeven leggen. *Deelnemer 5: 'Die kent het hele verhaal, die kwam ook steeds bij mij. Ik zei als ik hem niet krijg zie ik het nut niet in om hier te komen. Want als ik elke keer een ander krijg die ik het verhaal van voor af aan weer moet uitleggen, ze lezen de dossiers niet.'* Andere deelnemers beaamden dit, zij gaven aan dat het onprettig was om bij wisselende zorgverleners een band op te bouwen. Een deelnemer gaf aan dat het tijd koste om een goede vertrouwensband op te bouwen en dat het daarom wenselijk was om zoveel mogelijk dezelfde zorgverlener te hebben. *Deelnemer 3: 'En dat is ook wel heel fijn als je niet elke keer je verhaal opnieuw moet beginnen en moet aftasten hoe het voelt.'*

De meeste deelnemers gaven aan dat zij te maken hadden gehad met onbegrip van de zorgverleners. Een deelnemer gaf aan dat zij merkte dat de zorgverleners hun best deden om begrip te tonen maar dat dit niet mogelijk was. Zij gaf aan dat mensen die geen fertiliteitstraject hebben doorgemaakt moeilijk begrip kunnen hebben voor de situatie. Toch waardeerden de deelnemers het wel als de zorgverleners een poging deden om begrip te tonen. *Deelnemer 4: '… Nee, want ze zeiden wel heel lief ja, nee en amen maar toch snappen ze het niet. Alleen mensen die in hetzelfde schuitje hebben gezeten die weten het misschien, hoe ik het heb beleefd. Want ze deden echt wel hard hun best en toch snapten ze het niet… en dat kan ook niet.'* Een andere deelnemer geeft aan dat het begrip van de zorgverleners haar erg geholpen heeft, zij kijkt daardoor positief terug op de gekregen zorg. Ook waardeerde zij het dat de zorgverlener oprechte emotie toonde. *Deelnemer 2: 'maar overall gezien ben ik heel erg tevreden met hoe het is gegaan. Goede verloskundige erbij gehad die veel rust had en ook heel goed begreep wat er gebeurd was. Iedereen was daar heel begripvol in dus dat was heel fijn. Zelfs de verloskundige moest wat huilen. Dus dan weet je dat je gewoon in een goed team zit dus dat was heel fijn.'*

Deelnemers gaven aan dat zij behoefte hadden aan nader contact met de verloskundige of de kraamzorg. Andere deelnemers gaven aan dat zij bij het afsluiten van de kraamperiode tevreden waren over de hoeveelheid verkregen kraamzorg uren. Een deelnemer gaf aan dat zij veel vragen en onzekerheden had na afloop van de kraamperiode en daarvoor aanvullend contact zocht met de kraamverzorgster. Een andere deelnemer gaf aan dat zij zich, nadat de kraamzorg weg was, aan haar lot overgelaten voelde en behoefte had aan extra begeleiding. *Deelnemer 4: '… dus de verloskundige zei wel hartstikke lief van als er wat is dan bel je… maar ik voelde me zo aan mijn lot overgelaten. Naja dat ik echt, dat ja... ik wil gewoon iemand fulltime bij me hebben.'*

2. Bevestiging

De deelnemers hebben behoefte aan bevestiging dat de kinderwens realiteit geworden was en dat het kind niet weg zou gaan. Het besef dat het kind 'echt' was kwam langzaam, vaak pas na de kraamperiode. Meerdere deelnemers benoemden dat zij in de kraamperiode regelmatig controleerden of het kind nog in leven was en nog in het bedje lag. Eén deelnemer benoemde dat zij hier obsessief mee bezig was en dat zij 's nachts wakker lag van onzekerheid. *Deelnemer 2: 'Ik denk ook dat dat is geweest waardoor je 's nachts wakker wordt met de gedachte: 'Ligt hij er nog wel? Is het nog wel echt?'*

Deelnemers hadden behoefte aan bevestiging en erkenning van de omgeving. Alle deelnemers gaven aan dat ze graag de buitenwereld wilden laten zien dat ze een kind hadden gekregen. Ze wilden dit zoveel mogelijk delen. *Deelnemer 1: 'Ja, ik wilde het gewoon wel meer delen.'* Verder gaven deelnemers aan dat zij graag de nadruk legden op de lange tijd die het had geduurd om zwanger te raken zodat de omgeving zou beseffen hoe bijzonder deze zwangerschap was. Zij gaf als mogelijke reden voor dit gedrag dat het zou haarzelf ook zou helpen om te wennen aan de nieuwe situatie, het krijgen van een kind. *Deelnemer 4: 'Dus om de haveklap zei ik we hebben 8 jaar over hem gedaan, ja na 8 jaar heb je een mooi kind, nou zo een beetje.'*

Tijdens de periode van ongewenste kinderloosheid speelde het gevoel van 'er niet bij horen' een grote rol bij de deelnemers. Een deelnemer benoemde dat zij na de geboorte van haar kind sterk het idee had 'er' eindelijk bij te horen. Zij gaf aan nu makkelijker contact te leggen met onbekende mensen. Dit kwam volgens haar doordat het hebben van een kind een makkelijk gespreksonderwerp is en mensen met elkaar verbindt. *Deelnemer 1: 'Maar je hoort erbij, dat is echt iets dat kun je je van tevoren niet voorstellen… Maar ook als je het dan niet hebt dat je er dan echt gewoon buiten valt. En dat, dat doet pijn.'*

3. Transitie naar ouderschap

Na een lange tijd van onzekerheden en teleurstellingen was het voor de deelnemers onwerkelijk dat er een kind was geboren. Sommige deelnemers gaven aan dat zij geen verwachtingen durfden te hebben uit zelfbescherming. Een deelnemer benoemde dat zij zichzelf tegenhield in het vormen van verwachtingen, dit creëerde voor haar een groot onwerkelijkheid gevoel toen het kind geboren was. Een andere deelnemer gaf aan dat het onwerkelijke gevoel voor haar de eerste 8 weken aanwezig bleef. Zij geeft aan dat het lastig was om zich te realiseren dat haar wens in vervulling was gekomen. *Deelnemer 4: 'Maar ik denk echt dat het de eerste 8 weken echt wel zoiets was van, blijft hij echt bij ons? Is hij echt van ons? Dat onwerkelijke... plotseling heb je een baby waar je voor moet zorgen...'*

Wanneer er tijdens de interviews werd ingegaan op de transitie naar het ouderschap bleek dat deelnemers vaak aanliepen tegen onderwerpen als verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Deelnemers zijn op een bewuste manier zwanger geworden, zij hebben bewust gekozen voor een behandeling en daarmee de verantwoordelijkheden die met een eventuele zwangerschap zouden volgen. Toch gaven meerdere deelnemers aan dat zij overweldigd waren met de

verantwoordelijkheden in de kraamperiode vooral nadat de kraamverzorgster het kraambed had afgesloten. *Deelnemer 3: 'Moet wel zeggen toen ze weg ging, op de laatste dag toen had ik zoiets van oh, dit vind ik wel eng, dat je nu opeens met z'n tweeën ervoor staat.'* Een deelnemer sprak haar ongeloof uit over de grote hoeveelheid verantwoordelijkheid die aan haar als ouder werd toevertrouwd. Zij gaf aan dat zij de eerste periode na de bevalling moeite had om te begrijpen dat 'iedereen' zomaar voor een kind mag zorgen. *Deelnemer 2: 'Raar, ik heb steeds het gevoel gehad van, dat mij dit toevertrouwd wordt… de verantwoordelijkheid dat je zomaar, er is geen goedkeuring. Iedereen kan dat gewoon doen. Ik had echt zoiets van dat ze je zomaar de deur uit laten lopen...'* Enkele deelnemers gaven aan dat zij de overgang naar zelfredzaamheid lastig vonden. Zij gaven aan dat ze ertegenop zagen om zonder kraamhulp verder te moeten. De deelnemers benoemden dat zij erg moesten wennen aan het feit dat zij de zorg voor het kind helemaal op zich moesten nemen. Na een lange zwangerschapswens, en in de meeste gevallen een lang traject van vruchtbaarheidsbehandeling, gaf een meerderheid van de deelnemers aan dat het krijgen van een kind erg onwerkelijk was.

Alle deelnemers gaven aan dat zij enige vorm van onzekerheid hebben ervaren. Een deelnemer gaf aan dat het gevoel van onzekerheid tijdens de zwangerschap helemaal op de achtergrond kwam te staan. De deelnemer vertelde dat zij het gevoel had dat zij de hele wereld aan kon. Toch speelde bij bijna alle deelnemers het onzekere gevoel weer op in de kraamperiode. Een deelnemer sprak haar onzekerheid uit over het feit dat zij geen kraamtranen had ervaren in de kraamperiode. Dit deed haar twijfelen aan zichzelf, ze vroeg zich af of zij het allemaal wel goed genoeg deed als ouder. *Deelnemer 3: 'En die heb ik dus niet gehad. Het was wel echt van, ben ik wel goed als ik het niet heb? Want je hoort zo vaak dat het wel zo erbij hoort.'*

4. Informatie

Deelnemers gaven aan dat zij veel behoefte hadden aan informatie en uitleg. Niet alle deelnemers hadden genoeg aan de informatie en uitleg van de zorgverleners, zij gaven aan behoefte te hebben aan aanvullende informatie. Een deelnemer gaf aan dat zij zich uitgebreid had verdiept in de zwangerschap en de bevalling maar dat zij veel vragen had over de tijd na de bevalling. Zij gaf aan dat zij zich onvoorbereid voelde en dat zij zich geen raad wist. *Deelnemer 4: 'Ik had heus me wel verdiept in het zwanger zijn en in het bevallen. Maar wat ik net ook zeg, er komt dan een kind uit en dan zit er geen gebruiksaanwijzing bij dus je weet het allemaal niet.* 'Verschillende deelnemers benoemden dat zij van de kraamhulp meer informatie en uitleg gewild hadden betreft de zorg van het kind. Eén deelnemer gaf aan dat zij teleurgesteld was met de hoeveelheid uitleg die zij van de kraamhulp kreeg, zij bleef met veel vragen zitten betreft de verzorging van het kind. Sommige deelnemers gaven aan dat zij behoefte hadden aan informatie over de toekomst en behandelingsmogelijkheden voor een volgende zwangerschap. De deelnemers benoemden ook dat zij tijdens de kraamperiode overweldigd waren met alles wat bij de nieuwe situatie kwam kijken en dat het prettig was geweest als de uitleg van de kraamzorg op een later moment werd herhaald. *Deelnemer 2: "Je bent met andere dingen bezig dus wat je dan aan info krijgt vergeet je gelijk weer en*

ik had dat wel na de zwangerschap na de bevalling een maandje later ofzo nog een keer herhaald willen hebben

Een deelnemer merkte op dat zij vooral behoefte had aan eerlijke en betrouwbare informatie. Zij vond dat er niet eerlijk werd gesproken over de negatieve kanten van borstvoeding. Deze deelnemer was van mening dat zij graag meer voorlichting had gehad over hoe zwaar borstvoeding kan zijn, vooral in de opstartfase. *Deelnemer 5: 'Dus ik denk dat het ook handig is als de kraamverzorgster of als verloskundige dat je voor de bevalling zegt van joh als je borstvoeding wilt geven, het komt echt niet vanzelf, je moet daar echt wel moeite voor doen.'*

Discussie

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag: 'Welke behoefte in de begeleiding van zorgverleners hebben vrouwen bij wie de zwangerschap meer dan 12 maanden uitbleef en zwanger werden via een fertiliteitsbehandeling, tijdens de kraamperiode?' warden de interviews geanalyseerd. Uit de geanalyseerde data werden vier thema's gevormd. 1 Geïndividualiseerde zorg; vrouwen willen zorg afgestemd op specifieke behoeftes, ook vinden zij continuïteit van zorgverlener erg belangrijk. 2 Informatie; vrouwen hebben behoefte aan éénduidige onderbouwde informatie. 3 Transitie naar het ouderschap; vrouwen hebben zich uitgebreid verdiept in de zwangerschap maar durven niet na te denken over de periode daarna, hierdoor zijn zij onvoldoende voorbereid op de transitie naar het ouderschap. 4 Bevestiging; het is voor veel vrouwen onwerkelijk dat de kinderwens uit is gekomen, zij hebben behoefte aan bevestiging van de omgeving en de zorgverlener.

Het doel van dit onderzoek was om aanvullingen te vinden op het onderzoek van Homan en Vogelzang [11]. Er zijn een aantal overeenkomsten gevonden: het belang van begrip van de zorgverlener en onzekerheden over de zorg voor het kind en de rol als ouder. Een verklaring voor de overeenkomsten kan zijn dat vergelijkbare groepen geïnterviewd zijn. Verschillen in resultaten kunnen zijn opgetreden doordat beide onderzoeken geen datasaturatie bereikt hebben en dus beiden een deel van het totaal laten zien. Verschillende interpretaties van onderzoekers kunnen ook meegespeeld hebben. Het coderen is een subjectief proces, beide groepen onderzoekers hebben hier vanuit persoonlijk oogpunt andere inzichten in. Hierdoor verschillen de codes en de thema's en komen de resultaten niet volledig overeen.

Vergelijking met andere relevante literatuur

Geïndividualiseerde zorg

Deelnemers hadden behoefte aan geïndividualiseerde zorg. De deelnemers hebben behoefte aan langer contact met de zorgverlener en waar mogelijk een vaste zorgverlener. De behoefte aan continuïteit van zorgverlener komt overeen met bestaande literatuur. Redshaw, Hockley en Davidson [22] benoemen de behoefte van vrouwen aan 'minder onpersoonlijke zorg'. Ook blijkt uit hun onderzoek dat vrouwen waarde hechten aan betrokkenheid van de zorgverlener. Het wordt op prijs gesteld als de zorgverlener op de hoogte is van de achtergrond en het voortraject. Dit is in

overeenkomt met de resultaten van dit nieuwe onderzoek. Vrouwen vonden het onprettig om hun verhaal meerdere keren te moeten vertellen. Een vaste zorgverlener vonden zij prettig omdat hij/zij compleet op de hoogte is van de voorgeschiedenis.

Een andere bevinding uit dit onderzoek was de behoefte aan begrip van de zorgverlener. Ondanks dat deelnemers benoemden dat het voor zorgverleners niet mogelijk is om zich helemaal in te leven, was er toch een sterke behoefte aan begrip. Volgens onderzoek van Warmelink et al [23] hebben vrouwen met een geschiedenis van fertiliteit problematiek behoefte aan erkenning van de ervaren ongemakken.

Informatie

De meeste deelnemers van dit onderzoek bleken veel behoefte te hebben aan informatie. De meeste informatie werd door de kraamverzorgster gegeven. Redshaw, Hockley en Davidson [22] trekken als conclusie van hun onderzoek, onder 230 vrouwen die zwanger werden na een fertiliteitsbehandeling, dat deze groep behandeld wil worden met respect en waardigheid en dat zij geschikte informatie willen ontvangen. Onderzoek van McMahon [24] wijst het tegengestelde uit. McMahon beschrijft dat vrouwen na een fertiliteit behandeling minder op zoek waren naar informatie over zwangerschap, bevalling en kraamperiode vergeleken met vrouwen die spontaan zwanger geworden waren. Een reden die hiervoor wordt aangehaald is dat vrouwen die zwanger waren een fertiliteitsbehandeling informatie over veelvoorkomende problemen zouden willen ontkennen. Vrouwen zouden door grote hoeveelheden informatie ook worden herinnerd aan het behandelingstraject waarbij zij overweldigd werden met voorlichtingen.

Bestaand onderzoek door Ling-Hua et al [25] ondersteund de bevindingen uit het huidige onderzoek. Ling-Hua et al beschrijven dat vrouwen die zwanger waren na een fertiliteitsbehandeling informatie en advies zochten over zwangerschapscomplicaties, groei van het kind en lichamelijke veranderen. Er wordt beschreven dat de vrouwen de informatie zochten bij zorgverleners met de hoop om gerustgesteld te worden en zorgen weg te nemen.

Transitie naar ouderschap

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de transitie naar het ouderschap voor de meesten deelnemers lastig was. De deelnemers gaven aan dat het lastig was om te beseffen dat de lange kinderwens nu vervuld was. Ladores en Aroian [9] beschrijven in hun onderzoek dat vrouwen die een vruchtbaarheidsbehandeling hebben ondergaan vermijdend gedrag vertoonden betreft te binding met hun ongeboren kind. Dit vermijdende gedrag wordt verklaard als zelfbeschermingsmechanisme tegen teleurstelling bij een eventuele miskraam. Vervolgens beschrijven Ladores en Aroian ook gevoelens van onwerkelijkheid na de geboorte, vrouwen konden niet bevatten dat zij moeder waren geworden.

Gibson et all [26] rapporteerden dat moeders die zwanger werden na een IVF-behandeling zichzelf lagere scores gaven betreft tevredenheid en competentie in het ouderschap vergeleken met moeders die spontaan zwanger werden. Echter wijzen zij ook uit dat er geen statistische verschillen zijn in

gevoelens van geluk, hechting en de afwezigheid van vijandelijkheid tegen het kind. Het feit dat behandelde vrouwen zichzelf lagere scores geven betreft het ouderschap geeft blijk van onzekerheid. Dit is in lijn met de gevonden informatie uit het huidige onderzoek.

Bevestiging

De deelnemers benoemen allemaal dat zij bevestiging nodig hadden betreft de 'echtheid' van het kind. Er is veel bestaande literatuur over behoefte aan bevestiging in de zwangerschap, uit onderzoek van Warmelink et al [23] blijkt bijvoorbeeld dat vrouwen met een achtergrond van fertiliteitsproblemen meer behoefte hadden aan consulten en echo's. Dit kwam in het huidige onderzoek ook naar boven. Minder informatie is bekend over behoefte aan bevestiging in de kraamperiode.

Tendais en Fifueiredo [27] concludeerden uit hun onderzoek dat ouders na een fertiliteitstraject meer transitie problemen ervaarden naar de prenatale periode in vergelijking met koppels met een spontane zwangerschap. Een reden die hiervoor gegeven wordt is dat de koppels die een behandeling hebben ondergaan meer angst en bezorgdheid ervaren tijdens de zwangerschap en kraamperiode. Onderzoek van Monti [28] bevestigt deze theorie door een significante verhoging in angst en bezorgdheid te laten zien. In het huidige onderzoek kwam ook naar voren dat de transitie naar het ouderschap vaak gepaard gaat met gevoelens van onzekerheid en onwerkelijkheid. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Homan en Vogelzang [11].

Samenvattend heeft dit onderzoek enkele overeenkomsten met bestaande literatuur maar zijn er ook verschillen. Verklaring hiervoor kan zijn dat bestaande literatuur gebaseerd is op uitgebreidere onderzoeken met een grotere steekproef. Hierbij waren ook andere manieren van werving van de deelnemers waardoor vrouwen met nog meer uiteenlopende karakteristieken geïncludeerd zijn. Ook kan de blik van ervaren onderzoekers op de data anders zijn dan de blik van verloskundigen in opleiding. Het beperkte tijdsbestek kan ook een rol gespeeld hebben in de verschillen in de resultaten omdat in dit onderzoek uitgebreide dataverzameling niet mogelijk was omwille van de tijd.

Sterkten en zwakten

Dit onderzoek heeft sterke en minder sterke punten. Een sterk punt is dat elke deelnemer onder dezelfde omstandigheden thuis geïnterviewd is, hier konden zij vrijuit praten [17]. De interviews zijn met dezelfde topiclist afgenomen. Voorafgaand aan de interviews is een proefinterview gehouden om te checken of de vragen begrijpelijk waren en de duur van het interview op te nemen. Vanwege het grote aantal aanmeldingen konden de onderzoekers zelf deelnemers te selecteren. De steekproef was gevarieerd, deelnemers kwamen uit verschillende provincies, verschilden in pariteit en leeftijd. Ook waren er verschillende redenen voor het uitblijven van de zwangerschap en was er variatie in opleidingsniveau. Er is ook geselecteerd op bijzonderheden als medische voorgeschiedenis en seksuele voorkeur. Op deze manier hebben de onderzoekers geprobeerd nieuwe informatie te ontdekken. Een ander sterk punt is dat de interviews zijn opgenomen, handgeschreven aantekeningen tijdens de interviews zijn relatief onbetrouwbaar en door de snelheid van de gesprekken niet realistisch. Door telefoons te gebruiken is het risico op het missen van belangrijke data vermeden. [12] De getranscribeerde interviews werden naar de deelnemers opgestuurd voor een membercheck. Alle deelnemers hebben hierop gereageerd. Alle verkregen informatie mocht gebruikt worden. De interviews zijn door beiden onderzoekers open gecodeerd en daarna vergeleken, dit zorgt voor verhoging van de validiteit. De onderzoekers hebben het onderzoek getoetst aan de COREQ-criteria [29] en aangevuld waar nodig.

Een zwakte van dit onderzoek is dat deelnemers zichzelf hebben opgegeven. Alle respondenten hebben zich opgegeven via patiëntenvereniging ‘Freya’, dit zijn dus vrouwen die zelf al aandacht willen besteden aan het onderwerp. Vrouwen die niet over hun ervaringen wilden praten en geen lid waren van de patiëntenvereniging zijn dus niet bereikt. Door de openheid van de deelnemers werd er ook gepraat over onderwerpen die niet voor dit onderzoek van belang waren. Dit is de onderzoekers tijdens het transcriberen pas opgevallen. Hierdoor is tijd verloren om door te gaan op relevante ervaringen tijdens de kraamperiode. De onderzoekers hebben soms antwoorden bevestigd en deelnemers in hun antwoorden aangevuld, dit kan informatie bias opgeleverd hebben.

De functie van de onderzoekers als verloskundige in opleiding kan ook een rol gespeeld hebben. Het kan zijn dat sommige vrouwen niet eerlijk hebben durven antwoorden uit angst om de beroepsgroep van de onderzoekers te bekritiseren. Aan de andere kant gaven sommige deelnemers juist aan dat zij veel informatie wilden geven aan de onderzoekers omdat zij het belangrijk vonden dat verloskundigen in opleiding meer kennis zouden hebben over subfertiliteit en de invloed hiervan op een vrouw.

Er is geen vervolg interview afgenomen, hierdoor kon niet naar aanvullingen gevraagd worden.
Ook was er tijdens ieder interview een kind aanwezig wat mogelijk voor afleiding kon zorgen. Bij één interview was de partner aanwezig tijdens het interview.
Op de tafel lag telkens tenminste 1 telefoon voor de opname van het interview. Dit kan er mogelijk voor zorgen dat de deelnemer bewuster nadenkt over wat ze zegt.
De focusgroep kon niet doorgaan doordat vijf van de zeven gevraagde deelnemers niet mee wilde werken. Redenen hiervoor waren dat de afstand die ze moesten afleggen te groot was, dat ze liever een persoonlijk interview wilde en dat het 'te veel gedoe' zou zijn. Een focusgroep had de triangulatie binnen dit onderzoek versterkt.
Er is ook geen peer-review uitgevoerd omwille van de beschikbare tijd. Datasaturatie is niet bereikt met dit aantal interviews want het is niet realistisch om te verwachten dat na 5 interviews geen nieuwe data meer te vinden is.

Aanbevelingen zorgverlener

Deelnemers hadden behoefte aan zorg afgestemd op het individu, behoefte aan veel en betrouwbare informatie, ervaren onzekerheden tijdens de kraamperiode en hebben veel behoefte aan bevestiging en erkenning. Aanbevelingen voor de praktijk sluiten hierop aan. Zorgverleners moeten zich bewust zijn van het voortraject van een vrouw en daarop hun zorg afstemmen. De zorgverlener moet actief vragen naar de behoeften. Verloskundigen moeten onderbouwde informatie voor zwangere vrouwen paraat hebben. Verder moeten zij zich bewust zijn van onzekerheden in de kraamperiode en moeten zij waar dit kan en gepast is de bevestiging geven die de cliënte nodig heeft.

Aanbevelingen vervolgonderzoek

Zoals eerder besproken is dit onderzoek beperkt. De aanbevolen focusgroep [11] is niet gerealiseerd. Om de triangulatie te vergroten is het aan te raden om toch een focusgroep te realiseren. Daarbij zou ook de werving via andere kanalen dan Freya gedaan moeten worden. Ook moet er onderzoek gedaan worden onder deelnemers met verschillende etniciteiten aangezien dit onderzoek alleen Nederlandse deelnemers betrof. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek [30] is er een stijgende trend betreft het aantal allochtonen in de Nederlandse samenleving, deze groep komt vaak uit landen waar de Moslimcultuur overheerst. De verloskundige zal waarschijnlijk in toenemende mate te maken krijgen met niet-Nederlandse vrouwen. Het is te verwachten dat deze vrouwen uit verschillende culturen ook verschillende behoeftes hebben in de kraamperiode. Uit onderzoek van Missal [31] onder moeders in de Arabische Golf regio bleek dat moslimvrouwen bijvoorbeeld veel behoefte hebben aan familie-gerichte zorg en dat het geloof ook een belangrijke rol speelde in de kraamperiode. Door bij vervolgonderzoek vrouwen uit verschillende culturen te betrekken kunnen ook deze behoeftes in kaart gebracht worden en kan er ook voor deze groep gepaste zorg gegeven worden. De deelnemers in dit onderzoek hebben allemaal dezelfde behandeling ondergaan, het is wenselijk om in vervolgonderzoek ook deelnemers te includeren die verschillende fertiliteitsbehandelingen hebben gehad.

Aanbevelingen onderwijs

De onderzoekers hebben veel kennis opgedaan over subfertiliteit en de verstrekkende invloed hiervan op een vrouw tijdens de zwangerschap, kraamperiode en daarna. De invloed van fertiliteitsproblemen en alles wat daarmee te maken heeft is groot, niet te begrijpen voor ‘buitenstaanders’. De onderzoekers hebben tijdens het onderzoek een beter beeld gekregen van de impact op de vrouwen en hebben geprobeerd om zich in te leven in de situaties. De onderzoekers denken dat zij in staat zijn om in het werkveld betere zorg te leveren aan de vrouwen met achtergrond van subfertiliteit en zien het belang in van geïndividualiseerde zorg.

De onderzoekers zijn van mening dat er meer informatie over fertiliteitsbehandelingen en het effect hiervan moet worden toegevoegd aan het curriculum van de opleiding tot verloskundige. De ervaring van de deelnemers is dat verloskundigen weinig weten over fertiliteitsbehandelingen. Ook voor verloskundigen in opleiding is het goed om kennis over het onderwerp te hebben zodat zij in stages achtergrondinformatie hebben over fertiliteitsproblemen en deze groep vrouwen op een passende manier kunnen begeleiden.

Conclusie

Uit deze kwalitatieve analyse waarbij gebruik is gemaakt van semigestructureerde interviews is gebleken dat vrouwen die zwanger zijn geworden via een fertiliteitsbehandeling in de kraamweek de volgende behoeftes hebben: behoefte aan geïndividualiseerde zorg, behoefte aan informatie, transitie naar het ouderschap en behoefte aan bevestiging. De vrouw verwacht van de zorgverlener dat zij op de hoogte is van de voorgeschiedenis en hier begrip voor heeft. De onderzochte groep is van mening dat de zorgverlener niet volledig kan begrijpen hoe ze zich voelen omdat de zorgverlener het niet zelf meemaakt maar waardeert de poging om het te begrijpen wel. De onzekerheden die het meeste spelen betreffen de angst om het kind weer kwijt te raken en onzekerheden over de zorg voor het kind.

Van belang voor de zorgverlener is dus dat ze op de hoogte zijn van de voorgeschiedenis van een vrouw en hierop hun zorg afstemmen. Van belang voor vervolgonderzoek is vrouwen met andere etniciteiten dan de Nederlandse te includeren. En van belang voor het onderwijs is meer lessen te geven over fertiliteitsbehandelingen en het effect daarvan.

Dit onderzoek is beperkt, aanbeveling voor vervolgonderzoek is een focusgroep te houden en vrouwen met andere etniciteiten dan de Nederlandse de includeren om data-saturatie te bereiken.

Literatuurlijst

1 Asselt K van, Hinloopen R J, Silvius A, Linden P van, Oppen C van, Balen J van. NHG standaard - subfertiliteit. Nederlands Huisartsen Genootschap; 2010

2 College voor Zorgverzekeringen. Verloskundig Vademecum. Diemen: Commisssie Verloskunde College Zorgverzekeringen; 2003

3 Perined. Perinatale Zorg in Nederland 2016. Utrecht: Perined; 2018

4 McMahon C A, Tennant C, Ungerer J, Saunders D. Don't count your chickens: A comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception. Journal of Reproductive and Infant Psychology 1999: P345-356

5 Hjelmestedt A, Widström A M, Wramsby H, Matthiesen A S, Collins A. Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia 2003: P152–161

6 Balen F van, Naaktgeboren N, Trimbos-Kemper T C M. In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. Human Reproduction 1996: P95-98

7 Eugster A, Vingerhoets A J J M. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. Social Science and Medicine 1999: P575-589

8 McMahon C A, Ungerer J A, Beaurepaire J, Tennant C, Saunders D. Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. Human Reproduction 1997: P176–182

9 Ladores S, Aroian K. The Early Postpartum Experience of Previously Infertile Mothers. Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing 2015: 44: P370–379.

10 Fisher J R W, Hammarberg K M W H, Baker G H W. Assisted conception is a risk factor for postnatal mood disturbance and early parenting difficulties. Fertility and Sterility 2005: P426-430

11 Homan I., Vogelzang H., Zwanger na subfertiliteit; speciale behoeftes in de kraamtijd? Verloskunde Academie Groningen: 2017

12 Jamshed S. Qualitiative research method-interviewing and obstervation 2014:5(4): P87–88.

13 DiCicco Bloom B, Crabtree B. The Qualitative Research interview 2006: P314-321.

14 Palinkas L, Horwitz S, Green C, Wisdom J, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research 2016; 42(5): P533-544.

15 Beck C. Predictors of Postpartum Depression: An Update.Ovid 2001:50: P275-285.

16 Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review 2017:6:P60.

17 King N, Horrocks C. Interviews in Qualitative Research: United Kingdom 2010: P42-79

18 Cohen D, Crabtree B. Qualitative Research Guidelines Project. Robert Woods Johnson Foundation 2006. Geraadpleegd februari 2018 via: http://www.qualres.org/HomeMemb-3696.html

19 Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Boom Onderwijs; 2005 p. 256

20 Barbour R. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? 2001: 5;322: 7284: P1115-1117.

21 Overheid. Wet Medisch-Wetenschappelijk onderzoek met mensen 2017. Geraadpleegd februari 2018 via http://wetten.overheid.nl/BWBR0009408/2017-03-01

22 Redshaw M, Hockley C, Davidson L L. A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. Human Reproduction 2017: 22: 1, P295–304.

23 Warmelink C, Adema W, Pranger A, Cock T P de. Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: a qualitative study in the Netherlands. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2016: 37: P12-20.

24 McMahon C A, Tennant C, Ungerer J, Saunders D. Don't count your chickens: A comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception. Journal of Reproductive and Infant Psychology 1999: P345-356

25 Wang L H, Lee T Y. Assisted Pregnancy after Infertility: Taiwanese Women's Experience. 2004

26 Gibson F L, Ungerer J A, Tennant C C, Saunders M D. Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. Fertility and sterility 2000; 73:3: P565–574.

27 Tendais I, Fifueiredo B. Parents' anxiety and depression symptoms after successful infertility treatment and spontaneous conception: does singleton/twin pregnancy matter? Oxford Academic Human Reproduction 2016; 31:10 P2303-2312.

28 Monti F, Agostini F, Fagandini P, Paterlini M, Battista La Sala G, Blickstein I. Anxiety symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. Journal of Perinatal Medicine 2008: 36(5):P425-432.

29 Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007: 19: 6: P349 – 357.

30. Centraal Bureau voor de Statestiek (CBS). Bevolking, kerncijfers. Beschikbaar via: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37296ned/table?ts=1523523270323 . Geraadpleegd op 12-04-2018

31. Missal B. Gulf Arab women's transition to motherhood. Journal of culture diversity 2013: 20(4):P170-176.

Bijlagen

Bijlage 1: Oproep op facebook en Freya

OPROEP AAN MOEDERS: (GRAAG DELEN!)

Ben je in de afgelopen 2 jaar bevallen? Had je een zwangerschapswens langer dan 12 maanden? En ben je uiteindelijk zwanger geworden me behulp van een behandeling (IVF, ICSI, IUI)?

Dan zijn wij op zoek naar jou!

Wij, Merel en Luciëne (derde jaars verloskunde studenten aan de AVAG), schrijven onze bachelor these over de behoeftes van moeders in de kraamweek na medische hulp bij het zwanger worden. We zouden graag jouw verhaal en ervaringen horen middels een interview. Uiteraard gaan wij vertrouwelijk om met de verkregen informatie.

Zou je mee willen doen aan ons onderzoek? Neem dan contact met ons op voor 1 maart 2018.
Dit kan via het volgende mailadres: 562154@student.inholland.nl

Ook als je meer informatie wilt mag je gerust mailen!

Wij zouden hiermee erg geholpen zijn.

Liefs, Merel en Luciëne

Bijlage 2: Topic List

Introductie

- Voorstellen
- Afspreken tutoyeren?
- Verwijzen AVAG
- Doel van onderzoek
- Anonimiteit bespreken
- Toestemming opname?
- Bedanken deelname
- Duur van het interview
- Benoemen geen goede/foute antwoorden
- Mogelijkheid te allen tijde terugtrekken
- Laten tekenen toestemmingsformulier

Bij iedere cliënt beginnen met:

- Ervaringsverhaal (wat is uw verhaal?).
- Verwachting- realiteit
- Wat voor verwachtingen had u van de kraamperiode in de tijd voor of tijdens de zwangerschap?
- Zijn deze verwachtingen in de loop van de zwangerschap veranderd?
- Hoe was het in het echt?
- Wat voor verwachtingen had u over uw ouderschap?
- Hoe was het toen je daadwerkelijk ouder was?

Terugkijken op bevalling (vanwege effect op kraamperiode)

Focus op ervaring!

- Wat vond u van de bevalling?
- Wat had u verwacht van de bevalling?
- Wat ging er door uw hoofd tijdens de bevalling?
- Hoe heeft de ervaring van de bevalling effect gehad op hoe je de kraamtijd inging?

Psychisch proces

- Heeft u last gehad van kraam tranen?
- Hoe heeft u dit ervaren?
- Hoe was de relatie met je kind in de kraamperiode? (hechting)

Begeleiding

- Hoe vaak kwam er een zorgverlener langs?
- Waren dit verschillende mensen?
- Welke begeleiding kreeg u van de verloskundige?
- Welke begeleiding kreeg u van de kraamzorg?
- Consultatiebureau / huisarts?
- Wat vond u van deze begeleiding?
- Wat was er prettig in deze begeleiding?
- Miste u iets in deze begeleiding?

Borstvoeding

- Geeft/gaf u borstvoeding?
- Waarom wel/niet?
- Welke gevoelens ervaart u tijdens de (borst)voeding?

Anticonceptie

- Is er door de zorgverlener met u gepraat over anticonceptie?
- Wanneer?
- Hoe heeft u dit ervaren?
- Wat heeft u met de informatie gedaan?

Zelfredzaamheid

- Wat vindt/vond u van de verantwoordelijkheden in je kraamperiode?
- Wat vindt/vond u van u van de verantwoordelijkheden van je/uw rol als ouder?
- Hoe vindt/vond u dat u dit deed?

Adviezen

- Met betrekking tot ouderschap. De manier waarop je het invult wordt wel beïnvloed door van wie je adviezen krijgt.
- Welke adviezen kreeg u van de verloskundige?
- Welke adviezen kreeg u van de kraamzorg?
- Van wie kreeg u nog meer advies? Wat voor adviezen waren dat?
- Onderwerpen: ouderschap, voeding, slapen etc.

Afsluiting

- Kleine samenvatting geven
- Bedanken deelname
- Interview in principe na een uur afgesloten
- Uitleg geïnterviewde krijgt uitgetypt verslag

Bijlage 3: Opgestuurde tabel naar respondenten

Naam:	
Woonplaats:	
Etniciteit:	
Duur zwangerschapswens:	
Hoeveelste zwangerschap?	
Reden voor uitblijven zwangerschap: (als deze bekend is)	
Manier van zwanger worden:	
Eenling of meerling zwangerschap?	
Leeftijd op moment van bevallen:	
Opleidingsniveau:	
Relatiestatus:	
Geloofsovertuiging:	
Zijn er bijzonderheden die wel van belang kunnen zijn maar waar wij nu niet naar vragen?	

Bijlage 4: informed consent formulier

Toestemmingsformulier

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek naar de ervaringen van het moeder worden na een onvruchtbare periode.

Mijn (eventuele) vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek.

Ik behoud het recht deze instemming weer in te trekken zonder opgaaf van reden.

Naam	
Leeftijd	
Telefoonnummer	
Email	
Aanvullende informatie	
Datum	
Handtekening	

Ik heb schriftelijke toelichting verstrekt op het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden. Ik verklaar dat alle gegevens van de respondent vertrouwelijk en anoniem zullen worden behandeld.

Naam onderzoeker		
Datum		
Handtekening		

Hartelijk bedankt voor de medewerking.

Merel Gmelig Meyling en Luciëne Vedder (derdejaars studenten verloskunde) van de Academie verloskunde Groningen.

Dirk Huizingastraat 3-5, 9713 GL Groningen.

Bijlage 5: Dankwoord

De onderzoekers willen graag alle respondenten en met name de deelnemers heel erg bedanken. Bedankt voor jullie openheid en eerlijkheid. We waarderen het enorm dat wij dankzij jullie verhalen beter mogen begrijpen wat het inhoudt voor een vrouw en haar partner om een fertiliteitsbehandeling te ondergaan en welke gevolgen dit tijdens de zwangerschap en kraamperiode nog heeft (of kan hebben). Wij kunnen en gaan deze kennis toepassen in de praktijk en zullen dus dankzij jullie betere zorg kunnen leveren voor vrouwen met eenzelfde achtergrond.

Daarnaast willen de onderzoekers de begeleiders, Catja en Willemijn, bedanken voor hun feedback op de geschreven stukken.