

Academiejaar 2009 – 2010

Rouw en psychisch lijden na miskraam en doodgeboorte

Marieke STROBBE

Promotor: Prof. Dr. M. Temmerman

Co-promotor: Dr. H. Verstraelen

Scriptie voorgedragen in de 2^{de} Master in het kader van de opleiding tot
MASTER IN DE GENEESKUNDE

Academiejaar 2009 – 2010

Rouw en psychisch lijden na miskraam en dodgeboorte

Marieke STROBBE

Promotor: Prof. Dr. M. Temmerman

Co-promotor: Dr. H. Verstraelen

Scriptie voorgedragen in de 2^{de} Master in het kader van de opleiding tot
MASTER IN DE GENEESKUNDE

“De auteur(s) en de promotor geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie.”

Datum

Strobbe Marieke

Prof.Dr.M.Temmerman

VOORWOORD

Met dank aan mijn promotor Prof. Dr. M. Temmerman. Verder zou ik graag mijn co-promotor Dr. Verstraelen willen bedanken voor de hulp die hij bood, voor de informatie die hij mij doorspeelde, alsook voor de waardevolle tips bij het schrijven van mijn masterproef.

Daarnaast wil ik Anneleen Van Malderen van de sociale dienst (UZ Gent) bedanken. Zij heeft mij kunnen vertellen over haar taak bij doodgeboortes na het 3de trimester. Zij heeft mij eveneens een rondleiding gegeven op het verloskwartier.

Tot slot wil ik mijn ouders, mijn vriend Tom en Carmen Perdu bedanken voor de steun en aanmoedigingen.

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT	1
INLEIDING.....	3
1. Definities en Epidemiologie	3
2. Etiologie	4
3. Rouw en psychisch lijden.....	5
4. De zorg	8
METHODOLOGIE	9
RESULTAAT.....	11
1. Vóór het verlies	11
1.1. Voorspellen hoe ouders het verlies zullen verwerken	11
1.2. Voortekenen	13
2. Het verlies.....	14
2.1. Gevoelens van depressie, angst, verdriet, schuld, falen, verlies van zelfvertrouwen en onrechtvaardigheid	14
2.2. Sociaal gebeuren.....	18
2.3. Partners en gezin.....	19
2.4. Dichte familie	20
3. Het leven gaat verder.....	23
3.1. Een nieuwe baby.....	23
3.2. Verschillende miskramen na elkaar.....	25
DISCUSSIE.....	26
1. DE ZORGVERLENING	26
1.1. Professionele zorg	26
1.2. Opvang bij voortekenen	29
1.3. Meedelen van het sterven	29
1.4. De bevalling	30
1.5. Afscheid nemen van het lichaam.....	31
1.6. Oorzaak van het verlies	32

1.7.	Angst, depressie en verdriet	32
1.8.	Partners, gezin en sociale steun	33
1.9.	De vader	34
1.10.	Na het ontslag	34
1.11.	Follow-up consulten	34
1.12.	Psychotherapie.....	37
1.13.	Lotgenotencontact	38
1.14.	Een nieuwe baby.....	38
1.15.	Waardering van de zorg.....	41
2.	WEERSLAG OP DE ZORGVERLENING	42
2.1.	Perspectief vroedvrouw	42
2.2.	Perspectief huisarts.....	43
	REFERENTIES.....	44

ABSTRACT

Deze scriptie geeft een overzicht van rouw en psychisch lijden na miskraam en doodgeboorte. We benaderen in de eerste plaats het perspectief van de moeder. Maar eveneens het gezin en de sociale omgeving worden besproken. De nadruk van deze scriptie ligt op de zorgverlening.

Echter, veel van de bevindingen zijn niet bewezen en we kunnen enkel bepaalde zaken suggereren. Dit omwille van te kleine steekproeven, niet representatieve steekproeven, biases door gebrek aan randomisatie, empirische studies, een te korte tijdsperiode, gebruik van vragenlijsten, etc. Heel wat onderzoeken spreken elkaar dan ook op verschillende vlakken tegen.

Verder onderzoek is nodig:

Studies over psychologische gevolgen als gevolg van zwangerschapsverlies zijn schaars (Brier, 2008). De empirische studies over de waargenomen werkelijkheid van de zwangerschap, aard en intensiteit van verdriet na een miskraam zijn eveneens uiterst beperkt (Brier, 2008). Een uitgebreide literatuurstudie over de gevolgen van een miskraam is uitdagend vanwege de variaties in de definitie en meting van de geestelijke gezondheid, de timing van de evaluaties na het verlies en de selectie van adequate controlegroepen (Klier et al., 2002). De prevalentie, het longitudinaal verloop en tot op zekere hoogte de pathologische klinische kenmerken van pathologisch verdriet na miskraam met de beste klinische behandeling zijn niet goed gedefinieerd. Meer cross-cultureel onderzoek is nodig op het gebied van vormgeving van verdriet. Het verlies is niet goed gekend in niet-westerse culturen (Lok and Neugebauer, 2007). Toekomstig onderzoek moet de overlap van depressie met symptomen van angst aanpakken. Zoals voor verdriet, is extra onderzoek nodig naar de invloed die een volgende zwangerschap en geboorte van een gezonde baby kan hebben op het beperken van depressieve symptomen na een zwangerschapsverlies (Klier et al., 2002).

Verder onderzoek naar de emotionele relatie tussen moeder en kind bij een zwangerschap volgend op een zwangerschapsverlies, is nodig (Klier et al., 2002). De lagere score op positief welzijn bij vrouwen dan bij mannen, kan te wijten zijn aan een sterkere antenatale band met het kind. Het is een onderwerp voor verder onderzoek (Säflund and Wredling, 2006). Zeer weinig studies zijn specifiek gericht op de relaties tussen de zwangerschapsduur, verdriet en miskraam. Aanvullend onderzoek is nodig naar de mate waarin de leeftijd van de moeder, aantal voorafgaande zwangerschapsverliezen, sociale steun, de rol van culturele overtuigingen en religieuze participatie de intensiteit van verdriet na miskraam kunnen matigen (Brier, 2008).

Wat tot nu toe weinig is bediscussieerd is de impact van de dood van een kind op het familiaal sociaal netwerk. Verder onderzoek naar veranderingen in het sociaal netwerk kunnen nuttig zijn voor verdere voorstellen van interventies. Het zou ook nuttig kunnen zijn de impact van verschillende types van

perinataal verlies te vergelijken. Verder zou het exploreren van de impact van de gesuggereerde interventies op het behoud of verbeteren van de kwaliteit van het sociaal netwerk nuttig zijn (De Montigny and Dumas, 1999). Er zijn geen studies naar de effecten van sociale steun bij verdriet na miskraam (Brier, 2008). Persoonlijke ervaringen van emotionele en sociale steun die ouders krijgen van hulpverleners, blijven relatief niet onderzocht (Simmons et al., 2006). Verder onderzoek is nodig om te bepalen hoe een zwangerschap na een zwangerschapsverlies beïnvloed wordt door een lagere socio-economische status, alternatieve familiale levensstijlen, en de geboorte van een kind die langdurige hospitalisatie nodig had op neonatale intensieve zorgen voor een ernstige medische aandoening (Lamb, 2002).

Er is te weinig onderzoek naar de ervaringen van vaders na een zwangerschapsverlies (Lok and Neugebauer, 2007; O'Leary and Thorwick, 2006).

Het consulteren vóór een volgende zwangerschap is een slecht onderzocht gebied (Wallerstedt et al., 2003). Weinig is bekend over welk effect een verlies heeft op de opvoeding van latere kinderen. Verder onderzoek moet gericht zijn naar gehechtheidstheorieën en wat de gevolgen van een perinataal verlies en onverwerkt verdriet kunnen hebben op latere zwangerschappen (Lamb, 2002). Ook adviseren door zorgverleners van een snelle nieuwe zwangerschap of te wachten tot het verdriet of depressieve symptomen zijn verwerkt, is onderwerp voor verder onderzoek (Klier et al., 2002).

Er is slechts beperkte research naar de werkzaamheid van follow-up. Verder onderzoek zou moeten gedaan worden met betrekking tot de werkzaamheid en de effecten van follow-up (Stratton and Lloyd, 2008).

Er is meer onderzoek nodig naar de beoordeling van de effecten van verschillende soorten interventies voor ouders en gezinnen na een zwangerschapsverlies (Flenady and Wilson, 2008). Er zijn studies nodig naar interventies in de preventie van psychologische morbiditeit na zwangerschapsverlies (Lok and Neugebauer, 2007). Verder onderzoek is nodig naar de risico's van abnormaal verdriet en doeltreffende interventies (Stratton and Lloyd, 2008). Hoewel verder onderzoek nog nodig is, kunnen richtlijnen voor het omgaan met verdriet na miskraam gebaseerd worden op beschikbare gegevens over het omgaan met andere belangrijke soorten verlies (Brier, 2008). Er is een gebrek aan onderzoek naar de feitelijke ervaringen van vroedvrouwen die verantwoordelijk zijn voor de zorg na zwangerschapsverlies (Roehrs et al., 2008).

Een grondig onderzoek van het effect van herhaald zwangerschapsverlies op de reactie van ouders is noodzakelijk. Tot nu toe zijn de bevindingen beperkt en tegenstrijdig (Kavanaugh and Robertson, 1999).

Er zijn ook onderwerpen waar nog geen onderzoek naar gedaan is. Bijvoorbeeld de ervaring van een gynaecoloog na een zwangerschapsverlies of het verlies van één baby bij een tweelingzwangerschap.

INLEIDING

1. Definities en Epidemiologie

Miskraam is het te vroeg baren van een onontwikkelde vrucht, meestal bedoeld een miskraam vóór de 16^e zwangerschapsweek; sommigen spreken van miskraam nog tot de 28^{ste} week (van Everdingen et al., 1998). Het is de meest voorkomende zwangerschapscomplicatie (Swanson, 2007). Ongeveer 10% van alle gediagnosticeerde zwangerschappen eindigt in een miskraam. Indien men de biochemische zwangerschappen meetelt (positief HCG maar geen aantoonbare vruchtzak) kan dit zelfs oplopen tot 30-40% (Temmerman, 2010). Epidemiologische studies tonen aan dat 1/3 vrouwen ten minste één klinisch of subklinisch miskraam heeft gedurende de reproductieve jaren (Wong et al., 2003).

Klassiek verstaat men onder **intra-uteriene vruchtdood**: het sterven van de foetus na de zestiende week. De incidentie is 0,3% (Temmerman, 2010). Er bestaat geen eenduidige definitie voor **doodgeboorte**. Vooral op vlak van zwangerschapsduur spreken verschillende bronnen elkaar tegen.

Medico-legaal verstaat men onder **doodgeboorte** elke foetale sterfte indien het gewicht bij de geboorte gelijk of hoger is dan 500 g of indien het gewicht bij de geboorte niet gekend is, de foetus die de overeenstemmende zwangerschapsduur van 22 volle weken of de overeenstemmende lichaamslengte van 25 cm (van kruin tot hiel) heeft bereikt. In dit geval geldt een registratieverplichting (Temmerman, 2008).

Herhaald zwangerschapsverlies komt voor bij 0,5% van de vrouwen (Klier et al., 2002). Het risico op een miskraam loopt op tot 30-40% bij vrouwen die reeds drie of meer miskramen hebben gehad in het verleden (Hutti, 2005).

Vooruitgang in de technologie zoals zwangerschapstests en vooral echografie, laat clinici toe een zwangerschap vroeger te diagnosticeren en op te volgen. De toename van in vitro bevruchting technologieën hebben de ramingen van miskraam en doodgeboorte verhoogd (Lamb, 2002).

2. Etiologie

Een miskraam in het eerste trimester wordt vrijwel steeds veroorzaakt door een stoornis in het embryo, dat zelfs in sommige gevallen totaal ontbreekt. Chromosoomafwijkingen worden aangetroffen in 50% van de vroege miskramen waarbij het niet altijd duidelijk is waarom de zwangerschap niet verder evolueerde (Temmerman, 2010).

Mogelijk gaat het om een natuurlijke selectie. Ook andere ernstige afwijkingen van de vrucht, infecties, endocriene stoornissen of insufficiëntie van het corpus luteum met onvoldoende progesteronproductie zijn beschreven als oorzaken van miskraam (Temmerman, 2010).

De oorzaak van vruchtdood in de latere zwangerschap verschilt meestal van het afsterven van de vrucht in het eerste trimester. Risicofactoren zijn: hogere maternale leeftijd, obesitas, een ernstige maternale hartaandoening, chronische hypertensie, preëclampsie, diabetes, een ernstige nierafwijking, ethylabusus, blootstelling aan teratogene invloeden hetzij medicatie of roken, voorgeschiedenis van intra-uteriene vruchtdood of groeivertraging, uterusmalformaties, placentaire afwijkingen, groeivertraging, rhesus immunisatie, meerlingzwangerschap, polyhydramnion, infecties, auto-immuunziekten bij de moeder, etc. (Temmerman, 2010).

3. Rouw en psychisch lijden

Miskraam is een ongewone vorm van de dood aangezien er geen duidelijk overlijdensproces is. De ervaringen van de vrouwen bij het verlies van een kind variëren in grote mate (Simmons et al., 2006). Vrouwen gaan op zoek naar redenen voor het verlies (Simmons et al., 2006; Stratton K. and Lloyd L., 2008). Vaak wordt door de arts geen duidelijke oorzaak meegedeeld. Als gevolg hiervan gaan vrouwen de oorzaak bij zichzelf zoeken. Dit maakt hen kwetsbaar voor schuld en stress (Stratton K. and Lloyd L., 2008). Meestal gaat men op zoek naar 'medische' omstandigheden, gedrag of levensstijl. Voor veel vrouwen is het een traumatische ervaring (Simmons et al., 2006). Deze traumatische ervaring kan zowel fysiek al psychologisch zijn. Angst, depressie en verdriet kunnen bij sommige vrouwen tot lang na het fysieke herstel persisteren (Nikčević et al., 2007). Ouders kunnen zich geschokt voelen, alsof een deel van hen is gestorven. Het leven gaat leeg of zinloos aanvoelen (Säflund and Wredling, 2006). Een zwangerschapsverlies wordt vaak niet opgevat als een echt verlies. Toch is aangetoond dat het verlies even ingrijpend en belangrijk is als elke andere vorm van rouw (Chan et al., 2008). Deze levenscrisis houdt niet enkel het verlies van hun baby in, maar ook het verlies van de toekomstige verwachtingen en dromen, het verlies van prenatale medische aandacht en de bezorgdheid over het vermogen om een nieuw leven te creëren (Lamb, 2002). De emoties verschillen niet veel van deze waargenomen bij een ander sterfgeval. Normale vroege reacties zijn neerslachtigheid, angst, prikkelbaarheid, veranderingen in het eet- en slaappatroon en preoccupatie met de overleden baby (Flenady and Wilson, 2008). Ook gevoelens van leegte, hulpeloosheid, schuldgevoelens, laag gevoel van eigenwaarde en woede zijn beschreven. Hoge mate van depressie en verdriet tot maximaal een jaar na een miskraam, worden verklaard als tekens van rouw. Angst en PTSS worden verklaard als de gevolgen van een trauma (Stratton K. and Lloyd L., 2008). De nabestaande ouders zijn een hoog-risico groep voor gecompliceerde rouw. De ouders kunnen ook risico lopen op een PTSS. Onvoldoende sociale steun, traumatische omstandigheden van de dood, moeilijkheden met het omgaan met een crisissituatie in het verleden, problematische verhoudingen binnen het gezin en de aanwezigheid van andere crisissituaties, hebben een negatieve invloed op de psychologische uitkomsten (Flenady and Wilson, 2008). De gemiddelde jaarlijkse zelfmoordcijfers binnen een jaar na een miskraam zijn significant hoger dan de zelfmoordcijfers voor vrouwen die zijn bevallen van een levend geboren kind, of voor vrouwen in de algemene bevolking (Klier et al., 2002). Miskraam kan gepaard gaan met een hoge mate van schuldgevoelens (Stratton K. and Lloyd L., 2008).

Vaders en moeders vertonen dezelfde patronen van symptomen, maar over het algemeen is het leed van de moeder intenser (Badenhorst and Hughes, 2007). De meer actieve en belangrijke rol die vaders gaan spelen in het ouderschap, is een factor die waarschijnlijk invloed heeft op de intensiteit van hun verdriet. De verhoogde gehechtheid van de ouders met het kind, is geassocieerd aan prenatale diagnostische procedures, geassisteerde voortplanting en echografieën. Het zou de intensiteit van het verdriet van de

moeder verhogen. Het is daarom te verwachten dat het ook de intensiteit van het verdriet van de vader kan verhogen. Het verdriet van de ouders kan de relatie en de familiedynamiek of opvoeding van de andere kinderen negatief beïnvloeden (Flenady and Wilson, 2008).

Er bestaan maatschappelijke taboes over zwangerschapsverlies. Dit kan ervoor zorgen dat een koppel gaat rouwen in stilte en in afzondering (Lamb, 2002).

Of laat foetaal verlies verschilt van vroeg foetaal verlies qua ernst, aard of duur van psychologische gevolgen, zal moeten blijken uit verder onderzoek (Klier et al., 2002).

Vrouwen die opnieuw zwanger zijn na een zwangerschapsverlies, ervaren meer angst, depressie en emotionele relatieproblemen met het kind dan vrouwen zonder dergelijke voorgeschiedenis (Klier et al., 2002). Angst is de meest gerapporteerde reactie. Vrouwen proberen hun emoties meer in toom te houden en zijn meer bezorgd. Ze maken zich meer zorgen over het verlies en de gezondheid van de baby. Ze hebben meer angst voor slecht nieuws (Stratton K. and Lloyd L., 2008).

Criteria voor de PTSS (Posttraumatische stressstoornis) (DSM-IV-PZ)

A De betrokkene is blootgesteld aan een zeer traumatische ervaring waarop hij reageerde met angst, hulpeloosheid of afschuw.

B De betrokkene herbeleeft de traumatische ervaring voortdurend door onaangename herinneringen, dromen, een gevoel van het opnieuw te beleven, of psychologische en fysiologische reacties bij blootstelling aan stimuli die de gebeurtenis kunnen representeren.

C De betrokkene vermijdt voortdurend prikkels die bij het psychotrauma horen. Het vermogen tot respons is algemeen verminderd.

D De betrokkene ervaart aanhoudend een verhoogde prikkelbaarheid, zoals blijkt uit veranderingen in het slaappatroon, toegenomen schrikreacties en overmatige waakzaamheid.

E De symptomen in de criteria B,C en D duren langer dan één maand, en de stoornis veroorzaakt in belangrijke mate lijden of beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren.

(Hengeveld et al., 2009)

Criteria voor de depressieve episode (DSM-IV-PZ)

A Ten minste vijf van de volgende symptomen zijn bijna elke dag aanwezig geweest binnen dezelfde periode van twee weken en zij weerspiegelen een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren. Ten minste één van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier:

1. Depressieve stemming (of kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn);
2. duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten;
3. duidelijk gewichtsverlies of duidelijke gewichtstoename zonder dat een dieet gevolgd wordt;
4. insomnie of hypersomnie;
5. psychomotorische agitatie of remming;
6. vermoeidheid of verlies van energie;
7. gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens;
8. verminderd vermogen tot nadenken of concentratie;
9. terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B De symptomen kunnen niet toegeschreven worden aan een stemmingsstoornis door een somatische aandoening, stemmingsstoornis door een middel of rouwreactie (een normale reactie op de dood van een geliefd persoon).

C De symptomen kunnen niet beter toegeschreven worden aan een psychotische stoornis (bijvoorbeeld schizo-affectieve stoornis).

(Hengeveld et al., 2009)

4. De zorg

Na een miskraam is er vaak een gebrek aan emotionele en sociale steun in vergelijking met een ander overlijden (Simmons et al., 2006). In deze kwetsbare situatie hebben de ouders nood aan steun van zorgverleners. Ze hebben nood aan advies over het creëren van een emotionele band met hun kind. Ze hebben hulp nodig bij het afscheid nemen van het kind, nood aan advies over hoe om te gaan met de situatie van een leven zonder het kind, etc. Studies hebben aangetoond dat het negeren van een zwangerschapsverlies kan resulteren in het falen van rouwen en kan leiden tot angst en depressie (Säflund and Wredling, 2006). Ouders zouden moeten gerust gesteld worden dat hun gevoelens normaal zijn en dat herstel meerdere maanden kan duren (Badenhorst and Hughes, 2007). Miskraam komt zo vaak voor dat de gevolgen vaak onderschat worden door de maatschappij met inbegrip van de gezondheidswerkers. Er zijn aanwijzingen dat een goeie zorg in het ziekenhuis na een miskraam een aanzienlijk effect kan hebben op het emotioneel en fysiek herstel. Toch zijn ouders vaak ontevreden over de zorgverlening (Corbet-Owen and Kruger, 2001; Evans et al., 2002; Thorstensen, 2000). Elke vrouw ervaart een zwangerschapsverlies op haar eigen manier. Het is belangrijk dat de hulpverleners luisteren naar de individuele perceptie van de ervaringen en handelen naar de noden van het individu. Mannen en vrouwen ervaren een miskraam anders. Het is belangrijk eveneens de behoeften van de man te onderkennen en hem te helpen bij het steunen van zijn vrouw (Stratton K. and Lloyd L., 2008).

Het is belangrijk bij een zwangerschap volgend op een zwangerschapsverlies, erkenning te tonen van het verlies, de bezorgdheid aan te pakken en extra ondersteuning te geven in de huidige zwangerschap naar de noden van de vrouw (Stratton K. and Lloyd L., 2008).

METHODOLOGIE

Deze masterproef is een literatuurstudie. De informatie hiervoor werd voornamelijk verzameld uit wetenschappelijke artikels. Pubmed was de voornaamste bron.

PubMed is een zoekmachine, gratis toegankelijk via het internet, die de MEDLINE databank met referenties naar medisch wetenschappelijke artikelen doorzoekt. Het webadres is <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez> . Via Engelse trefwoorden komt men terecht bij artikels betreffende een gewenst onderwerp. Het zoekresultaat levert de volledige referentie en een ‘abstract’ van het artikel op. Meestal werd ook een link naar de volledige tekst gevonden.

Om mij wat te oriënteren, heb ik alvorens artikels op te zoeken een aantal boeken geraadpleegd in de universitaire bibliotheken van het UZ Gent:

‘Als je baby sterft’, Cuisinier Marianne. Dit boek vond ik in 1P3.

‘De psychosociale zorg rond miskraam en perinatale sterfte’, Cuisinier Marianne. Dit boek vond ik in 1K3.

De volgende boeken had ik mij in de loop van de voorbije jaren reeds zelf aangeschaft :

‘Omgaan met een miskraam’, Spitz Bernard-Keirse Manu-Annemie Vandermeulen

‘Zwangerschap uitgewist?’, Trees Dehaene

‘Vlinderkind’, Marian Henderson

Na het lezen van deze boeken, kwam ik tot het inzicht dat rouw en het psychisch lijden bij abortus veel verschilt met miskraam en doodgeboorte. Ik heb toen beslist mijn oorspronkelijk onderwerp : ‘Rouw en psychisch lijden na abortus, miskraam en doodgeboorte af te bakenen tot: ‘Rouw en psychisch lijden na miskraam en doodgeboorte.’

Het lezen van bovenvermelde boeken hielp mij bij het maken van een voorlopige inhoudstafel en bij het vinden van zoektermen. Ik zocht artikels via de database “PubMed”. Aan de hand van verschillende zoekopdrachten bracht ik volgende zoektermen (al dan niet gecombineerd) in:

miskraam en doodgeboorte:

miscarriage, spontaneous abortion, perinatal loss, stillbirth, pregnancy loss

rouw en psychisch lijden:

mourning, psychological morbidity, depression, emotional, grief, guilt, experience

dichte familie:

father, grandparental, brother, sister, society

de zorg:

follow-up care, nursing, family doctor, general practitioner, gynaecologist, management, pregnancy termination support, quality of health care, self-help group

varia:

society, experiences, twins

Ik maakte gebruik van de limiet: 'gepubliceerd in de laatste 10 jaar'. Ook de functie 'related articles' werd gebruikt. Helaas waren sommige artikels zowel elektronisch als in papieren versie niet beschikbaar. Ik heb de meest relevante artikels geselecteerd.

RESULTAAT

1. Vóór het verlies

1.1. Voorspellen hoe ouders het verlies zullen verwerken

Zowel steun van de partner als sociale steun zouden een belangrijke rol spelen in het beschermen tegen negatieve psychologische gevolgen (Lang et al., 2004; Lok and Neugebauer, 2007). Sociale ondersteuning kan individuen in staat stellen de gebeurtenis in een meer positief licht te stellen. Door het beïnvloeden van gedrag en het bevorderen van succesvolle aanpassing aan het verlies, kan sociale steun een voorloper zijn van persoonlijke groei. Mannen en vrouwen met meer sociale steun maken minder kans een crisis in het leven als een bedreiging te beschouwen en hebben meer kans actieve verwerkingsstrategieën te ontwikkelen die gekoppeld zijn aan een succesvolle aanpassing en ‘posttraumatische groei’ (Lang et al., 2004). Ontevredenheid over de steun van de partner, leidt tot een hoger risico voor depressie. Hierbij moet wel de vraag gesteld worden of de ontevredenheid geen gevolg is van de depressie (Klier et al., 2002).

Vrouwen met een voorgeschiedenis van een psychiatrische aandoening hebben een verhoogd risico op psychiatrische morbiditeit na miskraam (Lok and Neugebauer, 2007). Patiënten die hoge depressiescores of hoge verdrietscores hebben onmiddellijk na het miskraam lopen meer risico voortgezette depressie, angst, schuld en woede te melden na een jaar (Klier et al., 2002).

Het niveau op de PBGS (post bereavement grief scale) is doorgaans hoger bij vrouwen die reeds hebben nagedacht over een naam, die het verlies ervaren van een baby, die reeds dingen hebben gekocht voor de baby, die veranderingen hebben gedaan in het huis, etc. Bovendien ervaren zij die de foetus hebben voelen bewegen (sneller) een groter verlangen. Er wordt dus een positieve relatie gevonden tussen de waargenomen werkelijkheid van de zwangerschap van de baby en het niveau van verdriet (Klier et al., 2002).

Persoonlijke kenmerken zoals ‘hardheid’ kunnen de gevolgen verzachten van onverwachte en belangrijke negatieve levensgebeurtenissen, zoals de dood van een foetus. ‘Hardheid’ wordt gemeten aan de hand van drie kenmerken: gevoel van persoonlijke controle (16 items), actieve oriëntatie (13 items) en betekenis geven aan het verlies (16 items). De theoretische score varieert van 45 tot 225. Een hoge score betekent een hoge graad van ‘hardheid’ (Lang et al., 2004). De ‘harde’ persoon gaat de situatie anders beoordelen, is eerder geneigd verandering te zoeken, is meer in staat door te gaan met het leven ondanks de negatieve gebeurtenis en kan door de gebeurtenis een persoonlijke groei ervaren.

'Hardere' personen zullen efficiënter steun zoeken en er gebruik van maken. De tevredenheid van de geschiktheid ervan zal hun beoordeling van de situatie veranderen. Ouders (vaders en moeders) die hoger scoren op 'hardheid' zijn meer tevreden met de steun van hun partner en de sociale steun. Ze hebben een positievere beoordeling van de situatie.

Situationele beoordeling is een voorspeller van de gezondheid van moeders. Wie een positieve beoordeling heeft van de situatie en geen deel uitmaakt van een koppel dat de scheiding overweegt, scoort hoger op gezondheid. In deze studie (Lang et al., 2004) wordt gezondheid gedefinieerd als de samensmelting van individuele verdrietreacties, tevredenheid over het huwelijk en het functioneren van de familie. Deze factoren kunnen alle drie beïnvloed worden door het ervaren van verlies. Deel uitmaken van een koppel dat heeft overwogen te scheiden, hetzij vóór of na het verlies, wordt geassocieerd met minder steun van de partner dan de koppels die nooit overwogen te scheiden. Ouders die hoger scoren op 'hardheid' twee maanden na het verlies, zijn op zes maanden en dertien maanden na het verlies meer tevreden met de steun van hun partner en met de sociale steun die ze krijgen, ze hebben een positievere beoordeling van de situatie en hebben een hogere gezondheidsindex. 'Hardheid' komt hier naar voor als een consistente en belangrijke voorspeller van gezondheid. De kracht van 'hardheid' twee maanden na het verlies in het bijzonder, maakt 'hardheid' een cruciaal element voor de nabestaande ouders. Er wordt vanuit gegaan dat ieder individu een zekere mate van 'hardheid' vertoont, afhankelijk van de situatie en het tijds kader. 'Hardheid' is geen persoonlijkheidskenmerk maar een persoonlijke bron, die potentieel vatbaar is voor verandering en dus kan aangeleerd worden (Lang et al., 2004).

Hoe goed een individu vorige emotionele uitdagingen heeft opgevangen, wordt beschouwd als een mogelijke voorspeller van hoe goed hij/zij zal omgaan met een huidige emotionele uitdaging, zoals miskraam. Een individu met een voorgeschiedenis van een hoog niveau van emotioneel leed en de aanwezigheid van psychiatrisch symptomen wordt geassocieerd met relatief meer duurzame en intense verdrietreacties na zwangerschapsverlies. Intensiteit van verdriet is positief gerelateerd aan aanwezigheid van psychiatrische symptomen (Brier, 2008).

Inconsistente associaties met psychologische morbiditeit werden gevonden voor volgende mogelijke risicofactoren: demografische factoren (leeftijd, burgerlijke staat, beroep, sociale klasse) (Lok and Neugebauer, 2007; Wong et al., 2003), moederlijke gehechtheid aan de foetus (Lang et al., 2004; Lok and Neugebauer, 2007), duur zwangerschap op moment van het verlies (Lok and Neugebauer, 2007), kinderloosheid en pariteit (Lok and Neugebauer, 2007), meerdere miskramen (Lok and Neugebauer, 2007), visualisatie van een levensvatbare foetus op echografie (Lok and Neugebauer, 2007), chirurgische evacuatie versus afwachtende houding (Lok and Neugebauer, 2007) en de gewenstheid van de baby (Klier et al., 2002).

1.2. Voortekenen

Er is een grote variatie in hoe mensen een zwangerschapsverlies ervaren. Veel vrouwen zijn onvoorbereid en zijn geschokt bij de hoeveelheid bloed die ze verliezen. Dit is vooral zo bij vrouwen die naar huis gaan om daar een miskraam te ondergaan of bij vrouwen zonder voorafgaande symptomen van een zwangerschapsverlies (Simmons et al., 2006).

2. Het verlies

2.1. Gevoelens van depressie, angst, verdriet, schuld, falen, verlies van zelfvertrouwen en onrechtvaardigheid

De hoge prevalentie van depressie en angst na een zwangerschapsverlies suggereren dat dit normale reacties zijn. De ernst van de symptomen vermindert gedurende het eerste jaar en verdwijnt na 1-2 jaar met ongeveer 20% van de vrouwen die nog symptomen hebben een jaar na het verlies (Badenhorst and Hughes, 2007).

Het frequent optreden van een vroeg zwangerschapsverlies en de relatief eenvoudige procedures bij een vroeg zwangerschapsverlies kunnen ervoor zorgen dat de psychologische gevolgen onopgemerkt blijven. De aandacht wordt dan vooral op de lichamelijke klachten gevestigd en de psychologische behoeften worden over het hoofd gezien (Lok and Neugebauer, 2007). Het gemiddeld zelfmoordpercentage bij vrouwen die een zwangerschapsverlies hadden in het laatste jaar van hun leven is significant hoger (18.1 per 100000) dan bij vrouwen die bevallen waren van een levende baby (5.9 per 100000) of vrouwen in de reproductieve leeftijd in de algemene bevolking (11.3 per 100000) (Gissler et al., 1996).

Depressie

Een plots gevoel van verlies geeft over het algemeen gevoelens van slechte gemoedsstemming en depressie (Badenhorst and Hughes, 2007). 10-50% van de vrouwen na miskraam lijdt aan een depressieve stoornis. Depressieve symptomen blijven verhoogd tot zes maand na het miskraam en normaliseren na ongeveer één jaar (Janssen et al., 1996). Het relatief risico op een mineure depressie is 5,2 (95% CI) ten opzichte van vrouwen in de algemene bevolking (Klier et al., 2002).

Angst

Gezien het vaak plotse en onverwachte karakter van het verlies gaat zwangerschapsverlies vaak angst provoceren. Vooral wanneer het verlies gepaard gaat met ernstige pijn, een noodgedwongen ziekenhuisopname of een operatie. Toegenomen angstsymptomen komen voor bij 20-40% van de vrouwen kort na het miskraam. De angst heeft de neiging de kop op te steken bij zwangerschapsgerelateerde kwesties en wordt gekenmerkt door een relatief frequent voorkomen van somatische klachten. De angst daalt geleidelijk over een periode van zes maanden en is waarschijnlijk te normaliseren ongeveer één jaar na het verlies. De aanwezigheid van een relatief hoge mate van angst is geen indicatie dat het individu een psychiatrische stoornis ervaart. Vrouwen na miskraam zouden een relatief risico hebben van 8 (95% CI) ten opzichte van de vrouwen in de algemene bevolking op het

ontwikkelen van een obsessief-compulsieve stoornis (in het bijzonder bij personen met een voorgeschiedenis van deze psychiatrische aandoening) (Lok and Neugebauer, 2007).

PTSS

Een trauma is een respons op een traumatische gebeurtenis of situatie. Trauma kan karakteristieke symptomen veroorzaken zoals een subjectief gevoel van verstijving, verbazing, een leeg gevoel, bitterheid, etc. Maar dit is niet noodzakelijk. De criteria voor traumatisch lijden zijn dat de symptomen blijven duren voor tenminste twee maanden en leiden tot beperkingen in het sociaal en beroepsmatige functioneren (Säflund and Wredling, 2008). Specifieke symptomen van trauma die worden onderscheiden zijn indringende herinneringen, angst bij blootstelling aan herinneringen van het miskraam, flashbacks, nachtmerries en hulpeloosheid. Aanwijzingen dat een miskraam zich zal voordoen lijken de traumatische aard van een miskraam niet aanzienlijk te verminderen. Het is waarschijnlijk dat de symptomen van een PTSS enkele maanden aanhouden (Brier, 2004).

Verdriet

Hoewel een aanzienlijk aantal vrouwen verdriet lijkt te ervaren na een miskraam is de werkelijke incidentie van verdriet op dit moment onduidelijk (Brier, 2008). De intensiteit van het verdriet zou vergelijkbaar zijn met het verlies van kinderen, echtgenoten en andere familieleden (Lok and Neugebauer, 2007). Het verdriet heeft betrekking op iets symbolisch. Het gaat niet enkel om het verlies van een zwangerschap. Het kan ook een verlies zijn van moederschap, een lid van een groter gezin, hoop en dromen. De verdrietreacties verschillen sterk van individu tot individu en zijn veel minder intens na ongeveer zes maanden (Brier, 2008).

Het is een normaal antwoord op een betekenisvol verlies (Badenhorst and Hughes, 2007). Het verloop bevat ontkenning, verstarring, bittere pijn, desorganisatie, wanhoop en reorganisatie. De eerste twee van deze elementen zijn noodzakelijk voor het individu om zich veilig genoeg te voelen om de derde te aanvaarden (Säflund et al., 2004). Men kan overgevoelig zijn, een verstoorde slaap en eetlust hebben, een gevoel van verlangen naar de overleden persoon hebben en occasioneel visuele en auditieve hallucinaties ervaren van de overledene. Kwaadheid is normaal en kan geuit worden naar anderen (Badenhorst and Hughes, 2007). De belangrijkste symptomen van verdriet zouden zijn: het verlangen naar het verloren kind (Lok and Neugebauer, 2007), de wens om te praten over het verlies en een zoektocht naar een zinvolle uitleg over het verlies (Lok and Neugebauer, 2007).

Volgens de gehechtheidstheorie is verdriet een natuurlijk product van een individuele voortzetting van een poging om de nabijheid te bevorderen met als doel de scheiding van hem/haar te minimaliseren. Dit perspectief kan nuttig zijn om het sterk verlangen naar het kind na miskraam te begrijpen. Reacties op de afwezigheid van de nabijheid van de baby na het verlies bestaan uit het zoeken naar de baby, protest en

vervolgens zoeken naar antwoorden. Dit suggereert het begin van een proces van terugtrekking uit de situatie van gehechtheid (Brier, 2008).

Rouwen

Rouwen is een proces van herstel. Het gaat gepaard met gradueel minder verdriet en terugkeer naar een normaal patroon van leven (Badenhorst and Hughes, 2007). Het rouwproces kan aanzienlijk en traumatisch worden voor maanden tot jaren, en zich voortzetten tot in latere zwangerschappen (Hutti, 2005).

De literatuur verdeelt doorgaans het rouwproces in drie delen: ten eerste shock en gevoelloosheid, ten tweede verlangen naar en preoccupatie met de overledene en ten derde depressie en desorganisatie. Meer recent werd een vierde groep 'angst' opgenomen (Klier et al, 2002). Het rouwproces wordt afgesloten met herstel en reorganisatie. Dit lijkt te worden voltooid binnen de zes maanden na het verlies van een geliefde (Brier, 2008). Vrouwen die actief lijden of overweldigd worden in de eerste week na een zwangerschapsverlies, ervaren significant minder verdriet na zes weken (Swanson et al., 2006).

In tegenstelling tot het verlies van een andere dierbare persoon heeft de rouwende ouder weinig directe levenservaringen en herinneringen om de baby te koesteren. Er wordt geen algemeen erkend persoon begraven. Er zijn vaak relatief weinig mogelijkheden om gedachten en gevoelens uit te drukken. Dit is te danken aan de geheimhouding in het begin van de zwangerschap. Dit maakt het moeilijk steun te krijgen tijdens het rouwproces (Brier, 2008).

Gedurende het jaar volgend op een miskraam stijgt de proportie vrouwen die het rouwproces heeft doorstaan. Zij willen verdergaan met hun leven. Soms is er een gevoel van opluchting, dankbaarheid of voorzichtige hoop. De proportie die actief lijdt of overweldigd is, daalt. Vrouwen die actief lijden zijn nog aan het worstelen met het miskraam. Gevoelens van verdriet, rouw, aarzelen voor voorzichtige hoop, het blijven hangen van het verlies en angst voor meer verlies wordt aangetoond. Vrouwen die overweldigd zijn ervaren een complexiteit van schuldgevoelens, controleverlies en verwarring over hoe het leven had horen te zijn. Voor zij die overweldigd zijn één tot zes weken na het verlies, voelt het verlies aan als een gevoelloze bestorming die hen verward maakt en hen leeg en afgesneden achterlaat. Ze voelen zich in de steek gelaten door de ommekeer van gebeurtenissen en angstig dat ze nooit moeder zullen worden. De vrouwen die overweldigd werden op zestien weken hadden frequent te maken met panische angst voor het willen zwanger worden en de vrees voor een nieuw miskraam. Vrouwen die overweldigd werden na één jaar, voelen zich beroofd van actueel of potentieel moederschap. Het verlies voelt chronisch: als een situatie die nooit zal veranderen zonder een drastische verandering in levensomstandigheden. Hoe vrouwen reageren na zes weken, is een relatief goeie indicator voor hoe ze zich zullen voelen na één jaar (Swanson et al., 2006).

Pathologische verdriet/rouwen

Er is in de literatuur onenigheid over de definitie van pathologisch rouwen (Badenhorst and Hughes, 2007; Wallerstedt et al., 2003). Toch worden verschillende subtypes gesuggereerd. Ze vallen uiteen in twee brede categorieën: verlengd of afwezig verdriet. Het rouwen wordt als verlengd bestempeld wanneer er geen verbetering is van het lijden binnen de zes maand. Op dit tijdstip zou het verlies geen centraal thema meer mogen zijn in het leven. Er kan wel nog verdriet zijn maar er wordt verwacht dat men normale verantwoordelijkheden op zich kan nemen. Ondanks de suggesties dat het onderdrukken van gevoelens van verdriet predisponerend zou zijn voor psychologische problemen, zouden deze personen gewoonlijk geen relaps of andere symptomen ervaren. Velen zouden herstellen met relatief weinig moeilijkheden (Badenhorst and Hughes, 2007).

Pathologisch verdriet wordt gekenmerkt door wanhoop, sterke gevoelens van waardeloosheid, hopeloosheid en moeilijke verwerking. Dit leidt tot moeilijkheden met activiteiten van het dagelijkse leven met inbegrip van interactie met andere mensen (Lok and Neugebauer, 2007). De DSM-IV (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual) beschrijft volgende symptomen die niet kenmerkend zijn voor normaal verdriet: overmatige schuldgevoelens, zelfmoordgedachten en gedachten en gevoelens van waardeloosheid (Brier, 2008). Verdere rode vlaggen van pathologisch rouwen zijn: geen uiting van verdriet, middelenmisbruik, psychiatrische voorgeschiedenis, depressie en het onvermogen dagelijkse activiteiten uit te voeren (Wallerstedt et al., 2003). Een mogelijke verklaring voor pathologische rouw zou zijn dat een miskraam meestal een plotselinge, onverwachte gebeurtenis is. Hierdoor kan men zich psychologisch en praktisch niet voorbereiden op het verlies en wordt een lang rouwproces verhinderd (Lok and Neugebauer, 2007).

Schuld / Falen

Schuld vereist de meeste tijd om te herstellen (Lok and Neugebauer, 2007). Het gaat vaak specifiek over schuldgevoel naar de baby toe. Men heeft gefaald in het beschermen van de baby tegen pijn en dood (Brier, 2008). Kwaadheid is normaal en kan geuit worden naar zichzelf omwille van het gevoel te falen in het beschermen van de overleden persoon (Badenhorst and Hughes, 2007). Velen voelen zich schuldig omdat ze de verwachtingen gemaakt door vrienden en familieleden niet kunnen vervullen. Sommigen voelen zich schuldig omdat ze niet van streek zijn of niet lijden (Wong et al., 2003).

Verlies van zelfvertrouwen

Voor sommige vrouwen kan een zwangerschapsverlies het verlies van het moederschap en van een deel van zichzelf betekenen (Lok and Neugebauer, 2007). Het kan twijfel verwekken over het vermogen om moeder te worden (Klier et al, 2002; Lok and Neugebauer, 2007).

Onrechtvaardigheid

Vrouwen die nog geen levende kinderen hebben, ervaren vaker een gevoel van onrechtvaardigheid (Simmons et al., 2006).

2.2. Sociaal gebeuren

Sommige ouders ervaren versterking van de banden met hun sociale netwerken maar de meeste ervaren een permanent verlies van relaties met vrienden, collega's en familieleden (De Montigny and Dumas, 1999). Een zwangerschapsverlies kan permanent relaties veranderen. Dit laat de ouders meer kwetsbaar achter. Daarentegen worden vriendschappen die behouden blijven, bijzonder koesterend en ondersteunend geacht. Het geeft ouders als het ware de gelegenheid te ontdekken wie hun echte vrienden zijn, wie er zou zijn in tijden van nood en op wie ze kunnen rekenen (De Montigny and Dumas, 1999).

Sociale erkenning

Het verlies wordt vaak grotendeels niet erkend door andere familieleden of de maatschappij (Lok and Neugebauer, 2007). Zij die op de hoogte zijn van het verlies, hebben vaak de neiging het verdriet niet te waarderen of de gevolgen te minimaliseren (Brier, 2008). Vervreemding van vrienden na miskraam wordt gelinkt aan de opvatting van het sociaal netwerk. Ze gaan het verlies niet als 'echt' beschouwen (De Montigny and Dumas, 1999).

Omdat velen wachten met het aankondigen van de zwangerschap tot het einde van het eerste trimester van de zwangerschap, is het sociale netwerk bovendien vaak niet in staat tot het erkennen van het verlies en tot het geven van steun (Brier, 2008).

Sociale steun

Sociale steun is een gewillige, goedbedoelde actie gericht aan een persoon met wie er een persoonlijke relatie is. Het heeft een onmiddellijke of uitgestelde positieve reactie bij de ontvanger als gevolg. Sociale steun wordt opgevat als nuttig, wanneer die voldoet aan de behoeften en verwachtingen van de ontvanger en er niet veel voor terug verwacht wordt. De steun gaat bij voorkeur uit van een persoon met wie men een intieme vertrouwensrelatie heeft (Hutti, 2004). Zoals hoger vermeld, is de kwaliteit en kwantiteit van sociale steun geassocieerd met betere psychologische uitkomsten (De Montigny and Dumas, 1999; Hutti, 2005). Het verlies is vaak 'onzichtbaar'. Het wordt vaak niet gevolgd door een begrafenis of niet geassocieerd met rituelen van rouw. Het is moeilijk herinneringen te delen met anderen (Lok and Neugebauer, 2007).

Familie

Familieleden van de ouders zijn vaak diep geraakt en niet in staat te praten over het overleden kind. Ze voelen zich vaak onwennig en onzeker over hoe te reageren op het lijden van de ouders. Dit kan leiden tot niet-steunende reacties, vermijden te praten over de baby, opmerkingen geven die de intensiteit van het verlies minimaliseren en afwezigheid van communicatie. Hoewel de opmerkingen die de intensiteit van het verlies minimaliseren over het algemeen goed bedoeld zijn, zijn deze opmerkingen pijnlijk voor de ouders. Om te vermijden dat ze zouden gekwetst worden, zijn ouders vaak geneigd zich te isoleren. Ze gaan hun gevoelens en gedachten niet bespreekbaar maken en geen steun vragen of ontvangen. Een verbreking van familiebanden door wederzijdse misverstanden wordt frequent gerapporteerd. Zoals hoger vermeld, verbeteren sommige familiebanden. Deze ouders hadden de ervaring dat hun familie er voor hen was in deze moeilijke tijden. Ze voelen zich gerespecteerd in hun lijden en vrij om hun emoties te uiten. Ze zijn in staat verschillende reacties van familieleden te respecteren en te accepteren (De Montigny and Dumas, 1999).

Collega's en vrienden

Men is geneigd vooral de eerste dagen na het verlies aanwezig te zijn en er vanuit te gaan dat de situatie weer snel normaliseert. Er wordt over het algemeen vooral aandacht geschonken aan de moeder, waardoor de vader weinig gelegenheid krijgt om zijn lijden te delen. Voor de ouders is het vaak moeilijk gevoelens te uiten naar collega's en vrienden. Ze luisteren zelden naar de ouders en zijn geneigd te veranderen van onderwerp wanneer het over het verlies gaat. Ook hier gaan ouders zich vaak terugtrekken om ongemak te vermijden (De Montigny and Dumas, 1999).

2.3. Partners en gezin

Mannen en vrouwen hebben een verschillende band met de baby en ze rouwen op een verschillende manier en op verschillende tijdstippen na een zwangerschapsverlies. De verschillende belevingen bij de man ontstaan door sociale, institutionele en familiale structurering van de mannelijke ervaring, het onderwaarden van de ervaring door sommige medische professionelen en de gemeenschap en de beperkingen in de manier waarop mannen openlijk hun gevoelens kunnen uiten (Säflund and Wredling, 2006). De verschillende manieren waarop mannen en vrouwen rouwen en de situatie waarnemen kan leiden tot misverstanden (Lang et al., 2004). Deze misverstanden kunnen een extra belasting plaatsen op de relatie en het functioneren van het gezin. Dit vermindert het vermogen om steun te geven aan elkaar binnen een relatie (Lang et al., 2004). Een stijging in relatiebreuken is geïdentificeerd (Badenhorst and Hughes, 2007). Toch kan het verlies ook een koppel dichter bij elkaar brengen en de relatie versterken. Er is gespeculeerd over waarom sommige relaties intact blijven en zelfs verbeteren, terwijl andere verslechteren. De meest voorkomende verklaring heeft betrekking op de aard, intensiteit en het traject

van het rouwproces van beide partners alsook de beschikbaarheid van de sociale steun en steun van de partner en hoe zij deze ervaren (Lang et al., 2004).

Nabestaande vrouwen vertonen meer intense reacties dan hun echtgenoten (Hutti, 2004; Säflund and Wredling, 2006). Een mogelijke verklaring hiervoor zou zijn dat vrouwen de zwangerschap en bevalling biologisch ondergaan, met een grotere psychologische gehechtheid als gevolg en dus het verlies krachtiger ervaren (Brier, 2008). Ook angst en depressie werden op een lager niveau vastgesteld bij vaders (Badenhorst and Hughes, 2007). Het verdriet van de moeder kan intenser zijn vanwege de aard van de relatie ontwikkeld met het kind. Vrouwen hebben de neiging een meer negatieve beoordeling te hebben van de situatie dan hun partner. Dit in combinatie met het feit dat moeders over het algemeen meer tevreden zijn met sociale steun en minder tevreden met de steun van hun partner, wijst op de complexiteit van de ervaring (Lang et al., 2004). Het kan moeilijk zijn voor mannen om emotionele steun aan te bieden aan hun vrouw wanneer ze zelf een crisis doormaken. Hoewel vaders de beste bedoelingen hebben om steun aan te bieden, hebben ze de neiging meer praktische steun te geven in plaats van emotionele steun. Dit heeft als gevolg een rouwende moeder die zich niet gesteund voelt en een vader die zich schuldig en niet gewaardeerd voelt. Relatieproblemen worden hierdoor waarschijnlijk (Hutti, 2004).

32% van de vrouwen hadden een meer afstandelijke relatie één jaar na het miskraam. 39% van de vrouwen rapporteert een grotere seksuele afstand van hun partner één jaar na het verlies (Swanson, 2003). Vrouwen die deze toegenomen afstandelijkheid melden, bekijken hun miskraam als een belangrijk verlies, een verwoestende gebeurtenis en hebben de neiging zich meer geïsoleerd te voelen. Ze zijn niet in staat het verlies te delen met hun partner en ervaren meer spanning en minder liefde, communicatie en steun van hun partners. Deze vrouwen vermijden geslachtsgemeenschap en ervaren minder seksueel verlangen. Ze zien seks als een functionele noodzaak, een beangstigende herinnering aan het verlies en een bron van spanning in de relatie. Vrouwen vinden dat wanneer hun partner er niet in slaagt te tonen dat hij om hen geeft, ze een grotere afstand ervaren in hun relatie één jaar na het verlies (Hutti, 2004).

2.4. Dichte familie

De vader

De rol van de vader is drastisch veranderd in de voorbije decennia. Hij wordt meer betrokken bij de zwangerschap en de zorg voor het kind (Lang et al., 2004). Toch is zijn rol tijdens de zwangerschap onduidelijk. Hij wordt meestal aanzien als de 'ondersteunende persoon' van de toekomstige moeder.

Toch geven mannen aan dat ze nood hebben aan erkenning van hun verdriet (O'Leary and Thorwick, 2006).

Vaders zouden dezelfde sterke gevoelens van warmte, trotsheid, liefhebben en verdriet ervaren als de moeders bij het vasthouden van het doodgeboren kind (Säflund and Wredling, 2006). Ze kunnen eveneens angst ervaren die verbetert in de loop van de tijd (Badenhorst and Hughes, 2007). Ook depressieve symptomen stijgen bij mannen na een zwangerschapsverlies (Lok and Neugebauer, 2007). Maar mannen gaan minder snel hun gevoelens uiten, ze wanhopen meer en hebben meer moeite om met het verdriet om te gaan. Ze geloven dat het hun taak is om 'sterk' en 'beschermend' te zijn. Als een vrouw kwaad is, heeft de vader snel het gevoel haar niet goed te beschermen. Hij realiseert zich niet dat vrouwen willen dat hun verdriet wordt gedeeld door hun partner. Ze gaan vaak hun emoties van verdriet onderdrukken (Hutti, 2004).

Er is een maatschappelijke druk om 'sterk' te zijn en een overtuiging dat 'mannen hun verdriet niet horen te delen' en 'sterk moeten blijven voor hun vrouw'. Mannen willen minder emotionele steun, met uitzondering van steun afkomstig van hun partner. Ze zijn eveneens minder geneigd om steun te zoeken en hebben de neiging de volledige verantwoordelijkheid voor het verlies op zich te nemen (O'Leary and Thorwick, 2006). Vaak gaan mannen zich in toenemende mate concentreren op hun werk om emoties te vermijden (O'Leary and Thorwick, 2006). Ze willen controle behouden. Hun antwoord op verdriet is een gevolg van culturele conditionering, psychologische reacties en in mindere mate, biologische factoren. Dit zijn allemaal barrières die het aanvaarden en ontvangen van hulp moeilijker maken en vaders lopen zo meer risico voor het ontwikkelen van chronisch verdriet (O'Leary and Thorwick, 2006).

Het is van belang in het achterhoofd te houden dat het onderscheid tussen mannen en vrouwen op vlak van affectieve reacties na een miskraam eerder een verschil kan zijn in de algemene expressie van emoties dan de affectieve reacties op een miskraam op zich (Brier, 2008).

Grootouders

Grootouders lopen ook risico op het doormaken van een rouwproces vooral als zij zelf een dergelijk verlies hebben meegemaakt in hun leven. Ze hebben verdriet zowel om het verlies van hun kleinkind als om het zien van het verdriet bij hun eigen kind. Grootouders kunnen zich hulpeloos voelen aangezien ze niet in staat zijn hun kind te beschermen van een dergelijke pijn. Ze zien zichzelf dan falen als ouders (De Montigny and Dumas, 1999).

Broers en zussen

Ook andere kinderen binnen het gezin kunnen kwetsbaar zijn voor psychologische problemen na een zwangerschapsverlies. Dit is mogelijk gerelateerd aan de angst van de moeder (Hughes et al., 2002). Vaak wordt sympathie uitgedrukt naar de ouders toe maar worden de kinderen vergeten. Soms kan het

van belang zijn het kind te beschermen voor de ongevoeligheid van anderen die het verdriet bij het kind niet herkennen (Wilson, 2001). Ook kunnen ouders zo bezig zijn met hun eigen lijden dat het lijden van hun kinderen over het hoofd gezien wordt (Badenhorst and Hughes, 2007).

De ervaringen van broers/zussen variëren en worden beïnvloed door leeftijdsgerelateerde cognitieve mogelijkheden, anticipatie van de komst van de nieuwe baby en de manier waarop de familie reageert op het verlies. Kinderen kunnen signalen opvangen en weten vaak meer dan ouders verwachten. Jonge kinderen kunnen zich inbeelden dat zij zelf of hun ouders schuldig zijn. De reacties van de kinderen zijn vaak moeilijk om mee om te gaan wanneer ze nonchalant overkomen of vragen stellen die de ouders pijnlijk vinden. Oudere kinderen kunnen een ernstig gevoel van verlies ervaren (Badenhorst and Hughes, 2007).

Ouders vinden over het algemeen dat het ondersteunen van hun kind een individuele zaak is afhankelijk van de leeftijd en het karakter van het kind. Aanhoudende steun zou meer hulpvol zijn dan onmiddellijke steun. De soort steun die gegeven wordt, kan ingedeeld worden in drie categorieën. Ten eerste het herkennen en beantwoorden van het verdriet van het kind. Dit is de belangrijkste factor. Het is belangrijk te luisteren naar het kind en de vragen eerlijk te beantwoorden. Het is eveneens van belang een bepaald gedrag te achterhalen. Hierbij gaat men de stemming interpreteren, gedragsveranderingen en angst als deel van verlies opmerken, het kind laten praten wanneer het denkt aan broer/zus, een knuffel geven en zich er eventueel van verzekeren dat hij/zij er niet wil over praten. Soms kan men door een tekening te bespreken communiceren met het kind over zijn/haar gevoelens. Ten tweede is het van belang het kind op te nemen bij familiegebeurtenissen, rituelen en handelingen. Wat hier voor alle leeftijden van toepassing is, is iets in de doods-kist van de baby stoppen, zoals een teddybeer, een speeltje of een foto. Ten derde is het zowel voor de ouders als voor het kind van belang de baby levendig in de herinnering van de familie te houden (Wilson, 2001).

De steun naar het kind toe kan moeilijk gescheiden worden van de eigen ervaring. De ouders hebben één van de moeilijkste verliezen in hun leven te verwerken en moeten daarenboven hun kind ondersteunen op een moment van eigen grote emotionele en fysieke zwakte. De steun kan gegeven worden om het moment dat de eigen gevoelens/lichamelijke klachten van de ouders zo laag mogelijk zijn. Sommige ouders kunnen hun kinderen niet onmiddellijk de goede steun geven aangezien de omstandigheden zo overweldigend zijn. Dichte familie gaat dan vaak het kind opvangen op het moment van het overlijden (Wilson, 2001).

3. Het leven gaat verder

3.1. Een nieuwe baby

Gedurende de eerste zes weken na een zwangerschapsverlies zullen de meeste vrouwen hun eerste menstruatie opnieuw krijgen. Sommigen kunnen dit ervaren als een traumatische herinnering aan het bloeden en aan de krampen van een miskraam. Voor anderen kan het gezien worden als een onherroepelijke evidentie dat men niet meer zwanger is. Velen herkennen het als een signaal dat hun lichaam opnieuw klaar is om zwanger te worden (Swanson et al., 2006). Meer dan de helft van de vrouwen die een zwangerschapsverlies hebben meegemaakt, zijn opnieuw zwanger binnen de 22 maanden na het verlies (Cuisinier et al., 1996). Vrouwen met een schuldgevoel gaan intenser lijden en hebben als gevolg hiervan meer moeilijkheden om opnieuw zwanger te worden of hebben minder seksueel contact (Franche, 2001). Voor een nieuwe zwangerschap is moed en hoop nodig (Côté-Arsenault and Donato, 2007).

Vrouwen met een voorgeschiedenis van reproductief verlies hebben in hogere mate te maken met angst en depressie tijdens een volgende zwangerschap (Lamb, 2002; Neugebauer, 2007). Maar deze verhoging zou niet leiden tot aanzienlijke psychopathologie (Neugebauer, 2007). Na een zwangerschapsverlies, heeft de moeder tijd nodig om te rouwen voordat ze opnieuw zwanger wordt. Een nieuwe zwangerschap kan leiden tot een onvolledig rouwproces en psychologische problemen (Burkhammer et al., 2004). Anderzijds zou een volgende zwangerschap verdriet en depressie doen verminderen bij vrouwen met een eerder miskraam. Studies suggereren dat vrouwen na een miskraam het minst depressief zijn als ze opnieuw zwanger worden of bevallen (Lok and Neugebauer, 2007). Vrouwen die opnieuw zwanger worden zouden bovendien minder wanhopig zijn en minder moeilijkheden ervaren bij het verwerken van het verlies. De intensiteit van het verdriet blijft echter hoog, wat suggereert dat het rouwproces zich voortzet (Brier, 2008; Klier et al., 2002). Het debat over het al dan niet aanraden van vrouwen na een miskraam om opnieuw zwanger te worden zonder te wachten tot hun verdriet en depressieve symptomen zijn verdwenen, is nog lopend (Lok and Neugebauer, 2007). Tegenstrijdige informatie bestaat over de optimale tijd tussen een zwangerschapsverlies en een daaropvolgende zwangerschap (Wallerstedt et al., 2003).

20% van de vrouwen heeft PTSS in de zwangerschap volgend op een zwangerschapsverlies. Er wordt beweerd dat een zwangerschap volgend op een zwangerschapsverlies een activerende gebeurtenis kan zijn voor PTSS symptomen (Turton et al., 2001). Vanaf de 25^{ste} zwangerschapsweek gebeurt bij de meeste vrouwen een shift van zich zorgen maken over de zwangerschap tot een voorzichtige verwachting dat de baby het zal overleven. De emoties variëren van dag tot dag en in de tijd, fluctuerend tussen zich zorgen maken en kalmte, opwindend en angst. Angst kan stijgen wanneer het tijdstip van het

vorig verlies nadert (Côté-Arsenault and Donato, 2007). PTSS zou geassocieerd zijn aan het vasthouden van de doodgeboren baby (Turton et al., 2001). Angst en stress bij de moeder staan bekend voor het beïnvloeden van de fysiologie van de moeder, wat kan leiden tot preëclampsie, vroegtijdige geboorte en laaggeboortegewicht (Burkhammer et al., 2004). Vaak is PTSS geassocieerd aan een vorige traumatische bevalling (Wallerstedt et al., 2003). Angst zou in het bijzonder bestaan rond het einde van de zwangerschap, arbeid en geboorte. Men gaat het trauma herbeleven. Men is vooral bezorgd over de gezondheid van de baby en over welk effect een volgend verlies zou hebben op het gezin (Côté-Arsenault and Donato, 2007). Ouders kunnen flashbacks ervaren. Verlies van hartslag op een foetale monitor kan leiden tot een paniekaanval. Als het vorig verlies een doodgeboorte (de geboorte van een afgestorven vrucht) was, kan persen geassocieerd worden met de dood en de arbeid verlengen (Wallerstedt et al., 2003). Voor sommige moeders kan deze angst chronisch zijn en niet verdwijnen na de bevalling. De angst kan toenemen wanneer zij moeder worden, vooral wanneer ze moeilijkheden ervaren met borstvoeding (Burkhammer et al., 2004). Sommige vrouwen maken zich echter geen zorgen (Côté-Arsenault and Donato, 2007).

De ervaring van een zwangerschapsverlies en de daarmee gepaard gaande fysieke en psychische gevolgen kunnen interfereren met de emotionele relatie tussen een volgend kind en de moeder (Côté-Arsenault and Donato, 2007). Dit kan geassocieerd zijn met gedragsproblemen van het kind (Klier et al., 2002). Het blijft onduidelijk of de daling van het prenatale bindingsgevoel gewoon een beschermingsmechanisme is, of een uiting van een slechte verwerking (Lamb, 2002). Kinderen geboren na een zwangerschapsverlies vertonen een significante stijging in desorganisatie van het bindingsgevoel met de moeder op de leeftijd van één jaar, niet door angst of depressie van de moeder maar door het moederlijk onverwerkt lijden. Dit verminderd bindingsgevoel bij jonge kinderen wordt geassocieerd met het gevoelig zijn voor latere slechte psychosociale ontwikkeling. Dit kan latere stoornissen van het kind na een zwangerschapsverlies verklaren (Hughes et al., 2002). Er bestaat het gevaar van een 'vervangkind' (Badenhorst and Hughes, 2007; Lamb, 2002; Wallerstedt et al., 2003). Dit kind kan geïdealiseerd of gekleineerd worden door de ouders (Badenhorst and Hughes, 2007). Ouders die kinderen gebruiken als vervanging hebben te maken met onverwerkt verdriet en zijn overbezorgd met onrealistische verwachtingen te danken aan de angst om hun eerder verlies te vergeten en/of aan de angst nog een kind te verliezen. Het kind kan vaak geen eigen identiteit ontwikkelen (Lamb, 2002). Ook bestaat er het gevaar voor een 'kwetsbaar kind', waarbij de ouders met overdreven angst omgaan met het kind en constant anticiperen op een volgend verlies (Badenhorst and Hughes, 2007). Dit is te vergelijken met het 'vervangkind', maar resulteert in moeilijkheden met de scheiding en individualisering wanneer het kind opgroeit (Lamb, 2002). De opvoedingsstijl van de kinderen geboren na een zwangerschapsverlies kan hierdoor beïnvloed worden. Ouders vertonen vaak toegenomen angst, overbescherming, verwennerij en hogere verwachtingen van de kinderen (Wallerstedt et al., 2003). De concepten van 'vervangkind' en 'kwetsbaar kind', in het bijzonder de ontwikkeling van ineffectieve

vaardigheden van de ouders, zijn speculatief en hebben beperkt bewijs in de onderzoeksliteratuur (Lamb, 2002).

Vorbereidingen

Voorzichtige voorbereidingen gebeuren zowel op lichamelijk (materiaal om de baby te verzorgen, slaapkamer, kleren, luiers), emotioneel en sociaal vlak. Weerstand tegen voorbereidingen gebeurt op alle drie de vlakken. Die neemt over het algemeen af in de loop van de zwangerschap maar sommige vrouwen bereiden niets zichtbaars voor vóór de baby is geboren. Emotioneel klaar zijn voor de baby houdt in dat men openstaat voor de realiteit dat de baby binnenkort zal geboren worden. Deze emotionele voorbereiding kan eng zijn wanneer er angst is voor een volgend verlies. De echte voorbereidingen maken van de baby een realiteit en verminderen de emotionele bescherming die de vrouw rond zich heeft opgebouwd tegen een nieuwe grote ontgoocheling. Vorbereidingen nemen is niet altijd makkelijk maar het tijdsgebrek en de bolle buik lijken vrouwen te stimuleren voorbereidingen te nemen op alle drie de vlakken (Côté-Arsenault and Donato, 2007).

3.2. Verschillende miskramen na elkaar

Er is geen duidelijke relatie aangetoond tussen een voorgeschiedenis van zwangerschapsverlies en de intensiteit van verdriet na een volgend zwangerschapsverlies (Kavanaugh and Robertson, 1999).

Een zwangerschapsverlies kan dus een grote psychische impact hebben op het nabestaande gezin. Bovendien is er vaak een gebrek aan emotionele en sociale steun. Het negeren van een zwangerschapsverlies kan resulteren in het falen van rouwen en kan leiden tot angst en depressie. Als gevolg van deze grote psychische impact en gebrek aan emotionele en sociale steun, kunnen ouders in een kwetsbare situatie verkeren en hebben ze nood aan steun van hulpverleners. Er zijn aanwijzingen dat een goeie zorg in het ziekenhuis na een zwangerschapsverlies, een aanzienlijk effect kan hebben op het emotioneel en fysiek herstel. Naar mijn mening is de bijdrage van de zorgverlening na een zwangerschapsverlies dus van cruciaal belang. Als gevolg hiervan vind ik het belangrijk de zorgverlening uitgebreid te bespreken in de discussie van deze masterproef.

DISCUSSIE

1. DE ZORGVERLENING

1.1. Professionele zorg

Professionele zorg verschilt van sociale steun. De zorg is afkomstig van een medisch hulpverlener (vroedvrouw, arts,...) of van een geestelijk gezondheidswerker. Het omvat ondersteunende interventies, zoals daar zijn uitleg geven, aanmoedigen, adviseren en oplossen van problemen. Zorgverleners moeten kennis hebben van drie zaken voordat ze effectieve zorg kunnen aanbieden aan ouders na een zwangerschapsverlies. Ten eerste moeten ze de betekenis voor de ouders van het verlies begrijpen door te bepalen hoe reëel de zwangerschap en baby waren voor hen. De tweede stap bij de zorg na zwangerschapsverlies is praten met de ouders over de ervaring van het verlies en dit vergelijken met het 'wenselijke – hoe het zou moeten zijn volgens de ouders'. Wanneer de werkelijke ervaring ver uiteenloopt van het 'wenselijke', zijn ouders vaak boos, voelen zich machteloos en slachtoffer van de situatie. De derde stap omvat de beoordeling van het vermogen van ouders om de confrontatie met de omgeving aan te gaan en assertief te reageren. Helaas is het voor ouders doorgaans erg moeilijk in dergelijke situaties assertief te reageren. Het is belangrijk dat ouders assertief worden en hun familieleden en vrienden kunnen zeggen wanneer ze hun gevoelens kwetsen of hen boos maken. Hierdoor kunnen familieleden en vrienden hun gedrag aanpassen en beter voldoen aan de steun die ouders nodig hebben. In plaats van het gevoel te hebben slachtoffer te zijn van de situatie, worden ouders zo meer bevoegd. Wanneer de ervaring congruent is met het 'wenselijke', zal een gebrek aan

assertiviteit er niet toe doen. Verder is het als zorgverlener van belang vertrouwen en geloof over te dragen naar de ouders zodat ze deze vreselijke ervaring in de loop van de tijd samen kunnen doorstaan. Zorgverleners zouden emotionele aanwezigheid en verbondenheid moeten overdragen op de ouders. Het is eveneens belangrijk hen te troosten, hun behoeftes te anticiperen, hen te beschermen tegen schade en hun waardigheid te behouden. Effectieve professionele steun beantwoordt aan de behoeften en verwachtingen van de individuele patiënt (Hutti, 2004). De kwaliteit van de zorg na een zwangerschapsverlies, is gerelateerd aan de latere emotionele aanpassing (Chan et al., 2008).

Het gebrek aan duidelijke informatie over de incidentie, kenmerken en duur van verdriet na miskraam duidt erop dat men alleen suggestieve richtlijnen kan aanbieden aan zorgverleners voor wat een typische reactie na miskraam is. Gezien het brede scala aan mogelijke betekenissen die individuen geven aan zwangerschap, moederschap en verlies na miskraam, moeten zorgverleners de nabestaanden helpen hun persoonlijke ervaring van het verlies te verwoorden. De zorgverleners kunnen bijvoorbeeld vragen wanneer men is beginnen verlangen naar een kind, wat men hoopte en welke fantasieën men heeft gehad over de verwachte toekomst met het kind. Door het helpen verwoorden van de gedachten en gevoelens kunnen patiënten een groter gevoel van controle ervaren (Brier, 2008). Hierdoor kan een vrouw haar verdriet beter ordenen, een plaats geven en een betekenis ontwikkelen waarom het verlies zich heeft voorgedaan (Brier, 2004). Gezien de eerder symbolische aard van het verlies van een miskraam kunnen zorgverleners het rouwen vergemakkelijken door te helpen de ervaring te concretiseren. Men kan de patiënt vragen naar de naam van de baby en toestemming vragen om de naam te gebruiken bij de verdere bespreking van het verlies. Men kan de patiënt aanraden zaken te ontwikkelen om de baby te herdenken zoals spullen gekocht voor de baby, een echo of een brief van de ouder gericht aan het kind met de hoop en dromen die hij of zij had voor de baby. Deze herinneringen kunnen verzameld worden in een doos. Men kan ook een monument creëren die de gebeurtenis concretiseert en zo anderen in staat stelt het verlies te erkennen en steun te bieden. Op dit monument kan men eventueel de datum aangeven die het einde en het begin van een nieuwe fase aangeeft (Brier, 2008).

Zoals hoger vermeld, is 'hardheid' een consistente en belangrijke voorspeller van gezondheid. Het is een persoonlijke bron die potentieel vatbaar is voor verandering en dus kan aangeleerd worden. Dit is bijzonder relevant voor hulpverleners die kunnen tussenkomen met het oog op het afnemen van de kwetsbaarheid en zo de gezondheid van de nabestaanden kunnen optimaliseren. Uit interventiestudies blijkt dat proefpersonen die een opleiding 'hardheid' krijgen, 'harder' werden en meer tevreden waren en minder tekens van overbelasting vertoonden. Ze krijgen een persoonlijke controle over hun leven en de gebeurtenissen, ze hebben de capaciteit voor actieve oriëntatie bij het zoeken naar ondersteuning evenals de neiging om te zoeken naar de zin van het leven na deze tragische gebeurtenis. Deze resultaten zijn over het algemeen beter dan ontspanning/meditatie, placebo of sociale steun (Lang et al., 2004).

Het kan eveneens belangrijk zijn spirituele steun te zoeken en familiegeloven te behouden. We bespreken enkele mogelijke interventies:

1. Benadruk de sterktes en het unieke van de familie.
2. Achterhaal hoe familieleden door vorige crisismomenten zijn gegaan, wat toen hulpvol was en wat nu hulpvol zou kunnen zijn.
3. Schat de religieuze en culturele geloven in, in het bijzonder het geloof over het leven en de dood (De Montigny and Dumas, 1999). Religieuze participatie heeft niet enkel invloed op sociale steun maar kan ook invloed hebben op individuele geloofsystemen en kan mogelijk het rouwen vergemakkelijken doordat de ouder hierbij eventueel een antwoord kan vinden op de vraag waarom het verlies zich heeft voorgedaan (Brier, 2008).
4. Leg het belang van rituelen uit. Rituelen kunnen de realiteit en het belang van het verlies voor de familie aan de gemeenschap meedelen.
5. Exploreer manieren om de herinnering aan de baby te vereeuwigen en hem of haar een plaats te geven in de familiegeschiedenis.
6. Leg de alternatieve manieren uit voor het wegdoen van het lichaam.

(De Montigny and Dumas, 1999).

Specifieke interventies kunnen worden toegepast bij ouders die een zwangerschapsverlies ervaren:

1. De realiteit van de dood accepteren. Ze kunnen de dood helpen bevestigen door het stimuleren van de ouders om het kind vast te houden, te bekijken, een naam te geven, etc. Zorgverleners zouden gebruik moeten maken van woorden als 'sterven', eerder dan het gebruiken van eufemismen.
2. Het verwerken van pijn en verdriet. Zorgverleners kunnen de expressie van emoties aanmoedigen. Ze kunnen luisteren en misvattingen corrigeren. Bovendien moeten ouders realistische informatie krijgen over oorzaken van overlijden en hun irrationele vooroordelen moeten gecorrigeerd worden.
3. Zich aanpassen aan een nieuwe omgeving waarin de overledene er niet is. Zorgverleners gaan verkennen hoe de dood invloed heeft op de omgeving en het gevoel van eigenwaarde. Het zoeken naar diepere betekenissen van het leven brengt vaak nieuwe waarden en overtuigingen met zich mee. Zorgverleners zouden de ouders moeten aanmoedigen souvenirs zoals dekens, een haarlok, hand- of voetafdrukken, etc. te verzamelen. Ook begrafenissen of herdenkingsdiensten kunnen aangemoedigd worden. Het kan belangrijk zijn ouders te stimuleren familie en vrienden te informeren en zo een manier te vinden om het verlies van de baby te integreren in hun leven.

4. Het emotioneel plaatsen van het verlies en verdergaan met het leven. Zorgverleners kunnen suggesties geven om herinneringen te creëren.

(Wallerstedt et al., 2003).

Vrouwen ervaren een miskraam niet als een routinecomplicatie. Zorgverleners zijn vaak geneigd de ervaring te normaliseren. Maar het is niet omdat iets veel voorkomt dat het minder erg is. Over het algemeen is er een gebrek aan sympathie en medeleven van zorgverleners bij de zorg na miskraam. Soms is er sprake van ongepaste medicalisering en een tekort aan emotionele steun. Soms wordt er spanning gevoeld tussen wat moeders voelen en hoe de zorgverleners deze informatie beantwoorden (Simmons et al., 2006). Maatschappelijk wordt verwacht dat je snel herstelt na een zwangerschapsverlies. Maar velen willen nog informatie over de oorzaken en prognose tot vier jaar na het gebeuren (Caelli et al., 2002). Anderzijds is het belangrijk dat zorgverleners een normale reactie op het verlies niet gaan medicaliseren (Badenhorst and Hughes, 2007).

Niet iedereen heeft behoefte aan extra steun (Simmons et al., 2006). Sommige vrouwen wijzen op basis van achtergrondinformatie of eerdere slechte ervaringen zorgverlening af (Wong et al., 2003).

1.2. Opvang bij voortekenen

Zoals hoger vermeld, is er een grote variatie in hoe vrouwen dit ervaren. Men heeft nood aan duidelijke informatie. Men wil antwoord op de vragen: 'Wat zal er gebeuren?', 'Wat moet ik doen?'. De medische uitleg verschilt vaak van hoe een vrouw het effectief beleeft. (Bijv. de arts spreekt over zware maandstonden, terwijl men dit vaak niet zo ervaart.) (Simmons et al., 2006).

1.3. Meedelen van het sterven

Aangezien iedere vrouw op haar eigen manier reageert, is het een hele uitdaging voor hulpverleners om individuele gepaste zorg aan te bieden. Hierbij is het van belang in te schatten wat de vrouw weet over haar eigen lichaam, het proces van een miskraam en de fysieke en emotionele pijn geassocieerd met het verlies (Simmons et al., 2006). Ouders zouden moeten worden geïnformeerd over wat er gebeurt en wat de medische behandeling is. Ze waarderen het krijgen van gestructureerde informatie en steun bij het verwerken van de gebeurtenis (Badenhorst and Hughes, 2007). Vrouwen ervaren over het algemeen verwarring met als gevolg het onvermogen de informatie meegedeeld in het ziekenhuis tot zich te laten doordringen (Wong et al., 2003). Herhaling is vaak nodig (Badenhorst and Hughes, 2007). Het nieuws zou moeten gebracht worden op een gevoelige manier waarbij men openstaat voor een vraag zoals:

‘Waarom’. Gevoelens zoals schuldgevoel zouden besproken moeten kunnen worden. Men is over het algemeen niet tevreden over de termen die gebruikt worden omwille van de medicalisatie en de manier waarop het nieuws gebracht wordt (Simmons et al., 2006). De informatie gegeven aan de ouders, zou moeten gedeeld worden met andere teamleden zodat tegensprekende informatie kan vermeden worden (Badenhorst and Hughes, 2007).

1.4. De bevalling

Vrouwen die moeten wachten op een chirurgische behandeling ter beëindiging van hun zwangerschap moeten dit vaak samen doen met kersverse moeders, patiënten die gesteriliseerd moeten worden of zij die een gewilde abortus wensen. Deze omstandigheden zijn ongepast. Ouders die verkeren in deze omstandigheden voelen zich geschokt, alleen en gekwetst. Deze ouders hebben nood aan emotionele steun van de zorgverleners, familie en vrienden (Simmons et al., 2006).

1^{ste} trimester

Vrouwen (en hun partners) dienen geschikte informatie te krijgen over de ‘behandelingsopties’ en hun mening dient in overweging genomen te worden bij de keuze van de behandeling. De meerderheid van de vrouwen vindt dat een interventie (dilatatatie-curettage) niet nodig is. Ze willen op een zo natuurlijk mogelijke manier het miskraam beëindigen. Een minderheid heeft nood aan het zo snel mogelijk beëindigen van het miskraam. Sommigen staan positief tegenover medicatie aangezien dit een hulp is om het miskraam op een natuurlijke manier te beëindigen. Het is van belang goeie informatie te geven over de effecten en hoe lang het zal duren eer de medicatie begint te werken. Sommigen vinden het een voordeel bewust te bevallen. Het geeft de kans afscheid te nemen. De meesten ervaren de pijn als ernstig – zoals arbeid of contracties. Sommigen ervaren het als verdraaglijk, zoals menstruatiepijn. Het is opvallend hoe variabel de fysieke ervaringen zijn. Een groot probleem is het gebrek aan informatie over de graad van pijn en bloeding die men kan verwachten. Er is een bijna uniforme angst voor interventie, in het bijzonder voor anesthesie. Gehospitaliseerd worden en operaties ondergaan wordt door velen als traumatisch ervaren. Sommigen willen interventie vermijden aangezien het aanvoelt als deelname aan het doden van de baby, indien een verkeerde diagnose werd gesteld. In tegenstelling tot anderen die het geen leuke gedachte vinden een dode baby in zich te dragen en de foetus zo snel mogelijk kwijt willen (Smith et al., 2006). Ouders willen een vrije keuze krijgen over de mogelijkheid naar huis te gaan of in het ziekenhuis te blijven (Säflund and Wredling, 2006). Sommigen vinden het geruststellend thuis te zijn. Sommigen zijn bezorgd over wat ze zullen zien en hoe ze dit kunnen vermijden. In tegenstelling tot anderen die het belangrijk vinden hun baby te zien. Er is dus duidelijk niet één goeie manier om een miskraam te behandelen die geschikt is voor ieder individu. Het is belangrijk de patiënt zelf een keuze te laten maken. Deze zal vaak verschillend zijn van deze van de hulpverlener. Het is dus belangrijk

volledige informatie te geven over de mogelijke uitkomsten van iedere methode. Voor een minderheid die geen keuze wensen of kunnen maken, zullen de hulpverleners dit moeten doen voor hen. Vrouwen variëren dus in hun verwachtingen, ervaringen en noden wanneer ze een miskraam hebben gedurende de vroege zwangerschap (Smith et al., 2006).

1.5. Afscheid nemen van het lichaam

De psychosociale behandeling van een zwangerschapsverlies is veranderd in de voorbije 25 jaar. Vroeger werd het kind weggehaald om parentaal leed te vermijden (Hughes et al., 2002). Ouders klaagden dat het personeel hen negeerde, de ernst van het verlies niet herkende en hen beschermdde tegen gesprekken over de dood. De eerste clinicus in de UK die opriep tot verandering in de behandeling, was E. Lewis (Lewis, 1976; Lewis, 1979). Lewis vroeg de hulpverleners ouders te behandelen met meer begrip en openheid. Hij suggereerde dat langdurige problemen worden veroorzaakt door het onderdrukken van het lijden van ouders en de afwezigheid van contact met het kind. Ondanks de afwezigheid van epidemiologische evidentie verschenen er de volgende twee decennia een explosie van artikels, boeken en seminars die steun gaven aan de voorgestelde veranderingen, met een parallelle verschijning van protocollen van goede praktijk in een ziekenhuis. Ouders worden nu aangemoedigd het kind te zien en vast te houden, het aan te kleden alsof het een levend kind is, een begrafenis te houden en herinneringen te bewaren (Hughes et al., 2002). Recente protocollen (Kohner N., 1995; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1985) bekrachtigen interventies met als doel het creëren van herinneringen, zoals het zien of vasthouden van de dode baby, het geven van een naam, foto's nemen en het houden van een begrafenis. De zorgverleners zouden in gedachten moeten houden dat deze protocollen ontwikkeld zijn op basis van klinische impressies en zonder empirische evidentie dat ze goed zijn. Er is nu evidentie dat fysiek contact met de dode baby geassocieerd zou zijn met slechtere psychologische gevolgen, in het bijzonder met depressie, PTSS symptomen en slechtere emotionele relatie tussen het kind en de moeder bij een volgende geboorte (Badenhorst and Hughes, 2007). Het zien en vasthouden van de dode baby kan de band van de ouders met het kind versterken en hun verdriet intensiveren (Hutti, 2005). Hoe dan ook ervaren vele ouders deze praktijken als betekenisvol en koesteren de herinneringen aan de tijd met de dode baby. Sommigen kiezen ervoor contact te hebben onafhankelijk van mogelijke slechte uitkomsten. Deze beslissing doet een ethisch conflict ontstaan tussen de principes van autonomie en goedheid. De autonomie van de patiënt is het voornaamst zoals in iedere medische beslissing die moet gemaakt worden maar wordt betwist door de verminderde capaciteit van de ouders om een beslissing te nemen op het moment dat ze intens geschokt en verdrietig zijn. Onvermijdelijk wordt in vele gevallen de beslissing sterk beïnvloed door het aanwezige personeel. Vroeger deed het personeel de baby verwijderen om de ouders te beschermen tegen meer verdriet. Nu zou men het tonen van de baby belangrijk vinden, zelfs indien de ouders weerspanning zijn (Badenhorst

and Hughes, 2007). Tot meer informatie beschikbaar is, moeten zorgverleners vermijden garanties te geven dat ze zich beter zullen voelen als ze hun dode baby hebben gezien en vastgehouden hebben na de geboorte. In plaats daarvan kunnen ze de ouders de voor- en nadelen meedelen en de ouders aanmoedigen een beslissing te nemen waar zij zich het best bij voelen (Hutti, 2005). Ook herinneringen aan de baby worden nog steeds nuttig geacht. Foto's van de baby, voet- en handafdrukken, kledij, armbandjes, een haarlok (met toestemming van de ouders) en alle andere passende items kunnen verzameld worden in een pakket. De herinneringen worden bijgehouden wanneer ouders ervoor kiezen ze niet te ontvangen op het moment van het verlies (Hutti, 2005). De timing van het uitwisselen van informatie is belangrijk. Nabestaande ouders willen niet belast worden met beslissingen over een begrafenis of herdenkingsplechtigheid. Het houden van een begrafenis of herdenkingsplechtigheid zou geen negatieve gevolgen hebben (Hutti, 2005).

1.6. Oorzaak van het verlies

87% van de vrouwen vindt het zeer of extreem belangrijk dat ze duidelijke uitleg krijgen over waarom het miskraam zich heeft voorgedaan (Nikčević et al., 1998). Over het algemeen is er een verlangen naar medische bevestiging en onderzoeken die de medische oorzaak kunnen achterhalen. Wanneer men een verklaring krijgt, gaan de gevoelens van schuld en verantwoordelijkheid verminderen en gaat men aanvaarden dat niets het verlies kon voorkomen. Men heeft eveneens minder last van angst (Brier, 2004; Lok and Neugebauer, 2007). Kennis over de oorzaak vermeerderd het gevoel van controle, vermindert het schuldgevoel, vermindert de schuld die gegeven wordt aan de artsen en vermindert de opdringerige gedachten van het verlies (Brier, 2004). Daarnaast zal de patiënt wellicht beter in staat zijn om zijn of haar gevoelens en gedachten te delen met anderen en aldus steun te ontvangen (Brier, 2008). In 50% van de gevallen is het niet mogelijk een oorzaak te achterhalen (Brier, 2004). Bovendien maken tijd en kost het niet mogelijk elk miskraam te onderzoeken. Vrouwen die geen uitleg krijgen, gaan vaak op zoek naar een reden die vaak gerelateerd is aan de morele tekortkomingen als moeder. Twijfel en verwarring blijven dan bestaan. De grote meerderheid van de vrouwen die geen uitleg krijgen, kampen met een schuldgevoel (Simmons et al., 2006). De afwezigheid van een identificeerbare oorzaak leidt tot het behoud van de initiële angst die zou moeten verminderen in de loop van de tijd. Het heeft een negatieve impact aangezien de vrouw allerlei oorzaken gaat zoeken. Zij zouden bijzondere aandacht moeten krijgen gedurende de follow-up en in de maanden volgend op het verlies (Nikčević et al., 2007).

1.7. Angst, depressie en verdriet

Zoals hoger vermeld, is er een hoge prevalentie van angst en depressie na miskraam. Zorgverleners zouden routinematig moeten screenen naar symptomen van angst en depressie na het verlies. Het is

belangrijk begrip te tonen voor deze symptomen en de ouders gerust te stellen dat deze symptomen normaal gezien zullen verminderen in de komende zes maanden. Het screenen naar angst begint met een vraag over de zelfevaluatie van haar verwerkingsproces. Omdat het gebrek aan steun van de partner sterk geassocieerd is aan angst, gaat men best ook de soort en hoeveelheid steun van de partner na. Verder probeert men symptomen van algemene angst, obsessief-compulsieve stoornis en/ of PTSS te bepalen. Als uit de screening blijkt dat de vrouw zeer symptomatisch is en/of niet adequaat kan functioneren in het dagelijkse leven is een verwijzing naar een psychiater aangewezen. Zolang de angst gericht blijft op het zwangerschapsverlies en aanzienlijk vermindert binnen de zes maanden kan men de patiënt geruststellen (Brier, 2004).

1.8. Partners, gezin en sociale steun

Zoals hoger vermeld, kan het verlies eveneens het gezinsleven en sociale banden verstoren. Daarom is het belangrijk om niet enkel zorg te verlenen aan de moeder, zoals meestal het geval is, maar om het koppel of gezin als een eenheid te benaderen. Men kan zo kwetsbare koppels bereiken en begeleiden met als doel een optimaal niveau van gezondheid te handhaven en eventueel een persoonlijke groei te creëren (Lang et al., 2004). Als partners de gevoelens en het verdriet van elkaar ervaren op een individuele manier en individueel tempo, kunnen relatieproblemen worden vermeden (Hutti, 2004). Specifieke interventies kunnen het verbreken van familiebanden en banden met collega's en vrienden voorkomen. Men kan de sociale steun die rouwende ouders krijgen doen toenemen in kwantiteit en kwaliteit. We bespreken enkele mogelijke interventies (De Montigny and Dumas, 1999).

1. Het informeren van de ouders over mogelijke reacties die zij kunnen verwachten (vermijding, lijden, ongemak, verdriet, etc.) van familie, vrienden en zorgverleners.
2. Het uitleggen van de redenen die deze reacties verklaren, zoals het persoonlijk discomfort, vroegere ervaringen of de onmogelijkheid om steun te communiceren.
3. Het informeren van de ouders over beschikbare bronnen in de maatschappij, zoals zelfhulpgroepen, psychologen, etc.

(De Montigny and Dumas, 1999)

Het is belangrijk dat zorgverleners weten wat er gebeurt binnen deze families en dat de ouders in staat worden gesteld hun familiebanden opnieuw op te bouwen. We bespreken ook hier enkele mogelijke interventies (De Montigny and Dumas, 1999).

1. Laat familie en bezoekers de gelegenheid om hun gevoelens over de dood van de baby te uiten door vragen te stellen en te reflecteren naar de betekenis voor de ouders van het verlies.
2. Bemoedig de ouders om het onderwerp van hun dode baby aan te halen bij familie, vrienden en zorgverleners om zo de communicatie te vergemakkelijken.
3. Help de ouders hun noden en verwachtingen naar familie, vrienden en zorgverleners duidelijk te uiten.
4. Geef ouders de tijd en privacy om beslissingen te nemen.
5. Bespreek met de ouders manieren om contacten te behouden of opnieuw op te bouwen.

(De Montigny and Dumas, 1999)

1.9. De vader

Zoals hoger vermeld, vinden vaders het belangrijk dat hun verdriet erkend wordt. Ze voelen zich vaak genegeerd. Ze willen als meer dan een persoon die steun aanbiedt gezien worden. Het is belangrijk oog te hebben voor de gevoelens van de vader en deze bespreekbaar te maken. Tenzij hij u anders vertelt. Het is belangrijk oog te hebben voor zowel verbale als non-verbale signalen die kunnen wijzen op geremde gevoelens. Het is eveneens van belang in het achterhoofd te houden dat woede vaak een verhulling is van angst en verdriet (O'Leary and Thorwick, 2006).

1.10. Na het ontslag

De thuisverpleegkundige zou een sleutelrol moeten spelen na een zwangerschapsverlies. Hij of zij zou een vaste relatie moeten hebben met de vrouw en haar familie. Zo kunnen de ouders open zijn over angst, bezorgdheden, etc. en kunnen ze advies vragen. Een thuisverpleegkundige kan bovendien psychologische en psychiatrische morbiditeit helpen identificeren (Wong et al., 2003).

1.11. Follow-up consulten

De vorm van follow-up kan variëren van een enkel telefoontje tot een medisch en psychologisch consult. Elke follow-up zou moeten plaatsvinden één tot zes weken na het verlies (Stratton and Lloyd, 2008).

Zoals hoger vermeld, blijkt dat demografische en verloskundige factoren grotendeels nutteloos zijn bij het bepalen van de doelstellingen bij follow-up. Voorgeschiedenis van psychiatrische morbiditeit is veeleer van belang (Stratton and Lloyd, 2008).

Een follow-up vermindert de angst. Dit kan te danken zijn aan het krijgen van informatie en een betere anticipatie op wat gewoonlijk gevoeld wordt in de loop van de tijd en de geruststelling dat wat momenteel gevoeld wordt, normaal is (Brier, 2004).

De meerderheid van de vrouwen beschouwt een consultatie met een arts of psycholoog als hulpvol en vindt medische informatie essentieel in hun herstel. De meerderheid van de vrouwen wil een follow-up bij een huisarts of gynaecoloog. De focus van de follow-up zou moeten liggen op het aanbieden van informatie, advies en geruststelling. Er wordt aangeraden dat follow-up zorg door een zorgverlener zou moeten aangeboden worden aan alle vrouwen na een zwangerschapsverlies. Dit zou een gelegenheid creëren waarbij informatie, uitleg, advies en geruststelling kan gegeven worden. Dit kan leiden tot vermindering van het lijden. Enkel een derde van de vrouwen, zij met meer verdriet, verlangen psychologische steun. Psychologische raadplegingen naast medische onderzoeken en consultaties, zijn goed in het reduceren van het leed en zorgen omtrent een volgende zwangerschap. Vrouwen die zowel medische als psychologische consultaties ondergingen, vertonen een significante daling van lijden, schuldgevoel en piekeren in vergelijking met zij die dit niet kregen. In vergelijking met de groep die enkel medische consultaties krijgt, is er een significant grotere daling in lijden en piekeren. In de groep die enkel medische consultaties krijgt, is er een significante daling van het schuldgevoel. Na psychologische hulp zullen de grootste zorgen van de vrouw onbeantwoord blijven, het moet dus gezien worden als additioneel aan medische hulp (Nikčević et al., 2007).

Er wordt geen significante associatie gevonden tussen follow-up zorg en een verminderd niveau van angst, depressie en lijden. Toch zijn er significant meer vrouwen met angst bij zij die hun gevoelens niet konden uiten tijdens de follow-up zorg. Een derde van de vrouwen wil graag psychologische hulp om hen te helpen met de emotionele aspecten van het verlies. Zij die geen emotionele hulpverlening wensen, hebben duidelijk minder last van angst, depressie en lijden. Bijvoorbeeld een telefonisch interview twee weken na het verlies, zou geassocieerd zijn met een significante reductie van depressieve symptomen op zes weken en op zes maanden na een miskraam. Er wordt gesuggereerd dat deze therapeutische effecten te danken zijn aan de mogelijkheid die de vrouwen krijgen om te praten over hun zwangerschap, omstandigheden van het miskraam en psychologische effecten. Er zijn geen significante verschillen tussen de follow-up groep en de niet follow-up groep voor lijden. Zij die de opportuniteit tijdens de follow-up niet krijgen om hun gevoelens te uiten, hebben meer depressie en angst, ten opzichte van zij die geen follow-up krijgen en zij die wel follow-up krijgen en hun gevoelens daar bespreekbaar kunnen maken. Een mogelijke verklaring is dat een follow-up vrouwen de mogelijkheid niet geeft hun gevoelens bespreekbaar te maken en een nadelig effect kan hebben op het emotioneel

welzijn van de vrouw. Het is mogelijk dat sommige medische zorgverleners, omwille van tijdsgebrek of omwille van persoonlijk ongemak gedurende een gesprek, de expressie van gevoelens blokkeren. Dit zou kunnen leiden tot toenemende angst. Een alternatieve verklaring is dat het verdriet leidt tot een distorsie van de perceptie van de follow-up. Zodat sommige vrouwen die een enorm verdriet ervaren het gevoel niet hebben dat ze hun gevoelens hebben kunnen bespreken gedurende de follow-up. 72% van de vrouwen vindt dat een arts verantwoordelijk zou moeten zijn voor de follow-up. 28% verkiest eerder een vroedvrouw. De belangrijkste onderwerpen die vrouwen willen bespreken zijn oorzaken, emoties, risico op herval en gezondheid (Nikčević et al., 1998).

Zes weken na het verlies vrouwen een follow-up telefoontje of bezoek aanbieden, lijkt een geschikte periode. Dit zou een goed moment zijn hen te vragen hoe ze omgaan met het miskraam, of het miskraam de relatie met hun partner heeft beïnvloed, of er iets anders in hun leven is dat beïnvloedt hoe ze omgaan met het verlies en of ze bezorgdheden of vragen hebben over een volgende zwangerschap (Swanson et al., 2006).

Relevante problemen van zorg omvatten suppressie van de lactatie, contraceptie, gynaecologische complicaties en seksuele moeilijkheden. Ouders stellen het op prijs de arts die hen begeleidde bij de zwangerschap en geboorte een tweetal maanden later te spreken over de dood van hun kind om het autopsierapport te bespreken en om vragen te stellen over hun eigen welzijn en mogelijke verdere zwangerschappen. Desondanks zijn ze vaak ontgoocheld wanneer een autopsie de dood niet kan verklaren (Badenhorst and Hughes, 2007).

Er is dikwijls geen routine follow-up door huisartsen om psychiatrische morbiditeit na een miskraam te herkennen. Er zijn tekortkomingen en inconsistenties in deze huidige hulpverlening. Het is onduidelijk welke factoren bij de zorg na een miskraam de psychiatrische morbiditeit voor de huisarts identificeren. Het is daarom belangrijk de bestaande kwalitatieve gegevens aan te vullen met informatie over de perceptie en ervaringen van de zorg vanuit zowel het perspectief van de ouders als van de huisarts. Wanneer men ontslagen wordt uit het ziekenhuis, worden patiënten in een autonome positie geplaatst voor verdere medische zorg. De zorgverleners laten het vaak over aan de patiënt om verdere consultatie en medische aandacht te vragen indien het nodig lijkt of indien een nieuw probleem zich ontwikkelt. Over het algemeen vinden vrouwen dat formele follow-up plannen volgend op een ontslag hoog prioritair zijn. De ontevredenheid en angst van patiënten neemt toe door de afwezigheid van formele follow-up plannen en fysieke, psychiatrische en sociale noden worden niet geconstateerd (Wong et al., 2003).

1.12. Psychotherapie

Aangezien de meeste van de medische professionele zorgverleners die na een miskraam zorgen voor vrouwen (gynaecologen, vroedvrouwen, huisartsen) niet vertrouwd zijn met psychiatrische beoordeling, kan het voor hen moeilijk zijn psychiatrische problemen in te schatten. Een eenvoudige en effectieve screeningsmethode voor psychologische morbiditeit na een zwangerschapsverlies is belangrijk. Het zou niet enkel helpen bij het identificeren van patiënten die lijden aan psychiatrische ziekten, maar het zou ook mogelijk zijn patiënten tijdig te verwijzen voor goeie psychiatrische evaluatie en, indien nodig, behandeling (Lok and Neugebauer, 2007).

Zoals hoger vermeld, zijn er enkele rode vlaggen voor pathologisch rouwen. Deze risicofactoren kunnen de zorgverleners helpen in de beoordeling van de noodzaak tot verwijzing naar een psycholoog/psychiater (Wallerstedt et al., 2003).

Intense depressie die langer dan zes maanden aanhoudt, moet behandeld worden. Desondanks moeten ouders verzekerd worden dat lijden tot één à twee jaar na het verlies normaal is. Een verwijzing voor psychiatrische behandeling is geïndiceerd wanneer de depressieve symptomen geassocieerd zijn met suïcidale gedachten of wanneer ernstige depressieve symptomen langer dan zes maanden blijven bestaan. Deze suïcidale gedachten of ernstige depressieve symptomen verhinderen het normale leven opnieuw op te nemen (Badenhorst and Hughes, 2007).

De behandeling kan, indien geïndiceerd, bestaan uit antidepressiva, een korte periode van slaapmedicatie om slaapstoornissen op te vangen en psychotherapie. Dit laatste kan nuttig zijn voor bepaalde emoties die blijven aanhouden zoals hulpeloosheid, woede voor het verlies van het koesterend deel van zichzelf en schuldgevoel. Zowel antidepressiva als psychotherapie zijn als zinvol gerapporteerd voor voortdurende depressies. Ze worden niet systematisch gebruikt na een zwangerschapsverlies (Badenhorst and Hughes, 2007).

1.13. Lotgenotencontact

Koppels die snel een sociaal netwerk vinden en behouden, zijn beter in staat om vooruit te gaan in het rouwproces. Het geeft de gelegenheid bij hun gevoelens stil te staan en te rouwen. Een zelfhulpgroep geeft de ouders de mogelijkheid tot continue zorg (Badenhorst and Hughes, 2007). Steun afkomstig van iemand die hetzelfde heeft ervaren en dit succesvol heeft verwerkt, wordt het meest gewaardeerd (Hutti, 2004). Ouders die een baby hebben verloren, zijn over het algemeen niet geneigd aan te sluiten bij een groep van ouders die hun kind hebben verloren, tenzij die specifiek is voor een zwangerschapsverlies. Dit illustreert dat ouders het moeilijk hebben met de maatschappelijke waardering van een dergelijk verlies (De Montigny et al., 1998).

1.14. Een nieuwe baby

Zoals hoger vermeld, zijn vrouwen die opnieuw zwanger worden, angstiger en maken zich meer zorgen over hun zwangerschap. Vrouwen gaan vaak op zoek naar geruststelling van gezondheidswerkers. Geregelde feedback van gezondheidswerkers dragen bij tot een gevoel van veiligheid. Het zou voor deze patiënten goed zijn wat meer consultaties te hebben, aangezien vrouwen zich dan beter voelen. Het getuigt bovendien van steun en begrip (Côté-Arsenault and Donato, 2007). Het is eveneens belangrijk kritische punten in de zwangerschap te herkennen en op deze momenten extra consultaties te plannen om te praten over emoties en problemen. Het meedelen op een positieve manier van de fysieke bevindingen en het stadium van de zwangerschap, kan leiden tot herstel van vertrouwen en de geruststelling dat de zwangerschap op een normale manier vordert (Lamb, 2002). Verhoogde alertheid is belangrijk, aangezien deze vrouwen een verhoogd risico hebben op een volgend verlies en verloskundige complicaties met inbegrip van vroeggeboorte en aangeboren afwijkingen. Termen zoals 'resolutie van verdriet' moeten worden vermeden. Veel ouders willen hun dode baby niet vergeten, het verdriet is een levenslang proces. Zorgverleners zouden termen als 'reïntegratie of reorganisatie' moeten gebruiken. Tijdens het postpartum, moeten ouders zorgvuldig beoordeeld worden op depressie en emotionele relatie met de baby (Hutti, 2004).

Zoals hoger vermeld, gebeuren voorzichtige voorbereidingen zowel op lichamelijk (materiaal om veilig voor de baby te zorgen, slaapkamer, kleren, luiers), emotioneel en sociaal vlak. Weerstand tegen voorbereidingen gebeurt op alle drie de vlakken te danken aan angst voor een volgend verlies. Gezondheidswerkers zouden vrouwen na een zwangerschapsverlies moeten vragen over hun voorbereidingen voor de baby (zoals welk ziekenhuis, naam, babyborrel, etc.). Wanneer de voorbereidingen heel weinig of niets inhouden, hoeft de hulpverlener te vragen als zij denkt dat dit te maken heeft met het vorig verlies. Wanneer de zorgverlener hierop antwoordt dat dit geen ongewone reactie is, kan een discussie verder worden geopend. Men moet erkend en ondersteund worden bij de

persoonlijke moeilijkheden bij de voorbereiding door familie, vrienden en zorgverleners. Gesprekken met zorgverleners over hun hoop en angst zouden kunnen leiden tot een veilige, sociale gelegenheid voor vrouwen om herkenning te winnen voor de unieke aspecten van de zwangerschap. Zorgverleners moeten van iedere vrouw het verhaal van het verlies kennen, erkennen dat hun zwangerschap geen gezonde baby verzekert en verzekeren dat hun weerhouden verwachtingen normaal zijn. Vrouwen zijn in de late zwangerschap nog steeds onzeker over de veiligheid van hun baby maar de foetale bewegingen zijn extreem geruststellend (Côté-Arsenault and Donato, 2007).

Consultaties vóór een volgende zwangerschap kunnen koppels belangrijke informatie geven, kunnen angsten en zorgen bespreekbaar maken, laten evaluatie van genetische risico's toe, vergemakkelijken het rouwproces, etc. Door het evalueren van de behoeftes van de ouders, verbeteren we het vermogen om raad te geven en interventies en steun aan te bieden (Wallerstedt et al., 2003). Na het verlies krijgen ouders vaak tegenstrijdig advies over het krijgen van een nieuwe baby. Over het algemeen vinden ouders dat het niet aan de zorgverleners is om advies te geven over het al dan niet wachten met een volgende zwangerschap (De Montigny et al., 1998; Lamb, 2002). Ze vinden dat de timing voor een volgende zwangerschap een persoonlijke beslissing is die beïnvloed wordt door vele factoren. Dergelijke factoren zijn onder meer leeftijd van de moeder, de spreiding van de kinderen, angst voor onvruchtbaarheid, gevoelens van paraatheid en het stadium van rouwen om het vorig verlies. Ze vinden wel dat ze moeten geïnformeerd worden over de risico's en voordelen. Maar de beslissing zelf zou volledig door de ouders zelf moeten genomen worden. Niemand zou deze beslissing moeten beoordelen (De Montigny et al., 1998). Zorgverleners kunnen gebruik maken van de lijst met vragen ontwikkeld door Wheeler (2000) om ouders te helpen bepalen wanneer ze klaar zijn om een volgende zwangerschap te overwegen.

1. Kan je door het verlies nog steeds aan niets anders denken?
2. Kan je denken aan het verlies zonder dat je er volledig van streek van bent?
3. Kan je waarde hechten aan sociaal contact en activiteiten?
4. Ben je klaar om een nieuwe baby te verwelkomen?

Vrouwen ervaren een zwangerschap na een zwangerschapsverlies dus anders dan vrouwen die dit niet hebben meegemaakt. Sommige ouders hebben baat bij het ontmoeten van andere ouders die hetzelfde hebben meegemaakt. Men begrijpt elkaars pijn. Ze kunnen unieke aspecten, zoals de noodzaak om te gaan met verdriet en angst, delen en elkaar zo steunen. Ze kunnen praten over hun ervaringen in een ondersteunende, onbevooroordeelde sfeer. Onderwerpen als angst en depressie, reacties van de omgeving, emotionele relatie met de baby, de bevalling, etc. kunnen besproken worden (Wright, 2005). Deze groepen kunnen worden uitgebreid met zorgverleners die kunnen helpen geruststellen en helpen bij de angst en hoop dat een nieuwe zwangerschap oproept (Lamb, 2002).

Het kan van belang zijn vertrouwen te herstellen tussen ouders en zorgverleners. Bij de heropbouw van een vertrouwensrelatie zou de zorgverlener de nabestaande ouders moeten vragen wat voor hen belangrijk is bij een volgende zwangerschap. Men gaat na welke (verkeerde) informatie moet worden verduidelijkt. Sommige ouders maken de bewuste beslissing te veranderen van arts of ziekenhuis als gevolg van wantrouwen of moeilijkheden bij het zien van de plaats of hulpverleners geassocieerd met een vorig verlies (Wallerstedt et al., 2003).

Sommige ouders kunnen een PTSS ervaren tijdens de bevalling. Ouders moeten beseffen dat dit een andere arbeid en een ander moment is. Voortdurende geruststelling door zorgverleners is essentieel. Ouders willen soms een pediater in de verloskamer voor extra geruststelling (Wallerstedt et al., 2003).

Het is belangrijk bij prenatale bijeenkomsten na te gaan wie reeds een zwangerschapsverlies heeft ervaren. De begeleiders van de bijeenkomsten zijn in een unieke positie om deze koppels anticiperende begeleiding te geven. Men kan de ouders geruststellen op kritische momenten tijdens de zwangerschap, bij terugkerende gedachten en bij angst. Men kan de ouders vertellen wanneer deze gevoelens de kop kunnen op steken en hen geruststellen dat dit normaal is (Lamb, 2002).

Zoals hoger vermeld, gaan vrouwen met een schuldgevoel intenser lijden en hebben als gevolg hiervan meer moeilijkheden om weer zwanger te worden of hebben minder seksueel contact. Het is van belang de patiënt te verzekeren dat ze niet verantwoordelijk is voor het verlies, de patiënt te informeren over mogelijke oorzaken van het verlies en de patiënt bij te staan bij het zien en vasthouden van de overleden foetus met als doel positieve gevoelens naar de foetus toe te veroorzaken. Wanneer blijkt dat de patiënt een groot schuldgevoel heeft, kan doorverwezen worden naar een psycholoog om een therapie specifiek voor schuldgevoel op te starten (Franché, 2001).

1.15. Waardering van de zorg

Deze richtlijnen zijn niet volgens de regels onderzocht. Toch zijn het nuttige gegevens in termen van hoe ouders de gezondheidszorg ervaren. Vrouwen melden ontevredenheid wanneer:

1. Het bloeden of het verlies wordt beschouwd als een niet belangrijk gebeuren (Conway, 1995; Thorstensen, 2000).
2. Ze geen adequate informatie verkrijgen, met inbegrip van medische informatie en steun (Corbet-Owen and Kruger, 2001; Lee and Slade, 1996; Thorstensen, 2000).
3. Geen of onvoldoende duidelijkheid krijgen waarom het verlies zich heeft voorgedaan. (Dit is één van de grootste ontevredenheden bij vrouwen, hoewel moet worden erkend dat een verklaring niet altijd mogelijk is.) (Conway, 1995; Conway and Russell, 2000; Corbet-Owen and Kruger, 2001; Nikčević, 2003).
4. Een dilatatie of curettage wordt uitgevoerd als een routine procedure (Thorstensen, 2000).
5. Niet medelevende of kwetsende opmerkingen worden gemaakt (Corbet-Owen and Kruger, 2001; Di Marco et al., 2002; Evans et al., 2002; Jacobs and Harvey, 2000; Lee and Slade, 1996).
6. Ze vooral medisch worden behandeld en de emotionele behoeften van de vrouw worden verwaarloosd (Conway and Russell, 2000; Jacobs and Harvey, 2000).
7. Ze toegelaten worden op ongepaste afdelingen, zoals de afdeling met voldragen, gezonde baby's (Evans et al., 2002; Lee and Slade, 1996).

(Stratton and Lloyd, 2008)

2. WEERSLAG OP DE ZORGVERLENING

Een zwangerschapsverlies is zowel voor beide ouders als voor de zorgverleners een traumatische ervaring (Säflund et al., 2004). Ook zorgverleners zijn geschokt en van streek bij een zwangerschapsverlies. Steun verlenen aan ouders die een kind hebben verloren is extreem veeleisend, moeilijk en stressvol (Chan et al., 2008). Onervaren zorgverleners kunnen soms niet weten wat te zeggen of te doen (Hughes et al., 2002). Sommigen kunnen het gevoel hebben dat ze falen. Ze hebben het gevoel enkel te kunnen luisteren en er voor hen te zijn (Chan et al., 2008).

2.1. Perspectief vroedvrouw

Het gebeuren rond geboorte en dood kunnen onverwerkt verdriet bij vroedvrouwen oproepen. Ze moeten dan gevoelige ondersteunende zorg aanbieden aan de kwetsbare gezinnen terwijl ze hun eigen emotionele reacties op de situatie moeten verwerken. Sommigen vroedvrouwen vinden steun bij elkaar (Roehrs et al., 2008). Maar dit kan soms moeilijk zijn door tijdsgebrek en personeelstekort (McCreight, 2004). Desondanks kan het werk ook heel wat voldoening met zich meebrengen (Roehrs et al., 2008).

Vroedvrouwen lijden over het algemeen aan verdriet en angst wanneer ze te maken hebben met het verlies en vinden zichzelf niet in staat om te gaan met hun eigen emotioneel lijden. Over het algemeen is het de emotionele betrokkenheid die het meest angst veroorzaakt. De dood kan eveneens een gevoel van falen en schuldgevoel teweegbrengen. Het verlies kan diepe gevoelens en misschien onherkende emoties naar boven halen die geassocieerd zijn met herinneringen van vorige verliezen of anticipaties naar toekomstige intieme verliezen. Sommigen kunnen zich na regelmatige blootstelling aan de dood, optrekken aan vorige ervaringen en op een ‘professionele manier’ reageren (McCreight, 2004).

Het is voor vroedvrouwen over het algemeen van belang ervaring en kennis op te doen, communicatieve vaardigheden aan te leren en steun te krijgen van teamleden. Deze bevindingen kunnen worden gebruikt voor het opleidingsprogramma van vroedvrouwen (Chan et al., 2008). Ook richtlijnen voor uitgebreid papierwerk kunnen worden gegeven (Roehrs et al., 2008). Het is logisch dat na een geschikte opleiding vroedvrouwen beter in staat zijn om te gaan met rouw na een verlies. Ze kunnen nood hebben aan psychologische en emotionele steun (Chan et al., 2008). Herkenning van de gevoelens en emoties van lijden kunnen helpen in het vermijden van ‘burn-out’ en de kwaliteit van zorg versterken (McCreight, 2004).

2.2. Perspectief huisarts

Huisartsen worden hun eigen gebrek en kwetsbaarheid gewaar bij het omgaan met een zwangerschapsverlies. Ze vinden het belangrijk vaardigheden te ontwikkelen en ervaringen op te doen noodzakelijk om de emotionele impact van een miskraam aan te kunnen aan de hand van educatie. Educatie van huisartsen wordt ook gezien als een manier om een hogere kwaliteit van het aanbieden van informatie en behandelingsplannen te bekomen (Wong et al., 2003). De meeste huisartsen vinden dat er psychologische steun aan vrouwen na zwangerschapsverlies moet gegeven worden. Maar slechts 21% voelt zich hier goed mee vertrouwd (Nikčević et al., 1998).

REFERENTIES

Badenhorst W., Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *BPRCOG* 2007; 21 (2): 249-259.

Brier N. Anxiety After Miscarriage: A Review of the Empirical Literature and Implications for Clinical Practice. *BIRTH* 2004; 31 (2): 138-142.

Brier N. Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature. *J. Womens Health* 2008; 17 (3): 451-464.

Burkhammer M.D., Anderson G.C., Chiu S. Grief, Anxiety, Stillbirth, and Perinatal Problems: Healing With Kangaroo Care. *JOGNN* 2004; 33 (6): 774-782.

Caelli K., Downie J., Letendre A. Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *J. Adv. Nurs.* 2002; 39 (2): 127-136.

Chan M.F., Lou F., Arthur D.G., Cao F., Wu L.H., Li P., et al. Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *J. Clin. Nurs.* 2008; 17 (4): 509-518.

Conway K. Miscarriage experience and the role of support systems; a pilot study. *Br. J. Med. Psychol.* 1995; 68 (3): 259-267.

Conway K., Russell G. Couples grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *Br. J. Med. Psychol.* 2000; 73 (4): 531-545.

Corbet-Owen C., Kruger L. The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Fam. Syst. Health* 2001; 19: 411-427.

Côte-Arsenault D., Donato K.L. Restrained Expectations in Late Pregnancy Following Loss. *JOGNN* 2007; 36 (6): 550-557.

Cuisinier M., Janssen H., de Graauw C., Bakker S., Hoogduin C. Pregnancy following miscarriage: Course of grief and some determining factors. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 1996; 17 (3): 168-174.

De Montigny F., Dumas L. A Baby Has Died: The Impact of Perinatal Loss on Family Social Networks. *JOGNN* 1999; 28 (2): 151-156.

Di Marco M., Renker P., Medas J., Bertosa H., Goranitis J.L. Effects of an educational bereavement program on health care professionals perceptions of perinatal loss. *J. Contin. Educ. Nurs.* 2002; 33: 180-186.

Evans L., Lloyd D, Considine R., Hancock L. Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry; a hospital based study. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2002; 42 (2): 155-160.

van Everdingen J.J.E., Klazinga N.S., Pols J. *Pinkhof geneeskundig woordenboek*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1998.

Flenady V., Wilson T. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008; (1): 1-12.

Franché R. Psychologic and Obstetric Predictors of Couples' Grief During Pregnancy After Miscarriage or Perinatal Death. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97 (4): 597-602.

Gissler M., Hemminki E., Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ* 1996; 313 (7070): 1431-1434

Hengeveld M.W., Sabbe B.G.C., van Balkom A.J.L.M., van Heeringen C. *Leerboek psychiatrie*. de Tijdstroom, Utrecht, 2009.

Hughes, Turton P., Hopper E., Evans. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002; 360 (9327): 114-118.

Hutti M.H. Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss. *JOGNN* 2005; 34 (5): 630-638.

Jacobs J., Harvey J. Evaluation of an Australian miscarriage support programme. *Br. J. Nurs.* 2000; 9 (1): 22-26.

Janssen H.J., Cuisinier M.C., Hoogduin K.A. et al. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153 (2): 226-230.

Kavanaugh K., Robertson P.A. Recurrent perinatal loss: a case study. *Omega (Westport)* 1999; 39 (2): 133-147.

Klier C.M., Geller P.A., Ritsher J.B. Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Arch. Womens Ment. Health* 2002; 5 (4): 129-149.

Kohner N. *Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals*. SANDS, London, 1995.

Lamb E.H. The impact of Previous Perinatal Loss on Subsequent Pregnancy and Parenting. *J. Perinat. Educ.* 2002; 11 (2): 33-40.

Lang A., Goule T. C., Amsel R. Explanatory model of health in bereaved parents postfetal/infant death. *Int. J. Nurs. Stud.* 2004; 41 (8): 869-880.

Lee C., Slade P. Miscarriage as a traumatic event; a review of the literature and new implications for intervention. *J. Psychosom. Res.* 1996; 40 (3): 235-244.

Lewis E. The management of stillbirth: coping with an unreality. *Lancet* 1976; 2 (7986): 619-620.

Lewis E. Mourning by the family after stillbirth or neonatal death. *Arch. Dis. Child* 1979; 54 (4): 303-306.

Lok I.H., Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *BPRCOG* 2007; 21 (2): 229-247.

McCreight B.S. Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *Int. J. Nurs. Stud.* 2004; 42 (4): 439-448.

Nikčević A.V. Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic. *J. Reprod. Infant. Psychol.* 2003; 21: 207-217.

Nikčević A.V., Tunkel S.A., Nicolaidis K.H. Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1998; 11 (2): 123-128.

Nikčević A.V., Kuczmierczyk A.R., Nicolaidis K. H.. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *J. Psychosom. Res.* 2007; 63 (3): 283-290.

O'leary J., Thorwick C. Fathers' Perspectives During Pregnancy, Postperinatal Loss. *JOGNN* 2006; 35 (1): 78-86.

Roehrs C., Masterson A., Alles R., Witt C., Rutt P. Caring for Families Coping With Perinatal Loss. *JOGNN* 2008; 37 (6): 631-639.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Report of the RCOG working party on the management of perinatal deaths. Chameleon Press, London, 1985.

Säflund K., Sjögren B., Wredling R. The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of Parents. *BIRTH* 2004; 31 (2): 132-137.

Säflund K., Wredling R. Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 2006; 85 (10): 1193-1199.

Simmons R.K, Singh G, Maconochie N., Doyle P., Green J. Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Soc. Sci. Med.* 2006; 63 (7): 1934-1946.

Smith L.F., Frost J., Levitas R., Bradley H., Garcia J. Women's experiences of three early miscarriage management options. *Br. J. Gen. Pract.* 2006; 56 (524): 198-205.

Stratton K., LLOYD L. Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2008; 48 (1): 5-11.

Swanson K.M. Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosom. Med.* 2003; 65 (5), 902-910.

Swanson K.M., Connor S., Jolley S.N., Pettinato M., Wang T. Contexts and Evolution of Women's Responses to Miscarriage During the First Year after Loss. *Res. Nurs. Health* 2007; 30 (1): 2-16.

Temmerman M. Medico-legale en epidemiologische aspecten van verloskunde. In: Syllabus verloskunde deel I: fysiologie, Academia Press, Gent, 2008; 124-141.

Temmerman M. Intra-uteriene vruchtdood. In: Syllabus verloskunde deel II: pathologie, Academia Press, Gent, 2010; 10-13.

Thorstensen K. A. Midwifery management of first trimester and bleeding and early pregnancy loss. *J. Midwifery Womens Health* 2000; 45 (6): 481-497.

Turton P., Hughes P., Evans C.D.H. et al. The incidence and significance of post traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br. J. Psychiatry* 2001; 178: 556-560.

Wallerstedt C., Lilley M., Baldwin K. Interconceptional Counseling After Perinatal and Infant Loss. *JOGNN* 2003; 32 (4): 533-542.

Wilson R.E. Parents' support of their other children after a miscarriage or perinatal death. *Early Human Development* 2001; 61: 55-65.

Wong M.K.Y., Crawford T.J., Gask L., Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *Br. J. Gen. Pract.* 2003; 53 (494): 697-702.

Wright P.M. Childbirth Education for Parents Experiencing Pregnancy after Perinatal Loss. *J. Perinat. Educ.* 2005; 14(4): 9-15.