

Het effect van een doula op de psychosociale zorgbehoeften van zwangere vrouwen in Nederland.



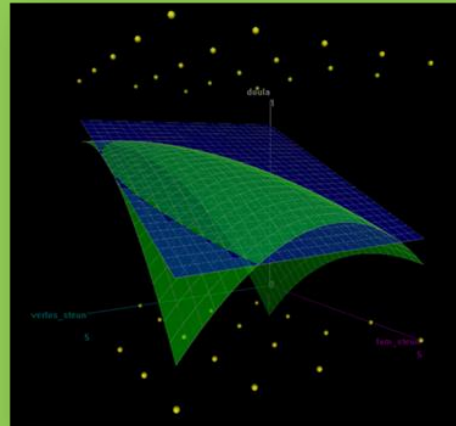
Universiteit Leiden

Sabine van Onselen
MA scriptie
Culturele antropologie & ontwikkelingsociologie

Het effect van een doula op de psychosociale zorgbehoeften van zwangere vrouwen in Nederland.

“Heeft een doula een effect op de psychosociale zorgbehoeften en steunbelevingen van een vrouw tijdens de zwangerschapsperiode en bevalling in Nederland?”

Zo ja, hoe groot is het effect geweest op de verschillende zorgbehoeften en steunbelevingen?”



Sabine van Onselen

Studentnummer: 0719323

sj.van.onselen@gmail.com

Augustus 2014

Begeleiders: mw. Dr. T. Minter & dhr. Dr. W.H.J.C. Dechering

Voorpagina: de afbeelding op de voorpagina is afkomstig van: <http://mumababysanctuary.co.uk/blog/>.

De 3D scatterplot (doula; verloskundige- en familiesteun) is afkomstig uit de data van dit onderzoek geïllustreerd met software R.

Copyright: de foto(Figuur 11) in de scriptie is gebruikt ter illustratie van het contact tussen een doula en zwangere vrouw. De foto is gestuurd door een respondent, moeder met een doula ervaring. Er is toestemming gegeven om deze foto en de foto van twee doula's (Figuur 9) te gebruiken in de scriptie. De foto's mogen niet overgenomen worden en gepubliceerd worden voor andere doeleinden.

Voorwoord

Dit medisch antropologisch leeronderzoek presenteert verschillende data analyses en resultaten over vrouwen en doula's in Nederland. Het onderzoek onderscheidt zich met name door een oorzaak-effect hoofdvraagstelling, waar de counterfactual analyse voor is gebruikt. Het is een analyse van een observationeel onderzoek met een quasi-experimentele opzet.

De scriptie zou niet zo doordacht en omvangrijk in resultaten en analyses zijn geweest zonder mijn twee scriptiebegeleiders. Zij hebben met hun kritische feedback, aanreiken van literatuur en intensieve begeleiding het leeronderzoek naar een hoger niveau gebracht. Ik bedank graag mijn begeleidster Tessa Minter. Zij was vanaf het allereerste begin enthousiast en toonde groot vertrouwen in het onderzoeksvoorstel. Met name haar objectieve, kritische en open-minded manier van feedback geven op de geschreven teksten en vraagstukken waren zeer waardevol en hadden een positieve uitwerking op het verdere schrijfproces. Mijn even waardevolle tweede begeleider, Wim Dechering, mijn oud-leraar in medische antropologie en methode & techniek, dank ik ook hartelijk voor zijn vrijwillige en intensieve begeleiding en het getoonde vertrouwen. Hij heeft mij geïntroduceerd in de counterfactual analyse en het werken met Software R. Een uitdagend stukje stof voor een korte tijdsspanne van drie maanden. Dit heeft mijn wereld geopend naar de toegevoegde waarde van statistiek in antropologisch onderzoek. Tot slot, bedankt ik alle respondenten voor hun tijd en bijdragen aan dit onderzoek.

De keuze voor dit onderwerp is ontstaan uit interesse voor reproductieve gezondheid van vrouwen. Mijn nieuwsgierigheid werd gewekt door een gesprek met een vriendin:

“Huh, een doula? Wat is dat?” Vroeg ik aan mijn zwangere vriendin. “Dat is een vrouw die je coacht tijdens je zwangerschap en bevalling, een extra hulp zeg maar.” “Oh, wat betekent ‘doula’ dan precies, klinkt zo exotisch?” “Dat weet ik niet, ik heb alleen gehoord dat het heel fijn is wanneer je een doula erbij hebt.” Hmm, het klonk mij allemaal raadselachtig in de oren. Waarom zou je geld willen uitgeven aan een vreemde voor zo'n intiem moment in je leven? Je hebt toch je partner, moeder, vrienden en verloskundige dacht ik...
(Sabine van Onselen 2013).

Inhoudsopgave

1. Introductie	8
1.1 Inleiding onderzoeksvraag.....	8
1.2 Antropologie van de geboorte	10
1.3 Van medicaliseringstendens naar psychosociale zorg.....	12
1.4 Verbetering in de Nederlandse (psychosociale) geboortezorg	14
1.5 De doula en de oxytocine factor tijdens de bevalling.....	16
2. Methoden	19
2.1 Kwalitatieve en kwantitatieve dataverzameling.....	20
2.2 Oorzaak-en-effect vraagstuk: Counterfactual Analyse (CFA).....	25
2.3 Reproduceerbaar onderzoek	35
2.4 Ethische reflectie	36
3. Doula's in Nederland	39
3.1 Doula's in Nederland: achtergrond informatie en taken.....	40
3.2 Verloskundigen: mening en samenwerking	43
3.3 Brug of spanningsveld?.....	46
4. Moeders met- en zonder doula ervaring.....	49
4.1 Keuze voor en ervaringen met een doula	49
4.2 De partner en de keuze voor een doula	52
4.3 Respondenten in kaart gebracht.....	56
4.4 Zorgbehoeften onder vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling.....	60
4.5 Steunrelaties- en beleving in professioneel en sociaal netwerk	64
5. Het effect van een doula op zorgbehoeften en steunbelevingen	68
5.1 Het effect op de zorgbehoeften.....	69
5.2 Het effect op sociale- en professionele steunbelevingen.....	75

6. Conclusie.....	78
Referenties.....	87
Appendix	92
Appendix 1 – Boxplots op drie zorgbehoeften.....	92
Appendix 2 – T-testen en kruistabellen.....	94
Appendix 3 – R-logscript voorbeeld	106
Appendix 4 – Semigestructureerde interviews voorbeelden	107
Appendix 5 – Online enquêtes	110

Figuren en tabellen

Figuur 1 - Moedersterfte wereldwijd per 100.000.	13
Figuur 2 - Babysterfte in 2004 in Europa per 1.000.	15
Figuur 3 – Provincies: Noord- en Zuid Holland centrum voor doula's in Nederland.	19
Figuur 4 - Verdeling van de deelnemers aan de online-enquêtes.	23
Figuur 5 - PS in histogrammen in tien strata verdeeld.....	31
Figuur 6 - Covariaten vóór en na standaardisatie op propensity score.	31
Figuur 7 - PS boxplots op uitkomst variabel 'psychologisch aspect'	33
Figuur 8 - PS Loess regressie op uitkomst variabel 'psychologisch aspect'	34
Figuur 9 - Doula's Trudi en Ingrid in het asielzoekerscentrum, Leersum.....	42
Figuur 10 - Diagram: partner en de keuze voor een doula, n=273.	53

Figuur 11 - Driehoeksverhouding: partner, barende vrouw en de doula. Met deze positie voelt een vrouw zich goed emotioneel en fysiek ondersteund.....	55
Figuur 12 - PCA variabelenkaart, n=273.....	57
Figuur 13 - PCA respondentenkaart, n=273	59
Figuur 14 - Diagrammen in aanwezigheid tijdens de bevalling in percentages, n=273 ...	65
Figuur 15 - PS boxplot in vijf strata op praktische zorgbehoefte.	92
Figuur 16 - PS boxplot in vijf strata op emotionele zorgbehoefte.	92
Figuur 17 - PS boxplot in vijf strata op spirituele zorgbehoefte.	93
Tabel 1 - Contactkanalen voor het vinden van respondenten.	21
Tabel 2 – Logistische regressie vergelijking op de PS covariaten met significantiewaarden.	28
Tabel 3 - Steekproeftest op vier PS matching modellen.	30
Tabel 4- Geïnterviewde doula's uit Nederland.....	39
Tabel 5 - Kruistabel waarderingsscore op de praktische behoefte tussen groep 0 'geen doula' en groep 1 'met doula'.	61
Tabel 6 - Kruistabel waarderingsscore op de emotionele behoefte tussen groep 0 'geen doula' en groep 1 'met doula'.	61
Tabel 7 - Kruistabel waarderingsscore op de psychologische behoefte tussen groep 0 'geen doula' en groep 1 'met doula'.	62
Tabel 8 - Kruistabel waarderingsscore op de spirituele behoefte tussen groep 0 'geen doula' en groep 1 'met doula'.	62
Tabel 9 – Effect van een doula op vier zorgbehoeften.....	69

Tabel 10 - Effect op de elf sub-zorgbehoeften.....	74
Tabel 11 - Effect op steunbelevingen tijdens de zwangerschap en bevalling.....	76
Tabel 12 - Effect op de aanwezigheid bij de bevalling.....	76
Tabel 13 - T-test op vier zorgbehoeften, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).....	94
Tabel 14 - Kruistabel op de vier zorgbehoeften, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).....	94
Tabel 15 - T-test op elf sub-zorgbehoeften, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).	96
Tabel 16 - Kruistabel op elf sub-zorgbehoeften, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).....	97
Tabel 17 - T-test op aanwezigheid van personen bij de bevalling, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).....	102
Tabel 18 - Kruistabel op steunbeleving van de moeder, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).....	103
Tabel 19 - T-test op aanwezigheid van personen bij de bevalling, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).....	105

1. Introductie

Voortplanting is een primair oerinstinct van elk levend wezen op aarde. Fertilititeit is het in staat zijn om nieuw leven te verwekken, produceren, bevallen met als uiteindelijk doel een *human being* toe te voegen, om zo het voortbestaan te verzekeren van de familie en gemeenschap. Fertilititeit is dan ook in iedere cultuur van grote waarde. Er bestaat wereldwijd een groot scala aan rituelen, gebruiken, percepties en overtuigingen om een zwangerschap en bevalling zo goed mogelijk te ondersteunen en te laten verlopen (Loizos & Heady 1999; Jordan 1980).

1.1 Inleiding onderzoeksvraag

Dit onderzoek richt zich op de psychosociale zorg van geboorte in Nederland. De nadruk ligt op de behoeften en steunbelevingen van vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling en het effect van een doula op deze psychosociale behoeften en steunbelevingen. In Nederland is nog niet eerder onderzoek gedaan naar het effect van een doula op de psychosociale zorgbehoeften van zwangere vrouwen. Het Nederlandse verloskundige systeem is niet te vergelijken met het biomedisch georiënteerde geboortemodel in de Verenigde Staten en Canada. Daardoor zijn de onderzoeksresultaten over de rol en het effect van een doula op zwangere en barendende vrouwen in de Verenigde Staten en Canada niet valide voor de situatie in Nederland waar gewerkt wordt met een verloskundigen systeem. Daarnaast zijn doula's in de Verenigde Staten en Canada gecertificeerd en geïntegreerd in het geboortesysteem en ziekenhuizen (DONA). Hiervan is in Nederland geen sprake. Ook moet rekening gehouden worden met de cultuurgebondenheid van percepties rondom zwangerschap en geboorte per regio en bevolkingsgroep, zoals kort beschreven zal worden in de volgende paragrafen 1.2 en 1.3.

In dit onderzoek staat de volgende hoofdvraag centraal:

“Heeft een doula een effect op de psychosociale zorgbehoeften en steunbelevingen van een vrouw tijdens de zwangerschapsperiode en bevalling in Nederland? Zo ja, hoe groot is het effect geweest op de verschillende behoeften en steunbelevingen?”

De volgende deelvragen zullen extra informatie en inzicht geven aan de onderzoeksvraag:

- Waarom kiezen vrouwen voor een doula, welke behoeften spelen een belangrijke rol?

- Welke behoeften spelen er onder vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling?
- Hoe wordt sociale- en professionele steun ervaren door vrouwen en wie zijn aanwezig bij de bevalling?
- Wat zijn de taken van een doula in Nederland?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen een verloskundige en een doula?

De omschrijving van de zorgbehoeften is tot stand gekomen door gesprekken met doula's over deze vier zorgbehoeften en uit voorgaande interviews met respondenten (moeders met doula ervaring). De vier behoeften werden in de enquêtes toegelicht en houden voor in dit onderzoek het volgende in:

Praktische behoefte - informatie over zwangerschap en bevallen, ademhalingstechnieken, houdingen voor tijdens de bevalling, informatie over het Nederlands zorgsysteem;

Emotionele behoefte – aanwezigheid bij de bevalling, comfort, massage, vertrouwensband opbouwen, coaching indien nodig bij de bevalling;

Psychologische behoefte - coaching in traumatische ervaringen en/of angsten, ontwikkeling in eigen zelfvertrouwen, continue aanwezigheid en steun bij de bevalling;

Spirituele behoefte - meditatietechnieken, contact tussen moeder en kind maken, spirituele benaderingen op zwangerschap en bevallen.

De onderzoeksvraag heeft een 'oorzaak-effect' vraagstelling, waar een counterfactual analyse (paragraaf 2.2) op wordt toegepast. De onderzoeksvraag zal beantwoord worden in hoofdstuk vijf. De eerste twee deelvragen zullen in hoofdstuk drie aanbod komen en de laatste drie deelvragen in hoofdstuk vier. De deelvragen worden op basis van kwantitatieve en/of kwalitatieve gegevens beantwoord. Ieder hoofdstuk zal van start gaan met een korte toelichting over hoe het hoofdstuk inhoudelijk is opgebouwd en welke beoogde informatie het zal bevatten. Tot slot, wordt in de conclusie (Hoofdstuk 6) de resultaten van de onderzoeksvraag en deelvragen samengevat en besproken.

1.2 Antropologie van de geboorte

De eerste antropologe die zich bezig hield met fertiliteit en geboorte en daarbij aantoonde dat er niet zoiets als universele, stabiele, biologische begrippen bestaan rondom geboorte en ouderschap was Margaret Mead (1930). Haar cross-culturele studies in Papoea Nieuw-Guinea en Amerika over de verschillende ideeën over moeder- en vaderschap worden beschouwd als de eerste bouwstenen voor de ‘anthropology of birth’, ook wel de antropologie van de geboorte genoemd, die in de jaren tachtig vorm begon aan te nemen (Singer & Erickson 2011). Deze tak binnen de antropologie hield zich bezig met de verschillende percepties, gebruiken en rituelen rondom fertiliteit, geboorte en ouderschap. Een waardevolle cross-culturele studie kwam van Brigitte Jordan’s (1980) “Birth in Four Cultures: A Cross-cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States”, waarin zij de sociale en culturele dimensies van het krijgen van kinderen en de verschillende subjectieve ervaringen en percepties beschrijft in vier culturen. Deze insteek heeft zich verder uitgebreid en ontwikkeld en de laatste jaren wordt (in deze tak van de antropologie) steeds meer aandacht geschonken aan de invloed van de in toenemende mate gemedicaliseerde geboortesystemen op de percepties en gebruiken rondom bevallen (Davis-Floyd et al. 2009; Sargent 1996; Johnson-Hanks 2002; Chapman 2003; Gottlieb 2004; Allen 2004; Van der Sijpt 2011).

Cross-culturele verschillen in steun en begeleiding tijdens de bevalling

De verschillende cross-culturele studies rondom geboorte geven verschillende percepties en gebruiken weer t.a.v. steun en begeleiding tijdens de bevalling.

Zo is het onder de inheemse bevolkingsgroep de ‘Agta’ (jagers en verzamelaars in de Filippijnen) een normale zaak dat het hele kamp inclusief de kinderen in het huis aanwezig zijn wanneer een vrouw gaat bevallen. Het wordt gezien als een openbare aangelegenheid binnen de gemeenschap waarbij de moeder van de berende vrouw de leiding heeft en opdrachten en adviezen geeft aan haar dochter of omringende toeschouwers. De partner van de vrouw zit achter haar en heeft zijn armen om haar heen om haar in een zittende positie te houden en te ondersteunen. Haar middel is bedekt met een katoenen doek waaronder de vroedvrouw en haar moeder met hun handen voelen hoe de bevalling vordert en het kind uit het geboortekanaal proberen te trekken (Early & Headland 1998).

Onder de inheemse bevolkingsgroep de ‘Amurang’ (vissers in Indonesië) is de bevalling met name een aangelegenheid voor vrouwen met specifieke kennis over zwangerschap en geboorte. De partner is als het (economisch) mogelijk is ook aanwezig en ondersteunt zijn vrouw. Vissers kunnen geruime tijd op het water zijn en tijdens een lange onderbreking kunnen zij een vangst mislopen. Het zijn uiteindelijk de verschillende vroedvrouwen met hun specialisaties die de vrouw met name begeleiden en adviezen geven. Na de bevalling is het gebruikelijk dat de moeder veel bezoek krijgt van vrouwen die haar masseren en gezelschap houden om weer op krachten te komen (Loizos & Heady 1999).

Onder de Maya’s van Yucatan, Mexico, wordt verwacht dat de man van de vrouw aanwezig is en de moeder van de vrouw. Daarnaast mogen enkel andere vrouwen aanwezig zijn die zelf al eerder hebben gebaard. De lokale vroedvrouw heeft in deze setting de leiding en geeft informatie en instructies aan de vrouw en haar partner wat te doen. De vroedvrouw zelf is alleen aanwezig wanneer de ontsluiting ver gevorderd is, anders vertrekt zij om op een later tijdstip weer terug te komen. Wanneer het een lange en moeizame bevalling is, is het gebruikelijk dat er veel vrouwen ‘helpers’ langskomen (schoonmoeder, grootmoeder, zussen, vriendinnen, buurvrouwen) om de barendende vrouw fysiek en mentaal bij te staan gedurende het gehele proces en haar het gevoel te geven dat zij niet alleen in dit proces staat en de baby er vroeg of laat komt (Jordan 1980).

In Zweden en Nederland is er één vroedvrouw aanwezig en een zeer kleine sociale kring (man, moeder, zus en/of vriendin). De setting is intiemer in een huiselijk sfeer, wanneer een vrouw in het ziekenhuis bevalt zal zij omringd zijn door medisch personeel, maar ook daar een kleine sociale kring. Hoe dan ook heeft de vroedvrouw de leiding in beide landen zolang er geen complicaties optreden. In Zweden is veelal naast de vroedvrouw nog een assistente beschikbaar die praktische opdrachten opvolgt van de vroedvrouw (Jordan 1980).

Tot slot, in de Verenigde Staten bevalt 99% van de vrouwen in het ziekenhuis en als steun en begeleiding heeft de vrouw de gynaecoloog en medisch personeel om haar heen (Jordan 1980; Davis Floyd et al. 2009). In de Verenigde Staten van Amerika is (of was) het niet gebruikelijk of toegestaan dat er naast medisch personeel ook een sociale kring van helpers (man, familie, vrienden) aanwezig zijn bij de bevalling. In de jaren tachtig werd er een beweging opgezet

genaamd “Fathers-in-the-delivery-room-movement” om te pleiten dat de man bij zijn vrouw aanwezig mag en kan zijn (Jordan 1980).

In deze vier voorbeelden zijn cross-culturele verschillen in steun en begeleiding weergegeven. De studies in Nederland en Zweden zijn aan de gedateerde kant (Jordan 1980) en wellicht hebben onder deze bevolkingsgroepen en/of regio’s verschuivingen plaatsgevonden in steun en begeleiding percepties en gebruiken tijdens de bevalling.

Biomedische- en psychosociale dimensies

Geboorte en sterfte liggen vlak naast elkaar tijdens een cruciaal moment zoals een bevalling. In de basis heeft elk mens gemeen dat het een treurige gebeurtenis is wanneer een moeder, foetus of pasgeboren baby komt te overlijden. Ook op dit gebied is het veelal cultuur bepalend hoe men omgaat met moeder- en babysterfte en hoe deze te verbeteren en voorkomen tijdens een bevalling. Kort samengevat zijn er twee dimensies te onderscheiden van waaruit gehandeld kan worden ter verbetering van de gezondheid van moeder en (ongeboren) kind. Er is de biomedische dimensie, die zich met name richt op de fysiologische processen en handelt vanuit een medisch perspectief. Daarnaast is er de psychosociale dimensie, die zich richt op de emotionele, psychologische, praktische en spirituele aspecten rondom de geboorte. Deze twee dimensies kunnen goed samen gaan, alhoewel blijkt dat in wereldwijde geboortemodellen er vaak één dimensie de ander domineert. (Jordan 1980; Davis-Floyd et al. 2009; Buitendijk 2011)

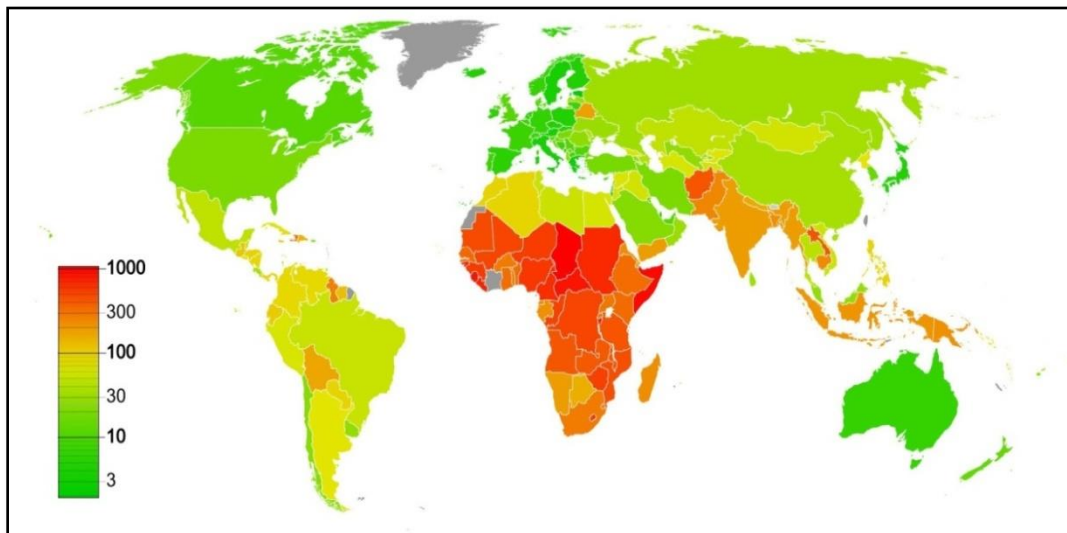
1.3 Van medicaliseringstendens naar psychosociale zorg

De term ‘medicalisering’ verwijst naar de toenemende rol van de medische wereld en de medische wetenschappen in het leven van het individu. Daarnaast duidt het op een herdefiniëring van aspecten uit het ‘normale’ leven (zoals ouder worden en sterven) in termen van ziekte en gezondheid. Momenteel zijn er in geïndustrialiseerde landen discussies gaande over de wereldwijd toenemende medicalisering van de bevalling. Wereldwijd verplaatsen thuisbevallingen zich naar het ziekenhuis en wordt een vrouw in veel landen niet door een verloskundige verlost, maar door een gynaecoloog. Door deze verplaatsing van de bevalling en de uitvoering meestal door gynaecologen, wordt zwangerschap en bevalling meer als (potentieel) gezondheidsprobleem benaderd, dan als een natuurlijk proces. De zwangere vrouw en haar

foetus worden als patiënten beschouwd, en staan onder voortdurende controle (Johnson 1987; Smeenk 2003; Buitendijk 2011; Shaw 2013).

Deze toenemende medicalisering heeft voor- en nadelen. Zoals hierboven benoemd, ligt de nadruk met name op de “biomedische” en minder op de “psychosociale” aspecten van een zwangerschap en bevalling (Buitendijk, 2011). Aan de andere kant heeft de medicalisering in geïndustrialiseerde landen geleid tot het fors terugdringen van moedersterfte rondom de geboorte. Er gelden andere dagelijkse realiteiten in ontwikkelingslanden (zie Figuur 1). Per dag sterven wereldwijd ongeveer 800 vrouwen gedurende de zwangerschap, bevalling en de postnatale periode. Jaarlijks zijn dit 287 000 moeders, waarvan 99 % in ontwikkelingslanden en met name in Sub-Sahara Afrika, waar 500 op de 100.000 moeders overlijden aan hoge bloeddruk, bloedingen en infecties (Data World Bank, 2010). Dit kan voorkomen worden door biomedisch preventief beleid. Het dagelijks verlies van moeders wereldwijd, heeft grote sociale en economische gevolgen voor het desbetreffende gezin, samenleving en land.

Figuur 1 - Moedersterfte wereldwijd per 100.000.



(bron: Central Intelligence Agency, 2010)

In Europa overlijden jaarlijks tweeëndertig op de 100.000 moeders; in Nederland (maar) zes op de 100.000 (Euro-Peristat 2010). Door het naar voren brengen van deze cijfers kunnen verschillende realiteiten in de wereld even naast elkaar gelegd worden om aan te geven dat de

kaders van waaruit regionaal of lokaal gewerkt wordt, op het gebied van reproductieve gezondheid voor vrouwen, relatief en cultuurbepalend zijn

Alhoewel de moeder- en kindersterfte nog steeds als voornaamste maatstaf genomen wordt voor beleidsvorming, lijken de discussies in de geïndustrialiseerde landen zich meer te verschuiven van het terugdringen van moeder- en kindersterfte door verbetering van biomedische zorg naar meer aandacht voor het ‘psychosociaal’ welzijn van de moeder tijdens de zwangerschap en bevalling. De term ‘psychosociaal’ wordt gedefinieerd als de psychologische aspecten van onze persoonlijke ervaringen (gedachten, emoties en gedrag) in samenwerking met de sociale ervaringen en omgeving waarin het individu leeft (relaties, tradities en cultuur). De term ‘welzijn’ is de algehele menselijke conditie op fysiek, cognitief, emotioneel, sociaal en spiritueel gebied (IASC 2007). Het ‘psychosociaal’ welzijn is onder meer op de kaart gekomen (en wint in draagvlak) naar aanleiding van de medicaliseringsdebatten en onderzoeken die aantoonen dat aandacht op de psychosociale steunaspecten leidt tot positieve resultaten voor moeder en kind. Zo bleek uit verscheidene onderzoeken dat een positieve bevallingservaring het bindingsproces bevordert tussen moeder en kind evenals een goede borstvoeding. Een positieve baringservaring van moeders ging gepaard met aspecten zoals, de controle hebben over het eigen lichaam en de bevalling (geen pijnstilling), de wens om gehoord te worden en dat wensen ingewilligd worden. Negatieve baringservaring heeft veelal te maken met medische interventies zoals een niet voorziene keizersnede, geen thuisbevalling, geen keus in pijnbestrijding en het moeten aanvaarden van een passieve patiëntrol in het bevallingsproces (Rijnders 2008; Cheyney 2011; Buitendijk 2011). Daarnaast toonden verscheidene onderzoeken aan dat sociale/emotionele steun en goede (informatieve) voorlichting over zwangerschap en bevallen positieve effecten hebben op zwangere vrouwen. Het leidt tot een goed gevoel van eigenwaarde, het in controle zijn over eigen lijf en keuzes (autonomie) en minder stress en/of angsten tijdens de bevalling (Norbeck & Anderson 1989; Tietjen & Bradley 1985; Aaronson 1989).

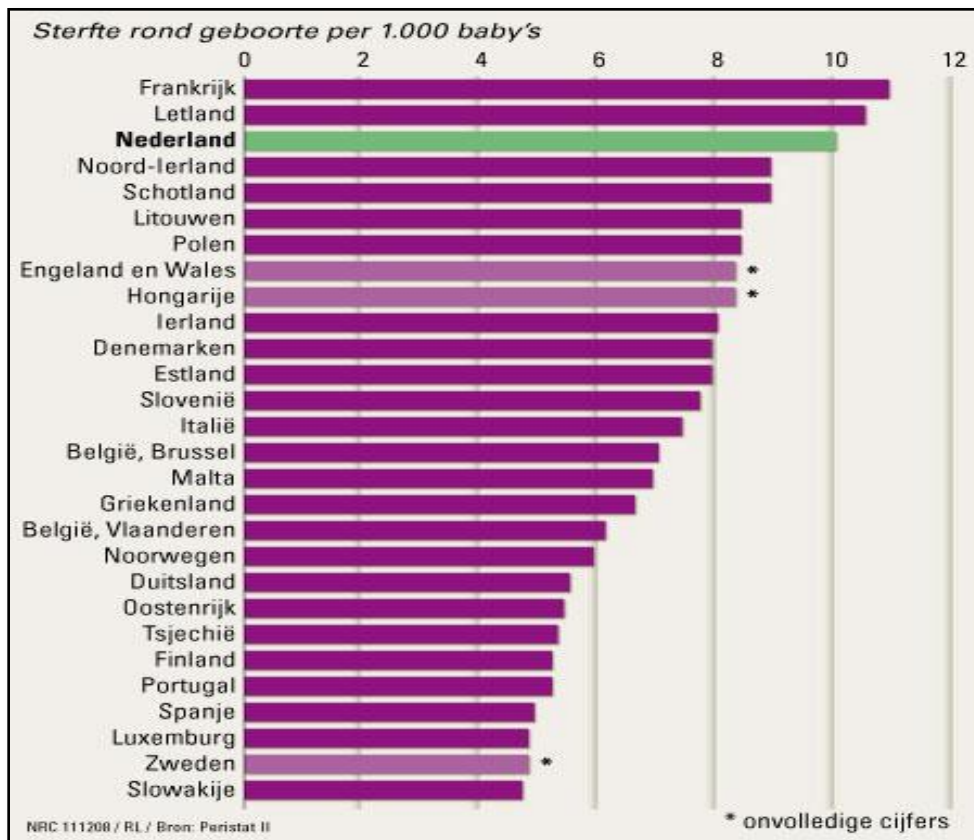
1.4 Verbetering in de Nederlandse (psychosociale) geboortezorg

Het Nederlands verloskundig systeem onderscheidt zich ten aanzien van de Verenigde Staten en vele andere Westerse landen doordat bevallingen zonder ernstige medische complicaties, gecategoriseerd onder de ‘eerste lijnszorg’, in eerste instantie uitgevoerd worden door een

verloskundige. In 2012, beviel 51,6% van de vrouwen onder de eerste lijnszorg onder begeleiding van een verloskundige (Stichting PRN 2013). Een bevalling kan zowel thuis, tegenwoordig ligt dat op ongeveer 20 % (CBS 2012), als in een geboortecentrum of polikliniek plaatsvinden. Wanneer er sprake is van een complicatie komt een vrouw in de tweede- of derde lijnszorg terecht en zal (in principe) moeten bevallen in het ziekenhuis of in een academisch centrum onder begeleiding van een gynaecoloog. In de geboortecentra en poliklinieken wordt onder andere aandacht besteed aan psychosociale zorg door de inrichting zo huiselijk mogelijk te maken zodat de (aanstaande) moeder zich op haar gemak/thuis voelt. Dit kan leiden tot een sneller verloop van de bevalling, na afloop een goed herstel en verloop van de borstvoeding.

Nadat Nederland jarenlang op de derde plaats stond van de hoogste babysterftecijfers van Europa, neemt het aantal baby's dat rond de geboortesterfte in Nederland af. In 2004 stond het op 10,5 per duizend baby's in de perinatale fase (Figuur 2). In 2010 was dit teruggelopen tot 9 per duizend en nu staat Nederland op zesde plaats (EURO-PERISTAT, 2013).

Figuur 2 - Babysterfte in 2004 in Europa per 1.000.



(bron: volkskrant.nl uit Europeristat rapport, 2004)

De verbetering van de situatie in Nederland is het resultaat van een intensievere samenwerking tussen betrokken beroepsgroepen zoals huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, kinderartsen en anesthesiologen. Ook de afname van het aantal rokende zwangere vrouwen, de daling van het aantal tienerzwangerschappen en de invoering van de 20-weeken echo in 2007, zijn verklaringen voor deze afname (Actiz, 2013).

Toen bekend werd dat in Nederland de babysterfte relatief hoog is in vergelijking met andere Europese landen heeft de toenmalige minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Stuurgroep ‘Zwangerschap en geboorte’ ingesteld. De stuurgroep bracht in december 2009 een rapport ‘Een goed begin’ uit met advies over de inrichting van de zorg rond zwangerschap en geboorte in Nederland (KNOV). Deze babysterftecijfers en het advies van de stuurgroep waren aanleiding voor veel veranderingen in de verloskundige zorg in Nederland. Toekomstige plannen werken naar ‘integrale zorg’ toe, waarbij onder andere een intensievere samenwerking tussen de beroepsgroepen in de geboortezorg wordt gerealiseerd. Alhoewel de Stuurgroep inmiddels is opgeheven, is het advies nog steeds relevant.

Eén van de adviezen die de stuurgroep uitbracht en waar een pilot project uit is gestart is de ‘continue begeleiding tijdens de baring’, wat inhoudt dat er een continuïteit in aanwezigheid is van medisch personeel (verloskundige, verpleegkundige, kraamverzorger, doula) tijdens het hele bevallingsproces met aandacht voor emotionele steun. Uit onderzoek (Hodnett et al. 2012) blijkt dat dit leidt tot: grotere tevredenheid en ontspanning voor de barendende vrouw, de bevalling duurt gemiddeld korter, de bevalling eindigt minder vaak in een kunstverlossing of een keizersnede, het leidt tot minder gebruik van medicamenteuze pijnbehandelingen. Wederom zijn dit ontwikkelingen op het gebied van psychosociale zorgverlening.

1.5 De doula en de oxytocine factor tijdens de bevalling

‘Doula’, is een oud Grieks woord dat letterlijk ‘slavin’ betekent. Veelal wordt het verwoordt als ‘vrouwelijke zorggever’. Deze naam werd voor het eerst geïntroduceerd door Dana Raphael in 1976 in de Verenigde Staten en is sindsdien gebruikt voor een niet-medische zwangerschapscoach, die de zwangere vrouw ondersteunt en begeleidt gedurende haar zwangerschapsperiode, tijdens de bevalling en de postnatale periode. In jaren tachtig won de

doula aan populariteit. Dit zou te maken kunnen hebben met de hoge mate van medicalisering van de bevalling in deze regio van de wereld, maar dit is niet aangetoond. In de Verenigde Staten bevalt namelijk 99 % van de vrouwen in het ziekenhuis, met een gynaecoloog, en ligt het percentage van keizersnede op ongeveer 30 %. Door het merendeel van de zorgverzekeraars in de Verenigde Staten worden de kosten voor een doula vergoed. Uit verschillende Amerikaanse onderzoeken, waarvan het eerste en meest bekende onderzoek komt van Klaus & Kennell (1993) *“The Doula Book: How a Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth”*, is gebleken dat een doula bijdraagt aan een positieve baringservaring, sterke vermindering in medische ingrepen, verminderde behoefte aan pijnbestrijding en voor het op gang brengen van de borstvoeding (Gilliland 2002; Kozhimannil et al. 2013).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteert als norm de optimumsituatie waarin tien tot vijftien procent van de bevallingen door middel van een keizersnede plaats vindt. Het percentage kinderen dat met behulp van een keizersnede ter wereld komt ligt in veel landen echter ver boven deze norm, met name in Europa, Verenigde Staten en in Latijns-Amerika (Klaus & Kennell 1993; Martin et al. 2003). Naast dat het geboortesysteem verschilt met dat van de Verenigde Staten, ligt het percentage keizersneden in Nederland op 16,8% (Stichting PRN, 2010). Dit is een positieve uitkomst, want uit Nederlands onderzoek (Mol et al. 2010) blijkt dat een keizersnede een risicovolle interventie is, zo lopen baby's van zwangere vrouwen die 'op verzoek' en niet vanwege medische risico's een keizersnede ondergaan een bijna driemaal zo hoog overlijdensrisico als baby's waarvan de moeder vaginaal bevalt.

Doula's worden met name (in de Verenigde Staten) dan ook ingezet om keizersneden en/of andere medische interventies te voorkomen. Doordat zij 'psychosociale' steun bieden aan barende vrouwen, door middel van ontspanningsmassage en het intieme en warme contact tussen een doula en haar cliënt, wordt de natuurlijke oxytocineproductie gestimuleerd. Uit longitudinaal fysiologisch onderzoek van Uvnäs-Moberg (1998; 2011) en Odent (1999) is gebleken, dat het hormoon oxytocine van cruciale waarde is onder andere tijdens de bevalling. Het bevordert een natuurlijke en snelle bevalling, daarnaast stimuleert het hormoon de uitdrijving van de placenta, wat wederom van groot belang is.

Oxytocine is een hormoon dat in de hersenen vrijkomt met name tijdens de bevalling, borstvoeding en het orgasme. De oxytocineproductie wordt gestimuleerd door knuffelen,

massage, prettige omgeving, aanraking, sociaal contact en intimiteit. Het kan niet eenvoudig als medicijn toegediend worden. Het hormoon zorgt voor onthaasting en een gevoel van verbondenheid en houdt dus stress buiten de deur wat van belang is tijdens een bevalling (Uvnäs-Moberg 1998, 2011). Sociale relaties (partner, familie, vrienden etc.) zijn voor een zwangere- en barende vrouw daarom ook van groot belang, alleen al om de oxytocineproductie te stimuleren en zo mogelijk een goed verloop van een bevalling te bewerkstelligen. Wanneer een vrouw uit haar sociaal netwerk of de relatie met haar partner onvoldoende steun ervaart, kan een doula deze rol (gedeeltelijk) innemen en bijdragen aan de psychosociale behoeften van een vrouw, wat tevens een stimulans is voor de productie van oxytocine.

De doula is in de Verenigde Staten in de loop van de jaren haar taken verder gaan uitbreiden. Naast de emotionele en praktische steun die zij biedt aan de zwangere vrouw en haar partner, behoren ook de volgende aspecten tevens tot de taken van een Amerikaans DONA gecertificeerde doula (Gilliland 2002). Een doula:

- 1) Begeleidt en/of ondersteunt specifieke bevallingstechnieken en strategieën.
- 2) Begeleidt en ondersteunt moeder en partner/familie tijdens de bevalling.
- 3) Bouwt een teamrelatie op met verpleegkundigen en andere beroepsmatigen.
- 4) Bemoedigt de communicatie tussen de patiënt en de medische staf.
- 5) Ondersteunt moeders wanneer er sprake is van een tekortkoming van zorg en voorzorg.

Een doula staat in dienst van de zwangere vrouw en streeft ernaar dat het bevallingsproces op een zo'n natuurlijk mogelijke wijze verloopt, zodat de vrouw een zelfvoldane en positieve bevallingservaring heeft. (Klaus & Kennell 1993; Stevens et al, 2011; Akhavan 2012; Gilliland 2002).

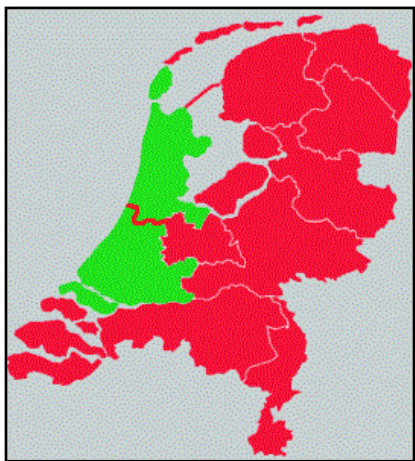
Momenteel bestaan er in Nederland twee doula-opleidingen zijn. De eerste opleiding is opgericht in 2006 te Utrecht, een tweede in 2012 te Amsterdam (doula.nl). Hieruit is aan te nemen dat er een stijging te bemerken valt in vraag en aanbod naar extra coaching tijdens de zwangerschap en bevalling voor vrouwen. Waar komt deze behoefte vandaan en zou dit te maken kunnen hebben met een gebrek van psychosociale zorg vanuit de sociale en/of professionele hoek? Of spelen andere factoren een rol die deze stijging in de vraag naar een doula kunnen verklaren? Daarnaast is het van belang om meer inzicht te krijgen in hoe de samenwerking

verloopt tussen verloskundigen en doula's en hoe verloskundigen tegenover doula's staan. In Australië en Verenigde Staten brengt dit nogal eens problemen met zich mee, waarbij de verloskundige en/of verpleegkundige vindt dat de doula haar taken overneemt bij de relationele opbouw met de zwangere vrouw. Aan de andere kant geeft de verloskundige/verpleegkundige aan te weinig tijd te hebben voor deze emotionele en informatieve gerichte zorg en vult de doula dit gat in het geboortesysteem op (Gilliland 2002; Stevens 2010).

2. Methoden

In het hoofdstuk 'Methoden' wordt allereerst achtergrondinformatie gegeven over de periode en locatie van het veldwerk. Opvolgend, de wijze waarop de respondenten verworven zijn en welke methoden er gebruikt zijn om de kwalitatieve en kwantitatieve data te verwerken en te analyseren. Er is een aparte paragraaf gewijd aan de data analyse methode 'counterfactual analyse'. Aangezien deze analyse gebruikt wordt om de onderzoeksvraag mee te beantwoorden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de waarde van reproduceerbaar onderzoek en een ethische reflectie over het onderzoek.

Een kanttekening: in de hoofdstukken vier en vijf is er ook gebruik gemaakt van andere type analyses namelijk de Principale Componenten Analyse (PCA), kruistabellen, t-testen en diagrammen. Deze worden in de desbetreffende hoofdstukken nader toegelicht en verdienen geen plaats in het hoofdstuk 'Methoden', omdat deze analyses bijdragen aan het antwoord op deelvragen en niet de onderzoeksvraag. Bovendien vragen ze minder ruimte voor toelichting.



*Figuur 3 –
Provincies:
Noord- en Zuid
Holland centrum
voor doula's in
Nederland.*

(bron: Dr. Hoffer's Travel WebSite)

2.1 Kwalitatieve en kwantitatieve dataverzameling

Periode en locatie

De veldwerkperiode van dit onderzoek liep van 1 januari 2014 – 1 april 2014 (drie maanden). Het onderzoeksgebied betrof Nederland. Nederland telt 16,8 miljoen inwoners, waarvan de Randstad (Figuur 3) verreweg de hoogste bevolkingsdichtheid kent (Zuid-Holland: 1 266 inwoners/km², Noord-Holland: 1 020 inwoners/km²) CBS (2013). (Volgens de cijfers van de provincies telt) Zuid-Holland 3.500.000 inwoners en Noord-Holland 2.724.300 (Provincie Zuid-Holland 2011; Provincie Noord-Holland 2013), tezamen ongeveer 6,2 miljoen inwoners. Het merendeel van de doula's zijn werkzaam in deze twee provincies. Met name Amsterdam en omgeving is het centrum van doula's en dus ook doula-cliënten.

Werven van respondenten

De voornaamste methode om in contact te komen met de respondenten voor de kwalitatieve semigestructureerde interviews was de zogenoemde sneeuwbal methode. Deze methode heeft ook een belangrijke rol gespeeld in het verspreiden van de online enquêtes onder zwangeren en moeders met of zonder doula-ervaring via sociale media. In Tabel 1 wordt gespecificeerd welke kanalen er zijn gebruikt om in contact te komen met de verschillende groepen respondenten.

Semigestructureerde interviews

In de periode van drie maanden zijn er 26 semigestructureerde interviews afgenomen, met een tijdsduur tussen 60 – 120 minuten. Alle interviews zijn opgenomen met een voice recorder. Voor de start van het interview is de respondent hierover ingelicht en is toestemming gevraagd voor de opname. Gemeld is dat deze alleen wordt gebruikt om het interview uit te kunnen typen en analyseren. Na het uittypen van de interviews zijn deze geanalyseerd door software ATLAS, waarbij gecodeerd is op verschillende termen omtrent behoeften en steunbelevingen. Tot slot zijn de interviews nauwkeurig nagelezen en citaten en casussen gemarkeerd om te verwerken in de scriptie.

Tabel 1 - Contactkanalen voor het vinden van respondenten.

Kanaal	Doelgroep(en)	Details	Datum/plaats
Conferentie Human Rights in Childbirth.	Nederlandse doula's en verloskundigen.	Peer groep discussie en contacten leggen.	4 november 2013 te Blankenberge, België.
Facebook pagina aangemaakt: "onderzoekdoula2014"	Zwangere/moeders met- en zonder doula-ervaring, doula's en geïnteresseerden.	95 aanmeldingen. Link van online enquêtes. Plaatsen van oproepen en geïnteresseerden up-to-date te houden.	Start: 25 januari 2014
Lidmaatschap facebook-groepen rondom thematiek: zwangerschap en geboorte.	Zwangeren; moeders met- en zonder doula-ervaring; doula's.	1. Geboorte beweging; 2. Doula collega's; 3. Ouders van nu; 4. Draagadvies; 5. Ondersteuning en begeleiding rond zwangerschap en geboorte; 6. Natuurlijk baby; 7. Natuurlijk borstvoeding; 8. Natuurlijk ouderschap; 9. Natuurlijk opvoeden;	Start januari 2014.
Negen-maanden-beurs.	Zwangeren en moeders.	Respondenten vinden voor de enquête en het verzamelen van contactgegevens.	23 februari 2014, RAI te Amsterdam.
Nederlandse Beroepsvereniging van Doula's (NBvD).	Zwangeren en moeders met- en zonder doula-ervaring; doula's.	1. Online-enquête link geplaatst op de website. 2. Mailingadressen van geregistreerde doula's.	2 maart 2014
Persoonlijk sociaal netwerk.	Zwangeren en moeders met- en zonder doula-ervaring.	1. Een moeder met doula-ervaring. 2. Verspreiden van de online enquêtes.	Vanaf 1 september 2014.

De 26 semigestructureerde interviews zijn afgenomen onder de volgende drie respondentgroepen:

1. 14 interviews: moeders die een doula hebben gehad tijdens de zwangerschap en bevalling
2. 11 interviews: gecertificeerde doula's
3. 2 Verloskundigen: 1 manager verloskundige Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), 1 holistische verloskundige, "Vivre vroedvrouw" te Amsterdam.

De semigestructureerde interviewmethode diende voor het verzamelen van valide, relevante en volledige informatie en om een duidelijk beeld van meningen en ervaringen te krijgen van de drie respondentgroepen. De interviews met de drie groepen kunnen onder meer antwoord geven op de vijf deelvragen (paragraaf 1.5). Of daarnaast kan de informatie uit de interviews gebruikt

worden om de statistische uitkomsten van de onderzoeksvraag te onderbouwen en/of toe te lichten.

De locatie voor de interviews was merendeels in de huiskamer van de respondent. Een enkele keer in een lunchcafé en met de verloskundige op het werk zelf. Wanneer de reisduur langer dan 1,5 uur enkele reis betrof (Zeeland en Brabant) of door de voorkeur van de moeder, werd het interview via Skype gehouden.

In de appendix 3 kunnen interviewvoorbeelden teruggevonden worden, één van elke respondentengroep. Tijdens het interview is met name ingegaan met de moeder op de keuze voor een doula en welke behoeften er speelden en belangrijk voor haar waren. Daarnaast is de band beschreven tussen de moeder en doula en hoe de (vorige) bevalling(en) is/zijn verlopen. Bij de doula's is ingegaan op de keuze om een doula te worden, het contact tussen cliënt en doula, welk proces zij doorloopt met de cliënt en de specifieke taken en handelingen die zij verricht tijdens de zwangerschap en/of bevalling. De twee interviews met de verloskundigen gingen over de hedendaagse ontwikkelingen in de geboortezorg en de samenwerking tussen verloskundigen en doula's.

Er waren ook twee doula's werkzaam in een asielzoekerscentrum (AZC) in Leersum. Tijdens dit bezoek aan het AZC is ingegaan op de werkzaamheden van de doula in het AZC en wat dit betekent voor zwangere asielzoekersvrouwen. Het is het enige AZC in Nederland waar doula's werkzaam zijn. Daarnaast zijn ook twee asielzoekers geïnterviewd op hun kamer over hun ervaringen met een doula en de bevalling, afkomstig uit Guinea (West-Afrika) en Afghanistan.

Open interviews & peer-group discussies

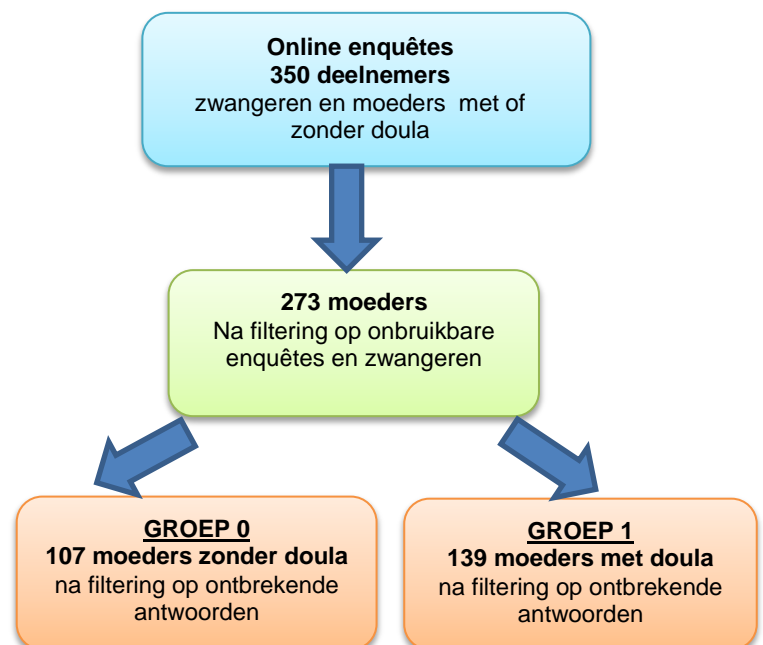
Een open interview met de twee doula docenten, Jennifer Walker en Jacky Bloemenraad-de Boer van de JJ Doula opleiding te Amsterdam vond al plaats eind september 2013. Het doel van dit gesprek was om een beeld te krijgen over de doula in Nederland en welke discussiepunten er spelen in Nederland over doula's, zwangerschap en bevallen.

Een ander kanaal die gebruikt is om meer te weten te komen over de hedendaagse nationale en internationale discussiepunten en dialogen over doula's en geboortezorg, was het bezoeken van de conferentie: Human Rights in Childbirth "*Birth Rights in the European Union: Mobilizing Change.*" 4 november 2013 te Blankenberge, België. Waar één interessante peer groep discussie plaatsvond: "Bringing Maternity System Stakeholders to the Table for Dialogue: Lessons from the Netherlands." Hierin kwam naar voren welke discussiepunten er spelen in het Nederlandse verloskundig systeem, hoe ermee omgegaan wordt en eventuele oplossingen. Tijdens deze conferentie ben ik in contact gekomen met Claudia van Dijk (holistische vroedvrouw te Amsterdam), Rebekka Visser (reguliere verloskundige), Joyce Pula (doula en mede oprichtster van de 'Geboortebeweging') en Catherina Ooijens (doula, werkzaam in het Academisch Centrum Amsterdam- AMC). Met deze vrouwen heb ik open interviews gehouden over de doula in Nederland en hun meningen en perspectieven over doula's. Daarnaast hebben er losse gesprekken plaatsgevonden (nationaal en internationaal) met andere beroepsbeoefenaars zoals een lactatiekundige, verpleegkundige, klinisch verloskundige, DONA doula docent in de Verenigde Staten, Franse, Duitse, Italiaanse en verloskundigen en doula's om een indruk te krijgen in de discussiepunten die nationaal en internationaal spelen. Deze conferentie gaf tevens de gelegenheid om in contact te komen met doula's en verloskundigen voor een semigestructureerd interview op een later tijdstip. Helaas waren er geen gynaecologen op de conferentie.

Figuur 4 - Verdeling van de deelnemers aan de online-enquêtes.

Online enquêtes en verspreiding

De kwantitatieve data zijn verkregen door de online enquêtes genaamd: "De keuze om geen doula te nemen tijdens de zwangerschap" voor vrouwen zonder doula-ervaring en "Keuze voor een doula in Nederland" voor vrouwen met doula-ervaring. Voor de vrouwen met doula-ervaring is de enquête ook vertaald in het Engels, aangezien er ook expats gebruik maken van een doula. In de Appendix zijn de multiple choice vragenlijsten



opgenomen. De enquêtes bevatten drieëntwintig multiple choice vragen en een optionele vraag.

De vragen zijn gericht op achtergrondinformatie van de respondent, psychosociale behoeften (emotioneel, psychologisch, praktisch en spiritueel) en sociale- en professionele steunbelevingen. De psychosociale behoeften beschrijving is tot stand gekomen door een gesprek met twee doula's, waaronder een douladocent. Tijdens deze gesprekken is ingegaan welke behoeften er kunnen spelen tijdens de zwangerschap en bevalling en de concrete beschrijving bij elke behoeften voor de online enquête. Daarnaast hebben de gesprekken met zwangere vrouwen en moeders aan deze beschrijving bijgedragen en door het lezen van literatuur over psychosociale behoeften onder zwangere vrouwen. De online enquêtes zijn vervolgens geverifieerd door dezelfde twee doula's voor een check op ontbrekende thema's, steunbelevingen en de vertaling naar Engels met juiste formuleringen.

De enquêtes liepen van 1 februari tot 1 april 2014 (twee maanden) en deze zijn in totaal door 350 vrouwen ingevuld (zie Figuur 4). Van de 350 enquêtes is het aantal teruggebracht naar 273 serieus en compleet ingevulde enquêtes. Vervolgens zijn de zwangeren er uitgefilterd, omdat zij nog niet het gehele zwangerschaps- en bevallingstraject doorlopen hebben. Tot slot, zijn de respondenten in twee groepen verdeeld: groep 0 'zonder doula', groep 1 'met doula'. Alle respondenten uit deze twee groepen met één of meerdere missende antwoorden zijn er uitgehaald. Met missende antwoorden erin is het niet mogelijk om de propensity score te berekenen. Enkel de vragen die voor beide groepen van toepassing waren zijn meegenomen in de twee analyses. De optionele open vragen en vragen die voor een bepaalde groep alleen gelden zijn buiten beschouwing gelaten en worden apart behandeld ter aanvulling van informatie.

De online enquêtes voor vrouwen zonder doula-ervaring zijn met name verspreid onder gesloten facebook groepen¹ en via de contactgegevens die verkregen zijn bij de negen-maanden-beurs (zie tabel 1). De enquêtes voor vrouwen met doula-ervaring zijn met name via de doula's verspreid onder hun (oud)cliënten en via sociale media facebook groepen en e-mails.

¹ Gesloten facebook groepen zijn niet-openbare groepen waarbij eerst een verzoek voor aanmelding gestuurd dient te worden bij de oprichter van de groep voor toelating.

2.2 Oorzaak-en-effect vraagstuk: Counterfactual Analyse (CFA)

Oorzaak-en-effect vragen zijn in de sociale wetenschappen en ook specifiek binnen de antropologie interessante vraagstukken. Hieronder worden twee verzonden voorbeelden weergegeven die bij een antropologisch onderzoek wellicht van interessante waarde kunnen zijn. Het eerste voorbeeld is bedacht op basis van nieuwsberichten over de ingevoerde homowet in Oeganda (NOS.nl, 2014). Het tweede voorbeeld kwam deze ter sprake bij een rollenspel tijdens het Mastervak “environment & development”.

Voorbeeld 1: Heeft de seksuele voorlichtingstraining ‘Unlimited’ aan Oegandese jongeren geleid tot vermindering van homohaat in Oeganda? Zo ja, hoe groot is het effect op de homohaat geweest ten opzichte van andere taboebelevingen?

Voorbeeld 2: Heeft het aanleggen van ‘Junction Naguilian-San Mariano-Palanan Road’ door het natuurreservaat Northern Sierra Madre te (Filippijnen) een invloed gehad op de toename van seksueel misbruik onder Agta vrouwen? Zo ja, hoe groot is het effect geweest ten opzichte van andere mogelijke oorzaken?

Zo kunnen er verschillende bevolkingsgroepen en thema’s gebruikt worden en verloopt de opbouw van een causale effectmeting meestal als volgt: Heeft ‘T’ een invloed gehad op ‘Y’? Als ‘T’ invloed heeft op ‘Y’, hoe groot is het effect geweest op ‘Y’? Is de omvang van dit effect relatief groter dan andere oorzaken op ‘Y’ (Morgan en Winship 2007). De onderzoeksvraag in deze scriptie betreft ook een causale effectmeting: “Heeft een doula een effect op de psychosociale zorgbehoeften en steunbelevingen van vrouwen tijdens de zwangerschapsperiode en bevalling in Nederland? Zo ja, hoe groot is het effect geweest op de verschillende behoeften en steunbelevingen?”

De ‘gouden standaard’ voor het meten van een causaal effect op een behandeling, interventie of blootstelling is de ‘Randomized Control Trial design’ (RCT) (Greenland et al, 1999). Echter is dit in veel sociaal wetenschappelijke onderzoeken niet mogelijk omdat het niet praktisch uitvoerbaar is en/of ethisch onverantwoord. Een zwangere vrouw dient immers de keuzevrijheid te hebben om een voorkeur aan te geven of zij wel of geen doula aan haar zijde wil tijdens de bevalling. Aangezien het om een intiem en kritisch moment in het leven van een vrouw en partner gaat, is het niet mogelijk om zwangere vrouwen gerandomiseerd in te delen in

de ‘control’ en ‘treated’ groep, zoals dat bij een RCT onderzoek wordt gedaan. Het gaat hier dan ook om een observationeel onderzoek met een quasi-experimentele opzet.

In de laatste jaren is echter een doorbraak geweest om bij studies met observationele gegevens, waarbij de respondenten niet gerandomiseerd zijn verdeeld over een ‘treated’ en ‘controle’ groep, tóch een nauwkeurige effectmeting te kunnen maken. Deze aanpak staat bekend als de ‘Counterfactual Analysis’ (CFA). Sinds de laatste decennia heeft deze methode en aanpak vruchten afgeworpen, zoals blijkt uit het aantal stijgende publicaties en handboeken die er verschenen zijn op dit gebied vanuit verschillende disciplines (Holland 1986; Heckman et al 1998; Christakis en Iwashyna 2003; Bowers en Hansen 2005; Rubin en Stuart 2006; Katchova 2010). Ook in de sociale wetenschap heeft de CFA grond gewonnen. Recent is een basisboek voor de sociale wetenschappen uitgekomen van Morgan en Winship genaamd “Counterfactuals and Causal Inference” (2007). Bovendien wordt deze methodiek inmiddels op ruime schaal bij evaluatie onderzoeken gebruikt in ontwikkelingsstudies (Wereld bank, UNDP, WHO, etc).

Bij de counterfactual analysis wordt een (mogelijk) effect berekend aan de hand van twee observationele groepen. Het gaat hier om situaties waarbij de interventie ‘T’ niet ongedaan kan worden gemaakt bij de groep waarbij de interventie heeft plaatsgevonden, maar waar op basis van een andere groep met vergelijkbare kenmerken een “wat als” –inschatting kan worden gemaakt, de counterfactual situatie. Simpel gezegd kan een bevalling waarbij een doula aanwezig is geweest, niet meer ongedaan gemaakt worden bij de respondent. Dit zelfde geldt voor de voorbeelden waarbij ‘T’ een seksuele voorlichtingstraining of aanleg van een weg is. Bij het testen van een medicijn op een respondent, mits het niet een lange nasleep heeft, is dit in principe wel mogelijk. Echter bij observationele studies heeft een interventie al plaatsgevonden onder een groep mensen. Door te werken met twee groepen, een ‘controle’ groep waarbij de interventie niet heeft plaatsgevonden en een ‘treated’ groep waarbij de interventie wel heeft plaatsgevonden, en met een groot aantal achtergrondkenmerken van de respondenten kunnen een aantal type effecten berekend worden. Op de verschillende type effecten zal later in deze paragraaf nader op worden ingegaan.

Wanneer het effect wordt nagegaan na de interventie ‘T’ tussen beide groepen zijn er verstoringe variabelen (confounders) aan wie een eventueel verschil in de uitkomstvariabele kan worden toegeschreven. Wanneer we iemand uit de ‘treated’ groep nemen en die kunnen matchen

met een persoon uit de controle groep zodanig dat hun achtergrondkenmerken gelijk zijn, dus dezelfde leeftijd, opleiding, kindertal etc., dan is het verschil niet langer aan een effect van deze achtergrondkenmerken (confounder) toe te schrijven maar alleen aan de interventie 'T'.

Goed matchen is dus van groot belang als volgende stap. Het probleem met matching ontstaat wanneer je negen achtergrondkenmerken uit de ene groep probeert te matchen met die uit de andere groep, zodoende ontstaat er statistisch een groot verschil in dimensies en als het ware kan men door de bomen het bos niet meer zien. Want de achtergrondkenmerken hebben allemaal een eigen schaalverdeling (bijvoorbeeld: leeftijd heeft een numerieke schaalverdeling en geslacht een nominale schaalverdeling). Een veelgebruikte oplossing hiervoor is matching op de propensity score.

De volgende stap is dus de berekening van de propensity score voor iedere respondent d.w.z. $T=1/0$ wordt voorspeld door een logistische regressie van achtergrondvariabelen.

Propensity Score Analysis (PSA)

De Propensity Score Analysis, wat ook wel het 'Rubin causal model' wordt genoemd, is een kansberekening tussen 0 en 1 van iedere individuele respondent dat hij of zij de interventie heeft ondergaan of ervoor zou kiezen (afhankelijk van het onderzoek) op basis van een grote set andere kenmerken (Holland 1986). In dit onderzoek is de propensity score (hierna PS) de kans dat een respondent voor een doula zou kiezen. Wanneer deze score berekend zijn kan de 'matching' op PS beginnen. Een respondent uit groep 0 'matchen' met een respondent uit groep 1 op basis van (ongeveer) dezelfde PS. Het probleem van vele achtergrondkenmerken op verschillende schaalverdelingen is met matchen op PS opgelost. PS nader toegelicht door Austin (2011):

"The propensity score is a balancing score: conditional on the propensity score, the distribution of measured baseline covariates is similar between treated and untreated subjects." (Austin 2011: 402)

De PS wordt bepaald door 'covariaten', wat onafhankelijke variabelen zijn, zoals leeftijd, nationaliteit, geslacht etc. De PS wordt op basis van een logistische regressie berekend. Om een zo'n nauwkeurig mogelijk effect te kunnen berekenen op basis van vele covariaten, is het van belang om een groot aantal covariaten in de logistische regressie mee te nemen. Afhankelijk van de grootte van de dataset, kan het aantal covarianten verschillen van ongeveer acht tot wel vijftig of meer covariaten.

Formule propensity score:

$$e_i = Pr(Z_i = 1|X_i)$$

Waarbij: Pr de Propensity Score uitkomst is per respondent. Z_i de variabel ‘doula’ (geen=0 en wel=1 doula bij de bevalling), zo worden de ‘control’ en ‘treated’ groepen onderscheiden. X_i zijn de negen gekozen covariaten (Tabel 2).

Wanneer de propensity score / kansberekening is berekend op basis van de negen covariaten. Wordt vervolgens gekeken of deze negen covariaten daadwerkelijk geschikt zijn om met de berekende PS goed te kunnen matchen en uiteindelijk een effect te berekenen. De volgende stappen zijn uitgevoerd als testanalyse op de covariaten vóór en na afstelling op de PS:

- *Significantie covariaten*: logistische vergelijking met significantiewaarden.
- *Covariaten gestandaardiseerd op de PS*: vóór en na standaardisatie op de PS van de negen van de covariaten.
- *PS overlap*: PS overlap tussen de twee groepen in tien strata verdeeld.

Tabel 2 – Logistische regressie vergelijking op de PS covariaten met significantiewaarden.

Covariaten	Codering en antwoord categorieën	Significantie (Z-waarde)
1. Leeftijdscategorie	1. 20-24 jaar 2. 25-29 jaar 3. 30-34 jaar 4. 35-39 jaar 5. 40 jaar of ouder	0.000 ***
2. Opleidingsniveau	1. Opleiding laag (middelbare school / MBO) 2. Opleiding hoog (HBO / Uni).	0.697
3. Relatie status	1. Samenwonend met partner 2. Alleenstaande moeder.	0.418
4. Aantal kinderen	1. één kind 2. twee kinderen 3. drie of meer kinderen.	0.986
5. Thuis bevalling	1. Ja 2. Nee	0.823
6. Polikliniek bevalling	1. Ja 2. Nee	0.511

7. Ziekenhuis bevalling	1. Ja 2. Nee	0.421
8. Geboortecentrum bevalling	1. Ja 2. Nee	0.131
9. Complicaties tijdens de zwangerschap of bevalling	1. Geen complicaties (eerste lijn) 2. Wel complicaties (tweede / derde lijn)	0.927

(Sig. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 '' 1. Deviance residuals: -2.3 / 2.2. AIC: 310.47)

Significant covariaten

In Tabel 2 zijn de negen covariaten samengevat op basis van een logistische regressie vergelijking tussen de 'treated' en 'control' groepen, voordat de standaardisatie op propensity score is toegepast. Uit tabel 2 heeft enkel de covariaat 'Leeftijd' een significante waarde van 0.000. In de 'treated' groep zit er een groter aantal respondenten met een hogere leeftijdscategorie dan in de 'control' groep. In de volgende stap kan gekeken worden of 'Leeftijd' een storende covariaat blijft ook na de standaardisatie op PS.

Covariaten standaardisatie op PS

Het is de bedoeling dat de covariaten een zo'n laag mogelijk effect/invloed hebben op de effectresultaten op een uitkomst variabele. Zodat het uiteindelijke effect toegewezen kan worden aan de interventie (een doula) en niet aan de covariaten. In Figuur 6 wordt de standaardisatie weergegeven van vóór en na het toepassen van de PS op de negen covariaten. De rode lijn laat grafisch de regressie vergelijking zien zoals ook in Tabel 2 samengevat van de negen covariaten. Daar viel dus op dat 'Leeftijd' zeer afwijkt en lastig te matchen zou zijn wanneer er niet gebruik wordt gemaakt van PS matching. De blauwe lijn laat het effect zien van de covariaten na standaardisatie op de PS. Het effect van de covariaten en met name 'Leeftijd' heeft nu maar een effect tussen 0 en 0.1 en laat een lineair patroon van een rechte lijn zien. Uit deze testanalyse kan gehaald worden dat de covariaten een zeer klein effect zullen hebben op de uitkomsteffecten. Bij de tweede test zal gekeken worden hoe de overlap is op PS tussen de twee groepen.

PS overlap

Deze overlap wordt in Figuur 5 weergegeven met twee histogrammen onder elkaar waarbij de PS verdeeld is in tien strata. Hier geldt weer hoe dichterbij nul, hoe kleiner de kans is dat de respondent voor een doula kiest. Tussen de PS van 0.2 en 0.9 is er een goede overlap te vinden tussen de 'control' en 'treated' groep. Behalve de PS effectmeting op covariaten en een goede

overlap, moet na het matchingproces nagegaan worden in de matchbalans, welke covariaten goed gebalanceerd worden. Hier wordt verder kort op ingegaan in het matchingsproces. Allereerst wordt het beste matchingmodel uitgekozen.

Matching model kiezen

Om een zo'n nauwkeurig mogelijke effectuitkomst te krijgen, worden verschillende matching modellen geanalyseerd. De modellen worden aan de hand van een PS steekproeftest (bootstrapping) getest. Er zullen 100 willekeurige sub-steekproeven uit de totale steekproef worden gehaald om te achterhalen hoe succesvol of onsuccesvol de matching is geweest per model. De samenvatting van de steekproeftest is in Tabel 3 weergegeven.

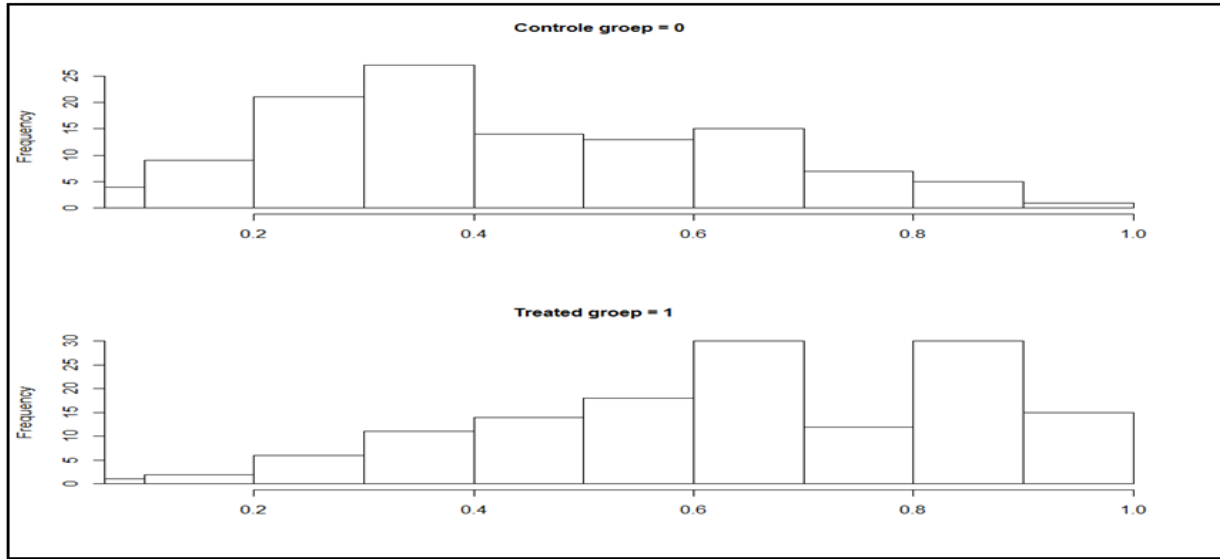
De betrouwbaarheidsinterval van de 100 sub-steekproeven (Bootstrap pooled CI) ligt bij de 'Nearest Neighbour 1-3 model' tussen 0.633 en 0.0954 en heeft een kleine marge. Hoe kleinere marge hoe nauwkeuriger de uitkomsten van de sub-steekproeven. Daarnaast is 89% van de sub-steekproeven niet gelijk aan de waarde nul, wat weergeeft dat deze het meest betrouwbaarste is vergeleken met de andere percentages van de overige drie modellen. Hieruit blijkt de Nearest Neighbour 1-3 model een goede keus is om de effectmetingen te kunnen gaan berekenen.

Tabel 3 - Steekproeftest op vier PS matching modellen.

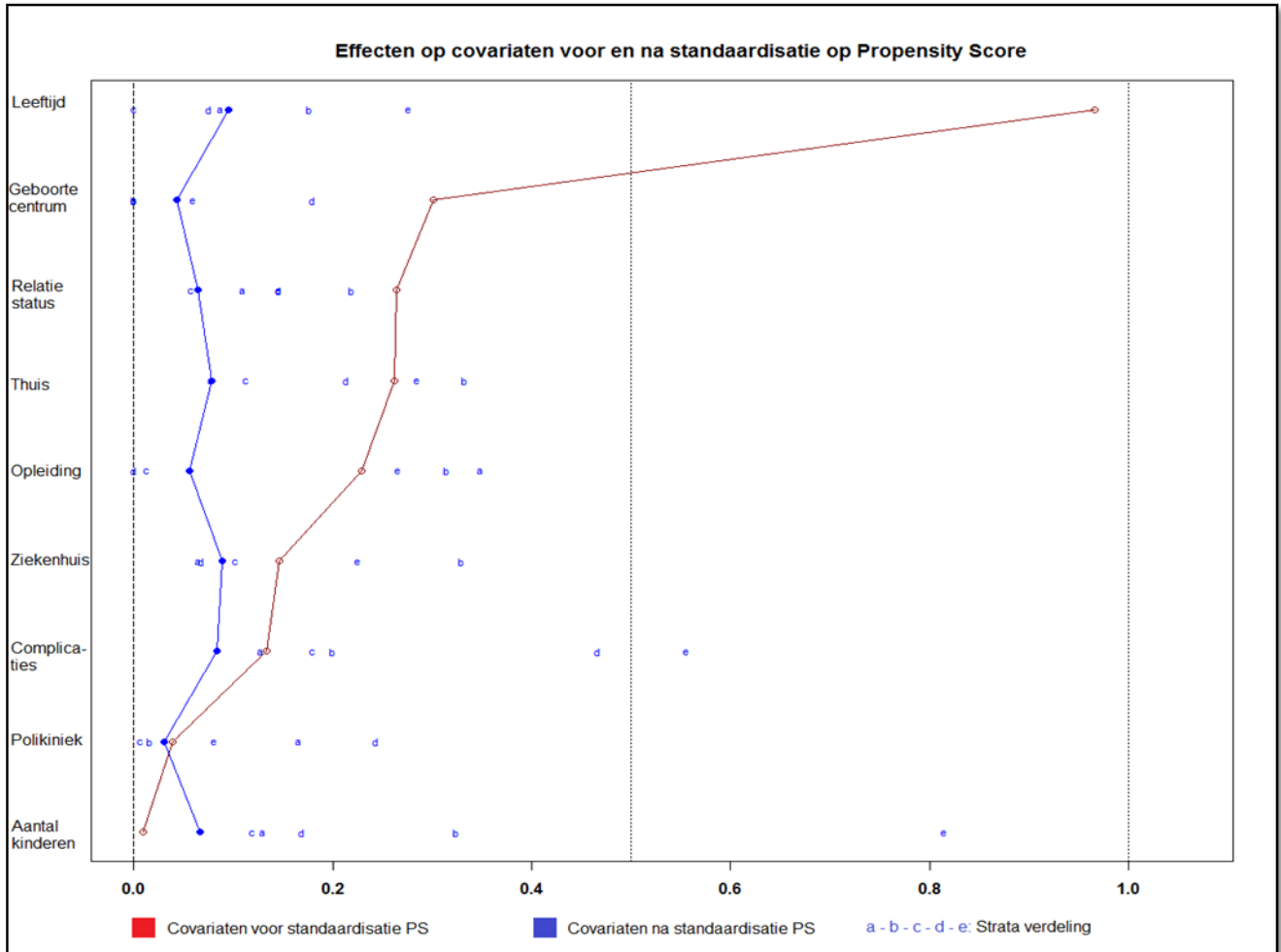
Model	Bootstrap pooled estimate	Bootstrap pooled CI	Confidence Intervals that do not span zero
Nearest Neighbour 1-3	-0.269	[0.633, 0.0954]	89 %
Nearest Neighbour 1-1	-0.303	[-0.716, 0.109]	85 %
Stratificatie	-0.186	[-0.5, 0.127]	24 %
Rpart	-0.175	[-0.586, 0.236]	20 %

(Betrouwbaarheidsmarge: 95%; Caliper: 0.20; Berekening: ATT.)

Figuur 5 - PS in histogrammen in tien strata verdeeld.



Figuur 6 - Covariaten vóór en na standaardisatie op propensity score.



Een andere analyse op de verschillende modellen is 'Matching balans'. Een matchbalans worden opgemaakt per covariaat, per matchingmodel van voor én na matching. Gekeken wordt naar de T-test en significantie voor en na matching om te zien of dat matching van een specifieke covariaat succes heeft gehad of juist verslechterd is. Aangezien dit honderden pagina's bevat, volstaat hier te zeggen dat deze gegevens niet worden weergegeven in de scriptie. Wel is gebleken uit de matchingbalansen dat de Nearest Neighbour 1-3 maar liefst 123 matches heeft kunnen vinden in de 'treated' groep. Wat betekent dat een respondent uit de 'treatment' groep drie respondenten uit de 'control' groep moet vinden om de matching te verbeteren. Om de afstand tussen de mogelijk matchrespondenten niet te groot te maken, is er een caliper ingesteld van 0.2. Dit houdt in dat er gematcht mag worden binnen de afstand + of -0.2. Het blijkt dat op deze voorwaarden 123 matches zijn gevonden en dat dit model daarom succesvol is om de effectmetingen te berekenen.

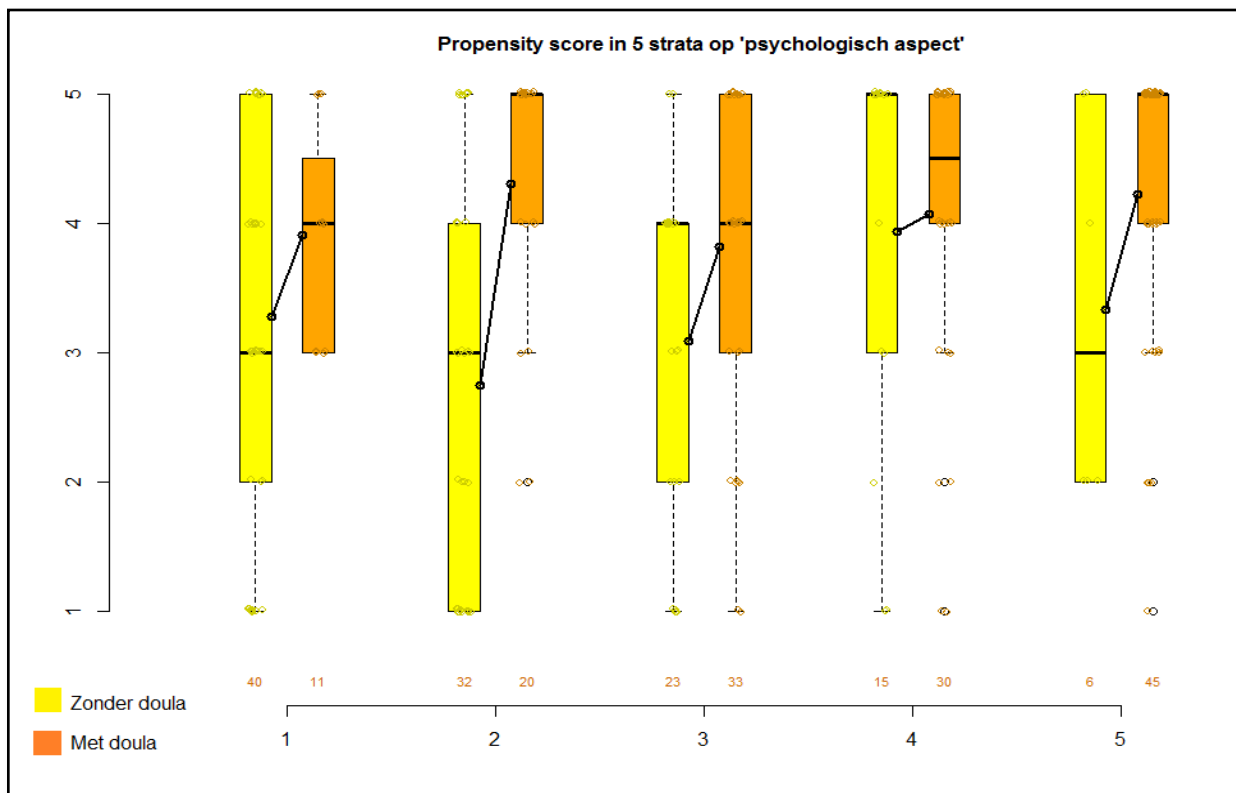
PS Loess regressie en boxplots op één uitkomst variabel 'psychologisch aspect'

Om visueel inzicht te krijgen in de verschillende uitkomstvariabelen (behoefte en steunbelevingen) hoe deze zich verhouden in beide groepen, is er gebruik gemaakt van stratificatie van PS in boxplots (Figuur 7) en PS in een Loess regressie (Figuur 8). Stratificatie kan ook gebruikt worden voor de effectmetingen, deze worden dan per stratum berekend en de som en deling is het totaaleffect op één uitkomst variabel. Uit de steekproefanalyse en de matchingbalans kwam echter Nearest Neighbour 1-3 het beste uit de test. Stratificatie zal daarom hier alleen gebruikt worden om de overlap tussen de twee groepen met één uitkomst variabel 'psychologische aspect' visueel weer te geven.

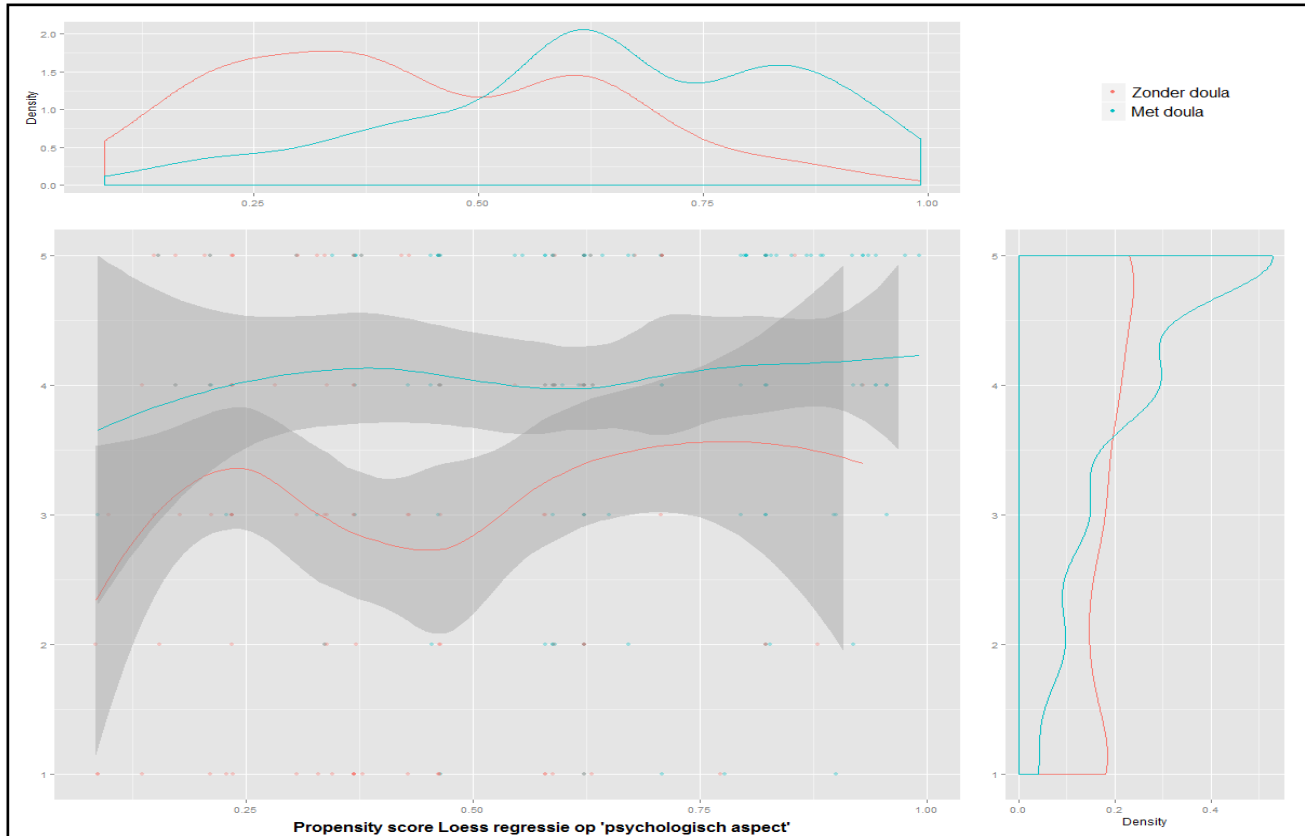
Een toegevoegde waarde van de boxplots is dat de spreiding in de afhankelijke variabelen wordt weergegeven, dus niet alleen of er een verschil is in gemiddelde of mediaan maar ook wordt de hele spreiding getoond. Hier toont de analyse (Figuur 7) dat in alle strata de gemiddelde en medianen in de 'treatment' groep hoger liggen bij het 'psychologische aspect'. De boxplots geven ook het aantal respondenten per stratum weer. Dit geeft specifieker aan om hoeveel respondenten het precies gaat die het een hoge of juist lage waardering aan het psychologische aspect geven.

In de PS Loess regressie (Figuur 8) zijn de twee groepen verdeeld in vijf PS strata. Ook hier is te zien dat de ‘treatment’ groep (blauwe lijn) gemiddeld genomen het psychologische aspect van groter belang vinden dan de ‘controle’ groep. Tussen 0.25 en 0.40 is er geen overlap tussen beide groepen. Deze overlap vindt pas plaats vanaf 0.60 tot aan 0.90. Uit Figuur 8 en Figuur 9 is te concluderen dat het bij de ‘psychologische behoefte’ om een specifieke groep vrouwen gaat die dit extra van belang vinden en nodig hebben. Wanneer gekeken wordt bij de boxplots van de uitkomst variabelen ‘emotioneel’, ‘praktisch’ en ‘spirituele’ behoeften (Appendix 1) vindt er wel een continue overlap plaats. Hierbij geldt dat deze behoeften bij vele vrouwen speelt en geen specifiek onderscheid te vinden is tussen de twee groepen.

Figuur 7 - PS boxplots op uitkomst variabel 'psychologisch aspect'



Figuur 8 - PS Loess regressie op uitkomst variabel 'psychologisch aspect'



Twee effectberekeningen: ATE, ATT

In de CFA kan gekozen worden uit twee soorten effectmetingen (Austin 2011):

- Average Treatment Effect (ATE)

Formule: $E [Y_i(1) - Y_i(0)]$

Hier wordt het gemiddelde effect berekend op het totaal (beide groepen).

- Average Treatment Effect for the Treated (ATT)

Formule: $E [Y(1) - Y(0) \mid Z = 1]$

Het gemiddelde effect op de 'treated' groep.

In dit onderzoek is gekozen voor de ATT, wat het gemiddelde effect berekent op behoeften en steunbelevingen van een vrouw die een doula bij haar bevalling heeft gehad. Met de ATT kan vervolgens de onderzoeksvraag beantwoord worden. In hoofdstuk zes worden de uitkomsten weergegeven van de effecten op de verschillende uitkomstvariabelen en nader uitleg gegeven over het verschil in effect per uitkomst variabele.

Voor dit onderzoek was dit het stappenplan dat gevolgd is met toepassingsvoorbeelden hoe de CFA in zijn werk is gegaan. Nu zal verder ingegaan worden op het belang van reproduceeronderzoek en een ethische reflectie over het onderzoek en dataverzameling.

2.3 Reproduceerbaar onderzoek

In de laatste jaren is gebleken dat er fraude wordt gepleegd in de sociale wetenschappen. Voorbeelden zijn, de voormalig hoogleraar sociale psychologie Diederik Stapel, Tilburg (NOS.nl, 2011) en voormalig hoogleraar Mart Bax in politieke antropologie, Amsterdam (NOS.nl, 2013). Om fraudering zoveel mogelijk tegen te gaan van gegevens en analyses worden nieuwe procedures in wetenschappelijk onderzoek ontworpen. Een belangrijke benadering is de ‘reproducible research’ (reproduceerbaar onderzoek), wat veronderstelt dat de basisgegevens worden verwerkt in de vorm van een database bijvoorbeeld spreadsheet en codeboek waarin de aanmaak van variabelen en indicators staan en andere procedures als bijvoorbeeld informatie over hoe gewerkt is met missing data. Tot slot de aanmaak van log-scripts, waarin overzichtelijk gerapporteerd is welke stappen genomen zijn aan de hand van de R-coderingstaal om tot de onderzoeksresultaten te komen (Peng 2011). In Appendix 2 is een voorbeeld van een R-logscript geplaatst, die in dit onderzoek gebruikt is.

Reproduceerbaar onderzoek is onder meer van belang om fraude zoveel mogelijk tegen te gaan doordat de analyse stappen nagevolgd kunnen worden die de onderzoeker heeft ondernomen. Tevens, maakt de transparante werkwijze een eventueel vervolgonderzoek beter mogelijk en zorgt voor een goede aansluiting.

Software R

Met het belang van de reproduceerbaarheid in gedachten is daarom voor het software R gekozen voor de data analyses. De R-scripts kunnen opgevraagd worden door diegene die de stappen en resultaten willen navolgen en valideren.

R-project is een open source software (R-project for Statistical Computing). 'R' staat voor een coderingstaal en omgeving voor statistische berekening en grafische weergave. R-project biedt toegang en keuze mogelijkheden uit (duizenden) verschillende online statistische pakketten en de bijbehorende laatste statistische ontwikkelingen en grafische designs. Door het opensource- en transparante karakter, waarbij propensity score matching pakketten beschikbaar waren voor de CFA, heeft het werken met software R de voorkeur gekregen boven dat van software SPSS en STATA.

2.4 Ethische reflectie

Ethiek van intimiteit

Het kwalitatieve onderzoeksgedeelte richtte zich op de intieme band tussen een doula en zwangere vrouw. Van tevoren is rekening gehouden met eventuele obstakels in het vinden van vrouwen die over hun bevalling en hun doula wilden praten of doula's die hun kennis en werkwijze wilden delen. Op dit gebied is het onderzoek goed verlopen met zowel moeders en doula's. Velen waren zelfs zeer bereid om mee te werken in het vinden van andere respondenten, omdat ze vonden dat de doula meer naamsbekendheid mocht krijgen.

In het onderzoeksvorstel had ik aangegeven een participerende observatiemethode te willen gebruiken, om het contact te observeren tussen een doula en een zwangere vrouw. In praktijk bleek dat dit ethisch niet verantwoord en haalbaar was, omdat er duidelijk een intimiteitsgrens overschreden wordt wanneer ik, als studente, aanwezig zou zijn bij de persoonlijke gesprekken tussen een doula en een zwangere vrouw. Een doula gaf al in het begin van het onderzoek aan, dat haar cliënten hier hoogstwaarschijnlijk niet mee instemden en het een inbreuk zou zijn op de privacy van de zwangere vrouw en de onderlinge vertrouwensband, wat de openheid in het gesprek negatief zou beïnvloeden. Door de korte duur van drie maanden veldwerk was er

bovendien niet de mogelijkheid om een zodanige vertrouwensband op te bouwen met een respondent om haar in het doula-traject te kunnen volgen. Vooralsnog hebben de ongestructureerde interviews met doula's en moeders een goed inzicht en veel informatie gegeven over het contact tussen een doula en een zwangere vrouw.

Ethiek van anonimiteit

De online enquêtes zijn geheel anoniem ingevuld. Dit waarborgt de privé informatie die de respondenten hebben gegeven in de enquêtes. De enquêtes zijn aangemaakt via 'enquetsmaken.com', dat het mogelijk maakt (voor studenten) om gratis enquêtes aan te maken met een onbeperkt aantal vragen.

Bij elk ongestructureerd interview is 'Informed consent' gevraagd volgens de 'Code of Ethics AAA' (2012). Er wordt voor het interview uitgelegd waar de informatie voor wordt gebruikt en wie het te lezen krijgen en vervolgens wordt er aan de respondent gevraagd of zij anoniem wil blijven of dat haar naam eventueel bekend gemaakt mag worden in de MA scriptie. Geen van de respondenten maakte bezwaar voor naamsbekendheid en stemde met het 'Informed consent' in. Daarnaast is ook aangegeven dat indien er een artikel over dit onderzoek verschijnt, elke respondent die hierin gebruikt wordt, van te voren wordt ingelicht en om toestemming gevraagd wordt voor het plaatsen van een citaat of casus. Tot slot is uitgelegd dat de voice recorder enkel dient voor het uitwerken van het interview, zodat de respondent zich op haar gemak kan voelen wanneer deze aan staat.

Ethiek van de wetenschappelijke onderzoeker

Persoonlijk ben ik van mening dat een wetenschappelijk onderzoeker een verantwoordelijkheid draagt ook nadat hij of zij de onderzoeksresultaten heeft gepubliceerd in de vorm van in een artikel of boek. Om deze resultaten te kunnen waarborgen zou daarom een onderzoeker zijn of haar dataverzamelingen en analyse stappen aan een derde moeten kunnen prijsgeven om het werk en resultaten te valideren. Wanneer deze nagetrokken zouden worden, moeten er dezelfde resultaten uitkomen als dat van het gepubliceerde werk van de onderzoeker. Met kwantitatieve data analyses in software R wordt dit mogelijk gemaakt en deze scripts kunnen bij mij opgevraagd worden met de daarbij horende (anonieme) dataset.

Met kwalitatieve data analyse is dat niet altijd mogelijk of gecompliceerder, aangezien de onderzoeker vaak alleen was met de respondent op een bepaalde tijd en plaats. Ik heb gebruik gemaakt van een voice recorder zodat eventueel gesprekken nagetrokken kunnen worden. Naast dat het gebruiksgemak bij het uitwerken van de gegevens voor dit onderzoek is er een extra check. Het risico dat woorden en uitspraken van de respondent anders uitgelegd worden wordt daarmee voorkomen.

Een wetenschappelijk onderzoek onderscheidt zich van een journalistiek verslag onder andere door de ingebouwde objectiviteit ten opzichte van het onderwerp, door zijn of haar wetenschappelijke opleiding en benadering als mede literaire onderbouwingen. Deze objectiviteit en dataverzamelingen zouden nagetrokken moeten kunnen worden door derden, om zo de validiteit van de informatie en de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek te kunnen blijven waarborgen.

3. Doula's in Nederland

In dit hoofdstuk zal een beeld geschetst worden van de doula in Nederland op basis van interviews met doula's, moeders met doula-bevalling, verloskundigen en de informatie die bekend is bij de Nederlandse Beroepsvereniging voor Doula's (NBvD). Er zal ingegaan worden op de volgende vraagstukken: hoeveel geregistreerde doula's zijn er in Nederland actief, welke opleidingen zijn er, hoe word je een doula, wat zijn de beweegredenen of ideologieën om een doula te worden, wat zijn de taken van een doula, wat voor soort contact bestaat er tussen cliënt en doula?

Totaal zijn er elf doula's geïnterviewd, in Tabel 4 worden de doula's met volledige naam weergegeven na informed consent² te hebben gevraagd.

Tabel 4- Geïnterviewde doula's uit Nederland

Doula's	Beknopt de werkzaamheden
Jennifer Walker & Jacky Bloemenraad-de Boer	Doula's en douladocenten van de JJ Doula opleiding te Amsterdam.
Catharina Ooijens	secretaris (vice voorzitter) van de NBvD. Werkzaam als doula in het Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam.
Joyce Pula	Voorzitter van de 'geboorte beweging' en doula in Amsterdam.
Birte Wohlers	Kwaliteitswaarborger van de NBvD, doula in Noordwijk.
Marian Iping	doula in Amsterdam, specialisatie met zwangere vrouwen met een chronisch psychiatrische beperking.
Trudi Alblas en Ingrid Gya	Doula's werkzaam in het asielzoekerscentrum in Leersum. Specifieke begeleiding van asielzoekersvrouwen.
Tami Kalir	Importeur van de Epi no ³ en als doula werkzaam in Ypenburg.
Patricia Vriens	docent zwangerschapscursussen tevens doula in Amsterdam.
Willemieke Priester	docent zwangerschapscursussen tevens doula in Rijnsburg

² 'Informed consent', nadere toelichting zie paragraaf 2.4.

³ Een opblaasbare siliconenballon met handpompje om de baarmoederspier mee te trainen voor tijdens de persfase (<http://www.bevallenzonderzorgen.nl/product/epi-no-delphine-geboortetrainer/>).

3.1 Doula's in Nederland: achtergrond informatie en taken

Nederland telt 62 officieel gecertificeerde doula's door de Nederlandse Beroepsvereniging voor Doula's. De doula's zijn met name woonachtig in de provincies Noord- en Zuid-Holland en Amsterdam gezien worden als het doula-centrum van Nederland. Het is aannemelijk dat er meer doula's werkzaam zijn in Nederland. Zij zijn evenwel niet geregistreerd bij de NBvD en daarom bestaat geen inzicht over het aantal.

Er zijn twee officiële opleidingen in Nederland om een doula te worden en een vrouw kan ook kiezen om de DONA opleiding te volgen in Amerika. De eerste opleiding is opgericht door Dora Kroon (verpleegkundige) in 2006 in Utrecht. Deze opleiding verschilt in duur, lesmateriaal en vormgeving van de opleiding in Amsterdam, opgezet in 2012 door Jennifer Walker en Jacky Bloemenraad- de Boer. Om gecertificeerd te worden als doula moet een doula één van de twee Nederlandse doula-opleidingen hebben (of DONA) afgerond en minimaal drie bevallingen binnen één jaar hebben bijgewoond, waarvan 1 thuisbevalling. Hierover dient een geboorteverslag te worden met referenties van de moeders ingeleverd per mail bij de kwaliteitswaarborger van de NBvD. Deze verslagen worden door de kwaliteitswaarborger terug gekoppeld naar de desbetreffende opleiding. Daarnaast dient een doula zich regelmatig bij te scholen in haar vakgebied.

De kosten van een doula verschillen per pakket (minimaal, gemiddeld of luxe) en per doula. De prijzen liggen tussen 700,- en 1000,- euro. In het algemeen worden deze kosten niet vergoed door de Nederlandse zorgverzekeraar.

Een gemiddeld pakket houdt doorgaans het volgende in:

1. Drie voorgesprekken tussen twee à drie uur met zwangere een vrouw (en partner).
2. Massage(s), vaak al tijdens één van de voorgesprekken.
3. Geboorteplan opzetten en bespreken.
4. Continue aanwezigheid bij de bevalling, van begin, wanneer de weeën zijn begonnen en de vrouw haar doula heeft gebeld om te komen, tot het einde wanneer de baby in de armen van de moeder ligt, ongeacht hoe lang deze begin en eind periode duurt zal zij aanwezig blijven.

5. Geboorteverslag / foto's.

6. Eén nagesprek, evaluatie van de bevalling.

In de voorgesprekken komen de hulpvragen aan bod, als ook eventuele angsten en de verwachtingen die een vrouw heeft bij een bevalling. Door deze intieme en veelal diepgaande gesprekken en het lijfelijke contact door middel van massage(s) ontstaat al snel een vertrouwensband waar de vrouw (en partner) zich veilig bij voelen. De partner wordt, indien hij dat wil, intensief betrokken bij de gesprekken zodat zijn rol, taken en verwachtingen ook besproken kunnen worden.

Een doula verschaft een breed scala aan informatie aan de vrouw en partner, naar aanleiding van de hulpvragen. In de vorm van boeken, wetenschappelijke onderzoeken, ontspannen muziek, internetsites of in verhaalvorm van bevallingservaringen van de doula zelf. In de interviews werden de volgende aspecten door doula's omschreven als de belangrijkste in het contact met de vrouw:

“Het belangrijkste in het contact met vrouwen is ‘vertrouwen’, dat moet matchen” (Birte 2014).

“Als doula vind ik het belangrijkste in het contact met de vrouw aan haar het zelfvertrouwen te geven” (Tami 2014).

“Het belangrijkste vind ik een open contact met een vrouw. Open contact is een open lijf. Een contact waar iemand zich veilig in voelt” (Patricia 2014).

“Voor mij houdt doulaschap in dat een vrouw haar eigen kracht kan ontdekken en daarin ondersteund worden” (Jennifer 2014).

Tijdens de bevalling zal de doula inspelen op de hulpvraag van de vrouw op dat moment. Voor de één kan dat enkel de aanwezigheid zijn en rustig op een stoel zitten in dezelfde kamer. Voor een ander is het actief masseren om de pijn van de weeën te verzachten. Voor weer een ander is het vasthouden van de handen van een doula en in haar ogen kijken voldoende. Afhankelijk van de situatie en vrouw zal een doula in een emotionele of fysieke zin steun verlenen aan de vrouw en haar partner.

Werkgebied

De doula is over het algemeen werkzaam als freelancer in Nederland en komt op huisbezoek voor een gesprek of het stel bezoekt de doula elders of in haar huis/praktijk.

Momenteel is er één pilot project in het AMC Amsterdam, waar doula Catharina Ooijens sinds drie jaar werkzaam is op de gynaecologie afdeling om vrouwen te begeleiden die in de derde lijnszorg zitten. Dit gebeurt op aanvraag en doorverwijzing door de gynaecoloog. Zwangere vrouwen met een speciale zorgvraag en een wens voor begeleiding komen hiervoor in aanmerking.

De twee doula's Trudi Alblas en Ingrid Gya (Figuur 9) zijn werkzaam in het asielzoekerscentrum in Leersum. Hier wordt het doulaschap ook wel omschreven als 'doula plus', aangezien er een intensievere begeleiding is voor vrouwen. Voor hen is de hulpvraag groter aangezien zij hier de taal niet spreken, het systeem niet kennen, een klein of geen sociaal netwerk/familie hebben en veelal traumatische ervaringen hebben opgedaan in het verleden of ongewenst zwanger zijn geraakt door verkrachting. De doula's worden door de asielzoekersvrouwen zeer gewaardeerd en benoemd als 'moeder' of 'zus'. Zij zijn het aanspreekpunt voor vrouwen en fungeren als brug tussen de vrouw en de verloskundige of ander medische personeel. De verloskundigen en doula's werken nauw en goed met elkaar samen en het spreekuur is op het centrum zelf georganiseerd. Gewerkt wordt in zwangerschapsgroepen voor het verschaffen van informatie zoals, houdingen- en ademhalingstechnieken als voorbereiding voor de bevalling. Daarnaast zijn er losse informele gesprekken met de zwangere vrouwen op de kamers of gangen. De doula's hebben een vaste aanstelling van ongeveer één dag in de week, alle uren die daar buiten vallen wordt als vrijwilligerswerk gedaan.

Figuur 9 - Doula's Trudi en Ingrid in het asielzoekerscentrum, Leersum.



(bron: Sabine van Onselen).

Samengevat kan het voorbereidingsproces voor een bevalling door een doula als volgt worden beschreven:

- het bespreken van eventuele angsten om deze weg te nemen/verminderen, angsten kunnen zorgen voor blokkades tijdens de bevalling;
- het verschaffen van informatie over de fysiologische processen in het lichaam tijdens de zwangerschap en bevalling;
- bespreken van een geboorteplan, waardoor een vrouw bewust(er) wordt van de keuzes die er zijn en hoe de protocollen in het ziekenhuis werken;
- inlichtingen geven over de verschillende pijnmedicaties (ook de natuurlijke). Het toepassen van massage- en ademtechnieken en het oefenen van verschillende houdingen en/of visualisaties voor tijdens de bevalling.

Een doula is er met name om de vrouw zo goed mogelijk voor te bereiden, mentaal, emotioneel, fysiek en (eventueel) spiritueel, zodat de bevalling zo goed en natuurlijk mogelijk verloopt. Tijdens de bevalling zal een doula veelal op de achtergrond aanwezig zijn en enkel in actie komen wanneer de vrouw hierom vraagt of nodig is.

3.2 Verloskundigen: mening en samenwerking

Er zijn twee verloskundigen geïnterviewd. Allereerst, Juliet Droog in de beleidsfunctie ‘manager verloskundige’ in het Leids Universitair Centrum (LUMC). Juliet Droog heeft in 2005 in samenwerking met drie andere medeprojectleiders een onderzoek gestart genaamd *“Onderzoek naar het effect van een ‘mantelzorg-doula’ op het verloop van de baring.”*, een gerandomiseerd en gecontroleerd interventieonderzoek op effectiviteit en doelmatigheid van ‘mantelzorgdoula’ in Nederlandse setting. Dit onderzoek is helaas niet van de grond gekomen omdat een RCT⁴ vrijwel onuitvoerbaar is in de praktijk. Een zwangere vrouw wil niet gerandomiseerd toegewezen worden of zij wel of niet gebruik maakt van een doula. Zij wil haar

⁴ ‘Randomized Control Trial design’ wordt als de ‘gouden standaard’ gezien voor het meten van een causaal effect op een behandeling, interventie of blootstelling (Greenland et al, 1999).

eigen keuze vrijheid daarin hebben. Desalniettemin is er toentertijd aandacht besteed aan het verbeteren van de zorg voor een zwangere vrouw door het inzetten van een mantelzorg doula.

De tweede geïnterviewde is Claudia van Dijk van de verloskundige praktijk ‘Vivre vroedvrouw’ te Amsterdam. Zij is naast een holistische vroedvrouw actief in regionale bestuur groepen, forums en begeleidde een peer group discussie op de internationale conferentie “Human rights in Childbirth; Birth Rights in the European Union: Mobilizing Change.”

Een holistische vroedvrouw brengt extra kosten met zich mee voor een zwangere vrouw, aangezien de begeleiding meer omvat (bij een holistische benadering wordt de mens kortweg geformuleerd als één geheel gezien) en extra tijd wordt vrijgemaakt voor de cliënt, dan bij een doorsnee verloskundige praktijk. Claudia heeft vier bevallingen meegemaakt met een doula erbij.

In beide interviews werd besproken wat de taken waren van een verloskundige, visie en mening over het geboortesysteem in Nederland en over de doula en de samenwerking. Er zijn veranderingen gaande op het gebied van geboortezorg. Richtlijn is om de geboortezorg als groep te verbeteren door onder meer een continue begeleiding eventueel te kunnen waarborgen voor de barende. Deze vernieuwde richtlijnen en veranderingen vallen onder het toekomstige ‘integrale zorg’ beleid. Hier zal verder niet op ingegaan worden en wordt alleen aangehaald om later de toekomstperspectieven in de geboortezorg voor de doula’s aan te kaarten en de samenwerking tussen verschillende professies.

Juliet omschrijft hieronder bondig hoe de begeleiding van een verloskundige eruit ziet:

”Elke vroedvrouw hoort een begeleiding te geven aan de barende, die de barende nodig heeft op dat moment. Dat betekent niet dat met 48 uur weëen een vroedvrouw ernaast moet zitten. Alle andere begeleiding, zorg, informatie en interventie hoort bij het verloskundige bezoek” (Juliet 2014).

Claudia omschrijft haar taak als verloskundige als volgt:

“Contact tussen moeder en kind staat centraal. Zorg is bij elke vrouw anders. Het gaat voornamelijk om veel informatie geven, door het te weten kunnen zij het loslaten. Dat zorgt voor ontspanning en acceptatie. Een ander blijft in het hoofd hangen en heeft juist meer behoefte aan een massage en contact met het lijf en wil daar juist in ondersteund te worden. Wij nodigen vrouwen actief uit om een geboorteplan te maken. Door zo’n plan ga je alle mogelijke scenario’s langs die je tegen kunt komen in zo’n proces”(Claudia 2014).

Hierin komen de overlappende taken naar voren zoals ‘informatie geven’, ‘zorg die de vrouw nodig heeft’, ‘massage geven’ en het maken van een ‘geboorteplan’. In ogenschouw moet genomen worden dat Claudia een holistische verloskundige is en wellicht niet elke verloskundige

dit als haar taken zal omschrijven. Daarnaast zal een holistische verloskundige, op aanvraag van de cliënt, ook meegaan naar het ziekenhuis om emotionele steun te geven, ook al is de zorg dan al overgedragen aan de gynaecoloog en medisch personeel en is zij niet medisch verantwoordelijk meer. Een verloskundige is vaak niet in staat om de barendende vrouw ook verder te begeleiden in het ziekenhuis na een overdracht t.g.v. complicaties. Dit kan een rede voor vrouwen zijn om een doula aan hun zijde te hebben voor wanneer zij in het ziekenhuis (willen/moeten) bevallen en zo toch een vertrouwd gezicht, naast die van hun partner, aan hun bed te hebben.

Op de vraag wat zij van een doula vinden kwamen de volgende reacties:

“Baringen met een doula zie ik wel als een meerwaarde. Als je met vrouwen om een vrouw heen gaat staan, voelt zij zich extra gesteund” (Claudia 2014).

“De oxytocine factor heeft invloed op vrouwen en geboorte en daar zitten heel veel doula factoren in om het zo maar te zeggen. De doula is bij uitstek bedoeld om de keizersnede te voorkomen, gelukkig maar. De keizersnede levert bij uitstek geen oxytocine release op” (Juliet 2014).

Oxytocine is het hormoon wat vrouwen o.a. aanmaken bij de bevalling en met name tijdens de persweeën (zoals geschreven in § 1.5). Dit hormoon is essentieel voor een snelle en natuurlijke bevalling en bevordert dan ook op vele gebieden de bevalling en het uitdrijven van de placenta. Om het oxytocine hormoon aan te maken, is het van belang dat een vrouw zich ontspannen en veilig voelt. Een doula is er met name voor de vrouw om zich ontspannen te laten voelen door bijvoorbeeld een massage en haar vertrouwde aanwezigheid.

In dit onderzoek is er niet genoeg data beschikbaar om de samenwerkingsband tussen verloskundigen en doula's te beschrijven en analyseren. Er kan enkel geconcludeerd worden dat een doula een aantal overlappende taken heeft met een verloskundige en dat dit eventueel een spanningsveld kan opleveren, óf juist een goede samenwerking en versterking van het team kan zijn. Hieronder licht Claudia toe hoe zij de samenwerking heeft ervaren met een doula en van een aantal collega's:

“Zelf heb ik als verloskundige geen negatieve ervaringen gehad met een doula erbij. Wel heb ik van collega's weleens gehoord, dat een doula zelf een eigen idee had hoe het moet gaan. Dat zij de vrouw iets influisterde wat zij wel of niet zou moeten willen. Maar zelf heb ik dat niet meegemaakt. Sommige collega's vinden het ook spannend. Met twee mensen heb je meerdere informatie bronnen. Dat geeft meer onrust. Dat zijn ervaringen die ik wel heb gehoord” (Claudia 2014).

Als afsluiting van deze paragraaf zal een toekomstbeeld of wens van Juliet worden weergegeven van het doulaschap in Nederland. In de volgende paragraaf zal verder ingegaan worden op deze kwestie en discussiepunt ‘brug’ of ‘spanningsveld’.

“Wat ik zou hopen en wensen is dat alle kraamverzorgers een doula opleiding zouden krijgen. Een doula geeft in principe geen gezinszorg, heeft geen kennis en kunde over borstvoeding die een kraamverzorger heeft. Evenmin heeft zij medische kennis over het baringsproces. Dus ik denk niet dat de doula in die zin nog een professionele groep erbij wordt. Ik zou willen dat de kraamverzorgende en doula’s elkaars taken overnemen en één beroep zou worden. Maar ik denk niet dat die taak eraan toegevoegd wordt. Dat dacht ik vijf jaar geleden wel, maar inmiddels is er zoveel in het landschap van de zorg veranderd dat ik daar niet meer in geloof. Wel denk ik dat de doula de alternatieve kant uit gaat. Ik denk dan aan expats en andere bepaalde groepen. Ik zou willen dat de doula er wel voor specifieke groepen beschikbaar zou zijn, maar ik zie met de bezuinigingen in de zorg daar helemaal geen ruimte voor komen” (Juliet 2014).

De vraag hoe een doula het zou vinden om ook kraamzorgtaken erbij te krijgen, waren de meningen verschillend onder aantal doula’s betreft deze kwestie, maar veelal stonden zij er niet negatief tegenover. Een moeder met een doula ervaring had echter de volgende mening erover:

“Het niveau van een kraamverzorgende is wel echt een heel ander niveau dan van een doula. Een ander intelligentie niveau (*hier wordt waarschijnlijk het emotionele en psychologische intelligentie niveau mee bedoeld, door de diepgaande voorgesprekken met een doula – Sabine van Onselen*), dat kan je niet vergelijken met geen enkele manier” (Anke 2014).

Voor vele doula’s en moeders is het de wens dat de zorgverzekeraar de kosten voor een doula vergoedt. In de trant van ‘integrale zorg’ kan gekeken worden naar mogelijkheden tot samenvoeging van een vakgebied om zo grotere groepen vrouwen te bereiken voor begeleiding tijdens de zwangerschap, bevalling en de korte periode erna. De meningen zullen verschillen onder moeders, doula’s en waarschijnlijk ook kraamverzorgers.

3.3 Brug of spanningsveld?

De ontmoetingen met doula’s waren doorgaans hartelijk en leidden vaak tot goede inhoudelijke interviews. Het beeld wat ik kreeg van doula’s is dan ook één van een warm karakter, met passie voor het werk dat zij verrichten. Een aantal doula’s waren ‘birth activisten’ wat inhoudt dat zij opkomen voor de rechten van de kraamvrouw en een natuurlijke bevalling nastreven met zo min mogelijk (onnodige) interventies. Zo werken alle doula’s met een geboorteplan, waarbij de zwangere vrouw (en partner) hun wensen op schrijven en eventuele scenario’s bespreken die kunnen voorvallen. Zo bespreekt een doula met de zwangere vrouw haar verwachtingen,

eventuele angsten en wensen voor de bevalling. Wanneer er wordt afgeweken van het geboorteplan zal de vrouw of haar doula zich hierover uitlaten en in overleg gaan met de verloskundige of gynaecoloog. Dit was dan ook één van de top vijf redenen voor een vrouw om een doula te nemen, zoals beschreven in hoofdstuk vier. Op dit punt verschuift de ‘emotionele en fysieke steun’ waar een doula voor staat, naar het opkomen voor de wensen van hun cliënt. Dit kan een situatie zijn waar het volgens de gynaecoloog of verloskundige gewenst of noodzakelijk is om een medische interventie uit te voeren. Dit kan een spanningsveld oproepen onder de professionals omdat een doula niet-medisch is opgeleid en hier geen advies over mag geven zoals staat beschreven in de ‘gedragscodes’ op de NBvD website.

- De doula verricht geen handelingen die buiten haar deskundigheidsgebied vallen. Zij is kundig maar mag geen medische handelingen verrichten.
- De doula geeft geen informatie over medische zaken. Zij zal de cliënt aansporen deze informatie zelf te achterhalen bij de betreffende beroepsbeoefenaar.
- Algemene informatieverstrekking (en omgaan met vragen) door de doula moet passen in de context waarin de ondersteuning gegeven wordt. (NBvD 2014)

Een geboorteplan is tenslotte een wensenplan en een voorbereiding op de bevalling, maar van te voren weet men nooit of het zo in realiteit zal verlopen. Zoals doula Joyce dit mooi omschreef:

“bevallen is niet een lineair proces. Het is heel grillig en geen bevalling is het zelfde”(Joyce 2014).

Alhoewel een doula vaak rijk in ervaring is op het gebied van bevallen en in ieder geval de basis kent van de fysiologische veranderingen in het lichaam vanuit de doula opleiding (en wellicht ook vanuit andere cursussen/opleidingen), heeft zij de hoed op van een doula en mag zij deze kennis niet direct gebruiken door advies te geven aan zwangere vrouwen. Van belang is om niet een ‘spanningsveld’ op te roepen maar ‘een brug’ tot stand te brengen van goede communicatie tussen dienstdoende medisch personeel en haar cliënt om bijvoorbeeld helder te krijgen in hoeverre de voorgestelde interventie noodzakelijk is. Tijdens de zwangerschap zal het erom gaan om de cliënt door te verwijzen met vragen naar de verloskundige voor advies. Mogelijk komt het in de praktijk voor dat dit een grijs gebied is voor doula’s en medisch

personeel. Waar ligt precies de lijn die een doula niet geacht wordt te overschrijden zodat er geen spanningsveld ontstaat waar geen van de partijen baat bij heeft?

Hieronder worden een aantal citaten van moeders met doula-bevalling weergegeven rondom dit grijze gebied:

“Een doula moet wel oppassen dat zij zich niet op het terrein begeeft van een verloskundige, gynaecoloog of andere professional. Dat lijntje is wel heel dun. Soms dacht ik nu ga je over de grens en dat moet je niet doen. Je krijgt dan een spanningsveld. Een verloskundige is niet gewend met een doula te werken, indien je ook op hun terrein komt levert dat spanning op. Dat was soms wel voelbaar” (Anke 2014).

“Ik zou eerder met vragen bij de doula terecht kunnen dan bij de verloskundige” (Marjolein 2014).

“Ik zat al op 42 weken en ik was dus al overtijd en ook in dit geval was het fijn om twijfels en zorgen te uiten met mijn doula en zij reikte mij allemaal tips, zoals speciale theeën en massages” (Maartje 2014).

“Mijn kindje lag niet goed en wij (de doula en ik) deden pogingen om het kindje te laten draaien. Alles doe je er aan om het kindje toch langs een natuurlijke weg geboren te laten worden (Saskia 2014).

Dit is een interessant discussiepunt, aangezien de doula vaak de positie van een vertrouwenspersoon heeft voor de zwangere vrouw zullen haar meningen en invalshoeken zwaar wegen bij de vrouw. Echter draagt de doula geen enkele medische verantwoordelijkheid en is de verloskundige de eindverantwoordelijke. Hoe verloopt deze samenwerking tussen doula's en medisch personeel? Door doula's wordt deze samenwerking doorgaans omschreven als een goede samenwerking, waarbij de doula taken verlicht voor een verloskundige of medische personeel door haar continue aanwezigheid en aandacht voor de vrouw. Veelal kennen de doula's en verloskundigen elkaar, zodat zij weten wat zij aan elkaar hebben. Wanneer dit niet het geval is, is het een kwestie van goed aanvoelen en helder communiceren met elkaar zodat er een goed team rondom de barendende vrouw gevormd kan worden, waarbij elkaars terrein en positie gerespecteerd worden.

Volgens doula Catharina, werkzaam in het AMC te Amsterdam, houdt doulaschap het volgende in:

“Teamwerk met alle zorgverleners. Ondersteunend op emotioneel gebied en informatie geven over het ziekenhuis en de protocollen en/of de eventuele medische interventies” (Catharina 2014).

4. Moeders met- en zonder doula ervaring

Het hoofdstuk 'Moeders' bevat een nader te onderscheiden reeks resultaten en methoden. Allereerst zou deelvraag 1) "Waarom kiezen vrouwen voor een doula, welke behoeften spelen een belangrijke rol?" aanbod komen. Deze deelvraag zal beantwoord worden aan de hand van casussen en citaten uit de semigestructureerde interviews met moeders met een doula ervaring.

Na het presenteren van de kwalitatieve data zal verder gegaan worden met de kwantitatieve data uit de online enquêtes van moeders met- en zonder doula ervaring. In deze paragrafen zullen de twee groepen als één groep worden weergegeven. Wanneer er significante verschillen zijn onder de twee groepen 'met' en 'zonder' doula ervaring in behoeften en steunbelevingen zal dit benoemd worden. De deelvragen die in deze paragrafen beantwoord zullen worden: 2) "Welke behoeften spelen er onder vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling?" 3) "Hoe wordt sociale- en professionele steun ervaren door vrouwen en wie zijn aanwezig bij de bevalling?". De methoden die hier gebruikt voor zijn, is de Principale Componenten Analyse (PCA), kruistabellen, diagrammen en t-testen. Deze deelvragen geven een idee over de psychosociale zorgbehoeften en steunervaringen die spelen onder vrouwen die hebben meegedaan met de enquêtes.

4.1 Keuze voor en ervaringen met een doula

Een zwangerschap en bevalling zijn ingrijpende gebeurtenissen in het leven van een vrouw. Op fysiologisch, mentaal en emotioneel vlak zullen veranderingen optreden ter voorbereiding op het moederschap. Naast de professionele steun in met name medische zorg en begeleiding van een verloskundige en/of gynaecoloog zullen er naast medische zorg ook andere behoeften spelen onder vrouwen. Voor een bepaalde groep vrouwen worden deze behoeften onder meer vervuld door een doula. Vrouwen die niet in aanraking zijn gekomen met een doula zullen deze behoeften op een andere manier hebben vervuld.

Op basis van veertien interviews met moeder met een doula ervaring zal een beeld geschetst worden welke behoeften en beweegredenen er spelen onder vrouwen om voor een doula te kiezen.

De reden om een doula te kiezen voor een vrouw (en haar partner) lopen uiteen. Een aantal beweegredenen worden hieronder besproken aan de hand van citaten.

Drie van de veertien vrouwen hebben een eerste traumatische bevalling meegemaakt, waarbij zij het deze keer ‘anders’ wilde. Er werd naast de emotionele steun ook sterk aandacht geschonken aan de psychologische steun en coaching. Bij een traumatische eerste bevalling kan gedacht worden aan een ongeplande keizersnede waarbij het kindje na de geboorte direct is weggehaald wat door de moeder als traumatisch wordt ervaren.

“Dat vond ik heel erg, dat ik hem niet meteen bij mij had na de bevalling. Ik wilde eigenlijk in geborgenheid thuis bevallen en het is een keizersnede geworden en ik kon hem pas drie uur later zien en vasthouden. Alles heb ik eraan gedaan om te voorkomen, dat het weer een keizersnede zou worden en het kind van mij vandaan zou worden gehaald net na de bevalling. Dat doet nog steeds pijn” (Chantal 2014).

Een ander aspect wat in de interviews naar voren kwam was de ‘slechte relatie met de verloskundige’, met name het gebrek aan empathische steun wordt als een gemis ervaren. Dit varieerde van verloskundigen met vies ruikende shag vingers of een zware koffielucht om haar heen tot het ongeduldig toucheren en het voelen als een nummer in plaats van een aankomende moeder. Ook het zich totaal in de steek gelaten en onbegrepen voelen door de dienstdoende verloskundige bleek een ervaringsfeit.

Voor Danielle gold dit laatste (onbegrepen voelen door de verloskundige) wat o.a. leidde tot een traumatische eerste bevalling. Om deze reden koos zij bij de tweede zwangerschap voor een doula. Haar motief was om de eerste bevalling te verwerken en zelfvertrouwen te ontwikkelen voor de volgende bevalling door middel van emotionele en psychologische steun van een doula.

“Voor de bevalling nam mijn doula mij helemaal mee in het proces. Het werd mij zo helder wat er gebeurt in mijn baarmoeder en over het geboortekanaal waar het kindje doorheen moet. Toen snapte ik pas waarom het zo moeilijk ging bij de eerste. Het ‘vertrouwen in mij’ was het belangrijkste wat zij mij kon geven. Zij zei dan bijvoorbeeld tijdens de bevalling, ‘ik zie dat je het zo zwaar hebt en zo hard aan het werk bent, je doet het zó goed, nog even aan het werk.’ Dat deed zij continue, heel fijn. Dat iemand je begrijpt en vertrouwen geeft dat je het goed doet op een zachte en rustige manier en nergens van in de stress schiet of klaagt. Zij heeft mij heel goed door die bevallingsangst heen geholpen” (Danielle 2014).

Bij drie andere moeders was er een tekort aan of geen steun van de partner. Redenen waren onder andere: 1) gedurende de bevalling had de partner zijn werkzaamheden op zee, 2) de partner kon niet tegen het zien van bloed en zou flauw kunnen vallen tijdens de bevalling, 3) de partner was helemaal niet in beeld, wegens het beëindigen van de relatie tijdens de zwangerschap. De doula was in dit geval met name een emotionele en praktische steun (bijvoorbeeld: het eventuele vervoer naar het ziekenhuis) voor de barendende vrouw.

Totaal voor vijf moeders ging het om het gemis of gebrek aan steun vanuit het sociale netwerk (vrienden en familie) door dat zij expats zijn of net verhuisd zijn. Het gaat hier dan met name om het ontvangen van emotionele steun van de doula en praktisch steun (informatie over verloskundige systeem). Twee voorbeeld citaten uit deze groep:

“I choose for a doula, because I didn’t have contact with my mother for over five years” (Daria 2014).

“Most important for me with my doula was emotional support. As an expat it was difficult to go through a pregnancy without a family. The hugging and somebody that I could call” (Kati 2014).

Daarnaast kwam ook ter sprake in de interviews met de vier expat vrouwen dat het belangrijk voor hen was om iemand te kennen die zij vertrouwden en die ook het Nederlandse verloskundige systeem kenden. Met name was het van belang voor deze vrouwen dat er gehandeld werd naar hun geboorteplan en zij met hun doula in een taal (Engels of moedertaal) goed konden communiceren en bijhouden wat er precies gedaan en/of gezegd werd en of dit in het verlengde was met hun geboorteplan.

Tot slot, was er een groep vrouwen waarbij het om hun eerste bevalling ging en die er een positieve en speciale ervaring van willen maken. Een doula kon bijdragen in het bevorderen van het zelfvertrouwen van de vrouw, zich zo ontspannen mogelijk te laten voelen door massages, emotionele coaching en de aanwezigheid.

“Zij herinnert mij aan ‘iets’ dat ik zelf kan baren. Het is een heel stevig zelfvertrouwen, groot vertrouwen in het leven en de dood. Zij raakt iets in mij namelijk, dat het goed is wat er is en dat ik daarvan niet in paniek hoeft te raken en dat ik dus kalm kan blijven. Zij had bijna iets moederlijks. Mijn eigen moeder zou veel complexer zijn” (Karien 2014).

De laatste zin, werd maar liefst in zeven interviews benoemd door moeders, waarbij aangegeven werd dat zij hun eigen moeder (liever) niet bij de bevalling willen hebben omdat dit stress aan de situatie zou toevoegen of de relatie complex ligt. Bevallen blijkt dan minder een familie aangelegenheid te zijn. Een aantal moeders gaven er wel de voorkeur om een goede vriendin bij hun bevalling te hebben. Uit Figuur 15 blijkt dat dit in praktijk waarschijnlijk minder het geval is dan hier wordt beweerd. Dat er maar een klein percentage (13%) van familie aanwezig is bij de bevalling blijkt wel te kloppen uit Figuur 15. In de interviews wordt aangegeven dat dit met name met een ‘complexe’ situatie te maken heeft, waardoor dit stress toevoegt aan de bevalling voor de vrouw.

“Het zou helemaal ideaal zijn als je vriendin je doula zou zijn. De emotionele steun is er dan al zeg maar. Ik vind dat je dat met een doula minder. Het is niet iemand waar je al een band mee hebt voor de bevalling. Maar aan de andere kant heeft een vriendin de kennis en ervaring niet, zoals bij een doula en dat weegt dan toch zwaarder vind ik” (Chantal 2014).

“Mijn doula voelde als een vriendin” (Saskia 2014).

“Ik wilde een doula, iemand die rustig is en er echt bij kan zijn. één vriendin is wel rustig, maar ik wilde echt verzekering in continuïteit van aanwezigheid” (Tamara 2014).

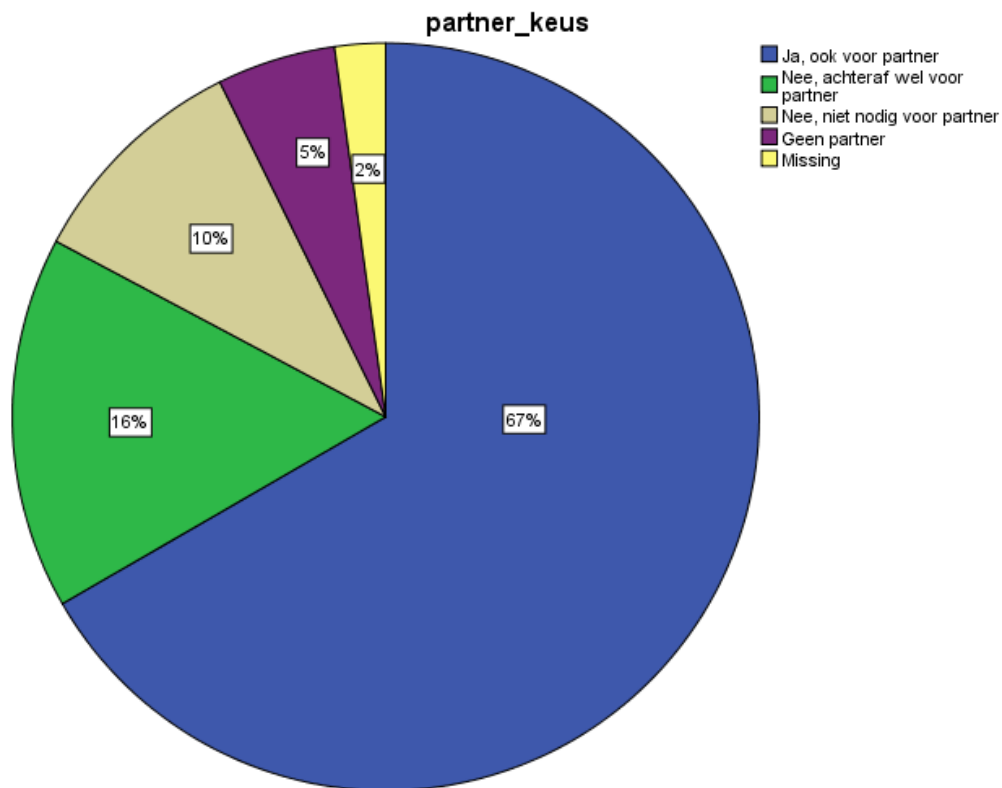
Samengevat zijn uit deze citaten en andere interviews de kernwoorden ‘professionaliteit’ en ‘continue aanwezigheid’, ‘vertrouwen’ en ‘veiligheid’ te halen. Een doula onderscheidt zich van een vriendin- of moederrol door haar professionaliteit, kennis en ervaring op het gebied van zwangerschap en bevallen. Daarnaast wordt het als een ‘schone relatie’ omschreven, door het zakelijke aspect weet je van elkaar wat je mag verwachten. Zo is een vrouw niet overgelaten aan de goede wil en het geduld van een vriendin, partner of familielid. Van te voren is er afgesproken dat de doula er van begin tot einde bij de bevalling aanwezig is en er 100% voor de vrouw (en de partner) zal zijn. Naast dit gegeven en het stuk kennis over en ervaring met bevallen, creëert dit een gevoel van ‘veiligheid’ en ‘vertrouwen’ bij de barendende vrouw.

4.2 De partner en de keuze voor een doula

De partner speelt in het verhaal voor de keuze voor een doula ook een belangrijke rol. Zo blijkt dit al uit de enquêtes, waarbij beide groepen te samen maar liefst 67% aangeeft dat de (eventuele) keuze voor een doula ook te maken had met extra ondersteuning en coaching voor de

partner voor en tijdens de baring (Figuur 10). Daarbij komt dat 16% van de moeders aangeeft dat achteraf gezien het wel baat zou hebben gehad als hun partner extra steun zouden hebben gekregen.

Figuur 10 - Diagram: partner en de keuze voor een doula, n=273.



Blijkt hieruit dat de verantwoordelijkheid voor het geven van emotionele steun aan hun vrouw, mogelijk een te grote taak is om alleen te dragen, aangezien de partner vrijwel de enige is uit het sociale netwerk die aanwezig is bij de bevalling (Figuur 14)?

Wanneer een vrouw met een doula bevalt wordt de partner door de doula intensief betrokken tijdens de zwangerschapsperiode en bevalling. De partner is vrijwel bij elk voorgesprek aanwezig, meestal drie voorafgaande gesprekken van twee à drie uur. Daarnaast stellen de zwangere vrouw en haar partner samen het geboorteplan op wat vervolgens wordt besproken met hun doula.

“Ik wilde graag een doula en mijn man kon zich daarin vinden. Samen hebben wij de keuze gemaakt en mijn man was bij alle gesprekken aanwezig” (Chantal 2014).

Het komt regelmatig voor dat de partner zich in eerste instantie overgeslagen voelt of niet genoeg, wanneer een vrouw een doula bij haar bevalling wil hebben. Na het kennismakingsgesprek is de partner meestal direct aan boord en staat achter de beslissing van de vrouw. Want in vele gevallen voelt de partner zich namelijk deels ontlast van de verantwoordelijke taak om zijn vrouw/vriendin te steunen. Het kan samen met de doula gedeeld worden waarbij de partner, indien de bevalling lang duurt, eventueel tussendoor kan slapen. De barendende vrouw is veelal meer op de doula gericht voor houvast dan op de partner. De argumenten die daarbij worden gegeven zijn dat de partner, een man, niet weet wat een vrouw als pijn doormaakt. Een doula is vaak zelf ook moeder en kan met een andere blik (rustig en begripvol) in de ogen van de barendende vrouw kijken. Daarnaast weet een partner vaak niet wat te doen of hoe als beste steun te zijn voor zijn vrouw/vriendin.

“Haar aanwezigheid was een rustpunt en dat gaf vertrouwen. Het gevoel van ik hoef het niet alleen te doen. Aan je man heb je misschien toch wat minder steun, omdat hij niet weet hoe je je voelt en wat je ervaart. Ik richtte mij op haar” (Marjolein 2014).

Hierin begeleidt de doula de partner door aan te geven wat hij zou kunnen doen. Bijvoorbeeld een bepaalde massage of drukpunt techniek te doen of een andere praktische tip. In een ideale situatie is het een driehoeksverhouding tussen de vrouw, partner en doula (Figuur 11). Echter kwam het soms voor in de interviews dat de vrouw zei dat de partner achteraf aangaf zich soms buitengesloten voelde of op momenten overbodig voelde, omdat de vrouw zich met name op de doula richtte. Er zijn geen interviews van partners om te kunnen weten hoe zij een doula hebben ervaren. Daarom kan er alleen afgegaan worden op de moeders en zij zeggen over in zijn algemeenheid dat de partner erg tevreden en gerustgesteld was dat er een doula bij was. De partner heeft zelf ook steun daarvan ervaren.

“Ik vond haar heel ondersteunend naar mijn vriend toe. Zij gaf veel ruimte aan hem, ook voor hem was het een nieuwe ervaring. Hij hield haar ook vast door het hele proces heen. Zo kon hij zich ook meer ontspannen en openen voor het proces. Zij bracht een hele mooie mimiek in de relatie” (Karien 2014).

Figuur 11 - Driehoeksverhouding: partner, barende vrouw en de doula. Met deze positie voelt een vrouw zich goed emotioneel en fysiek ondersteund.



(bron: respondent Karien)

Top drie redenen van moeders om voor een doula te kiezen

Uit de interviews is gebleken dat er uiteenlopende redenen zijn om voor een doula te kiezen.

Kort samengevat is de volgende **top 3** te ontdekken:

1. Traumatische eerdere bevalling. *Doula voor psychologische en emotionele steun.*
2. Klein / geen sociaal netwerk of gebrekkige steun van partner. *Doula voor emotionele en praktische steun.*
3. Eerste bevalling en om deze reden extra steun en comfort willen ontvangen voor zelfvertrouwen in eigen kunnen. *Doula voor emotionele steun.*

4.3 Respondenten in kaart gebracht

Principal components analyses (PCA)

Om een beeld te krijgen van de 273 deelnemers aan de enquêtes en antwoorden op de vragen, wordt er gebruik gemaakt van een Principale Componenten Analyses (PCA). Met een multivariate analyse zoals een PCA wordt de samenhang tussen variabelen (antwoorden) zichtbaar gemaakt en kan een bepaalde thematiek op de twee dimensies weergegeven worden naar belangrijkheid (Figuur 12). Aan de hand van de respondentenkaart (Figuur 13) zijn de respondenten weergegeven op een schalenkaart en dit geeft informatie over de homogeniteit onder de deelnemers (Husson et al, 2011).

Figuur 12 toont de variabelen op twee dimensies, horizontaal en verticaal. De Figuur kan als volgt gelezen worden: alle variabelen die op en rond de eerste dimensie liggen hebben een grote coëfficiënt correlatie dan de variabelen op de tweede dimensie. Dit wordt ook aangegeven met de verklaarde correlaties op de dimensies (13.17% en 9.04%). Vervolgens geldt de regel hoe langer de pijl, hoe belangrijker de rol van die variabele is in de analyse. Een korte pijl doet vrijwel niet mee in de verbanden met andere variabelen en hoeft niet bestudeerd te worden. Wanneer er twee variabelen met ongeveer dezelfde pijl lengte naast elkaar liggen, hebben zij een verband met elkaar. Wanneer variabelen met ongeveer dezelfde pijl lengte lijnrecht tegenover elkaar liggen, hebben zij een negatief verband tot elkaar. Afhankelijk van hoe de variabelen gecodeerd zijn in het code boek kan hier een positief of negatief verband van toepassing zijn. De variabelen in de kleur blauw, zijn categorische (bonus) variabelen die niet meedoen met de analyse omdat zij niet van waarde zijn, maar ook niet de structuur van de PCA mogen beïnvloeden met hun waarde.

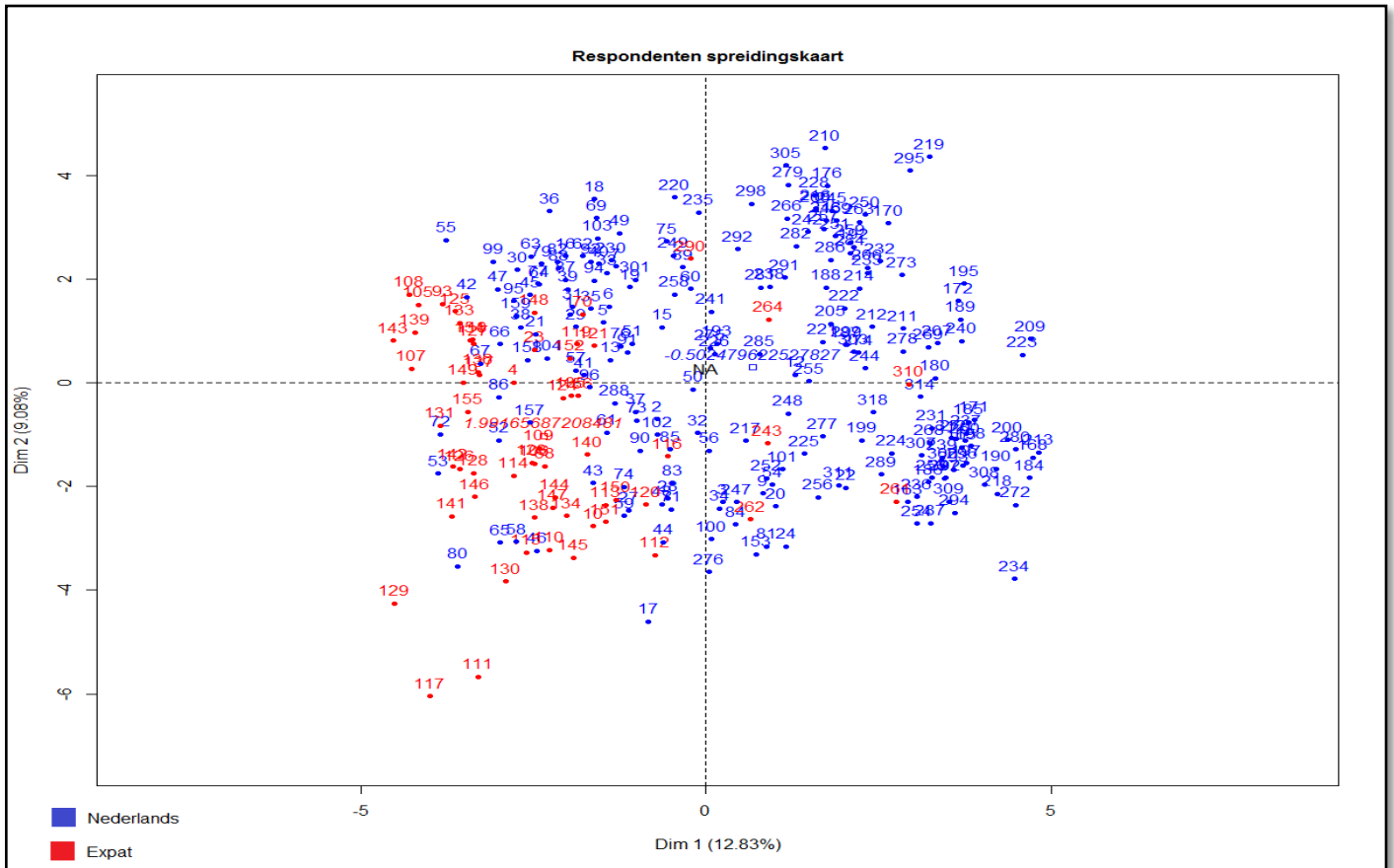
Dimensie 1, de horizontale as kenmerkt zich door *emotionele / sociale aspecten*. Op deze as zijn aspecten zoals emotionele steunbeleving van naasten en familie te vinden alsmede behoeften (emotionele, psychologische, praktische en spirituele) van zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling.

Dimensie 2 kenmerkt zich door *medische aspecten*, variabelen zoals locatie van de bevalling, medische steunbeleving en de aanwezigheid van de medische vakkundige tijdens de bevalling zijn op deze as te vinden.

Uit deze PCA kan opgemaakt worden dat er twee prominente zorgvragen spelen bij vrouwen. De eerste zorgvraag ligt in de ‘psychosociale’ op het gebied van emotionele, psychologische en sociale steunbehoeften. De tweede zorgvraag is de medische zorgvraag en onderscheidt zich in professionele steun en behoeften. Omdat de twee dimensies weinig overlap hebben, (er zijn geen medische georiënteerde variabelen te vinden in de eerste dimensie) zullen de respondenten deze twee zorgvragen van elkaar onderscheiden, maar beide belangrijk vinden omdat er lange pijlen te vinden zijn op beide dimensies.

Figuur 13 worden de 273 respondenten in een kaart gebracht. De respondenten zijn gekleurd aan de hand van het achtergrondkenmerk ‘Nederlands’. Kleur blauw zijn alle ‘Nederlandse’ moeders en de rode zijn ‘Expats’. De groep ‘expats’ vormen in dit Figuur een eigen groep, maar niet in extreme maten. Er is namelijk op aantal plekken een menging te constateren met de met blauw aangegeven respondenten. Enkele uitbijters zijn rood (129, 111, 117), dit geeft de informatie dat deze enkele respondenten die afwijken van de rest het achtergrond kenmerk ‘expat’ hebben. Het onderzoek richt zich op vrouwen in Nederland en expats vallen hier ook onder. Rekening kan gehouden worden in verdere analyses dat in de groep ‘met doula ervaring’ gedeeltelijk uit expats bestaan en dat zij lichtelijk afwijken in antwoorden tot de rest.

Figuur 13 - PCA respondentenkarte, n=273



Kortom, Figuur 12 geeft grafisch weer dat er twee zorgvragen spelen onder vrouwen: een psychosociale- en medische zorgvraag. Deze zijn duidelijk van elkaar te onderscheiden, aangezien er weinig tot geen overlap is tussen de twee dimensies. Daarnaast geeft Figuur 13 weer dat de respondentengroep redelijk homogeen is; er zijn aantal uitbijters te onderscheiden met o.a. als achtergrond kenmerk ‘expats’. In de volgende paragrafen wordt verder ingegaan met de gevonden resultaten uit de enquête inzake de psychosociale dimensie in behoeften en steunbelevingen.

4.4 Zorgbehoeften onder vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling

De omschrijving van de zorgbehoeften is tot stand gekomen door gesprekken met doula's over deze vier zorgbehoeften en uit voorgaande interviews met respondenten (moeders met doula ervaring). De vier behoeften werden in de enquêtes toegelicht en houden voor in dit onderzoek het volgende in:

Praktische behoefte - informatie over zwangerschap en bevallen, ademhalingstechnieken, houdingen voor tijdens de bevalling, informatie over het Nederlands zorgsysteem.

Emotionele behoefte – aanwezigheid bij de bevalling, comfort, massage, vertrouwensband opbouwen, coaching indien nodig bij de bevalling.

Psychologische behoefte - coaching in traumatische ervaringen en/of angsten, ontwikkeling in eigen zelfvertrouwen, continue aanwezigheid en steun bij de bevalling.

Spirituele behoefte - meditatietechnieken, contact tussen moeder en kind maken, spirituele benaderingen op zwangerschap en bevallen.

In vraag 15 uit de enquête werd de respondent gevraagd om de bovengenoemde vier zorgbehoeften een rangorde te geven naar belangrijkheid die een doula of iemand anders zou kunnen vervullen tijdens de zwangerschap en bevalling. Deze rangorde is soms wel aan gehouden, soms is er aan één zorgbehoefte dezelfde waardering gegeven door de respondent. De resultaten van de waarderingen zijn weergegeven in versimpelde kruistabellen (Tabel 5 t/m 8). Uit de Tabellen is te concluderen dat de emotionele behoefte als meest belangrijkste zorgbehoefte wordt ervaren, die een doula of iemand anders kan geven aan een zwangere vrouw. Opvolgend door psychologische, praktische en spirituele behoeften.

De volledige kruistabellen (met toevoeging van de 'expected count' en 'adjusted residual') in de vier steunbehoeften worden in Appendix 2 weergegeven met een bijhorende t-test. De t-test geeft het gemiddelde resultaat van antwoorden weer en of er sprake is van significantie tussen de twee groepen 'met' en 'geen' doula ervaring. Op emotionele en psychologische steunbehoeften geeft de t-test (en kendall's tau-b test in de Tabellen 6 en 7) significante waarden weer. Het grootste verschil in waardering tussen de twee groepen zit in de psychologische behoefte, deze heeft de grootste t-waarde [-5,570 / -5,454]. Over de praktische en

spirituele zorgbehoeften wordt in beide groepen (redelijk) dezelfde waarderingen gegeven. Dus er is een verschil in waardering van de emotionele en psychologische behoeften tussen de twee groepen. Gemiddeld wordt er een hogere waardering gegeven voor deze twee steunbehoeften door de groep moeder met doula ervaring.

Tabel 5 - Kruistabel waarderingsscore op de praktische behoefte tussen groep 0 'geen doula' en groep 1 'met doula'.

Kendall's tau-b: 0,509		Praktische zorgbehoefte					Totaal
		n.v.t.	Minst belangrijk	Neutraal belangrijk	Belangrijk	Belangrijkste	
geen doula	Aantal	11	29	25	34	25	124
	Totaal %	4,1%	10,7%	9,3%	12,6%	9,3%	45,9%
met doula	Aantal	5	25	47	46	23	146
	Totaal %	1,9%	9,3%	17,4%	17,0%	8,5%	54,1%
Totaal	Aantal	16	54	72	80	48	270
	Totaal %	5,9%	20,0%	26,7%	29,6%	17,8%	100,0%

Tabel 6 - Kruistabel waarderingsscore op de emotionele behoefte tussen groep 0 'geen doula' en groep 1 'met doula'.

Kendall's tau-b: 0,000***		Emotionele zorgbehoefte					Totaal
		n.v.t.	Minst belangrijk	Neutraal belangrijk	Belangrijk	Belangrijkste	
geen doula	Aantal	9	11	13	34	57	124
	Totaal %	3,3%	4,1%	4,8%	12,6%	21,1%	45,9%
met doula	Aantal	2	7	9	31	97	146
	Totaal %	0,7%	2,6%	3,3%	11,5%	35,9%	54,1%
Totaal	Aantal	11	18	22	65	154	270
	Totaal %	4,1%	6,7%	8,1%	24,1%	57,0%	100,0%

Tabel 7 - Kruistabel waarderingscore op de psychologische behoefte tussen groep 0 'geen doula' en groep 1 'met doula'.

Kendall's tau-b: 0,000***		Psychologische zorgbehoefte					Totaal
		n.v.t.	Minst belangrijk	Neutraal belangrijk	Belangrijk	Belangrijkste	
geen doula	Aantal	26	18	22	26	32	124
	Totaal %	9,6%	6,7%	8,1%	9,6%	11,9%	45,9%
met doula	Aantal	5	14	19	38	70	146
	Totaal %	1,9%	5,2%	7,0%	14,1%	25,9%	54,1%
Totaal	Aantal	31	32	41	64	102	270
	Totaal %	11,5%	11,9%	15,2%	23,7%	37,8%	100,0%

Tabel 8 - Kruistabel waarderingscore op de spirituele behoefte tussen groep 0 'geen doula' en groep 1 'met doula'.

Kendall's tau-b: 0,044		Spirituele zorgbehoeften					Totaal
		n.v.t.	Minst belangrijk	Neutraal belangrijk	Belangrijk	Belangrijkste	
geen doula	Aantal	24	39	23	26	12	124
	Totaal %	8,9%	14,4%	8,5%	9,6%	4,4%	45,9%
met doula	Aantal	22	34	35	29	26	146
	Totaal %	8,1%	12,6%	13,0%	10,7%	9,6%	54,1%
Totaal	Aantal	46	73	58	55	38	270
	Totaal %	17,0%	27,0%	21,5%	20,4%	14,1%	100,0%

Elf sub-zorgbehoeften

Om nader inzicht te krijgen over de vier zorgbehoeften, werd de respondent vervolgens gevraagd (vraag 16) uit elf sub-zorgbehoeften aan te kruisen welke van toepassing waren voor de respondent (meerdere antwoorden waren mogelijk). De uitkomsten zijn wederom weergegeven in een kruistabel en t-test in Appendix 2.

Hieronder is een top vijf gemaakt van de meest belangrijke behoeften die een rol spelen tijdens de bevalling onder het totaal van 273 respondenten.

- 58 % vindt een *natuurlijke bevalling* belangrijk. Zonder pijnstilling en medische interventies.
- 53% vindt het belangrijk om *steun & comfort te voelen* tijdens de bevalling voor het bevordering van eigen zelfvertrouwen en ontspanning.
- 50% vindt een *continuïteit in aanwezigheid* tijdens de bevalling belangrijk.
- 46% vindt het belangrijk om er een *speciale en positieve bevallingservaring* van maken.
- 46% vindt het belangrijk dat iemand haar *herinnert of opkomt voor haar geboorteplan* wanneer het dreigt anders te lopen tijdens de bevalling.

Een natuurlijke bevalling blijkt als belangrijkste sub-behoefte uit deze analyse. Deze behoefte geeft tevens ook aan welke perceptie een moeder heeft (uit deze groep respondenten) ten opzichte van bevallen. Zij ziet bevallen met name als een natuurlijk proces en heeft de wens, tot zover dat mogelijk is, het ook zo te laten verlopen. Een doula of iemand anders (vrienden, familie, verloskundige etc.) zouden kunnen bijdragen aan het realiseren van een natuurlijke bevalling.

Indien er gekeken wordt naar de antwoorden in percentages per groep (Tabel 16, Appendix 2), blijkt dat de ‘natuurlijke bevalling’ voor de groep *zonder doula* de voornaamste behoefte is geweest, maar voor de groep *met doula* geldt dit niet. Hierbij is de belangrijkste behoefte en mede ook reden geweest om voor een doula te kiezen voor “Steun & comfort voelen voor bevordering van zelfvertrouwen en ontspanning“ De t-test en kruistabel (Appendix 1) geven de overige verschillen aan tussen de twee groepen aan de hand van de significantie waarden.

4.5 Steunrelaties- en beleving in professioneel en sociaal netwerk

De steunbeleving en relaties met het professionele- en sociale netwerk hebben invloed op de behoeften van vrouwen. Om een overzichtelijk, maar tevens een specifiek beeld per groep en steunbeleving te krijgen, zijn de resultaten weergegeven in een kruistabellen met de t-test (Appendix 2).

De steun van de partner krijgt de hoogste waardering door moeders, opgevolgd door familie, verloskundige, gynaecoloog en als laatste steun van vrienden. Hieruit blijkt dat de sociale steunbeleving (partner en familie) van grotere waarde wordt geschat door vrouwen dan de professionele medische steun beleving (verloskundige en gynaecoloog). Vrienden scoren het laagst en dit zou kunnen betekenen dat vrienden niet intensief betrokken zijn tijdens de zwangerschap en bevalling. Het blijkt dat zwangerschap en bevallen meer een intieme aangelegenheid is voor partner, familie en het medische team (verloskundige of gynaecoloog).

De t-test geeft aan dat de twee groepen, op de steun van de gynaecoloog na, verschillende gemiddelde waarderingen geven op het gebied van steunbeleving. Informatie die uit Tabel 18 (Appendix 2) gehaald kan worden, is dat de 'niet doula' groep op sociale steunbelevingen unaniem hogere waarderingen geven in steunbeleving dan de 'met doula' groep. In de PCA analyse (Figuur 13) werd de groep 'expats' onderscheiden. Wellicht kan het zijn dat zij een invloed hebben gehad op de waarderingsscores in steunbelevingen, gezien hun achtergrondkenmerk 'expat' en waarschijnlijk veel familieleden en vrienden niet in Nederland wonen. Een ander opvallend aspect is dat de 'met doula' groep een veel hogere waardering geven aan de steun van een gynaecoloog (zeer goed: 10,5%) dan bij 'niet doula' groep (zeer goed: 1,9%). Dit zijn simpele weergaven van de scores uit de enquêtes. Er zullen hier nog geen verklaringen of conclusies uit getrokken worden omdat dit een basale vergelijking is tussen de twee groepen, waarbij alle respondenten zijn meegenomen zonder een matching methode toe te passen of uitbijters uit de analyse te halen. Het geeft echter globale trends aan onder moeders die aan de enquêtes hebben meegedaan.

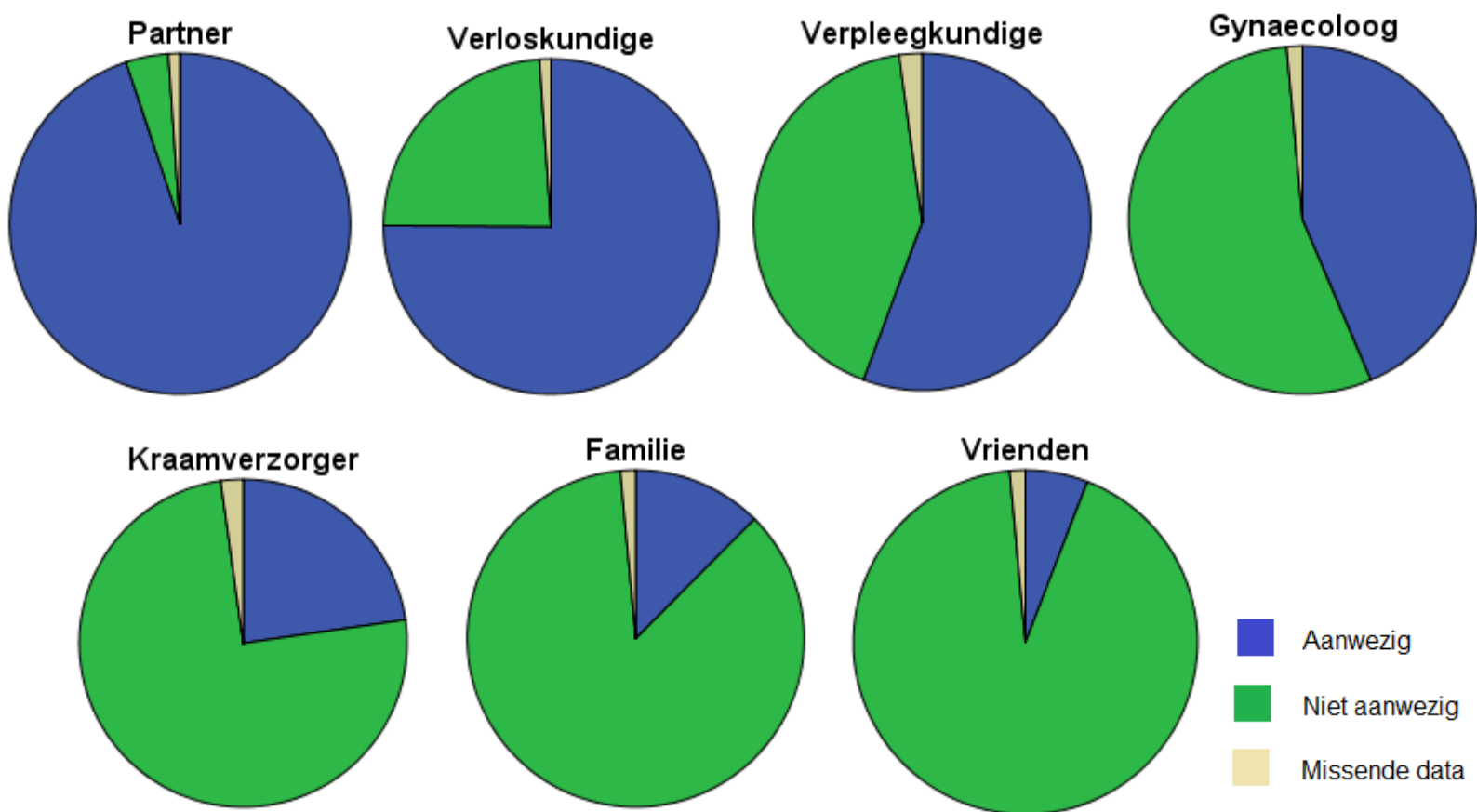
Een andere manier om de steunbeleving te meten, betrof de aanwezigheid van de sociale en professionele kring bij de bevalling. In paragraaf 1.1 werden cross-culturele steunbegeleidingen beschreven tijdens de bevalling in de Filipijnen, Indonesië, Mexico, Zweden,

Nederland en de Verenigde Staten. De gegevens van Nederland dateerde uit 1980 en bevatte geen aanwezigheidspercentage bij de bevalling. Het is interessant om de resultaten uit dit onderzoek, naast de etnografisch beschreven aanwezigheidsdata uit andere culturen te leggen. Dit geeft weer hoe de vrouwen in Nederland (die aan de enquêtes hebben meegedaan) hun sociale netwerk er wel of niet bij betrekken. In de behoeften blijkt namelijk dat emotionele en psychologische steun van grote waarde is. Is dit ook terug te vinden in de steun van aanwezigheid tijdens de bevalling?

In Figuur 14 zijn diagrammen weergegeven in percentages, waarbij de kleur blauw aangeeft of hij/zij aanwezig was bij de bevalling. Uit de t-test (Appendix 2) blijkt dat er alleen een lichtelijk significant verschil is bij de aanwezigheid van de partner, maar niet noemenswaardig. Dus deze diagrammen zijn representatief voor de hele groep en er hoeft verder geen onderscheid gemaakt te worden tussen de twee groepen.

Uit deze diagrammen blijkt dat de partner in 95% van de gevallen aanwezig is bij de bevalling van zijn vrouw/vriendin. Uit het professionele netwerk is voor 75% van de gevallen een verloskundige aanwezig. Opgevolgd door een verpleegkundige (56%), gynaecoloog (44%) en kraamverzorger (23%).

Figuur 14 - Diagrammen in aanwezigheid tijdens de bevalling in percentages, n=273



Opvallend is dat uit het sociale netwerk maar 13% een familielid aanwezig is en 6% een vriend of vriendin aanwezig is bij de bevalling. Dit terwijl de behoefte aan emotionele steun groot is onder vrouwen (Tabel 6). Het kan betekenen dat zij voldoende emotionele steun ervaart van haar partner en/of door het medisch personeel. De steun uit het sociale netwerk tijdens de bevalling komt dus vrijwel enkel neer op dat van de partner. Een bevalling is onder deze groep vrouwen uit Nederland een zeer intieme aangelegenheid, waar zelfs familie en vrienden lang niet altijd bij betrokken zijn. Binnen andere samenlevingen (paragraaf 1.1: Agta, Maya en Amurang) wordt een bevalling beschouwt als gebeurtenis waar juist het sociale netwerk, met name de vrouwen, aanwezigheid horen te zijn, om de vrouw emotioneel, mentaal en praktisch te ondersteunen. Gezien vanuit de oxytocineproductie zou de aanwezigheid van een sociaal netwerk een bevorderlijke werking op een (mogelijk) goed verloop van een bevalling hebben. Op voorwaarde dat de vrouw op haar gemak voelt met de aanwezigheid van het sociale netwerk (vriendin, moeder, nicht etc.) tijdens de bevalling, anders zou dit als een tegen effect uitwerken en stress veroorzaken bij de barendende vrouw (paragraaf 1.4).

Kort zijn hieronder de voorgaande paragrafen statistisch samengevat. In deze resultaten zijn de twee groepen (met en zonder doula) als één groep weergegeven. In de kruistabellen zijn de specificaties voor eventuele verschillen onder de twee groepen weergegeven.

§ 4.3 twee dimensies te onderscheiden vanuit de multivariate analyse:

1. Sociale / emotionele zorgvraag
2. Medische professionele zorgvraag

§ 4.4 belangrijkste steunbehoeften van zwangere en bevallende vrouwen:

1. Emotionele steun
2. Psychologische steun

§ 4.4 top 5 in sub-behoefsten:

1. Natuurlijke bevalling – 58%
2. Steun & comfort voelen – 53%
3. Continuïteit in aanwezigheid – 50%
4. Speciale en positieve bevallingservaring – 46%
5. Bewaken van het geboorteplan – 46%

§ 4.5 steunbeleving tijdens de zwangerschap en bevalling naar hoogste waardering 'zeer goed':

1. Partner – 55%
2. Familie – 26%
3. Verloskundige – 17%
4. Gynaecoloog – 12%
5. Vrienden – 12%

§ 4.5 aanwezigheid tijdens de bevalling:

1. Partner – 95%
2. Verloskundige – 75%
3. Verpleegkundige – 56%
4. Gynaecoloog – 44%
5. Kraamverzorger – 23%
6. Familie – 13%
7. Vrienden – 6%

5. Het effect van een doula op zorgbehoeften en steunbelevingen

In dit laatste resultaten hoofdstuk zal de onderzoeksvraag: “Heeft een doula een effect op de psychosociale zorgbehoeften en steunbelevingen van een vrouw tijdens de zwangerschapsperiode en bevalling in Nederland? Zo ja, hoe groot is het effect geweest op de verschillende behoeften en steunbelevingen?” beantwoord worden. Om het effect te meten wordt gebruikt gemaakt van de counterfactual analyse waarbij de ‘Average Treatment Effect for the Treated’ (ATT) berekend wordt (zie paragraaf 2.2). De ATT in dit onderzoek zal het effect betreffen van een doula op moeders die een doula aan hun zijde hebben gehad tijdens de zwangerschap en bevalling.

In totaal telt de CFA 246 respondenten, de ‘treated’ groep wordt gevormd door 139 moeders met een doula-bevalling en de ‘control’ groep wordt gevormd door 107 moeders zonder doula-bevalling. De respondenten met aantal ontbrekende antwoorden zijn geheel uit de analyse gehaald wat nodig is bij een PS berekening. Daardoor is het aantal van 273 respondenten verder terug gebracht naar 246 respondenten.

In dit hoofdstuk zullen de effectresultaten worden weergegeven van de steunbehoeften, steunbelevingen en de aanwezigen bij de bevalling. De effectresultaten zijn in Tabellen weergegeven, waarin allereerst naar de p-waarde is gekeken en deze gerangschikt op significantie niveau. De p-waarde is een maat voor de waarschijnlijkheid dat het gevonden resultaat, in dit geval de ATT berekening, berust op toeval. Praktisch gezien is de p-waarde een waarde tussen 0 en 1, die wordt bepaald door middel van een statistische toets. Bij een p-waarde van 1 wordt aangenomen dat het gevonden resultaat op toeval berust. Met een p-waarde dichtbij 0 wordt aangenomen dat de gevonden waarde een werkelijke associatie aanduidt en dus een effect heeft op een uitkomst variabel. Gewoonlijk hanteert men $p = 0,05$ als grens van statistische significantie. De p-waarde verandert niet van schaal en is dus een betrouwbaar getal om met de andere uitkomst variabelen te vergelijken (Fielding & Gilbert 2006).

De resultaten van de effectmetingen zullen tevens onderbouwd worden met kwalitatieve interviews en in combinatie met de resultaten uit de voorgaande hoofdstukken.

5.1 Het effect op de zorgbehoeften

In paragraaf 4.3 kwamen deze vier zorgbehoeften ook aanbod, waaruit bleek dat de emotionele behoefte de belangrijkste was van de vier tijdens de zwangerschap en bevalling. Uit de counterfactual analyse (CFA) blijkt dat de emotionele behoefte niet als eerste is geëindigd. Het grootste effect dat een doula heeft is in de psychologische zorgbehoefte van vrouwen. Hieronder worden de behoeften weergegeven in rangorde van de meeste tot geen effect.

Tabel 9 – Effect van een doula op vier zorgbehoeften.

zorgbehoeften	p-waarde	Standaard afwijking	T-stat	ATT
1. Psychologisch	0.000***	0.215	4.096	0.879
2. Emotioneel	0.004**	0.160	2.851	0.455
3. Praktisch	0.225	0.190	-1.213	-0.231
4. Spiritueel	0.690	0.217	0.399	0.087

(Sig. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1.)

De psychologische zorgbehoefte is als volgt in de enquêtes en in dit onderzoek gedefinieerd: coaching in traumatische ervaringen en/of angsten, continue aanwezigheid en steun tijdens de bevalling, ontwikkeling in zelfvertrouwen in eigen kunnen. De emotionele behoefte is als volgt geduid: aanwezigheid bij de bevalling, comfort, massage, vertrouwensband opbouwen, coaching indien nodig.

Dit is een interessante uitkomst, aangezien de doula volgens de literatuur, uit de Verenigde Staten en Canada, voor emotionele en praktische steun staat (Klaus & Kennell 1993; Gilliland 2002; Kozhimannil et al. 2013). Uit deze resultaten blijkt dat een doula in Nederland ook op psychologisch niveau werkt met een zwangere vrouw (en partner) en zij zelfs het grootste effect heeft op deze steunbehoefte.

Uit de interviews met doula's kwamen de psychologische zorgbehoeften ook aan de orde en waren een belangrijk aspect tijdens het begeleidingstraject met vrouwen (en partners).

“Angst is de reden nummer één waarom vrouwen een doula willen bij de bevalling.”

“Bevallen is een heel individueel proces. Geen bevalling is hetzelfde en het is persoonsgericht. Ieder mens komt uit een achtergrond. Een heel verhaal in de familie telt ook mee. Je eigen geboorte telt ook mee, wat in je psyche zit moet je ook meenemen.”

“Ik geef als doula psychische, lichamelijke en mentale steun.”

“Moeilijke baring kan zijn wanneer een vrouw psychologisch geen blokkades heeft opgeruimd.”

“Aan de hand van de wensen van het stel ga je in op de praktische, psychologische of misschien spirituele behoeften.”

“Bij vrouwen met een psychische achtergrond zijn vaak vijf a zes gesprekken nodig.”

Uit de interviews met moeders met een doula ervaring over de psychologische behoefte kwam o.a. het volgende uit:

“Ik had een bepaalde doorbraak zodat het kon doorstromen, dat was psychologische coaching.”

“Ik moest stukken loslaten van mijn eigen opvoeding; in dat proces kwam dat ook echt langs. Lichamelijk, psychisch als proces en ook heeft het mij losser gemaakt van mijn ouders.”

“Doula is more psychological support, encouragement and mental strength.”

“Wij hadden één keer een heftige relatiecrisis en toen had zij (doula) ons even gecoacht. Het was fijn, het kon zijn wat er op dat moment nodig was.”

De psychologische steun aan vrouwen komt met name tijdens de drie vooraf (diepgaande) gesprekken aanbod. Waarbij angsten of twijfels die spelen bij de vrouw (of partner) worden besproken. Ook de eigen geboortes van het stel worden veelal besproken en daarbij komen mogelijk andere psychologische aspecten naar voren, zoals moeilijk/complex liggende familierelaties. Door middel van gesprekken, ontspanningsmassages, meditaties/visualisaties of andere technieken kan gewerkt worden aan vastzittende psychologische blokkades. Psychologische blokkades kunnen zich uiten in fysieke blokkades wat de bevalling nadelig beïnvloedt voor vrouw en kind, zoals ook in de citaten van doula's naar voren kwam. Het werken aan deze psychologische behoeften dient als voorbereiding op de bevalling.

Tijdens de bevalling lijkt deze behoefte over te schakelen naar de emotionele steunbehoefte. Hier komen de ‘aanwezigheid’ en ‘coaching’, indien dit nodig, naar voren alsmede ‘massage’, het fysieke aspect wat met name tijdens de (pers)weeën actief wordt ingezet door doula’s. Een moeder die voorafgaand behoefte had aan intieme psychologische gesprekken met haar doula omschreef de rol van haar tijdens de bevalling als volgt:

“Tijdens de bevalling zat ik op bepaalde momenten helemaal in mijn eigen wereld, na een heftige wee waar ik dan weer uitkwam; ik keek even de kamer in en zag haar dan daar gewoon nog rustig in een hoekje zitten. Zij was dan als het ware een anker voor mij” (Saskia 2014).

Niet alleen de doula’s richten zich op de psychologische steun, verloskundigen zullen hier (indien er tijd, ruimte en behoefte is) ook aandacht aan schenken:

“We weten nu veel meer van de psyche van vrouwen en behoeften zoals begeleiding dan 300 jaar geleden” (Juliet 2014)

“Het psychologisch proces vind ik zeker heel belangrijk” (Claudia 2014)

Sommige verloskundigen verwijzen een vrouw door naar een doula. Zoals dat het geval was bij deze moeder die een eerste traumatische bevallingservaring heeft gehad en sterk de behoefte had om over deze ervaring nog te praten om het een plekje geven.

“Toen werd ik weer zwanger. Ik heb een andere verloskundige praktijk gekozen. Twee hele gevoelige, leuke, geïnteresseerde dames. Zij waren fantastisch. Ik wilde het alleen over het emotionele stuk hebben niet het fysieke. Toen hebben zij mij aangeraden een doula te nemen. Omdat het zo belangrijk voor mij was” (Danielle 2014).

Uit deze uitkomsten blijkt dat de doula-begeleiding en bevalling zich bij uitstek richt op de psychologische behoefte van een vrouw en haar partner. Vervolgens heeft een doula op de emotionele behoefte zoals ‘continuïteit in aanwezigheid’ en ‘comfort door massages’ (waarschijnlijk) met name tijdens de bevalling een betekenisvolle impact. Doordat de hoofdtoon het psychologische aspect is, kan hieruit geconcludeerd worden dat het om specifieke groepen vrouwen zal gaan. Dit was ook in de propensity score Loess regressie te zien (Figuur 9). De overlap tussen de twee groepen werd pas bij een hogere propensity score zichtbaar. Niet iedere

vrouw heeft standaard angsten voor de bevalling of de pijn, traumatische ervaringen te verwerken of behoefte aan coaching voor het bevorderen van eigen zelfvertrouwen. Daarnaast is in het emotionele aspect ‘continue aanwezigheid’ ook niet een basisbehoefte van elke vrouw. Zo zegt de hoofd-verloskundige van het LUMC over de continuïteit in aanwezigheid:

“Het is belangrijk de continuïteit van zorg tijdens de baring, als mensen het willen, te faciliteren (in de toekomst met de integrale zorg). Maar je moet je er niet in vergissen, niet iedereen wil het. Mensen die voor een doula kiezen willen het ook. Maar er zijn ook veel vrouwen die dit niet willen. Bij beginnende weeën willen zij niet voortdurend iemand bij zich hebben in een ziekenhuis kamertje.” En: “Ik ben een verloskundige in een beleidsfunctie en ik zoek wat nodig is voor alle zwangere vrouwen of grote groepen en bij de doula ligt dat heel genuanceerd” (Juliet 2014).

Specifieke groepen die extra behoefte aan deze psychologische steun hadden, kwamen vooral ter sprake bij de derde lijn zorg van zwangere vrouwen in het AMC, die doorverwezen waren door de gynaecoloog. Volgens doula Catherina was de reden van doorverwijzing naar haar met name om de volgende redenen:

“Vrouwen in de derde lijn zorg hebben altijd een medische indicatie(s). Eerste keer baren, angst, sociale indicaties, ruggeprik verzoek, traumatische voorgeschiedenis - traumatische geboorte, seksueel misbruik, drugsverslaving, prikangst, cardiologisch probleem” (Catherina 2014).

Een andere specifieke groep waar extra begeleiding zeer nodig was, was het asielzoekerscentrum in Leersum. In het asielzoekerscentrum hadden de achtergronden van de zwangere vrouwen vrijwel altijd een traumatisch karakter mede omdat er geen dan wel zeer beperkt sociaal vangnet van familie of vrienden beschikbaar was wegens hun status als asielzoeker. De begeleiding ging echter niet de diepte in vanwege de taalbarrière of dat de problematiek te veel omvattend was. Daar moest dan voorzichtig mee worden omgegaan. Het zogenaamde ‘graafwerk’ werd achterwege gelaten. In hoofdstuk 5 onder het kopje *werkgebied* kan het soort begeleiding terug gevonden worden.

Tot slot kwam er nog een kwetsbare groep aan bod tijdens het interview met doula Marian. Marian werkt als woonbegeleider in een woongroep voor mensen met een chronisch psychische beperking. Naast haar werk als woonbegeleider, begeleidt zij soms ook als doula

deze vrouwen met een psychiatrische achtergrond. Zij richt zich met name op het aspect dat een vrouw goed geïnformeerd is over haar ziekteproces en vervolgens hoe zij haar kan ondersteunen en manieren vindt hoe zij het beste kan ontspannen. Vaak is het gericht op het bewustzijn en processen van en in het lijf. Een zwangere vrouw met een problematische achtergrond heeft veelal een ongezonde leefwijze doordat de psychische stoornis haar leven domineert.

Geen van de bovengenoemde groepen vrouwen, hebben aan de enquêtes meegedaan. Als zij dat wel hadden gedaan dan is de verwachting gerechtvaardigd dat het effect cijfer inzake de psychologische behoefte nog verder zou stijgen. Dit geeft tevens ook aan dat bij de moeders in Nederland die aan deze enquêtes hebben meegedaan deze behoefte voorsnog aanwezig blijkt te zijn. Onderzocht kan worden, hoe vrouwen tegen bevallen aankijken en of er sprake is van angsten, waarbij extra steun van waarde zou zijn. Daar zal in dit onderzoek niet verder op worden ingegaan. Op dit punt is momenteel een onderzoek gaande in het LUMC over ‘angst voor bevallen’ onder zwangere vrouwen.

Tot slot hebben de praktische en spirituele behoeften geen significante p-waarde. Dus kunnen de effectmetingen mogelijk berusten op toeval en geen duidelijk effect tonen.

Effect van een doula op de elf sub-zorgbehoeften

Als tweede onderdeel van de steunbehoeften, zijn de effectresultaten op elf sub-zorgbehoeften berekend (Tabel 10).

Een doula heeft het grootste effect op de twee sub-behoeften ‘Steun & comfort voelen voor bevordering van zelfvertrouwen en ontspanning’ en ‘Continuïteit in aanwezigheid tijdens de bevalling’. Beide zijn emotionele steunbehoeften en in deze effectentabel blijkt dat tijdens de bevalling het met name de emotionele steunbehoefte betreft. Deze twee behoeften worden direct opgevolgd door de psychologische behoefte namelijk ‘Opzien tegen de bevalling en de pijn’ en ‘traumatische ervaring meegemaakt’. Tot slot heeft een doula een effect op de voorzorgmaatregel behoeften: ‘Iemand mij herinnert mij of komt op voor mijn geboorteplan wanneer het dreigt anders te lopen tijdens de bevalling’ en ‘ thuis willen bevallen’.

De rangorde van deze elf sub-zorgbehoeften komt niet geheel overeen met de top vijf uitkomsten in het kruistabel (paragraaf 4.2). In deze top vijf staat op de eerste plaats ‘een natuurlijke bevalling, zonder pijnstilling en medische interventies’. Op de vierde plaats komt ‘een speciale en positieve bevallingservaring ervan maken’ als belangrijke sub-zorgbehoefte om voor een doula te kiezen of iemand anders die hierin bijdraagt. In het daadwerkelijke effect of uitwerking van een doula op vrouwen liggen deze sub-behoeften zeer laag. Ze eindigen zelfs op de vóór laatste en laatste plaats. Uit de literatuur over doula’s in de Verenigde Staten worden doula’s ingezet om (onnodige) interventies of pijnbestrijding te voorkomen. In Nederland blijkt deze medicalisering onder vrouwen in mindere mate aanwezig te zijn als rede om voor een doula te kiezen. Het effect van een doula zit vooral in de emotionele en psychologische steunbehoeften en niet in de perceptie van het tegengaan van gemedicaliseerde zorg van (onnodige) interventies en pijnbestrijding. Dat neemt niet weg dat de moeders uit deze enquête het belangrijk vinden om een zo’n natuurlijk mogelijke bevalling te hebben. Daarnaast is het kiezen voor een doula geen extra ‘luke’ voor vrouwen die het kunnen veroorloven, wat de sub-behoeften ‘speciale en positieve bevallingservaring’ min of meer impliceert. Deze sub-behoefte eindigt op de laatste plaats met vrijwel geen effectresultaat.

Tabel 10 - Effect op de elf sub-zorgbehoeften.

Sub-zorgbehoeften	p-waarde	Standaard afwijking	T-stat	ATT
1. Steun bij bevallen	0.000 ***	0.071	-6.754	-0.482
2. Continue aanwezigheid	0.000 ***	0.075	-6.364	-0.478
3. Opzien tegen bevallen/pijn	0.001 **	0.060	-3.368	-0.202
4. Traumatische ervaring	0.001 **	0.061	-3.203	-0.194
5. Geboorteplan verdediging	0.001 **	-0.262	-3.310	-0.262
6. Thuis bevallen	0.001 **	0.069	3.259	-0.226
7. NL systeem leren kennen	0.019 *	0.052	-2.336	-0.123
8. Klein sociaal netwerk	0.157	0.059	-1.415	-0.083
9. Geen partner	0.680	0.027	-0.412	-0.011
10. Natuurlijke bevalling	0.339	0.078	-0.955	-0.074
11. Speciale ervaring	0.358	0.076	-0.919	-0.071

(Sig. codes: 0 ‘****’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1)

5.2 Het effect op sociale- en professionele steunbelevingen

Het eerste gedeelte van de onderzoeksvraag, het effect op zorgbehoeften is tot zover beantwoord in de voorgaande paragraaf 5.1. Er is gebleken dat een doula effect heeft op de psychologische en emotionele zorgbehoeften van vrouwen. Aangezien het hier om een bepaalde invulling gaat in steunbehoeften, zal een vrouw dit (mogelijk) minder zoeken bij iemand anders. Aangenomen kan worden dat een doula dus ook een effect zou kunnen hebben op de steunbelevingen die vrouwen op haar omgeving en mogelijk ook op de aanwezigheid percentage van personen bij de bevalling.

In deze paragraaf zal het tweede gedeelte van de onderzoeksvraag beantwoord worden, over het effect van een doula op de steunbelevingen tijdens de zwangerschap en bevalling en het effect op de aanwezigheid in het sociale- en professionele netwerk tijdens de bevalling op het sociale- en professionele netwerk van een vrouw. Het sociale netwerk omvat in dit onderzoek de partner, familie en vrienden. Het professionele netwerk betreft de verloskundige, gynaecoloog, verpleegkundige en kraamverzorger.

Uit Tabel 8 blijkt duidelijk dat een doula een effect heeft op steunbeleving in het sociale netwerk. In het professionele netwerk is vrijwel geen effect te vinden, met de lage tot geen significante p-waarden. Deze uitkomsten zijn zagezegd positief. Want een doula staat immers bekend om haar 'emotionele' steunbegeleiding voor zwangere vrouwen. Zou in de effectresultaten de verloskundige of gynaecoloog significante waarden hebben, dan is dat een zorgelijke uitkomst, want een doula is niet-medisch verantwoordelijk en er zou dan ook geen grote steunbegeleidingsoverlapping mogen zijn met de medische professionals. Dit mogelijke spanningsveld tussen een verloskundige en een doula kwam ter sprake in paragraaf 3.3 aan de hand van informatie uit de kwalitatieve interviews. Uit deze effectresultaten blijkt dat het zwaartepunt duidelijk op het sociale netwerk ligt. Een doula heeft met name een effect op de steunbelevingen van familie en partner. Uit interviews met moeders met doula ervaring, wordt de verdeling van steunbegeleiding, aan de barendende vrouw, tussen een doula en partner over het algemeen als prettig ervaren. Aangezien het nu niet alleen meer op de partner neerkomt om zijn vrienden/vrouw emotioneel, fysiek en/of mentaal bij te staan. Mogelijk wordt er minder beroep gedaan op familiesteun wanneer een doula bij de zwangerschap en bevalling is betrokken, gezien de hoge significante p-waarde. Er is in ieder geval een duidelijke overlap te vinden in het sociale

netwerk op het gebied van steunbeleving. Een doula wordt in de interviews door moeders regelmatig omschreven als een ‘goede vriendin’ of een soort ‘moeder’.

Tabel 11 - Effect op steunbelevingen tijdens de zwangerschap en bevalling.

Steunbelevingen	P-waarde	Standaard afwijking	T-stat	ATT
1. Familie	0.000 ***	0.154	-4.181	-0.644
2. Partner	0.000 ***	0.138	-4.365	-0.601
3. Vrienden	0.002 **	0.140	-3.079	-0.432
4. Verloskundige	0.099 .	0.148	-1.650	-0.243
5. Gynaecoloog	0.126	0.248	1.528	0.126

(Sig. codes: 0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1)

Tabel 12 - Effect op de aanwezigheid bij de bevalling.

Aanwezigheid bij de bevalling	P-waarde	Standaard afwijking	T-stat	ATT
1. Verpleegkundige	0.025 *	0.057	2.246	0.049
2. Partner	0.072 .	0.027	1.800	0.049
3. Kraamverzorger	0.305	0.061	-1.026	-0.062
4. Vrienden	0.382	0.027	-0.874	-0.024
5. Verloskundige	0.382	-0.024	-0.875	-0.024
6. Gynaecoloog	0.477	0.060	0.711	0.043
7. Familie	0.726	0.043	-0.351	-0.015

Significantie codes: 0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

effect op de aanwezigheid in het sociale- en professionele netwerk

Het effect op de aanwezigen uit het sociale en professionele netwerk is gering. De verpleegkundige is de enige beroepsmatige waarop een doula een effect heeft (significante waarde van 0.025). Dit houdt in dat een doula eerder een aanvulling is bij een bevalling, dan dat

zij een plaatsvervanger is voor anderen. Verpleegkundigen werken in het ziekenhuis en zullen ter assistentie aanwezig zijn bij een bevalling. De assistentie van een verpleegkundige is waarschijnlijk minder nodig voor barende vrouwen, wanneer er een doula aanwezig is. De zorgvraag in (continuïteit van) steun zal overgenomen worden door een doula en een verpleegkundige zal vooral voor medische assistentie in zorg aanwezig zijn bij een bevalling.

Het hoofdstuk samenvattend, heeft een doula het grootste effect op de psychologische steunbehoefte (sig. 0,000) kort daarna opgevolgd door de emotionele steunbehoeften (0,004) onder vrouwen met een doula ervaring. Afhankelijk van de zorgvraag zal een doula op één van deze twee behoeften een extra nadruk op leggen.

Het effect van een doula op steunbeleving en op de aanwezigheidspercentage van anderen bij de bevalling is het volgende gebleken. Een doula neemt géén plaats in van een ander, noch in het sociale netwerk, noch in het professionele netwerk tijdens de bevalling. Zij is een extra steun voor een barende vrouw en zal enkel een matig effect hebben op de aanwezigheid van een verpleegkundige bij een bevalling, wanneer een vrouw in het ziekenhuis bevalt. Wat betreft de steunbeleving, heeft een doula echter wel een groot effect in steunbeleving van een vrouw op het sociale netwerk (partner, familie en vrienden). Wat betekent dat een doula op de psychosociale dimensie ligt en niet op de medische dimensie. Want een doula heeft geen effect op de steunbelevingen op de verloskundige of gynaecoloog.

6. Conclusie

Inleiding

Een zwangerschap en bevalling zijn ingrijpende gebeurtenissen in het leven van een vrouw. Op fysiologisch, mentaal en emotioneel vlak zullen veranderingen optreden ter voorbereiding op de bevalling en het moederschap. Er bestaat een groot scala wereldwijd aan rituelen, gebruiken, percepties en overtuigingen om een zwangerschap en bevalling zo goed mogelijk te ondersteunen en te laten verlopen (Loizos & Heady 1999; Jordan 1980). Kort samengevat zijn er twee dimensies te onderscheiden van waaruit gehandeld kan worden ter verbetering van de gezondheid van moeder en (ongeboren) kind. Er is een biomedische dimensie, die zich met name richt op de fysiologische processen en handelt vanuit een medisch perspectief. Daarnaast is er de psychosociale dimensie, die zich richt op de emotionele, praktische, psychologische en spirituele aspecten rondom de geboorte. Deze twee dimensies kunnen goed samen gaan, alhoewel blijkt dat in wereldwijde geboortemodellen er vaak één dimensie de ander domineert (Jordan 1980; Davis-Floyd et al. 2009; Buitendijk 2011). Moeder- en babysterfte worden als voornaamste maatstaven genomen voor verbetering in de geboortezorg en beleidsvorming. Maar de discussies in de geïndustrialiseerde landen lijken zich meer te verschuiven van het terugdringen van moeder- en kindersterfte door verbetering van biomedische zorg naar meer aandacht voor het ‘psychosociale welzijn’ van de moeder tijdens de zwangerschap en bevalling. De term ‘psychosociaal’ wordt gedefinieerd als de psychologische aspecten van onze persoonlijke ervaringen (gedachten, emoties en gedrag) in samenwerking met de sociale ervaringen en omgeving waarin het individu leeft (relaties, tradities en cultuur). De term ‘welzijn’ is de algehele menselijke conditie op fysiek, cognitief, emotioneel, sociaal en spiritueel gebied (IASC 2007).

Nederland heeft jarenlang op de derde plaats gestaan van de hoogste babysterftecijfers van Europa. Sinds 2004 neemt dit aantal af. De toenmalige minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Stuurgroep ‘Zwangerschap en geboorte’ ingesteld om de geboortezorg in Nederland te verbeteren. Eén van de adviezen die de stuurgroep uitbracht en waar een pilot project uit is voortgekomen is de ‘continue begeleiding tijdens de baring’. Dit houdt in dat er continuïteit is in de aanwezigheid van (medisch) personeel (verloskundige, verpleegkundige, kraamverzorger, doula) tijdens het hele bevallingsproces met aandacht voor

emotionele steun. Uit onderzoek (Hodnett et al. 2012) blijkt dat continue aanwezigheid bij vrouwen die dit willen, leidt tot:

- grotere tevredenheid en ontspanning voor de barende vrouw;
- de bevalling duurt gemiddeld korter;
- de bevalling eindigt minder vaak in een kunstverlossing of een keizersnede.

Het leidt tot minder gebruik van medicamenteuze pijnbehandelingen. Dit zijn o.a. ontwikkelingen op het gebied van psychosociale zorgverlening in Nederland.

Een professional die o.a. deze continue begeleiding biedt tijdens de bevalling is de doula. ‘Doula’ is een oud Grieks woord dat letterlijk ‘slavin’ betekent. Veelal wordt het hedendaags vertaald als ‘vrouwelijke zorggever’. Deze naam werd voor het eerst geïntroduceerd door Dana Raphael in 1976 in de Verenigde Staten en is sindsdien gebruikt voor een niet-medische zwangerschapscoach, die de zwangere vrouw ondersteunt en begeleidt gedurende haar zwangerschapsperiode, tijdens de bevalling en de postnatale periode (Klaus & Kennell 1993).

Binnen andere (niet-westerse) samenlevingen (§ 1.2: Agta uit de Filipijnen, Maya uit Mexico en Amurang uit Indonesië) wordt een bevalling beschouwt als een gebeurtenis waar het sociale netwerk (met name de vrouwen) aanwezig is (zijn), om de vrouw emotioneel, mentaal en praktisch te ondersteunen. Gezien vanuit de oxytocineproductie zou deze aanwezigheid van een (vrouwelijk) sociaal netwerk een bevorderlijke werking hebben op de bevalling. Oxytocine is een hormoon dat in de hersenen vrijkomt met name tijdens de bevalling, borstvoeding en het orgasme. De oxytocineproductie wordt gestimuleerd door sociaal contact, knuffelen, massage, prettige omgeving, aanraking, en intimiteit. Het kan niet eenvoudig als medicijn toegediend worden. Uit longitudinaal fysiologisch onderzoek (Uvnäs-Moberg 1998, 2011; Odent 1999) is gebleken dat het hormoon van cruciale waarde is onder andere tijdens de bevalling. Het bevordert een natuurlijke en snelle bevalling. Daarnaast stimuleert het hormoon de uitdrijving van de placenta, wat wederom van groot belang is. Doula’s worden met name (in de Verenigde Staten) dan ook ingezet om keizersneden en/of andere medische interventies te voorkomen. Zij stimuleren de natuurlijke oxytocineproductie door middel van ontspanningsmassage en het intieme en persoonlijke contact tussen een doula en haar cliënt.

Momenteel bestaan er in Nederland twee doula-opleidingen. De eerste opleiding is opgericht in 2006 te Utrecht, een tweede in 2012 te Amsterdam (doula.nl). Hieruit is aan te nemen dat er een stijging te bemerken valt in vraag en aanbod naar extra coaching tijdens de zwangerschap en bevalling voor vrouwen in Nederland. Er is echter nog niet eerder onderzoek gedaan naar het effect van een doula op de psychosociale zorgbehoeften van zwangere vrouwen in Nederland. Het Nederlandse verloskundige systeem is niet te vergelijken met het biomedisch georiënteerde geboortemodel in de Verenigde Staten en Canada, waar 99% van de vrouwen in het ziekenhuis bevallen onder begeleiding van een gynaecoloog (Davis Floyd et al. 2009). Daardoor zijn de onderzoeksresultaten over de rol en het effect van een doula op vrouwen in de Verenigde Staten en Canada niet valide voor de situatie in Nederland. Daarnaast zijn doula's in de Verenigde Staten en Canada gecertificeerd en geïntegreerd in het geboortesysteem en ziekenhuizen (DONA). Hiervan is in Nederland geen sprake. Ook moet rekening gehouden worden met de cultuurgebondenheid van percepties rondom zwangerschap en geboorte per regio en samenleving, zoals beschreven in de paragrafen 1.2 en 1.3.

In dit onderzoek staat de volgende hoofdvraag centraal:

“Heeft een doula een effect op de psychosociale zorgbehoeften en steunbelevingen van een vrouw tijdens de zwangerschapsperiode en bevalling in Nederland? Zo ja, hoe groot is het effect geweest op de verschillende zorgbehoeften en steunbelevingen?”

De omschrijving van de zorgbehoeften is tot stand gekomen door gesprekken met doula's over deze vier zorgbehoeften en uit voorgaande interviews met respondenten (moeders met doula ervaring). De vier zorgbehoeften werden in de enquêtes toegelicht en houden het volgende in:

Praktische behoefte - informatie over zwangerschap en bevallen, ademhalingsstechnieken, houdingen tijdens de bevalling, informatie over het Nederlands zorgsysteem.

Emotionele behoefte – aanwezigheid bij de bevalling, comfort, massage, vertrouwensband opbouwen, coaching indien nodig bij de bevalling.

Psychologische behoefte - coaching in traumatische (eerste) bevalling / ervaring en/of angsten, ontwikkeling in zelfvertrouwen, continue aanwezigheid en steun bij de bevalling.

Spirituele behoefte - meditatietechnieken, contact tussen moeder en kind maken, spirituele benaderingen op zwangerschap en bevallen.

Om nader inzicht te krijgen over de bovengenoemde vier behoeften, werd de respondent vervolgens gevraagd in de online enquêtes uit elf sub-zorgbehoeften aan te kruisen welke van toepassing waren.

Wat betreft de steunbelevingen van vrouwen op haar omgeving tijdens de zwangerschap en bevalling is er onderscheid gemaakt tussen het sociale netwerk (partner, familie en vrienden) en het professionele netwerk (verloskundige en gynaecoloog). Daarnaast is ook het effect van een doula gemeten op de aanwezigheid van het sociale- en professionele netwerk tijdens de bevalling, waarbij de verpleegkundige en kraamverzorgers zijn toegevoegd aan het professionele netwerk.

Ter aanvulling van de onderzoeksvraag waren de volgende deelvragen opgesteld:

- Waarom kiezen vrouwen voor een doula, welke zorgbehoeften spelen een belangrijke rol?
- Welke zorgbehoeften spelen er onder vrouwen in Nederland tijdens de zwangerschap en bevalling?
- Hoe wordt de sociale- en professionele steun ervaren door vrouwen en wie zijn aanwezig bij de bevalling?
- Wat zijn de taken van een doula in Nederland?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen een verloskundige en een doula?

De dataverzameling in dit onderzoek bestaat uit kwalitatieve data (semigestructureerde interviews) en kwantitatieve data (online enquêtes). Er zijn verschillende data analyses toegepast: counterfactual analyse, principale componenten analyse, kruistabelen en t-testen. De counterfactual vormt de hoofdanalyse in dit onderzoek en is gebruikt om de ‘oorzaak-effect’ onderzoeksvraag te beantwoorden.

Het effect van een doula op de zorgbehoeften en steunbelevingen

In Nederland heeft een doula het grootste effect op de psychologische zorgbehoefte van zwangere vrouwen (significante p-waarde⁵: 0.000). Deze wordt opgevolgd door de emotionele zorgbehoefte (significante p-waarde: 0.004). Op de praktische en spirituele zorgbehoeften zijn er geen significante p-waarden aangetroffen (0.225 en 0.690). Wat betekent dat er geen betrouwbaar effect is gemeten en dus een doula op deze twee zorgbehoeften weinig tot geen effect heeft.

Aan de psychologische zorgbehoefte wordt door een doula aandacht besteed met name tijdens de gesprekken met een vrouw (en haar partner) in de zwangerschapsperiode. Deze gesprekken gaan o.a. over een specifieke zorgvraag: een traumatische ervaring en/of angsten. Daarnaast wordt gewerkt aan het bevorderen van het zelfvertrouwen in eigen kunnen. De emotionele steun richt zich niet direct op een specifieke zorgvraag, maar is van een algemenere aard. Emotionele steun wordt gegeven door het opbouwen van een vertrouwensband d.m.v. gesprekken en het geven van een lichaamsmassage in de zwangerschapsperiode. Tijdens de bevalling biedt een doula met name comfort, steun en coaching aan de vrouw en partner. Elke doula heeft een eigen werkwijze om aan de zorgbehoeften te werken van haar cliënt.

In de elf sub-zorgbehoeften komen de psychologische en emotionele behoeften wederom terug. De zes sub-zorgbehoeften met een significante p-waarde oplopend tot 0.001 zijn hieronder weergegeven:

1. Steun & comfort voelen tijdens de bevalling ter bevordering van zelfvertrouwen en ontspanning.
2. Continue aanwezigheid tijdens de bevalling
3. Coaching bij bevallingangst en pijn
4. Coaching bij traumatische (eerste) bevalling / ervaring

⁵ De p-waarde is een maat voor de waarschijnlijkheid dat het gevonden resultaat berust op toeval. Het is een waarde tussen 0 en 1, die wordt bepaald door middel van een statistische toets. Bij een p-waarde van 1 wordt aangenomen dat het gevonden resultaat op toeval berust. Met een p-waarde dichtbij 0 wordt aangenomen dat de gevonden waarde een werkelijke associatie aanduidt en dus een effect heeft op een uitkomst variabele. Gewoonlijk hanteert men $p=0,05$ als grens van statistische significantie (Fielding & Gilbert 2006).

5. Geboorteplan handhaving, wanneer het anders dreigt te lopen tijdens de bevalling.
6. Extra hulp en steun voor een thuisbevalling

De sub-zorgbehoeften 3 en 4 vallen onder de psychologische zorgbehoeften. Het gaat hier dan ook om een specifieke groep vrouwen, waar een doula een belangrijke bijdrage aan kan leveren. Wanneer een doula er niet bij betrokken is, zou deze specifieke coaching opgepakt kunnen worden door de verloskundige of langs andere wegen (zelfhulp, sociaal netwerk, hypnobirthing, zwangerschapskursus, psycholoog etc.). Veelal heeft een verloskundige te weinig tijd om aan de psychologische zorgbehoefte aandacht te besteden en zal de verloskundige met name tijdens de zwangerschap en bevalling moeder en kind fysiologisch willen controleren.

De sub-zorgbehoeften 1, 2, 5 en 6 van zwangere vrouwen zouden eventueel ook ingevuld kunnen worden vanuit het sociale of (professionele) netwerk. Echter bleek uit de diagrammen (Figuur 14), dat maar 13% van de familie en 6% vrienden aanwezig zijn bij de bevalling van de 273 respondenten. Dit betekent dat een bevalling gezien wordt als een zeer intieme aangelegenheid waar enkel de partner vanuit het sociale netwerk aanwezig is. De emotionele steun en invulling van deze vier sub-zorgbehoeften zou dan voornamelijk van de partner afkomstig moeten komen (voor 95% is de partner aanwezig bij de bevalling).

Het effect op de aanwezigen tijdens de bevalling in het sociale en professionele netwerk is gering. De verpleegkundige is de enige beroepsmatige waarop een doula een licht effect heeft (significante waarde van 0.025). Dit houdt in dat een doula eerder een aanvulling is bij een bevalling, dan dat zij een plaatsvervanger is voor anderen. Verpleegkundigen werken in het ziekenhuis en zullen ter assistentie aanwezig zijn bij een bevalling. De assistentie van een verpleegkundige is waarschijnlijk minder nodig voor barende vrouwen, wanneer er een doula aanwezig is. De zorgvraag in 'continuïteit in aanwezigheid' zal overgenomen worden door een doula en een verpleegkundige zal vooral voor medische assistentie in zorg aanwezig zijn.

Op de steunbelevingen van vrouwen op het sociale netwerk heeft een doula een groot effect. Het zwaartepunt is duidelijk te vinden op het sociale netwerk. Het effect is het grootst op de steunbelevingen op haar partner en familie. Beide hebben een significante p-waarde van 0.000. Gevolgd door de steunbelevingen op vrienden (significante waarde 0.002). Uit de interviews met moeders met een doula ervaring (§ 4.2), blijkt dat de partner veelal blij en

gerustgesteld is met de aanwezigheid van een doula bij de bevalling. Omdat de verantwoordelijke taak in het bieden van (continue) steun niet enkel meer op de schouders van de partner ligt. Het effect op de familie steunbeleving, zou kunnen betekenen dat een doula de rol van een familielid (moeder, zus, nicht, tante) gedeeltelijk overneemt omdat er gebrekkig of geen steun is vanuit de familiekring van de vrouw tijdens de zwangerschap en bevalling. Dit zelfde geldt (in mindere mate) voor de steun vanuit de vriendenkring. Geconcludeerd kan worden dat een doula steun biedt aan vrouwen dat het karakter heeft van het soort steun dat (normaliter) vanuit de partner, familie of vrienden komt.

Het effect van een doula op de steunbelevingen op het professionele netwerk had gering tot geen significante p-waarde: verloskundigen sig.: 0.099 en gynaecologen sig.: 0.126. Er is dus is geen betrouwbaar effectresultaat gemeten. Hieruit is op te maken dat deze professionals weinig tot geen overlap hebben met de rol van een doula. Uit de semigestructureerde interviews met moeders met doula ervaring kwam af en toe wel een spanning naar voren tussen een doula en verloskundige (§ 3.3). Dit had veelal te maken dat een doula en verloskundige een aantal overlappende taken hebben met elkaar. Zoals het opstellen van een geboorteplan met een vrouw en informatie geven over de zwangerschap en bevallen. Ook speelde mee dat een doula een nieuw begrip is voor een verloskundige wat onduidelijkheid kan geven. Onduidelijkheid bestaat waar de taken van een doula ophouden en die van een verloskundige beginnen of gedeeltelijk overlappen. Uit onderzoeken in Australië en de Verenigde Staten is gebleken dat het samenwerken tussen een doula en verloskundige nogal eens problemen met zich meebrengt. De verloskundige en/of verpleegkundige vinden dan dat de doula haar taken overneemt bij de relationele opbouw met de zwangere vrouw. Aan de andere kant geeft de verloskundige/verpleegkundige aan te weinig tijd te hebben voor deze emotionele en informatieve gerichte zorg en vult de doula dit gat in het geboortesysteem op (Gilliland 2002; Stevens 2010). In dit onderzoek zijn er niet genoeg data beschikbaar om de samenwerkingsband tussen verloskundigen en doula's te beschrijven en analyseren. Er kan enkel geconcludeerd worden dat een doula een aantal overlappende taken heeft met een verloskundige en dat dit eventueel een spanningsveld kan opleveren, óf juist een goede samenwerking en versterking van het team kan zijn.

Slotanalyse

Een doula heeft in Nederland het grootste effect op de psychologische zorgbehoeften zoals, coaching in: bevallingsangst, angst voor pijn en traumatische (eerste) bevalling / ervaring. Dit gaat dan ook om specifieke groepen vrouwen waar een doula een essentiële steun voor kan zijn tijdens de bevalling. Daarnaast heeft een doula een effect op de emotionele zorgbehoefte van vrouwen, zoals continue aanwezigheid, steun en comfort bieden tijdens de bevalling. Dit geldt voor een grotere groep vrouwen die hier profijt bij zouden hebben en met name de groep vrouwen met een klein sociaal netwerk. Op basis van de interviews met doula's en moeders en de effectresultaten, zou een doula omschreven kunnen worden als een 'moeder' of 'vriendin' van een zwangere vrouw, die tevens ook een psychosociale coach is op het gebied van zwangerschap en bevallen. Oftewel een doula is een vrouw met een 'warme professionaliteit'. Deze rol van een 'moeder' of 'vriendin' komt sterk overeen met de beschrijvingen uit de bevallingsverhalen uit andere samenlevingen (§ 1.2: Agta uit de Filipijnen, Maya uit Mexico en Amurang uit Indonesië). Binnen deze samenlevingen wordt een bevalling beschouwt als een gebeurtenis waar juist het sociale netwerk een belangrijke rol speelt. Allereerst, behoort de moeder van de barendende vrouw altijd aanwezig te zijn om haar dochter emotioneel, mentaal en fysiek te ondersteunen. Daarnaast zijn ook andere vrouwen (vroedvrouw, vrouwelijke familieleden, vriendinnen en buurvrouw) aanwezigheid voor extra ondersteuning. Uit fysiologische onderzoeken zou de aanwezigheid van een sociaal netwerk van intieme contacten (aanraking, knuffelen, massage, vertrouwensband) de oxytocineproductie stimuleren wat een bevorderlijke werking heeft op een beter en sneller verloop van de bevalling. Uit de semigestructureerde interviews met vrouwen met een doula ervaring, kwam naar voren dat zij niet hun moeder bij de bevalling wilde hebben, omdat dit eerder stress zou opleveren dan steun, wegens een complexe moeder- dochter relatie. Op het lage aanwezigheidspercentage van familieleden tijdens de bevalling (Figuur 14) en de complexe moeder- dochter relatie, lijken de familiebanden in Nederland minder nauw in vergelijking met de bovengenoemde samenlevingen. Een doula lijkt dan wel een betaalde professional die deze 'moeder' of 'vriendin' rol tijdelijk overneemt. Naast deze 'psychosociale' steun, vinden vrouwen de professionaliteit, ruime kennis en ervaring in zwangerschap en bevallen van grote waarde om voor een doula te kiezen. De financiële overeenkomst met een doula wordt dan ook als prettig ervaren (dit bedrag ligt tussen de 700,- à 1000,- euro). Want dit geeft haar zekerheid in continue aanwezigheid tijdens de bevalling en een ervaringskundige waar

een vrouw altijd van op aan kan met vragen of hulp. Het wordt omschreven als een ‘zuivere’ relatie tussen een doula en zwangere vrouw, beide partijen weten waar ze aan toe zijn, want van te voren zijn er onderling afspraken en overeenkomsten gemaakt) Op deze manier is een vrouw niet afhankelijk van de ‘goede wil’ van uit haar sociale netwerk om haar te steunen tijdens de zwangerschap en bevalling. Een andere reden waarom vrouwen voor een doula kiezen is voor hun partner. Een doula ondersteunt en stuurt de partner ook aan tijdens de bevalling, zodat een vrouw zich weer beter ondersteund voelt door haar partner.

Samenvattend, de aanwezigheid van een doula bij een zwangerschap en bevalling draagt bij aan de psychosociale zorgbehoeften van vrouwen in Nederland. Vanuit verschillende beweegredenen kiezen vrouwen in Nederland voor een doula voor extra steun in psychologische en emotionele zorgbehoeften. Vervolgonderzoeken zouden aan kunnen tonen wat het effect is van een doula op het aantal medische interventies, bevallingservaringen van moeders en/of het samenwerkingsverband met andere bevallingsprofessionals. Deze onderzoeken zouden nader inzicht kunnen geven in welke mate een doula een rol vervult in de psychosociale zorg bij een zwangerschap en bevalling in Nederland.

Referenties

- Aaronson, L. S. (1989). *Perceived and received support: Effects on health behavior during pregnancy*, *Nursing Research*, 38: 4-9.
- Actiz (15-12-2013), *Minder baby's sterven rond geboorte* (mei 2013), <http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/kraamzorg/nieuws/minder-babys-sterven-rond-geboorte>
- Akhavan, S., Lundgren, I. (2012) *Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden*, *Midwifery*, 28: 80-85.
- Allen, D.R. (2004) *Managing Motherhood, Managing Risk: Fertility and Danger in West Central Tanzania*, The University of Michigan Press, U.S.A..
- Austin, P.C. (2011) *An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies*, Taylor & Francis Group, LLC, *Multivariate Behavioral Research*, 46:399–424.
- Bowers J., Hansen B. (2005) *Attributing Effects to A Cluster Randomized Get-Out-The-Vote Campaign*, Technical Report 448, Statistics Department, University of Michigan.
- Buitendijk, S. (2011) *Gender Issues in Determining the Service and Research Agenda for Pregnancy and Birth Care: the Case of Home Birth in the Netherlands*, *Interdisciplinary Science Reviews*, Vol. 36 No. 2, June, 2011, 193–202
- Centraal Bureau voor Statistiek (CBS, 29-09-2013), *Zorg en welzijn, Bevalling: 1989-2012*.
- Central Intelligence Agency (17-06-2014), the World Factbook: Country comparison: Maternal Mortality rate 2010: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2223rank.html?countryName=Australia&countryCode=as®ionCode=aus&rank...>
- Chapman, R.R. (2003) *Endangering Safe Motherhood in Mozambique: Prenatal Care as Pregnancy Risk*, *Social Science & Medicine*, 57: 355-374.
- Cheyney, M. (2011) *Reinscribing the Birthing Body: Homebirth as Ritual Performance*, *Medical Anthropology Quarterly*, 25: 519-542
- Christakis NA, Iwashyna TI (2003) *The Health Impact of Health Care on Families: A matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses*, *Social Science & Medicine*, 57: 465-475.
- Code of Ethics AAA, version 2012 (23-06-2014), <http://ethics.aaanet.org/ethics-statement-0-preamble/>
- Data World Bank, (30-10-2013), *Over 99 percent of maternal deaths occur in developing*

countries (2010), <http://data.worldbank.org/news/over-99-percent-of-maternal-deaths-occur-in-developing-countries>

Davis-Floyd, R. E., Sargent, C. & R.Rapp (eds) (1997) *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspective*, University of California, Los Angeles

Davis-Floyd, R.E., Barclay, L. & Tritten, J. (2009) *Birth Models that Work*, University of California Press Ltd, London, Engeland.

De Jonge, A. et al (2013), *Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study*, BMJ, 346: f3263.

DONA (29-06-2014), *home*, <http://www.dona.org/>

Doula.nl (25-06-2014) *doula worden, iets voor jou?* <http://www.doula.nl/html/worden.php>

Early, J. D. (1998) *Population dynamics of a Philippine rain forest people: the San Ildefonso Agta*, The University Press of Florida, Gainesville

EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT (2013) *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. www.europeristat.com

Fielding, J., Gilbert, N. (2006) *Understanding Social Statistics*, SAGE publication Ltd, London

Gilliland, A.L. (2002) *Beyond Holding Hands: The Modern Role of the Professional Doula*, JOGNN Clinical Issues, 31(6): 762-769

Gottlieb, A. (2004) *The Afterlife is Where We Come From- The Culture of Infancy in West-Africa* Chicago, The University of Chicago Press.

Greenland, S., Pearl, J., & Robins, J. M. (1999). *Causal diagrams for epidemiologic research*. *Epidemiology*, 10, 37–48.

Heckman, J., Ichimura, H., Smith, J. and P. Todd (1998). *Characterizing Selection Bias Using Experimental Data*. *Econometrica*, 66 (5): 1017–1098.

Hodnett, .E.D., Gates S., Hofmeyr G.J. and C. Sakala (2012) *Continuous support for women during childbirth (Review)* The Cochrane, 10.

Holland, P.W. (1986) *Statistics and Causal Inference*, Journal of the American Statistical Association, 81(396), 945{960.

Husson F., Lê S., Pagès J. (2011), *Exploratory Multivariate Analysis by Example Using R*, CRC Press, Taylor & Francis Group, New York.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007) *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, Geneva: IASC.

Johnson, D. (1987) *A New Threat to Pregnant Women's Autonomy*, The Hastings Center Report, Vol. 17, No. 4, pp. 33-40.

Johnson-Hanks, J. (2002) *On the Limits of Life Stages in Ethnography: Toward a Theory of Vital Conjunctions*, *American Anthropologist*, 104(3): 865-880.

Jordan, B. (1980) *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Eden Press Women's publications, Montréal, Canada.

Katchova, A.L. (2010) *Agricultural Contracts and Alternative Marketing Options: A Matching Analysis*. *Journal of Agricultural and Applied Economics*, 42:1-6.

Klaus, M.H. & P.H., Kennell, J.H. (1993) *The Doula Book: How a Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth*, A Merloyd Lawrence Book by Perseus Books Group, Boston.

Kozhimannil, K.B. et al (2013) *Doula Care, Birth Outcomes, and Costs Among Medicaid Beneficiaries*, *American Journal of Public Health*, 103(4): 113 - p:121.

Loizos P., Heady P. (1999) *Conceiving Persons Ethnographies of Procreation, Fertility and Growth*, The Athlone Press, London and New Brunswick, N.J.

KNOV (1-6-2014), *Stuurgroep zwangerschap en geboorte*, <http://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/333/stuurgroep-zwangerschap-en-geboorte/>

KNOV (29-09-2013), *het Nederlands verloskundig systeem*, <http://www.knov.nl/voor-anderen/het-verloskundig-systeem/>

Martin, J.A. et al. (2003), *Births: final data for 2002*. National Vital Statistics Report 52(10): http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr52/nvsr52_10.pdf

Mead, M. (1930) *Growing up in New Guinea - A Comparative Study of Primitive Education*, Blue Ribbon Books, Inc., New York City.

Mol, B.M.J. et al. (2010) *Hoge babysterfte niet door thuisbevalling*, *Medisch Contact*, 65 (45): 2390.

Morgan SL, Harding DJ (2006) *Matching Estimators of Causal Effects: Prospects and Pitfalls in Theory and Practice*, *Sociological Methods & Research*, 35(1): 3-60.

Morgan S.L., Winship C. (2007), *Counterfactuals and Causal Inference: Methods and Principles for Social Research (Analytical Methods for Social Research)*, Cambridge University Press

NBvD, Nederlandse Beroepsvereniging voor Doula's (10-06-2014), *gedragcodes*, <http://nbvd.nl/>

NCDO (30-10-2013), *Millenium doel 5*, <http://www.ncdo.nl/artikel/millenniumdoel-5>

NOS.nl (19-06-2014), *hoogleraar verzon 64 publicaties (2013)*, <http://nos.nl/artikel/554286-hoogleraar-verzon-61-publicaties.html>

NOS.nl (19-06-2014), *Fraude hoogleraar Stapel 'verbijsterend' (2011)*, <http://nos.nl/artikel/308864-fraude-hoogleraar-stapel-verbijsterend.html>

NOS.nl (27-06-2014) *Roei homo's in Uganda maar uit (2014)* <http://nos.nl/artikel/615955-roei-homos-in-uganda-maar-uit.html>

Norbeck, J. S., & Anderson, N. J. (1989), *Psychosocial predictors of pregnancy outcomes in low-income Black, Hispanic, and White Women*, *Nursing Research*, 38: 204-209.

Odent M. (1999) *The Scientification of Love*, Free Association Books: London and New York.

Peng, R.P. (2011) *Reproducible Research in Computational Science*, *Science*, 334: 1226 – 1227.

Provincie Noord-Holland, (25-11-2013) *Feiten en Cijfers*: <http://www.noord-holland.nl/web/Over-de-provincie/Feiten-en-cijfers.htm>

Provincie Zuid-Holland, (25-11-2013) *Feiten en Cijfers*: http://www.zuid-holland.nl/content_provincie/content_feiten_en_cijfers.htm

Rubin, D., Stuart, E.A. (2006). *A nely Invariant Matching Methods with Discriminant Mixtures of Proportional Ellipsoidally Symmetric Distributions*, *The Annals of Statistics*, 34(4): 1814-1826.

Rijnders, M. et al. (2008) *Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands*, *Birth*, 35:2.

Rosenbaum, P. R., Rubin, D.B. (1983) *The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects*, *Biometrika* 70 (1): 41–55.

R-project for Statistical Computing (14-05-2014), *Introduction to R*, <http://www.r-project.org/>

Sargent, S., Bascope G. (1996) *Ways of Knowing about Birth in three Cultures*, *Medical Anthropology Quarterly* 10(2): 213-236.

Sekhon, J.S. (2006) *Alternative Balance Metrics for Bias Reduction in Matching Methods for Causal Inference*, Technical report, Department of Political Science, UC Berkeley.

Shaw, J.C.A. (2013) *The Medicalizations of Birth and Midwifery as Resistance*, Health Care for Women International, 34:522-536.

Singer, M. & P.I. Erickson (2011) *A Companion to Medical Anthropology*, Blackwell Publishing Ltd., United Kingdom.

Smeenk, A.D.J., ten Have, H.A.M.J. (2003), *Medicalization and obstetric care: an analysis of developments in Dutch midwifery*, Medicine, Health Care and Philosophy, 6: 153-165.

Stevens, J., Dahlen, H., Jackson, D. (2011) *Midwives' and doulas' perspectives of the role of the doula in Australia*, Midwifery 27: 509-516.

Stichting Perinatale Registratie Nederland, PRN (2010) *Perinatale Zorg in Nederland*. Utrecht: Stichting Perinatale registratie Nederland, 2013.

Stichting Perinatale Registratie Nederland, PRN (2013): *Perinatale Zorg in Nederland 2012*. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland; 2013.

Tietjen, A. M., & Bradley, C. F. (1985). *Social support and maternal psychosocial adjustment during the transition to parenthood*, Canadian Journal of Behavioural Science, 17: 109-121.

Uvnäs Moberg K. (1998) *Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions*, psychoneuroendocrinology, 23(8): 819-835.

Uvnäs Moberg K. (2011) *The Oxytocin Factor: Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing*, Pinter en Martin Ltd, London.

Van der Sijpt, E. (2010) *Marginal matters: pregnancy loss as a social event*, Medical Anthropology Quarterly, 24(3): 381-398.

Volkskrant.nl (24-06-2014) *Babysterfte in Nederland daalt, maar is nog steeds hoog*, <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2686/Binnenland/article/detail/3447774/2013/05/27/Babysterfte-in-Nederland-daalt-maar-is-nog-steeds-hoog.dhtml>

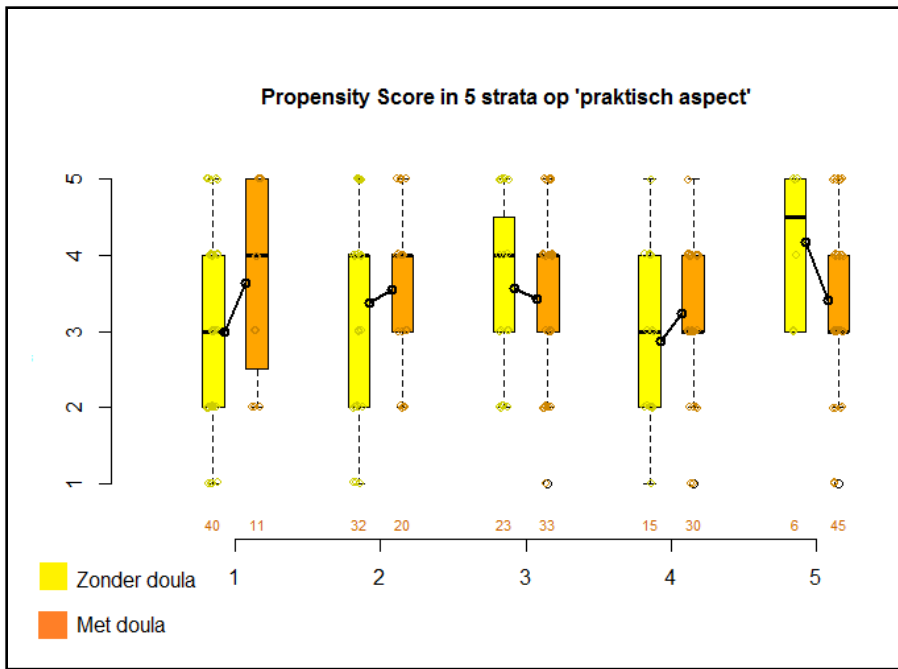
Winship, C., Morgan, S. (1999) *The estimation of causal effects from observational data*, Annual Review of Sociology 25: 659–707.

World Bank / P.J. Gertler et al. (2011) *Impact evaluation in practice*, World Bank, Washington DC.

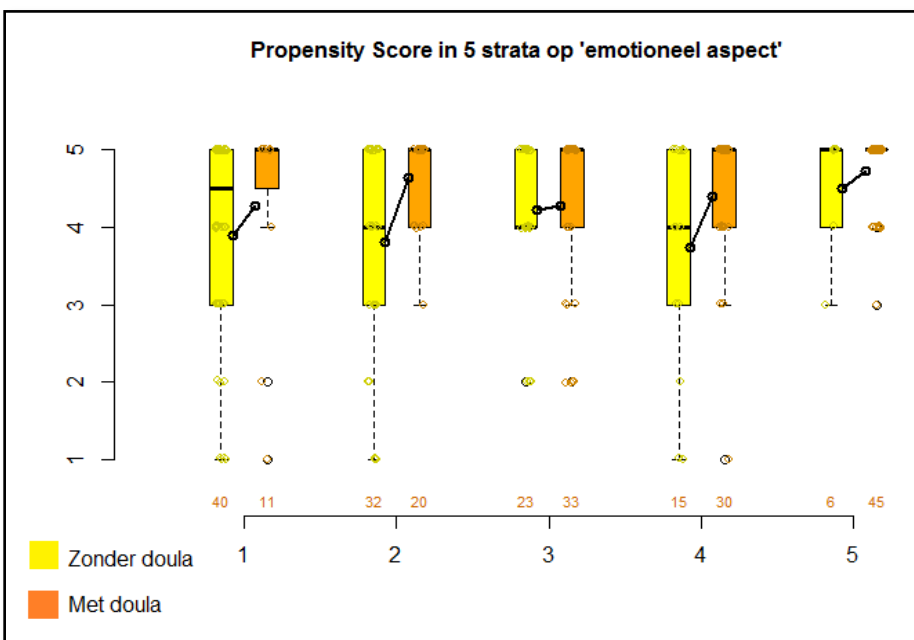
Appendix

Appendix 1 – Boxplots op drie zorgbehoefen

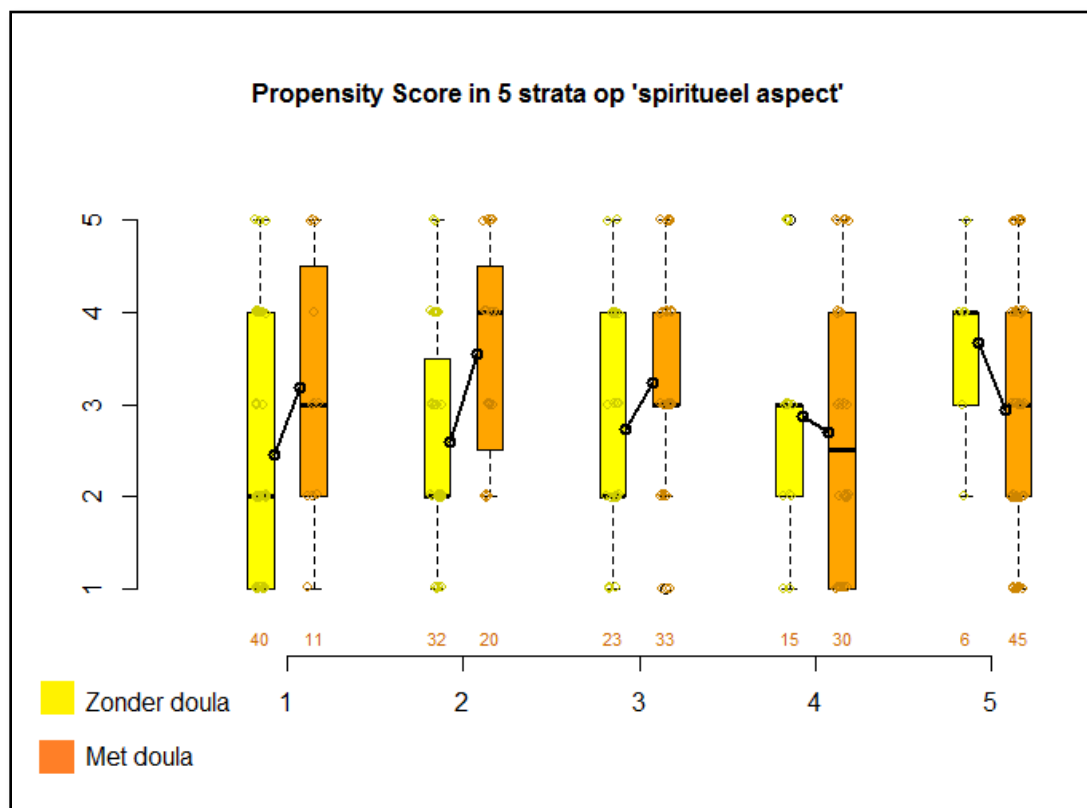
Figuur 15 - PS boxplot in vijf strata op praktische zorgbehoefte.



Figuur 16 - PS boxplot in vijf strata op emotionele zorgbehoefte.



Figuur 17 - PS boxplot in vijf strata op spirituele zorgbehoefte.



Appendix 2 – T-testen en kruistabellen

Tabel 13 - T-test op vier zorgbehoeften, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).

Behoeften		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Praktisch	0	-,879	268	,380	-,12428	,14134	-,40255	,15399
	1	-,866	239,394	,387	-,12428	,14349	-,40695	,15838
Emotioneel	0	-3,822	268	,000 ***	-,50608	,13243	-,76680	-,24535
	1	-3,725	219,895	,000 ***	-,50608	,13585	-,77382	-,23834
Psychologisch	0	-5,570	268	,000 ***	-,89350	,16040	-1,20931	-,57770
	1	-5,454	228,426	,000 ***	-,89350	,16383	-1,21631	-,57070
Spiritueel	0	-2,009	268	,046 *	-,31894	,15876	-,63150	-,00637
	1	-2,016	264,200	,045 *	-,31894	,15818	-,63039	-,00748

Tabel 14 - Kruistabel op de vier zorgbehoeften, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).

			Kruistabel behoeften					Totaal
			n.v.t.	Minst belangrijk	neutraal	Belangrijk	Belangrijkste	
Praktische behoefte	0	Count	11	29	25	34	25	124
		Expected Count	7,3	24,8	33,1	36,7	22,0	124,0
		% of Total	4,1%	10,7%	9,3%	12,6%	9,3%	45,9%
		Adjusted Residual	1,9	1,3	-2,2	-,7	,9	
	1	Count	5	25	47	46	23	146
		Expected Count	8,7	29,2	38,9	43,3	26,0	146,0
		% of Total	1,9%	9,3%	17,4%	17,0%	8,5%	54,1%
		Adjusted Residual	-1,9	-1,3	2,2	,7	-,9	

Totaal <i>Kendall's tau-b:</i> ,509		Count	16	54	72	80	48	270
		Expected Count	16,0	54,0	72,0	80,0	48,0	270,0
		% of Total	5,9%	20,0%	26,7%	29,6%	17,8%	100,0%
Emotio- nele behoefte	0	Count	9	11	13	34	57	124
		Expected Count	5,1	8,3	10,1	29,9	70,7	124,0
		% of Total	3,3%	4,1%	4,8%	12,6%	21,1%	45,9%
		Adjusted Residual	2,4	1,3	1,3	1,2	-3,4	
	1	Count	2	7	9	31	97	146
		Expected Count	5,9	9,7	11,9	35,1	83,3	146,0
		% of Total	0,7%	2,6%	3,3%	11,5%	35,9%	54,1%
		Adjusted Residual	-2,4	-1,3	-1,3	-1,2	3,4	
Totaal <i>Kendall's tau-b:</i> ,000		Count	11	18	22	65	154	270
		Expected Count	11,0	18,0	22,0	65,0	154,0	270,0
		% of Total	4,1%	6,7%	8,1%	24,1%	57,0%	100,0%
Psycho- logische behoefte	0	Count	26	18	22	26	32	124
		Expected Count	14,2	14,7	18,8	29,4	46,8	124,0
		% of Total	9,6%	6,7%	8,1%	9,6%	11,9%	45,9%
		Adjusted Residual	4,5	1,2	1,1	-1,0	-3,7	
	1	Count	5	14	19	38	70	146
		Expected Count	16,8	17,3	22,2	34,6	55,2	146,0
		% of Total	1,9%	5,2%	7,0%	14,1%	25,9%	54,1%
		Adjusted Residual	-4,5	-1,2	-1,1	1,0	3,7	
Totaal <i>Kendall's tau-b:</i> ,000		Count	31	32	41	64	102	270
		Expected Count	31,0	32,0	41,0	64,0	102,0	270,0
		% of Total	11,5%	11,9%	15,2%	23,7%	37,8%	100,0%
Spirituele behoefte	0	Count	24	39	23	26	12	124
		Expected Count	21,1	33,5	26,6	25,3	17,5	124,0
		% of Total	8,9%	14,4%	8,5%	9,6%	4,4%	45,9%

		Adjusted Residual	,9	1,5	-1,1	,2	-1,9	
	1	Count	22	34	35	29	26	146
		Expected Count	24,9	39,5	31,4	29,7	20,5	146,0
		% of Total	8,1%	12,6%	13,0%	10,7%	9,6%	54,1%
		Adjusted Residual	-,9	-1,5	1,1	-,2	1,9	
Totaal		Count	46	73	58	55	38	270
<i>Kendall's tau-b:</i>		Expected Count	46,0	73,0	58,0	55,0	38,0	270,0
<i>,044</i>		% of Total	17,0%	27,0%	21,5%	20,4%	14,1%	100,0%

Tabel 15 - T-test op elf sub-zorgbehoeften, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).

Behoeften	t-test for Equality of Means							
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Ontoereikende steun uit mijn sociale netwerk.	0	1,929	271	,055	,07908	,04100	-,00164	,15979
	1	1,976	268,967	,049	,07908	,04001	,00031	,15785
Een traumatische ervaring meegemaakt (vb. miskraam, misbruik)	0	4,432	271	,000	,18651	,04209	,10365	,26937
	1	4,679	227,322	,000	,18651	,03986	,10797	,26505
Speciale en positieve bevallingservaring ervan maken.	0	2,152	271	,032	,12968	,06027	,01102	,24834
	1	2,157	264,257	,032	,12968	,06013	,01128	,24809
Opzien tegen de bevalling en de pijn.	0	3,218	271	,001	,15019	,04667	,05831	,24207
	1	3,320	263,997	,001	,15019	,04524	,06112	,23927
Praktische informatie over bevallen in NL en het verloskundig systeem.	0	1,953	271	,052	,07507	,03844	-,00061	,15075
	1	2,008	266,821	,046	,07507	,03738	,00146	,14868
Natuurlijke	0	1,038	271	,300	,06235	,06005	-,05587	,18057

bevalling, zonder pijnstilling en medische interventies.	1	1,036	260,008	,301	,06235	,06016	-,05612	,18082
Ik wil thuis bevallen	0	-3,727	271	,000	-,20730	,05561	-,31679	-,09781
	1	-3,671	241,824	,000	-,20730	,05647	-,31853	-,09606
Steun & comfort voelen voor bevordering van zelfvertrouwen en ontspanning	0	10,068	271	,000	,52317	,05196	,42086	,62547
	1	10,058	261,036	,000	,52317	,05201	,42075	,62558
Iemand mij herinnert of opkomt voor mijn geboorteplan wanneer het dreigt anders te lopen tijdens de bevalling.	0	4,751	271	,000	,27744	,05840	,16246	,39242
	1	4,779	267,255	,000	,27744	,05805	,16315	,39173
Geen partner, extra steun van iemand die ik vertrouw.	0	1,312	270	,191	,03531	,02691	-,01768	,08830
	1	1,352	262,596	,178	,03531	,02612	-,01613	,08675
Continuïteit in aanwezigheid tijdens de bevalling.	0	6,747	271	,000	,38082	,05645	,26969	,49195
	1	6,768	264,963	,000	,38082	,05627	,27002	,49161

Tabel 16 - Kruistabel op elf sub-zorgbehoeften, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).

Kruistabel in behoeften					
Behoeften					Total
			Ja	Nee	
Een traumatische ervaring meegemaakt (vb. miskraam, misbruik)	0	Count	6	118	124
		Expected Count	18,6	105,4	124,0
		% of Total	2,2%	43,2%	45,4%
		Adjusted Residual	-4,3	4,3	
	1	Count	35	114	149

		Expected Count	22,4	126,6	149,0
		% of Total	12,8%	41,8%	54,6%
		Adjusted Residual	4,3	-4,3	
Total		Count	41	232	273
Cramer's V: 0.00		Expected Count	41,0	232,0	273,0
		% of Total	15,0%	85,0%	100,0%
Speciale en positieve bevallingservaring ervan maken.	0	Count	48	76	124
		Expected Count	56,8	67,2	124,0
		% of Total	17,6%	27,8%	45,4%
		Adjusted Residual	-2,1	2,1	
	1	Count	77	72	149
		Expected Count	68,2	80,8	149,0
		% of Total	28,2%	26,4%	54,6%
		Adjusted Residual	2,1	-2,1	
Total		Count	125	148	273
Cramer's V: 0.32		Expected Count	125,0	148,0	273,0
		% of Total	45,8%	54,2%	100,0%
Opzien tegen de bevalling en de pijn.	0	Count	13	111	124
		Expected Count	23,2	100,8	124,0
		% of Total	4,8%	40,7%	45,4%
		Adjusted Residual	-3,2	3,2	
	1	Count	38	111	149
		Expected Count	27,8	121,2	149,0
		% of Total	13,9%	40,7%	54,6%
		Adjusted Residual	3,2	-3,2	
Total		Count	51	222	273
Cramer's V: 0.002		Expected Count	51,0	222,0	273,0
		% of Total	18,7%	81,3%	100,0%
Praktische	0	Count	9	115	124

informatie over bevallen in NL en het verloskundig systeem.		Expected Count	14,1	109,9	124,0
		% of Total	3,3%	42,1%	45,4%
		Adjusted Residual	-1,9	1,9	
	1	Count	22	127	149
		Expected Count	16,9	132,1	149,0
		% of Total	8,1%	46,5%	54,6%
		Adjusted Residual	1,9	-1,9	
Total		Count	31	242	273
Cramer's V: 0.52		Expected Count	31,0	242,0	273,0
		% of Total	11,4%	88,6%	100,0%
Natuurlijke bevalling, zonder pijnstilling en medische interventies.	0	Count	68	56	124
		Expected Count	72,2	51,8	124,0
		% of Total	24,9%	20,5%	45,4%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
	1	Count	91	58	149
		Expected Count	86,8	62,2	149,0
		% of Total	33,3%	21,2%	54,6%
		Adjusted Residual	1,0	-1,0	
Total		Count	159	114	273
Cramer's V: 0.298		Expected Count	159,0	114,0	273,0
		% of Total	58,2%	41,8%	100,0%
Ik wil thuis bevallen.	0	Count	54	70	124
		Expected Count	40,0	84,0	124,0
		% of Total	19,8%	25,6%	45,4%
		Adjusted Residual	3,6	-3,6	
	1	Count	34	115	149
		Expected Count	48,0	101,0	149,0
		% of Total	12,5%	42,1%	54,6%
		Adjusted Residual	-3,6	3,6	

Total		Count	88	185	273
Cramer's V: 0.00		Expected Count	88,0	185,0	273,0
		% of Total	32,2%	67,8%	100,0%
Steun & comfort voelen voor bevordering van zelfvertrouwen en ontspanning.	0	Count	30	94	124
		Expected Count	65,4	58,6	124,0
		% of Total	11,0%	34,4%	45,4%
		Adjusted Residual	-8,6	8,6	
	1	Count	114	35	149
		Expected Count	78,6	70,4	149,0
		% of Total	41,8%	12,8%	54,6%
		Adjusted Residual	8,6	-8,6	
Total		Count	144	129	273
Cramer's V: 0.00		Expected Count	144,0	129,0	273,0
		% of Total	52,7%	47,3%	100,0%
Iemand mij herinnert of opkomt voor mijn geboorteplan wanneer het dreigt anders te lopen tijdens de bevalling.	0	Count	38	86	124
		Expected Count	56,8	67,2	124,0
		% of Total	13,9%	31,5%	45,4%
		Adjusted Residual	-4,6	4,6	
	1	Count	87	62	149
		Expected Count	68,2	80,8	149,0
		% of Total	31,9%	22,7%	54,6%
		Adjusted Residual	4,6	-4,6	
Total		Count	125	148	273
Cramer's V: 0.00		Expected Count	125,0	148,0	273,0
		% of Total	45,8%	54,2%	100,0%
Geen partner, extra steun van iemand die ik vertrouw.	0	Count	4	120	124
		Expected Count	6,4	117,6	124,0
		% of Total	1,5%	44,1%	45,6%
		Adjusted Residual	-1,3	1,3	

	1	Count	10	138	148
		Expected Count	7,6	140,4	148,0
		% of Total	3,7%	50,7%	54,4%
		Adjusted Residual	1,3	-1,3	
Total	Cramer's V: 0.189	Count	14	258	272
		Expected Count	14,0	258,0	272,0
		% of Total	5,1%	94,9%	100,0%
Continuïteit in aanwezigheid tijdens de bevalling.	0	Count	36	88	124
		Expected Count	61,8	62,2	124,0
		% of Total	13,2%	32,2%	45,4%
		Adjusted Residual	-6,3	6,3	
	1	Count	100	49	149
		Expected Count	74,2	74,8	149,0
		% of Total	36,6%	17,9%	54,6%
		Adjusted Residual	6,3	-6,3	
Total	Cramer's V: 0.00	Count	136	137	273
		Expected Count	136,0	137,0	273,0
		% of Total	49,8%	50,2%	100,0%
Ontoereikende steun uit mijn sociale netwerk.	0	Count	11	113	124
		Expected Count	16,4	107,6	124,0
		% of Total	4,0%	41,4%	45,4%
		Adjusted Residual	-1,9	1,9	
	1	Count	25	124	149
		Expected Count	19,6	129,4	149,0
		% of Total	9,2%	45,4%	54,6%
		Adjusted Residual	1,9	-1,9	
Total	Cramer's V: 0.055	Count	36	237	273
		Expected Count	36,0	237,0	273,0
		% of Total	13,2%	86,8%	100,0%

Tabel 17 - T-test op aanwezigheid van personen bij de bevalling, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).

Aanwezigheid bij de bevalling		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Partner	0	-2,451	268	,015	-,05885	,02401	-,10613	-,01157
	1	-2,655	193,430	,009	-,05885	,02217	-,10257	-,01513
Familie	0	-1,044	267	,297	-,04262	,04083	-,12300	,03777
	1	-1,028	236,781	,305	-,04262	,04146	-,12430	,03906
Vrienden	0	,588	267	,557	,01711	,02910	-,04018	,07441
	1	,597	265,300	,551	,01711	,02867	-,03934	,07357
Verloskundige	0	-1,758	268	,080	-,09180	,05221	-,19460	,01101
	1	-1,783	266,584	,076	-,09180	,05148	-,19316	,00957
Gynaecoloog	0	1,753	267	,081	,10660	,06080	-,01311	,22631
	1	1,758	257,619	,080	,10660	,06062	-,01278	,22598
Verpleegkundige	0	,714	265	,476	,04359	,06105	-,07661	,16378
	1	,713	254,668	,476	,04359	,06112	-,07678	,16395
Kraamverzorger	0	-1,428	265	,155	-,07410	,05191	-,17630	,02810
	1	-1,413	243,455	,159	-,07410	,05245	-,17740	,02921

Tabel 18 - Kruistabel op steunbeleving van de moeder, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).

			Kruistabel in steunbeleving					Total
			n.v.t.	Matig	Neutraal	Goed	Zeer goed	
Partner	geen doula	Count	1	5	2	27	86	121
		Expected Count	4,9	5,8	6,3	37,6	66,3	121,0
		% of Total	0,4%	1,9%	0,7%	10,0%	31,9%	44,8%
		Adjusted Residual	-2,4	-,5	-2,4	-2,8	4,8	
	met doula	Count	10	8	12	57	62	149
		Expected Count	6,1	7,2	7,7	46,4	81,7	149,0
		% of Total	3,7%	3,0	4,4%	21,1%	23,0%	55,2%
		Adjusted Residual	2,4	,5	2,4	2,8	-4,8	
Totaal <i>Kendall's tau-b: ,000</i>		Count	11	13	14	84	148	270
		Expected Count	11,0	13,0	14,0	84,0	148,0	270,0
		% of Total	4,1%	4,8%	5,2%	31,1%	54,8%	100,0%
Familie	geen doula	Count	4	8	10	54	45	121
		Expected Count	4,9	11,2	22,9	50,2	31,8	121,0
		% of Total	1,5%	3,0%	3,7%	20,0%	16,7%	44,8%
		Adjusted Residual	-,6	-1,4	-4,0	,9	3,7	
	met doula	Count	7	17	41	58	26	149
		Expected Count	6,1	13,8	28,1	61,8	39,2	149,0
		% of Total	2,6%	6,3%	15,2%	21,5%	9,6%	55,2%
		Adjusted Residual	,6	1,4	4,0	-,9	-3,7	
Totaal <i>Kendall's tau-b: ,000</i>		Count	11	25	51	112	71	270
		Expected Count	11,0	25,0	51,0	112,0	71,0	270,0
		% of Total	4,1%	9,3%	18,9%	41,5%	26,3%	100,0%
Vrienden	geen doula	Count	3	9	20	71	18	121
		Expected Count	2,7	12,5	36,7	54,2	14,8	121,0
		% of Total	1,1%	3,3%	7,4%	26,3%	6,7%	44,8%

		Adjusted Residual	,3	-1,4	-4,5	4,1	1,2	
	met doula	Count	3	19	62	50	15	149
		Expected Count	3,3	15,5	45,3	66,8	18,2	149,0
		% of Total	1,1%	7,0%	23,0%	18,5%	5,6%	55,2%
		Adjusted Residual	-,3	1,4	4,5	-4,1	-1,2	
Totaal		Count	6	28	82	121	33	270
		Expected Count	6,0	28,0	82,0	121,0	33,0	270,0
		% of Total	2,2%	10,4%	30,4%	44,8%	12,2%	100,0%
Verlos- kundige	geen doula	Count	7	6	18	58	32	121
		Expected Count	4,9	6,3	22,4	67,2	20,2	121,0
		% of Total	2,6%	2,2%	6,7%	21,5%	11,9%	44,8%
		Adjusted Residual	1,3	-,2	-1,4	-2,3	3,9	
	met doula	Count	4	8	32	92	13	149
		Expected Count	6,1	7,7	27,6	82,8	24,8	149,0
		% of Total	1,5%	3,0%	11,9%	34,1%	4,8%	55,2%
		Adjusted Residual	-1,3	,2	1,4	2,3	-3,9	
Totaal		Count	11	14	50	150	45	270
		Expected Count	11,0	14,0	50,0	150,0	45,0	270,0
		% of Total	4,1%	5,2%	18,5%	55,6%	16,7%	100,0%
Gynaecoloog	geen doula	Count	75	10	18	13	5	121
		Expected Count	55,7	15,4	22,7	12,2	15,0	121,0
		% of Total	28,1%	3,7%	6,7%	4,9%	1,9%	45,3%
		Adjusted Residual	4,7	-2,0	-1,5	,3	-3,7	
	met doula	Count	48	24	32	14	28	146
		Expected Count	67,3	18,6	27,3	14,8	18,0	146,0
		% of Total	18,0%	9,0%	12,0%	5,2%	10,5%	54,7%
		Adjusted Residual	-4,7	2,0	1,5	-,3	3,7	
Totaal		Count	123	34	50	27	33	267

<i>Kendall's tau-b: ,000</i>	Expected Count	123,0	34,0	50,0	27,0	33,0	267,0
	% of Total	46,1%	12,7%	18,7%	10,1%	12,4%	100,0%

Tabel 19 - T-test op aanwezigheid van personen bij de bevalling, groep 0 (zonder doula) groep 1 (met doula).

Steunbeleving		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Gynaecoloog	00	-4,618	265	,000	-,78977	,17101	- 1,12648	-,45305
	11	-4,696	264,977	,000	-,78977	,16818	- 1,12091	-,45862
Vrienden	00	3,571	268	,000	,39120	,10955	,17552	,60688
	11	3,579	258,708	,000	,39120	,10932	,17594	,60647
Verloskundige	00	1,391	268	,165	,15841	,11391	-,06586	,38268
	11	1,354	221,835	,177	,15841	,11697	-,07210	,38892
Partner	00	4,548	268	,000	,55993	,12311	,31754	,80232
	11	4,720	261,396	,000	,55993	,11862	,32635	,79351
Familie	00	4,161	268	,000	,52765	,12680	,27801	,77729
	11	4,181	260,866	,000	,52765	,12622	,27912	,77618

Appendix 3 – R-logscript voorbeeld

```
## Using logistic regression for estimating propensity scores

doula.formu <- doula ~ leeftijd + opleid1 + rel_status + aantal_kind + thuis +
geboortecentrum + polikliniek + ziekenhuis + complicaties

doula.glm <- glm(doula.formu, family=binomial, data=defdoula)

attach(defdoula)

summary(doula.glm)

ps <- fitted(doula.glm) # Propensity scores
Y <- defdoula$psych_asp # Dependent variable
Tr <- defdoula$doula # Treatment indicator

strata <- cut(ps, quantile(ps, seq(0, 1, 1/5)), include.lowest=TRUE,
labels=letters[1:5])

## Checking the 'overlap' of the two groups with the chosen covariats for the
Propensity score for marching.

covars <- all.vars(doula.formu)
covars <- defdoula[,covars[2:length(covars)]]
cv.bal.psa(covars, defdoula$doula, ps, strata)

# Overlap in histograms of the two groups
summary(ps)
par(mfrow=c(2,1))
hist(ps[defdoula$doula==0], xlim=c(0.1,1))
hist(ps[defdoula$doula==1], xlim=c(0.1,1))
```

Appendix 4 – Semigestructureerde interviews voorbeelden

Kwalitatief: semigestructureerd interview met een moeder met doula ervaring

'Informed consent' uitgevoerd: Datum:	<i>Anoniem blijven / geen voorkeur</i>
Naam + leeftijd:	
Aantal kinderen + gezinssituatie:	
Nationaliteit / spreekt NL ? :	
Geloofsovertuiging:	
Beroep	
Woonplaats:	
Zwanger / Zwangerschap gehad?	
Eerder een doula gehad:	
Eerste lijn / tweede lijn / derde lijn, bijzonderheden:	
Te vrede over de verloskundige?	
E-mail:	

1. Hoe kwam u te weten over het bestaan van doula's?
2. Kunt u de zorgbehoefte verder toelichten waarom u voor een doula heeft gekozen?
4. In welke mate ervaart u steun uit je sociale kring (partner, familie, vrienden, burens etc), tijdens je zwangerschap en erna?

5. Wat zijn uw ervaringen met een doula? Beschrijf, hoe de relatie tussen jullie is en wat u er waardevol aan vond.
6. Welke toevoeging heeft een doula voor u tijdens de zwangerschap en bevalling gehad, naast uw sociale netwerk en verloskundige?
7. Hoe vaak heeft u contact gehad met uw doula? Kunt u beschrijven hoe dit contact verliep en welke onderwerpen aan orde kwamen?
8. Was het financieel moeilijk om een doula te nemen? Krijgt u hier vergoeding voor van de zorgverzekeraar?

Kwalitatief: semigestructureerd interview met een doula.

‘Informed consent’ uitgevoerd: Datum:	<i>Anoniem blijven / geen voorkeur</i>
Naam + leeftijd:	
Aantal kinderen + gezinssituatie:	
Nationaliteit / spreekt NL ? :	
Geloofsovertuiging:	
Beroep, naast doula?	
doula ‘pakket’ prijs	
Woonplaats:	
Wanneer als doula gestart: Hoeveel bevallingen meegemaakt:	
Zelf een doula gehad bij de	

zwangerschap?	
Doula opleiding gevolgd?	
E-mail:	

1. Waarom bent u een doula geworden?
2. Wat houdt doulaschap volgens u in?
3. Wat vindt u het belangrijkste in het contact met de moeder?
4. Wat is de rol van de partner, hoe besteed u hier aandacht aan?
5. Hoe ziet u uw eigen rol in vergelijking met de rol van de verloskundige?
6. Kunt u het proces beschrijven die u volgt met een zwangere vrouw?
7. Over welke services, kennis en vaardigheden beschikt u? Hoe weet u wat toe te passen bij welke vrouw? Is dit een standaard pakket of flexibel?
8. Vanuit welk perspectief benadert u een zwangerschap? Is het voornamelijk een biologisch proces of ligt de nadruk meer op een spirituele benadering?

Kwalitatief: semigestructureerd interview met een verloskundige

'Informed consent' uitgevoerd: Datum:	<i>Anoniem blijven / geen voorkeur</i>
Naam + leeftijd:	
Aantal kinderen + gezinssituatie:	
Nationaliteit / spreekt NL ? :	
Geloofsovertuiging:	

Woonplaats: Praktijk:	
Wanneer als verloskundige gestart: Hoeveel bevallingen meegemaakt:	
E-mail:	

3. Waarom bent u een verloskundige geworden?
4. Wat houdt verloskunde volgens u in?
3. Wat vindt u het belangrijkste in het contact met de moeder?
4. Wat is de rol van de partner, hoe besteed u hier aandacht aan?
5. Heeft u weleens van een doula gehoord? Zo ja, wat houdt een doula volgens u in?
5. Hoe ziet u uw eigen rol in vergelijking met de rol van een doula?
7. Kunt u de samenwerking beschrijven tussen u en een doula. Wat is uw mening over het beroep doula?

Appendix 5 – Online enquêtes