

Een goede start

De hechtingsrelatie na een sectio caesarea



Literatuurstudie

Carmen Arets

2013

Naam: C.A.M. Arets

Studentnummer: 0931780

**Instelling: Hogeschool Zuyd, faculteit
gezondheidszorg**

Studiejaar: 4, verdiepingsjaar

Stageplaats: MUMC+ recovery, Maastricht

Stage periode: Sept. 2013 tot aug. 2014

Docent: Dieuwertje Boot

Praktijkbegeleider: Ine Hilderink

Werkbegeleiders: Pierre Rinia, Annie Hullugie,

Kristel Kleinen & Margie Vanham

Samenvatting

Voor deze literatuurstudie is de volgende hoofdvraag opgesteld:

Welke post operatieve zorg na een sectio caesarea is er nodig om de hechtingsband tussen ouder en kind te optimaliseren?

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn een aantal deelvragen opgesteld:

1. *Hoe ziet de post operatieve zorg na een 'geplande' sectio caesarea eruit voor moeder en kind?*
2. *Welke psychologische effecten heeft een sectio caesarea op de moeder, haar partner en de relatie met het kindje?*
3. *Welke voorwaarden zijn er nodig na een sectio om een goede hechtingsband tussen moeder en kind te kunnen ontwikkelen?*

Om antwoord te vinden op deze vragen is gebruikt gemaakt van databanken met onderzoeksliteratuur, online bronnen en boeken. De meest gebruikte zoektermen waren 'caesarean section', 'bonding' en 'skin to skin contact'. Uit de gevonden informatie blijkt dat de geboorte een belangrijk onderdeel is bij ontwikkeling van de hechtingsrelatie tussen moeder en kind. Een sectio caesarea kan een van de redenen zijn waardoor moeder en kind worden gescheiden na de geboorte. Het scheiden van moeder en kind kan problemen opleveren bij het ontwikkelen van een hechtingsband. In een later stadium kan het ook problemen veroorzaken bij sociale relaties, stemming, gevoel van acceptatie en zelfwaardering van het kind. Het MUMC+ is een van de ziekenhuizen waar moeder en pasgeborene worden gescheiden na de sectio caesarea. Voor de vrouwen is het ondergaan van een sectio vaak al een negatieve ervaring. Gevoelens van verlies, falen van hun lichaam en in het moederschap, teleurstelling en abnormaliteit komen hierbij voor. Vaders nemen vaak de rol van verzorger op zich wanneer moeder hiertoe niet in staat is door de operatie. Er zijn ziekenhuizen in Nederland en het buitenland die een werkwijze hebben ontwikkeld waarbij moeder en kind de eerste belangrijke uren na de geboorte samen blijven, zo kan er huid op huid contact worden toegepast. Dit huid op huid contact zorgt voor betere stabiele vitale functies van de pasgeborene, goede condities voor het ontwikkelen van de hechtingsrelatie, een lager stressniveau waardoor de pasgeborene minder huilt en geeft de mogelijkheid direct te kunnen starten met het geven van borstvoeding. Het geven van borstvoeding draagt ook bij aan de hechtingsrelatie. Het bij elkaar houden van moeder en kind na een sectio caesarea heeft naast ontwikkeling van een goede relatie dus vele andere belangen.

Summary

For this literature study the following main question has been prepared:

Which post operative care after a caesarean section is necessary to optimize the attachment relationship between parents and children?

To answer this main question, a few part questions are prepared:

1. *How does the post operative care look after a 'planned' caesarean section for mother and child?*
2. *Which psycho logics effects has a caesarean section for mother, her partner and the child?*
3. *Which conditions are needed after a caesarean section to develop a good attachment relationship between mother and child?*

To answer these questions, information is searched in databases with research literature, online sources and books. Many used search terms were 'caesarean section', 'bonding' en 'skin to skin contact'.

De found literature shows that birth is an important part in the development of the attachment relationship between mother and child. A caesarean section can be one of the reasons mother and child are separated directly after birth. Separation of mother and child can cause problems in developing the relationship, but can also cause later problems in the social relationships, mood, feelings of acceptance and self esteem. The MUMC+ is one of the hospitals where mother and newborns are still separated after a caesarean section. Undergoing a caesarean section is for a lot of women a negative experience. Feelings of lost, failing from their body en in maternity, disappointment and abnormality often shows. Fathers often take the role of caregiver, when mothers is not available to do it because of the surgery.

There are hospitals in the Netherlands and abroad who developed a working method where mother and child can stay together in first important hours after birth, so skin to skin contact can be applied. This skin to skin contact ensures better stable vital functions of the newborn, good conditions to develop the attachment relationship, a lower stress level which causes less crying from the newborn and gives the possibility to start breastfeeding directly.

Breastfeeding also contributes to the attachment relationship. Keeping mother and newborn together after a caesarean section has besides developing a good relationship many other benefits.

Voorwoord

Deze literatuurstudie vormt een opdracht van de opleiding Verpleegkunde, hogeschool Zuyd te Heerlen. Momenteel ben ik 4^e jaars HBO -V student. Mijn laatste stagejaar vervul ik op de recovery in het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+). Het maken van een literatuurstudie is onderdeel van Major 1. De literatuurstudie kan als voorbereiding dienen op de bachelorthesis. De bachelorthesis vormt het eindproject voor de opleiding tot verpleegkundige in het verdiepingsjaar.

Het onderwerp voor deze literatuurstudie is gekozen in overleg met de praktijkbegeleiders, docent begeleidster en mijn medestudent op de recovery. Met een medestudent ga ik samen de bachelorthesis uitvoeren. De hoofd- en deelonderwerpen zijn tot stand gekomen in overleg met mijn docent begeleidster en studiegenoten tijdens de besprekingen in de onderwijsgroep.

Bij deze wil ik dan ook een woord van dank uitspreken voor alle hulp die ik heb gekregen bij het maken van deze opdracht;

Docent begeleidster; Dieuwertje Boot;
de werkbegeleiding van de recovery;
praktijkbegeleidster, Ine Hilderink;
afdelingshoofd, Joelle Theunissen;
mijn medestudent op de recovery, Myrthe Rijks;
en mijn studiegenoten.



Hopelijk bent U hiermee voldoende geïnformeerd,
Ik wens U veel leesplezier toe!

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Summary	3
Voorwoord	4
Inleiding	6
1. De post operatieve zorg na een sectio caesarea	9
1.1 Een sectio caesarea	9
1.2 De zorg na een sectio caesarea	10
1.3 De eerste uren	11
1.3.1 Warmte en geborgenheid	12
1.3.2 Borstvoeding	12
2. Psychologische effecten van een sectio op het gezin	15
2.1 Omgang met een sectio caesarea	15
2.3 De rol van vader	17
3. De hechtingsband na de sectio caesarea	18
3.1 Het belang van een hechtingsrelatie	18
3.2 De hechtingsband ontwikkelen na een sectio	19
3.3 Huid op huid contact	20
Nabeschouwing	22
Conclusie	22
Aanbeveling	23
Discussie	23
Literatuurlijst	24
Bijlage	
Bijlage 1: Voorstel vragen literatuurstudie	28
Bijlage 2: Methoden beschrijving	30
Bijlage 3: Reflectie	33
Bijlage 4: Feedback	35
Bijlage 5: Beoordelingsformulier	35

Inleiding

Een sectio caesarea oftewel de keizersnede is een operatie waarbij het pasgeborene via de buikwand naar buiten wordt gehaald. Een sectio wordt uitgevoerd wanneer een vaginale partus niet mogelijk is of een te groot risico vormt voor de baby en/of moeder. In sommige gevallen is al ver voor de bevalling duidelijk dat een sectio caesarea noodzakelijk is, dit wordt ook wel een primaire of geplande sectio genoemd. Echter vaak wordt pas tijdens de bevalling duidelijk dat de sectio nodig is, ook wel de secundaire- of spoedsectio. De meest voorkomende redenen voor een secundaire sectio zijn het niet vorderen van de bevalling of een zuurstofgebrek voor de pasgeborene. Ook bij het krijgen van meerlingen wordt vaker een sectio caesarea uitgevoerd. (NVOG, 2000)

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (Mei, 2013) blijkt dat er in 2010 28.644 sectio's zijn uitgevoerd. Volgens het CBS waren dit er in 2000 24.484 en in 1995 was het aantal 18.338. Er is een significante groei waarneembaar. Ook de Nationale Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (Maart, 2011) liet zien dat in Nederland het overall sectiopercentage is gestegen van 4,5% in 1980 naar 7,4% in 1990 en zelfs tot 15,1% in 2007. Volgens het artikel van Trommel (2007) ligt in landen als Brazilië, Cuba of Mexico het percentage keizersnede die wordt uitgevoerd nog hoger dan in Nederland. In die landen wordt ruim een derde deel van de kinderen door een sectio caesarea geboren. NVOG (2005) geeft aan dat in Brazilië het percentage uitgevoerde sectio's het hoogst is, namelijk 47,7%. Maar volgens van Trommel (2007) ligt ook in omringende landen als Duitsland en het Verenigd Koninkrijk het percentage keizersneden boven de 20%.

Chippington- Derrick, & Lowdon (2002) geven verschillende redenen aan waardoor de sectio vaker wordt uitgevoerd. Een sectio is te plannen, gebeurt met hulp van moderne technologie en gaat snel. Allemaal onderdelen waar men in deze eeuw zich vertrouwd mee voelt. Volgens gynaecologe Kwee van het UMC Utrecht(n.d.) neemt het aantal sectio's toe doordat er meer risico's bekend zijn waardoor de artsen eerder besluiten een sectio uit te voeren. Maar ook worden vrouwen gemiddeld op latere leeftijd moeder. Op later leeftijd moeder worden vergroot de kans op complicaties tijdens de zwangerschap, waardoor de kans op een sectio weer vergroot wordt. Uit het onderzoek van Kwee bleek dat artsen vaker toegeven aan de wens om een sectio te verrichten, ook al zou dit niet medisch noodzakelijk zijn. Kwee pleit voor betere voorlichting, meer terughoudendheid van artsen en duidelijke richtlijnen. 'Vooruitlopend op haar onderzoek was Kwee benieuwd naar het sectio- beleid van

gynaecologen. Uit een survey van Kwee in 2000 onder negenhonderd gynaecologen en gynaecologen -opleiding in Nederland blijkt dat er altijd wel iemand bereid is om een keizersnede op verzoek te verrichten, bijvoorbeeld als een vrouw enorme angst heeft voor een natuurlijke bevalling. Hoe ouder en hoe meer ervaren de arts, hoe groter die bereidheid.’ (UMC Utrecht, n.d.)

In het MUMC+ wordt deze operatie ook regelmatig uitgevoerd. Urasmes MC (2013) geeft aan dat de sectio meestal onder spinale anesthesie wordt uitgevoerd, spinale anesthesie wordt ook wel de ruggenprik genoemd. Deze vorm van anesthesie is vaak veiliger, stelt de moeder en partner in staat de bevalling toch nog samen te beleven omdat de moeder wakker blijft en de baby is alerter vlak na de geboorte. Algehele anesthesie wordt soms toegepast in spoedsituaties, op vraag van de patiënt of bij patiënten met stollingsziektes of afwijkingen in de rug waardoor de regionale verdoving niet goed kan werken. NVOG (2000) geeft aan dat de sectio ongeveer 45 minuten duurt. Het kind wordt meestal binnen 15 minuten na het starten van de operatie geboren, het dicht hechten van de wond bij de moeder neemt meer tijd in beslag. Vaak wordt het kind direct na de geboorte onderzocht door de kinderarts. Afhankelijk van de reden voor de sectio, zwangerschapsduur, ziekenhuisgewoontes en de toestand van de moeder en de pasgeborene wordt het kindje verder verzorgd. In het MUMC+ worden moeder en kind gedurende de operatie van elkaar gescheiden. Op de recovery worden zij weer herenigd, vaak is dan al enige tijd verstreken.

Uit onderzoek door Elliot-Carter & Harper (2012) blijkt dat baby’s die door ziekte of vroeggeboorte langdurig van hun moeder gescheiden werden resulteerde in problemen bij de hechtingsrelatie van de moeder. Er werd geconcludeerd dat vroeg huid op huid contact en vroeg geven van borstvoeding in de eerste twee uur na de geboorte een positief effect heeft op moeder –kind hechtingsrelaties. Spiegels – van de Ven (2009) geeft ook aan dat wanneer vroeg huid op huid contact na de geboorte onthouden wordt dit schadelijke gevolgen kan hebben voor de interactie tussen moeder en kind, voor de gezondheid van de pasgeborene, het gedrag en relatie met de moeder en het tot stand komen van de borstvoeding. Een sectio caesarea is een van de belangrijkste redenen waardoor huid op huid contact niet wordt gerealiseerd. Dit komt voornamelijk door het routinematig handelen in ziekenhuizen, het uniek moment vlak na de geboorte wordt niet ervaren door moeder, partner en het kind.

Naar aanleiding van dit onderwerp zijn hoofd- en deelvragen opgesteld voor het uitwerken van deze literatuurstudie;

Hoofdvraag:

Welke post operatieve zorg na een sectio caesarea is er nodig om de hechtingsband tussen ouder en kind te optimaliseren?

Deelvragen:

1. Hoe ziet de post operatieve zorg na een ‘geplande’ sectio caesarea eruit voor moeder en kind?
2. Welke psychologische effecten heeft een sectio caesarea op de moeder, haar partner en de relatie met het kindje?
3. Welke voorwaarden zijn er nodig na een sectio om een goede hechtingsband tussen moeder en kind te kunnen ontwikkelen?

Informatie om deze vragen te beantwoorden is gezocht met behulp van zoekmachines op het internet, boeken en databanken. De meest gebruikte databanken voor dit verslag zijn Pubmed, Cinahl en Science Direct. De zoekmachine google is gebruikt voor het zoeken van informatie op het internet. In de databanken is voornamelijk gezocht met de zoektermen ‘caesarean section’, ‘post operative care’, ‘skin to skin’, ‘bonding’, ‘psychological effects’, ‘breastfeeding’, ‘fathers role’ en ‘relationschip’.

Inclusiefactoren waren; geboorte door een sectio caesarea’ artikel is in 2004 of later gepubliceerd en zijn alle verkregen via de databanken die vanuit hogeschool Zuyd worden aangereikt. In de bibliotheek van hogeschool Zuyd was niet veel literatuur beschikbaar over dit onderwerp. Daardoor zijn er voor dit verslag maar enkele boeken gebruikt.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt beschreven hoe de post operatieve zorg na een sectio uit ziet voor moeder en kind.

Hoofdstuk twee richt zich op de psychologische aspecten en emoties bij een sectio caesarea. Vervolgens gaat hoofdstuk drie dieper in op welke voorwaarde er nodig zijn op de hechtingsrelatie onder optimale condities te kunnen ontwikkelen.

In de nabeschuiving wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag, er worden aanbevelingen gedaan en onderdelen ter discussie gesteld.

1. De post operatieve zorg na een sectio caesarea

De sectio caesarea is een veel voorkomende operatie in Nederland. Het percentage uitgevoerde sectio's is de afgelopen jaren flink gestegen. In dit hoofdstuk wordt in het kort de aanleidingen voor een sectio besproken, de mogelijke post operatieve complicaties en hoe de post operatieve zorg na een sectio eruit ziet. Er wordt informatie gegeven over de zorgbehoefte van moeder en kind na de ingreep maar ook naar de eerste algemene behoefte die het kindje na de geboorte heeft.

1.1 Een sectio caesarea

Het aantal sectio caesarea stijgt door de jaren steeds meer. Volgens Chippington- Derrick, & Lowdon (2002) zijn er verschillende redenen aan te wijzen waardoor de sectio caesarea steeds 'populairder' is geworden. Redenen die worden aangegeven zijn dat de sectio gepland kan worden, iets wat men tegenwoordig in het dagelijkse leven gewend is om te doen. Daarnaast zijn we in deze eeuw bekend en vooral vertrouwd met moderne technologieën. Een kind krijgen met hulp van moderne technieken (een sectio) is voor sommige vrouwen geruststellend. Een sectio gaat meestal sneller dan een vaginale partus en wordt ervaren als pijnvrij. Vaak maken vrouwen zich zorgen over hoe een baby door zo een 'klein kanaal' zou moeten gaan en dat maakt hen bang voor een vaginale partus, niet alleen voor beschadigingen aan de baby maar ook voor henzelf. Redenen die door Kwee van het UMC Utrecht (n.d.) worden genoemd voor het toenemen van het aantal sectio's zijn dat er meer risico's bekend zijn waardoor artsen eerder besluiten een sectio uit te voeren. Maar ook worden vrouwen gemiddeld op latere leeftijd moeder. Hierdoor ontstaat er ook meer risico's op complicaties tijdens de zwangerschap waardoor een sectio caesarea moet worden uitgevoerd. Volgens Trommel (2007) zijn er meer complicaties bij een sectio caesarea dan bij een vaginale partus. Healthwise (2010) geeft aan dat er een langere herstel tijd nodig is na een sectio caesarea. Moeders hebben tot wel 6 weken de tijd nodig om te herstellen. Complicaties die post-operatief kunnen voorkomen zijn; infecties, trombose, bloedverlies, misselijkheid en braken, het op gang komen van de darmen of blaasproblematiek. Lange termijn complicaties zoals bv. littekenbreuken komen meestal pas voor bij een volgende zwangerschap.

1.2 De zorg na een sectio caesarea

NVOG (2005) geeft aan dat, wanneer het kindje is geboren, hij/zij wordt meegenomen naar een onderzoekskamer voor een eerste ‘check’ van de kinderarts. In het MUMC+ mag pasgeborene nog heel even terug naar de moeder, maar gaat vlak daarna met partner naar afdeling terug. Spiegels – van de Ven (2009) geeft aan dat door routinematig handelen in ziekenhuizen bij een sectio moeder en kinderen van meestal van elkaar worden gescheiden, terwijl hier bij een gezond voldragen kindje medisch gezien geen noodzaak voor is. Spiegels – van de Ven (2009) geeft aan dat in de meeste ziekenhuizen na de eerst check van de kinderarts de partner en pasgeborene terug keren naar de kraamafdeling. Daar wordt het kindje gewogen, getemperatuurd, aangekleed en krijg vitamine K toegediend. Na deze verzorging is het voor de partner wachten totdat zij terug mogen naar moeder. Op de recovery bestaat de zorg voor moeder uit het geven van pijnstilling en het monitoren van de vitale functies. Specifiek voor deze operatie wordt gelet op de operatiewond, het vloeien en, omdat het vaak middels spinale anesthesie gebeurt, waarbij dus het onderste deel van het lichaam verdoofd is, de beweegbaarheid van de benen.

Van Bergen (2003) geeft aan dat de laatste jaren een nieuwe visie op de zorg na een sectio in Nederland zijn intrede doet. Deze nieuwe visie wordt ook wel family centered care genoemd of, in het Nederlands, gezinsgerichte zorg. In de Verenigde Staten is gezinsgerichte zorg al jaren eerder geïntroduceerd. Volgens Fisk, N., Smith, J. & Plaat, F. (2008) kan gezinsgerichte zorg ook na een sectio worden toegepast. Dit houdt in dat meteen nadat de baby uit de buik wordt gehaald, en is nagekeken door de kinderarts, hij/zij naakt bij moeder op de borst wordt gelegd. De check van de kinderarts gebeurt naast het bed van de moeder in de operatiekamer. De operatie is dan nog steeds bezig. Na de sectio gaan de pasgeborene, moeder en partner samen naar de recovery. De baby wordt op geen enkel punt nog gescheiden van de moeder indien de gezondheid het toelaat. Deze nieuwe werkwijze kan zowel bij primaire als secundaire sectio's worden toegepast. Werken volgens dit principe wordt steeds bekender in Nederland, echter het is volgens Spiegels- van de Ven (2009) nog lang geen gestandaardiseerde methode. Het Maxima Medisch Centrum is een van de ziekenhuizen in Nederland die sinds kort werkt met deze visie, enkele andere voorbeelden zijn; Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht, het Antonius ziekenhuis in Utrecht en Friesland, Elisabeth ziekenhuis in Tilburg, het Maasplein ziekenhuis in Boxmeer en het Gelre Hospitaal in Zutphen.

Elliot-Carter & J. Harper (2012) hebben onderzoek naar een 'birth- friendly' of te wel 'geboorte -vriendelijk' ziekenhuis in Zuid- Louisiana. In dit vrouwen gespecialiseerde ziekenhuis worden jaarlijks ongeveer 8000 baby's geboren waarvan 3000 middels een sectio caesarea, dat is ongeveer 40% van de geboortes. Van deze 40% is ongeveer 29% van de sectio's ongepland en 11% gepland. In de jaren '90 werd gestart met het samen verplegen van moeders en pasgeborene na normale bevalling. Nu, in de 21^{ste} eeuw lijkt het normaal te zijn geworden om moeders en pasgeborene na een sectio te scheiden. Kindjes, geboren via een sectio in het Louisiana ziekenhuis werden voor dit project ook gescheiden van de moeders. De pasgeborene werden verzorgd en geobserveerd op de afdeling terwijl moeder naar de recovery werden gebracht. Deze scheiding van moeder en zuigelingen vertraagd het ontwikkelen van een hechtingsband, huid- op- huid contact en het geven van borstvoeding. Dit terwijl het in de eerste uren na de bevalling juist zo belangrijk blijkt voor de gezondheidstoestand en hechtingsband van moeder en kind. In het ziekenhuis in Zuid- Louisiana hebben ze hiervoor een oplossing bedacht. Zij hebben een ruimte ontworpen waar moeder en kind samen konden blijven. Voor deze verandering werd 40% van de pasgeborene gescheiden van hun moeder na de geboorte, nu gebeurt dit nog maar met 3,7% van de pasgeborene. Het resultaat hiervan was zeer positief, moeders ervaren de sectio positiever dan voorheen en de gezondheidstoestand van het kindje verbeterde. De moeders die een primaire sectio ondergaan zijn vooraf blij als ze horen dat hun pasgeborene bij hen blijft, vooral de moeders die al een eerdere sectio hebben meegemaakt stonden zeer positief hier tegenover. Verpleegkundigen merkten ook dat er veel minder problemen gaf bij het starten met borstvoeding. Het ziekenhuis ziet de vele voordelen van deze verandering. De tevredenheid voor de patiënten is toegenomen, maar ook verpleegkundigen en artsen hebben een beter gevoel hierbij. Al dit is mogelijk gemaakt zonder dat er voor het ziekenhuis extra kosten bij zijn gekomen.

1.3 De eerste uren

De navelstreng wordt na de sectio doorgeknipt. Soms zit er wat slijm of vruchtwater in de neus en mond, wat het ademen kan bemoeilijken, dit wordt uitgezogen zodat de luchtweg vrij is. De pasgeborene hoort zelf te gaan ademen na de geboorte. Bij de geboorte heeft het kind al een aantal aangeboren reflexen namelijk; de zoekreflex, grijpreflex en zuig- en slik reflex. Deze reflexen spelen een rol bij het starten van borstvoeding. (Spanjer, Haan de, Poortman, Dijk, Gorter, Waal de, Jong de & Hagens, 2006) Verder zijn warmte, geborgenheid en natuurlijke voeding belangrijk voor een goede start na de geboorte.

1.3.1 Warmte en geborgenheid

Het temperatuurverschil tussen de binnen en buitenkant van het lichaam is groot. Net geboren zal de baby in het eerste uur extra behoefte hebben aan warmte. (Spanjer, et al., 2006)

Uit onderzoek van Spiegels – van de Ven (2009) blijkt dat de meest natuurlijke overgang vanuit de baarmoeder naar daarbuiten dicht bij de lichaam van de moeder is. Door dicht bij de moeder te blijven ruikt en hoort de baby haar en wordt hij verwarmt door de moeder. Uit onderzoek van Spiegels – van de Ven (2009) is gebleken dat baby's door huid op huid contact zich veilig voelen en zelden huilen de eerste anderhalf uur na de geboorte. In de meeste ziekenhuizen is het gangbaar om na een vaginale partus de baby direct op de borst van de moeder te leggen. Vanuit deze plaats kan de baby direct proberen te drinken aan de borst. Een sectio caesarea kan reden zijn dat er niet direct of maar kort huid op huid contact is. Uit de studie van Spiegels- van de Ven (2009) blijkt dat er medisch gezien geen reden is om moeder en pasgeborene te scheiden wanneer zij in een gezonde toestand verkeren. 'In een onderzoek van Nolan en Lawrence (2009) werden de kinderen direct na de keizersnede met hun wang tegen de wang van moeder gehouden. Op de recovery was er opnieuw huid op huid contact. De gemiddelde lichaamstemperatuur van de baby's in het eerste uur na de geboorte was aantoonbaar hoger in de huid op huid contact groep.' (Catharina ziekenhuis, n.d.) Eén van de meest genoemde nadelen volgens het Catharina ziekenhuis (n.d.) van huid op huid contact na een sectio is het risico op temperatuurdaling bij het kind. Baby's die geboren worden door middel van een keizersnede hebben daar meer kans op. Nolan en Lawrence (2009) tonen echter aan dat gezonde baby's die direct na de keizersnede huid op huid contact krijgen niet meer risico lopen op temperatuurdaling. Spiegels – van den Ven (2009) toonde een onderzoek naar de voet temperatuur van de baby's. Bij de huid op huid contact groep was de temperatuur bijna 2 °C hoger dan bij de groep waarde pasgeborene aangekleed was en in de armen van de moeder lag. Er bleek dat de voet temperatuur bij baby's die aangekleed op de babykamer lagen het laagst was.

1.3.2. Borstvoeding

'Mizuno, Mizun, Shinohara en Noda (2004) geven aan dat de aantrekkingskracht van de moedermelk geur genetisch bepaald of verworven zou zijn in de baarmoeder. Hun onderzoek concludeert dat; moeder kind, huid op huid contact, langer dan 50 minuten, onmiddellijk na de geboorte resulteert dat een zuigeling de geur van de melk van hun eigen moeder beter

herkent, wat leidt tot contact met de tepel en het leren van de moedermelk geur, wat weer leidt tot een langere borstvoedingsduur.’ (Spiegels – van den Ven, 2009)

Ook volgens een artikel van Clement (2001) ervaren vrouwen meer problemen met het geven van borstvoeding na een sectio caesarea dan na een normale bevalling. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen. De moeder ondergaat een operatie, pijn en vermoeidheid kunnen het gevolg zijn hiervan waardoor de moeder niet meteen in staat is tot het geven van borstvoeding. Daarnaast krijgen baby’s na een sectio caesarea vaak meteen een flesje om rust te creëren voor de baby maar ook voor de moeder. De keizersnede kan volgens Spiegels- van de Ven (2009) een schadelijk effect hebben op de band tussen moeder en kind en wanneer een sectio onder algehele anesthesie is uitgevoerd kan ook de baby vermoeid zijn door de verdoving. In de NICE –richtlijn (2011) opgesteld door de National Health Group in Engeland, over de sectio caesarea wordt aangegeven dat de vrouw hulp moet worden aangeboden met het aanleggen van de baby zo snel mogelijk na de geboorte. Dit komt omdat de moeders die een sectio caesarea hebben ondergaan minder kans hebben om de borstvoeding de eerste uren na de geboorte te kunnen starten.

De borstvoeding komt op gang door hormonen. Prolactine zorgt voor de aanmaak van melk en oxytocine zorgt voor een toeschietreflex. Hoe vaker de pasgeborene wordt aangelegd voor melk, hoe meer melk wordt aangemaakt. Nog een belangrijke reden om moeder en kind zo min mogelijk van elkaar te scheiden (Rengens, 2009).

Tijdens het geboorteproces maakt een baby zijn eigen endorfines vrij. Deze endorfines werken pijnonderdrukkend en zorgen voor een gevoel van euforie. Hierdoor is het kind bij de geboorte zeer alert en heeft het de ogen wijd open. De eerste kind reflexen spelen een sleutelrol bij het bevorderen van de moedermelk overdracht. De ontwikkeling van de zoek- en zuigreflexen is beschreven als pre-feeding gedrag, wat waarschijnlijk voorgeprogrammeerd is in de hersenen van het kind. Hierdoor kan de pasgeborene de weg naar de borst zelf vinden. Tevens wordt dit beschouwd een belangrijke rol te spelen bij het tot stand komen en bevorderen van de borstvoeding en de melkoverdracht, doordat ze de samenwerking van de hormonen oxytocine en prolactine stimuleren. Deze aangeboren innerlijke instructie lijkt afhankelijk te zijn van de juiste prikkeling van de zintuigen, hetgeen er tijdens het huid op huidcontact met moeder gebeurt. (Spiegels –van den Ven, 2009)

Burby (2003) geeft redenen waarom borstvoeding de perfecte voeding is voor de pasgeborene. Borstvoeding helpt bij ontwikkeling van het immuunsysteem en bevat antistoffen tegen ziektes. Daarbij is het beter verteerbaar voor de baby dan kunstvoeding. Het zuigen van de baby helpt bloedingen te voorkomen en is bevorderlijk voor het samentrekken van de baarmoeder na de geboorte. Op lange termijn lijkt er zelfs verband te zijn tussen het risico op borstkanker en ovariumkanker. Ook de American Academy of Pediatrics (AAP) houdt zich stevig aan het standpunt dat borstvoeding zorgt voor de best mogelijke gezondheid en de beste ontwikkeling en psychosociale uitkomsten voor het kind. De Nederlandse vereniging van Jeugd Gezondheidszorg (2003) geeft ook aan dat de baby binnen een uur na de geboorte voor de eerste keer aangelegd moet worden. Naast de eerder genoemde redenen geven zij ook nog aan dat dit de kolonisatie van nuttige bacteriën op de tepel bevordert. Daarnaast is de zuigreflex in de eerste uren na de geboorte het sterkst

De sectio is een operatie die steeds vaker voorkomt, zo ook in het MUMC+. In de meeste ziekenhuizen worden moeder en kind van elkaar gescheiden tijdens de operatie. Er is een nieuwe methode ontwikkeld waarbij moeder en kind samen blijven tijdens de eerste belangrijke uren na de geboorte. Buiten alle lichamelijk invloeden van een sectio, heeft het ook invloed op psycho- sociaal gebied. In het volgende hoofdstuk wordt meer informatie hierover gegeven.

2. Psychologische effecten van een sectio caesarea

‘De geboorte van een kind is niet alleen een biologische gebeurtenis maar ook een psycho - sociale. Geboorte vindt plaats in een sociale context, de sociale en psychologische factoren zijn van invloed op de individuele ervaringen.’ (Fenwick, S., Holloway, I. & Alexander, J., 2006) Niet alleen op moeder maar ook vader speelt hierbij vaak een rol. In dit hoofdstuk wordt dieper op de ervaringen van ouders ingegaan.

2.1 Omgang met een sectio caesarea

Fisk, Smith & Plaat (2008) geven in hun onderzoek aan dat geboorte door een sectio voor veel vrouwen minder voldoening geeft dan de vaginale partus. Er is meer kans op een post natale depressie, de vrouwen ondervinden meer hechtingsproblemen met hun kind en meer problemen met het geven van borstvoeding. Spiegels – van den Ven (2009) geeft ook aan dat een sectio caesarea vaak negatieve gevolgen met zich mee brengt. Vaak wordt een primaire sectio caesarea positiever ervaren dan een secundaire sectio caesarea. Dit komt mogelijk omdat moeders zich dan beter voor kunnen bereiden op de operatie. Moeders met een secundaire sectio caesarea hebben niet of veel minder tijd om zich voor te bereiden op de operatie. Zij kunnen teleurgesteld zijn en ervaren een sectio dan vaak als een verlies. NICE (2011) heeft in hun richtlijn gesteld dat vrouwen voor de sectio voldoende evidence based informatie moeten krijgen over de sectio. Dit kan ervoor zorgen dat de vrouw meer voorbereid de operatie ingaat.

Fenwick, Holloway & Alexander (2006) onderzochten ervaringen van moeders die een sectio caesarea ondergingen. In het onderzoek participeerde 21 vrouwen tussen de 25 en 35 jaar oud die voor de eerste of de tweede keer zwanger waren. Alle vrouwen hadden een stabiele relatie met de vader, een ongecompliceerde zwangerschap en bevielden van een gezonde baby. Het doel van het onderzoek was om de ervaringen en reacties van de vrouwen te onderzoeken. De bevindingen uit de interviews werden in vier categorieën verdeeld.

- Verwachtingen en werkelijkheid;
- het gevoel van in controle zijn;
- gevoelens van falen als vrouw zijnde;
- gevoelens van ‘anders’ zijn.

Door de sectio ervaren veel moeders gevoelens als verdriet, verlies en teleurstelling. Veel vrouwen gaven ook het gevoel te hebben niet ‘normaal’ te zijn, redenen hiervoor waren dat ‘normale’ vrouwen kunnen ook op de natuurlijke wijze konden bevallen. Het gevoel dat ze de eerste belangrijke momenten in het leven van hun kindje hadden gemist was groot. Het niet in

staat zijn om nauw contact te hebben gehad met de pasgeborene zorgde voor ook voor gemis. Alle vrouwen gaven aan dat ze gehoopt hadden in controle te zijn van het bevallingsproces, sommige vrouwen ervoeren de sectio als het gevoel van de controle verliezen. De vrouwen met een primaire sectio hadden een meer positievere houding t.o.v. de vrouwen met een secundaire sectio. Goede communicatie van de zorgverleners speelde een belangrijke rol bij vrouwen die het gevoel van controle bleven houden. Sommigen gaven aan het gevoel te hebben gefaald na de sectio omdat hun lichaam de bevalling niet aankon. Maar ook het gevoel van falen in de rol van moeder speelde een rol in de eerste dagen na de sectio. De meeste vrouwen waren door de operatie lichamelijk niet in staat hun baby te verzorgen. Sommige moeders gaven aan zich 'anders te voelen' omdat zij niet het verwachte patroon hadden doorlopen. De meeste vrouwen gaven aan fysieke, psychische en emotionele steun van de zorgverleners te missen.

Clement (2001) onderzocht het psychologisch aspect van een sectio caesarea. Ook hier werd geconcludeerd dat de vrouwen met een sectio minder voldoening hadden van de bevalling dan de vrouwen met een vaginale partus. Over het effect van post natale depressie zijn de meningen verdeeld, van de 20 vergeleken onderzoeken toonden 11 aan dat er wel meer risico op was na een sectio en 9 van niet. Er blijkt wel dat niet alle vrouwen de sectio negatief vonden. Er zat verschil tussen vrouwen die een primaire of secundaire sectio kregen. De groep vrouwen met een secundaire sectio hadden minder tijd zich mentaal voor te bereiden op de operatie. Clement (2001) geeft ook aan dat het ervaren van een sectio maken te heeft met de culturele achtergrond. Zo wordt in Aziatische groepen de sectio als heel negatief ervaren terwijl in Brazilië er veel positiever naar wordt gekeken. Er bleek ook verschil te zitten in de gebruikte anesthesie, zo werd algehele anesthesie negatiever ervaren dan spinale anesthesie. Verder had de houding, communicatie en informatievoorziening van de hulpverleners, de psychische voorgeschiedenis van de patiënt en de aanwezigheid van partners ook invloed op de ervaring.

2.2 De rol van vader

Christensson, Erlandsson & Fagerberg (2008) hebben een onderzoek verricht naar ervaringen van vaders die de eerste uren na de geboorte zorgen voor hun baby omdat moeder post operatieve zorg kreeg. Voor het onderzoek werden 15 vaders zes tot acht dagen na de

geboorte geïnterviewd. De vaders gaven aan dat de band tussen hem en kind hechter werd en dat het verantwoordelijkheidsgevoel vergroot werd wanneer zij de eerste uren alleen voor het kindje moesten zorgen. Vele onderzoeken wijzen uit dat de pasgeborene noodzaak heeft aan nauw contact, warmte en hechting, de vader blijkt de beste alternatief om deze behoeften te helpen vervullen wanneer moeder hier niet toe in staat is. Ook blijkt dat baby die huid op huid contact met hun vader hadden na de geboorte eerder beginnen met borstvoeding wanneer ze weer terug bij moeder zijn dan baby's die geen huid op huid contact met vaders hebben. Spiegels – van den Ven (2009) geeft aan dat voor vaders een sectio caesarea soms ook moeilijk te verwerken is. Door de meeste vaders wordt de rol als zorgverlener in de eerste uren na de geboorte positief ervaren. Uit informatie van het Catharina ziekenhuis (n.d.) blijkt dat baby's die extra huid op huid contact met hun vader kregen minder huilen en kalmer zijn.

Clement (2001) toonde twee tegenstrijdige onderzoeken. Bij een onderzoek werd aangetoond dat vaders een meer positieve band kregen met hun kindje na de sectio terwijl ander onderzoek juist aantoonde dat er voor vaders geen verschil was tussen geboorte door vaginale partus of door een sectio. Verder bleek dat het de relatie tussen de ouders geen invloed had op hoe het kindje is geboren.

Uit een groot deel van de onderzoeksliteratuur blijkt dat een sectio caesarea negatief wordt ervaren door moeders. Vrouwen ervaren gevoelens van verlies, falen van hun lichaam en in het moederschap, teleurstelling en abnormaliteit. De vrouwen die een sectio ondergingen haalden minder voldoening uit de bevalling dan de vrouwen met een vaginale partus. Als moeder geopereerd wordt is vader het beste alternatief om voor de baby te zorgen. Vaders ervaren het positief om deze rol te vervullen. Bevallingen door een sectio blijkt voor meer problemen in de hechtingsrelatie tussen moeder en kind te zorgen. In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de ontwikkeling van deze hechtingsband tussen moeder en kind.

3. De hechtingsband na een sectio caesarea

In voorgaande hoofdstukken is aangegeven dat huid op huid contact belangrijk is voor het ontwikkelen van een hechtingsband. In dit hoofdstuk wordt hier dieper op ingegaan. Er wordt gekeken wat een hechtingsrelatie tussen moeder en kind inhoudt en welke condities nodig zijn om een goede hechtingsband tussen moeder en kind te kunnen ontwikkelen.

3.1 Het belang van een hechtingsrelatie

‘Hechting is een duurzame affectieve relatie tussen een persoon (kind) en een specifiek persoon (opvoeder)’ (Wal van de, 2009).

Spanjer, et al.(2006) geeft aan dat oog contact, stemgeluid en geur zorgt voor een soort herkenning en bevestiging van verbondenheid. Alle signalen in het eerste uur van het leven spelen een rol in het tot stand komen van de band tussen moeder en kind. Een baby kan contact met zijn ouders maken door aankijken, huilen, grijpen en zuigen. De ouder reageert op deze signalen door contact te bieden, waardoor een band ontstaat. Volgens Spanjer, et al. (2006) blijkt dat een gehecht kind in zijn latere kinderjaren zich sociaal en emotioneel goed ontwikkelt. De eerste fase van het hechtingsproces is tussen 0 en 2 maanden oud. In deze autistische fase beschouwt de baby zich nog steeds als ongescheiden van de moeder (Spijkerboer, 2010). Volgens van de Wal(2009) heeft het uitstellen van het eerste contact na de geboorte een negatieve invloed op de hechtingsrelatie. Gevolgen van een onveilige hechting kunnen invloed hebben op sociale relaties, stemming, gevoel van acceptatie en zelfwaardering.

De eerste uren na de geboorte van de baby zijn het belangrijkste voor de ontwikkeling van de hechtingsrelatie. Huid op huid contact tussen moeder en baby bij de geboorte verbetert de interactie tussen moeder en kind, vermindert huilen, de baby is rustiger, voelt zich getroost en zal vlugger een slaperige toestand bereiken. (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg & Christensson, 2007) Ook in de NICE richtlijn (2011) wordt aangeraden om vroeg huid op huid contact na een sectio caesarea tussen moeder en kind aan te moedigen en te vergemakkelijken omdat het de moederlijke gedrag versterkt, beter is voor borstvoeding en het huilen van de baby verminderd.

3.2 De hechtingsband ontwikkelen na een sectio

Tegenwoordig betekent het ondergaan van een sectio caesarea nog altijd in veel ziekenhuizen dat moeder en kind in het eerste uur na de geboorte niet bij elkaar zijn en dus geen huid op huidcontact hebben. De positieve effecten van huid op huidcontact tussen ouders en pasgeborene direct na de geboorte, onder andere het stimuleren van een optimale hechtingsrelatie en reguleren van de vitale functies van de pasgeborene, komen hierdoor niet optimaal tot uiting. (Erlandsson, et al., 2007)

Om een optimale hechtingsband te kunnen ontwikkelen tussen moeder en kind na een sectio caesarea is het dus van groot belang dat moeder en kind samen blijven. Volgens Spiegels – van de Ven (2009) zou idealiter het kindje zo snel mogelijk na de geboorte, ook al is de operatie nog in gang, naakt op de borst van moeder gelegd moeten worden om huid op huid contact te krijgen. Het starten met borstvoeding draagt bij aan de gezondheid van het kindje en kan ook mogelijk worden gemaakt wanneer meteen huid op huid contact plaats vindt. Het geven van borstvoeding zorgt ook voor het versterken van de relatie tussen moeder en kind. Volgens Erlandsson, et al., (2007) zou de pasgeborene de eerste uren na de geboorte niet van zijn ouders moeten worden gescheiden, dit zorgt voor een goede start in de ontwikkeling van de hechtingsband. Positief is dat steeds meer ziekenhuizen in Nederland zich hiervan bewust worden en ervoor zorgen dat gezonde 'pasgeborene, ongeacht de methode van geboorte, bij hun moeder kunnen blijven. Echter volgens Spiegels- van de Ven is dit nog lang niet een routineprocedure in alle ziekenhuizen.

3.3 Huid op huid contact

Door Elliot-Carter & Harper (2012) wordt aangegeven dat baby's die door ziekte of vroeggeboorte langdurig van hun moeder gescheiden werden resulteerde in problemen bij het ontwikkelen van de hechtingsrelatie. In dit onderzoek werd geconcludeerd dat vroeg huid op huid contact en vroeg geven van borstvoeding in de eerste twee uur na de geboorte een positief effect heeft op de moeder kind hechtingsrelaties. Perk (2011) geeft ook aan dat huid op huid contact een positief effect heeft op meerdere terreinen. Het is bevorderend voor het op gang komen en in stand houden van borstvoeding, het handhaven van een juiste temperatuur, hartfrequentie, tensie en bloedglucose. Daarnaast huilen baby's minder en kan het zelfs pijnstillend werken wanneer bv. bloed wordt afgenomen. Het huid op huid contact heeft een extra positief effect op de hechtingsrelatie tussen moeder en kind.

March for dimes (2013) geeft aan dat kangeroeën een methode is waarbij het kindje op de blote huid van moeder of vader wordt gelegd. De ligging op de borst de ademhaling van de pasgeborene en de zuigreflex. Verder geeft ook March voor dimes (2013) aan dat het bevordert is voor de temperatuurregulatie, huilt de baby minder en stimuleert het de aanmaak van moedermelk. Op lange termijn blijkt het zelf ook beter te zijn voor het gewicht van de pasgeborene. Naast de belangen voor de pasgeborene zorgt het ook voor emotionele voordelen voor de moeder. Het zorgt voor zelfvertrouwen in de rol als moeder en geeft het

gevoel van ‘moederschap’. Het MUMC+ is een ziekenhuis waar het kangoeroe project is uitgevoerd.

‘Baby’s die huid op huid bij hun moeder blijven huilen zelden. Baby’s die direct na de geboorte van hun moeder gescheiden worden huilen het eerste anderhalf uur om de vijf minuten twintig tot veertig seconden lang. Bij baby’s klinkt dit huilen duidelijk anders dan huilen vanwege honger of pijn. Huilen veroorzaakt onrust bij de baby en de omgeving en vergt energie.’ (Spiegels- van den Ven, 2009)

Niet alleen voor de hechtingsrelatie is huid op huid contact bevorderend maar ook voor de lichamelijke toestand van moeder en kind. Spiegels –van den Ven (2009) toont aan dat huid op huidcontact en borstvoeding de werking van oxytocine verhoogd. Effect van een verhoogd oxytocine gehalte bij moeder is:

- Verdeelt de warmte in het lichaam van de moeder waardoor de drinkende baby ook wordt verwarmd;
- verlaagt de bloeddruk en concentratie stresshormoon bij de moeder;
- stelt de moeder in staat voeding beter om te zetten tijdens de spijsvertering; (het maagdarm hormoon cholecysteine komt vrij door voedsel en zuigen aan de borst, het stimuleert het maag-darmkanaal en maakt oxytocine vrij in de hersenen.)
- bevordert het samentrekken van de uterus dat gunstige invloed heeft op het genezingsproces.

Spiegels- van de Ven(2009) geeft aan dat een verhoogd oxytocine gehalte rust en het sociaal geheugen opwekt. De pasgeborene zal zich beter ontwikkelen en er ontstaat een diepe nauwe band met moeder. Het gevolg van lichaamscontact is stress reductie waardoor de hersenontwikkeling bij pasgeborene wordt bevorderd. Wanneer er na een sectio geen huid op huid contact is heeft een moeder 2 tot 3 dagen minder oxytocine impulsen dan na een vaginale bevalling. Men weet niet of dit het gevolg is van de operatie, pijn en stress of later huidcontact.

In het onderzoek van Fisk, Smith & Plaat (2008) naar een natuurlijke vorm van een sectio caesarea wordt het kindje meteen na de geboorte op de blote borst van de moeder gelegd. De pasgeborene wordt schoongemaakt met een warme handdoek en warm gehouden met nieuwe

handdoeken en noppenfolie. De vader krijgt de kans om de navelstreng door te knippen mocht hij dit willen. De pasgeborene wordt zo op de borst neergelegd dat hij/zij kan beginnen met zuigen. Volgens Spanjer et al. (2006) wordt op deze manier optimaal gebruikt gemaakt van de zoek-, zuig- en slik reflexen. Wanneer het wangetje van de baby wordt aangeraakt maakt de pasgeborene een zoekende beweging naar die zijde. Als het kindje de tepel heeft gevonden krijgt hij vervolgens een zuig- en slik reflex. Deze zuig en slik reflex zijn meteen na de geboorte heel sterk.

De hechtingsrelatie tussen moeder en kind kan zich het best ontwikkelen wanneer er direct na de geboorte huid op huid contact mogelijk wordt gemaakt. Moeder en kind zouden de eerste uren na de sectio niet meer gescheiden moeten worden. Huid op huid contact zorgt ook voor regulatie van de vitale functies van de pasgeborene, minder huilen en geeft de mogelijkheid direct te starten met het geven van borstvoeding. Het geven van borstvoeding zorgt ook voor het versterken van de hechtingsrelatie tussen moeder en kind. In het MUMC+ worden moeder en kind gescheiden tot na de operatie. Op de recovery is wel mogelijk gemaakt dat moeder de pasgeborene terugziet.

Nabeschouwing

Conclusie

Voor dit verslag werd onderzocht welke post operatieve zorg er nodig is om de hechtingsband tussen ouder en kind te optimaliseren na een sectio caesarea. Uit de gevonden literatuur blijkt dat het van belang is om moeder en kind niet te scheiden na een sectio caesarea en indien dit niet mogelijk is, zo snel mogelijk weer te herenigen. Na een sectio caesarea is er, bij een voldragen en gezonde baby, medisch gezien geen reden is om moeder en pasgeborene te scheiden. Ondanks dat er nog veel ziekenhuizen zijn die dit wel doen, beginnen ook steeds meer ziekenhuizen een werkwijze te ontwikkelen waarbij moeder en pasgeborene na een

sectio caesarea wel samen kunnen blijven. Als moeder en kind samen blijven kan huid op huid contact worden toegepast. Dit contact heeft vele voordelen. Een van deze voordelen is dat het de hechtingsrelatie tussen moeder en kind bevordert. Verder bevordert dit het moederlijke gedrag en huilt de pasgeborene veel minder. Het oxycotone gehalte is verhoogd bij huid op huid contact, dit werkt rustgevend voor de pasgeborene. Minder stress bevordert ook de hersenontwikkeling en daarmee het sociaal geheugen van de pasgeborene. Door ontwikkeling van het sociaal geheugen ontstaat ook een sterkere hechtingsband. Verder is bekend dat de vitale functies stabiel zijn of zelfs verbeteren en wordt er minder pijn ervaren door zowel moeder als kind.

Een ander belangrijk voordeel is dat het samenblijven van moeder en kind ook de mogelijkheid biedt om meteen te starten met het geven van borstvoeding. Vlak na de geboorte is de baby heel alert door de vrijgekomen endorfine, de zuig-, zoek- en slikreflex is dan heel sterk. Het geven van borstvoeding versterkt ook de hechtingsrelatie. De pasgeborene kan moedermelk beter verteren dan kunstmatige voeding en het bevat antistoffen tegen ziektes, waardoor het immuunsysteem wordt versterkt. Optimaal zou zijn, om meteen na de geboorte, nog tijdens de operatie, de pasgeborene naakt op de blote huid van moeder te leggen. Er wordt gesproken over de eerste uren moeder en kind niet te scheiden. Geen enkel onderzoek geeft negatieve gevolgen over huid op huid contact na een sectio caesarea. Wanneer moeder door omstandigheden niet in staat is om zorg te bieden aan de pasgeborene blijkt vader het beste alternatief te zijn voor huid op huid contact. Er is gebleken dat een gehecht kind in zijn latere kinderjaren zich sociaal en emotioneel goed kan ontwikkelen.

Discussie

WHO en UNICEF bevelen starten met borstvoeding binnen de eerste 30 minuten na de geboorte aan. Spiegels – van den Ven (2009) concludeert dat borstvoeding het best binnen een uur na de bevalling kan worden gestart. In alle literatuur wordt aangegeven dat het goed is om snel te starten met borstvoeding na een sectio. Echter in de artikelen wordt steeds een andere tijdslimiet eraan gekoppeld. Welk tijdslimit optimaal is is onbekend.

Bij onderzoeken naar ervaringen met een sectio caesarea werd niet aangegeven of de vrouwen de kans kregen hun kindje te zien, aan te raken of op hun borst te leggen. Waarschijnlijk zal dit wel invloed kunnen hebben op de ervaring van de moeders.

Clement (2001) toonde twee tegenstrijdige onderzoeken. Bij een onderzoek werd aangetoond dat vaders een meer positieve band kregen met hun kindje na de sectio terwijl ander onderzoek juist aantoonde dat er voor vaders geen verschil was tussen geboorte door vaginale partus of door een sectio. Over dit onderwerp zou verder onderzoek verricht kunnen worden.

De interviews in het onderzoek van Christensson, Erlandsson & Fagerberg (2008) zijn op verschillende momenten gehouden, vanaf 8 dagen tot wel 6 weken na de geboorte. Dit kan van invloed zijn op de ervaringen van de vaders

Alle onderzoeken geven aan dat huid op huid contact bevorderend is voor de hechtingsrelatie tussen moeder en kind, er wordt niet aangegeven hoelang huid op huid contact moeten worden gerealiseerd voor een optimale hechtingsband te ontwikkelen.

Aanbevelingen

- Vroeg huid op huid contact na een sectio caesarea tussen moeder en kind moet aangemoedigd en vergemakkelijkt worden.
- Zo snel mogelijk na de sectio caesarea moet er hulp aangeboden worden voor de eerste borstvoeding van de baby.
- Binnen 30 minuten na de geboorte moet het eerste initiatief voor het geven van borstvoeding worden gedaan.
- Huid op huid contact moet worden nagestreefd bij alle pasgeborenen, ongeacht de wijze van bevallen.
- Gezinsgerichte zorg moet worden nagestreefd binnen de ziekenhuizen in Nederland.

Literatuurlijst

Bergen van, M. (September, 2003) *Kraamsuites*. Verkregen op 12-11-2013 van:

http://www.kindenziekenhuis.nl/artikelen_zoalsthuis/moeder-en-kind/

Burby, L. (2003) *101 redenen om borstvoeding te geven*. Verkregen op 19-10-2013 van

<http://www.borstvoeding.com/voorjebegint/motivatie/101reden.html>

Catharina Ziekenhuis (n.d.) *Huid op huid contact na een keizersnede*. Verkregen op 20-10-2013 van:

http://www.catharinaziekenhuis.nl/files/Patient/Specialismen_en_afdelingen/Verloskunde/Huid-op-huid_contact.pdf

Centraal Bureau voor de statistiek (Mei, 2013) *Operaties in het ziekenhuis; soort opname, leeftijd en geslacht*. Verkregen op 07-10-2013 van:

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80386NED&LA=NL>

Centraal Bureau voor de statistiek (Mei, 2013) *Operaties in het ziekenhuis; soort opname, leeftijd en geslacht*. Verkregen op 12-11-2013 van:

Chippington- Derrick, D. & Lowdon, G. (2002) Caesarean section of vaginale birth? What differences does it make? *AIMS Journal, Volume 2*.

Clement, S. (2001) *Psychological aspects of caesarean section. Volume 15, Number 1*.

Elliot –Carter, N. & Harper, J. (September, 2012) Keeping mothers and newborns together after caesarean. *Nursing for womens health, 2012, Volume 16, issue 4*.

Fenwick, S., Holloway, I. & Alexander, J. (2006) *Achieving normality: The key to status passage to motherhood after a caesarean section*.

Fisk, N., Smith, J. & Plaat, F. (2008) The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG An international journal of Obstetrics and Gynaecology*.

Healthwise (Februari, 2010) *cesarean section- risks and complications*. Verkregen op 20-10-2013 van: <http://www.webmd.com/baby/tc/cesarean-section-risks-and-complications>

K. Christensson, K. Erlandsson & I. Fagerberg (2008) Fathers' Lived Experiences of Getting to Know Their Baby While Acting as Primary Caregivers Immediately Following Birth. *The journal of perinatal education, Volume 17, Number 2*.

Maastrichts Universitair Medisch Centrum (Juni, 2011) *De keizersnede*. Verkregen op 30-09-2013 van: http://www.azm.nl/5490/60350/23366-0610_De_Keizersnede.pdf

March of dimes(2013) *Holding your baby close*. Verkregen op 12-11-2013 van:
<http://www.marchofdimes.com/baby/holding-your-baby-close-kangaroo-care.aspx>

Maxima Medisch Centrum (Oktober, 2011) *Nieuwe werkwijze bij keizersnede: moeder en kind niet meer gescheiden*. Verkregen op 01-10-2013 van:
http://www.mmc.nl/over_mmc/nieuwsoverzicht/nieuwe_werkwijze_bij_keizersnede_moeder_en_kind_niet_meer_gescheiden

Muytyn, C.S. (1993) *Psychosocial impact of cesarean section on the family: A literature review*.

National Institute for Clinical Excellence (April, 2004) *Caesarean section* Verkregen op 30-09-2013 van: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg013niceguideline.pdf>

National Institute for Clinical Excellence (November, 2011) *Caesarean section* Verkregen op 05-10-2013 van: <http://guidance.nice.org.uk/CG132/NICEGuidance/pdf/English>

Nationale Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (2000) *De keizersnede*. Verkregen op 05-10-2013 van: http://www.nvog.nl/Sites/Files/0000000098_01%20Keizersnede.pdf

Nationale Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (23 Maart 2011) *Indicatiestelling sectio caesarea*. Verkregen op 30-09-2013 van: http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2011/Indicatiestelling_sectio_caesarea.pdf

Nederlandse vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (2003) *standaarden borstvoeding*.
Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum

Rengens, C. (Juli, 2012) *Borstvoeding na keizersnede*. Verkregen op 20-10-2013 van:
<http://kiind.nl/articles/439/Borstvoedingnakeizersnede.html>

Perk van de, C. (2011) *Het belang van huid op huid contact*. Verkregen van afdelingshoofd Recovery, J. Theunissen. Informatie vanuit project kangaroo in MUMC+.

Spanjer, J., Haan de, E., Poortman, L., Dijk, H., Gorter, A., Waal de, M., Jong de, M. & Hagens, H. (2006) *Bevallen en opstaan*. Uitgeverij: Pandora

Spiegels- Ven van den, A. (2010) *Huid op huid contact na een sectio*. Verkregen op 30-09-2013 van:

https://doks.khlim.be/do/files/FiSe40288a2227a84e740127a93a485e0116/E10_LK_12_vandeVenAnita.pdf;jsessionid=FFE6B7E79314327274EBD5F27F3037F1?recordId=SGEZ40288a2227a84e740127a93a485e0115

Spijkerboer, C. (2010) *Hechting van wieg tot het graf*. Verkregen op 21-10-2013 van:

http://www.mensinwerking.org/index.htm_files/PAPER%20HECHTING.pdf

Trommel van, N. (December, 2007) *Overlijdenskans bij keizersnede drie tot vijf keer hoger*. Verkregen op 07-10-2013 van:

http://vorige.nrc.nl/wetenschap/article1857624.ece/Overlijdenskans_bij_keizersnee_drie_tot_vijf_keer_hoger

UMC Utrecht (n.d.) *Promotie: Meer complicaties bij een keizersnede dan gedacht*. Verkregen op 07-10-2013 van: <http://www.artsennet.nl/Artikel/33284/Promotie-Meer-complicaties-bij-keizersnede-dan-gedacht.htm>

Urasmes MC (2013) *Anesthesie bij de keizersnede*. Verkregen op 12-11-2013 van:

<http://www.erasmusmc.nl/cs-patientenzorg/2419534/2419543/100560/218980/Anesthesiebijkeizersnede>

Wal van de, H. (Juli, 2009) *Hechting is van levensbelang. Kiind*. Verkregen op 21-10-2013 van: <http://www.kiind.nl/articles/65/>

Bijlage 1: Voorstel vragen Literatuurstudie

Eerste versie:

PICO-methode:

P: Moeder/ouders en kind

I: Post operatieve zorg op de recovery

C: Huidige situatie

O: Optimale voorwaarden om de hechtingsrelatie tussen kind en moeder te ontwikkelen na een sectio caesarea.

Hoofdvraag:

Waarom moet de post operatieve zorg op de recovery na een sectio caesarea voldoen om onder optimale condities de hechtingsband tussen ouder en kind te kunnen ontwikkelen?

Deelvragen:

1. Welke soorten sectio's zijn er?
2. Hoe ziet de post operatieve zorg na een 'geplande' sectio caesarea eruit?
3. Welke zorgbehoefte heeft een kindje vlak na de geboorte?
4. Welke emotionele aspecten komen aan bod bij patiënten die een sectio caesarea ondergaan?

Feedback op hoofd en deelvragen

Hallo Carmen,

Qua richting zit je goed met je vraagstelling. Hij is alleen al erg specifiek. En voor mijn gevoel komt nu ook niet de ouder-kind hechting, waar het om draait, goed naar voren. Wat we eigenlijk willen weten is wat er na een SC moet gebeuren om direct de ouder/kind relatie te kunnen bewerkstelligen.

Bijv. Welke zorg is er nodig om direct na een SC de hechtingsband tussen ouder en kind te optimaliseren/ te bewerkstellingen.

Je hoeft de ok of recovery voor je literatuurstudie nog niet perse te benoemen. Dit komt wel naar voren in je voorstel thesis.

Wat betreft je deelvragen: ik zou vraag 1 weglaten, dit is wel iets dat je in je inleiding beschrijft maar niet verder gaat uitwerken na je hoofdvraag.

Van belang is inderdaad om de huidige situatie te beschrijven middels literatuur en praktijksituatie, maar ook dit doe je vaak al in de inleiding.

In je deelvragen en straks dus de kopjes voor je literatuurstudie wil je vooral ingaan op hoe de ideale hechting kan ontstaan tussen ouder en kind en hoe dit kan worden toegepast na een SC. Welke randvoorwaarden zijn er nodig.

Bij het opstellen van je deelvragen moet je dus een onderscheid maken tussen de info die je in de inleiding moet gaan beschrijven en welke info je wilt gaan onderzoeken middels je hoofdvraag.

Ik hoop dat bovenstaande duidelijk is. We komen hier in ieder geval a.s. maandag nog op terug. Van belang is dat je nu al goed op zoek gaat naar relevante literatuur.

Groeten,
Dieuwertje

Definitieve versie

Hoofdvraag:

Welke post operatieve zorg na een sectio caesarea is er nodig om de hechtingsband tussen ouder en kind te optimaliseren?

Deelvragen:

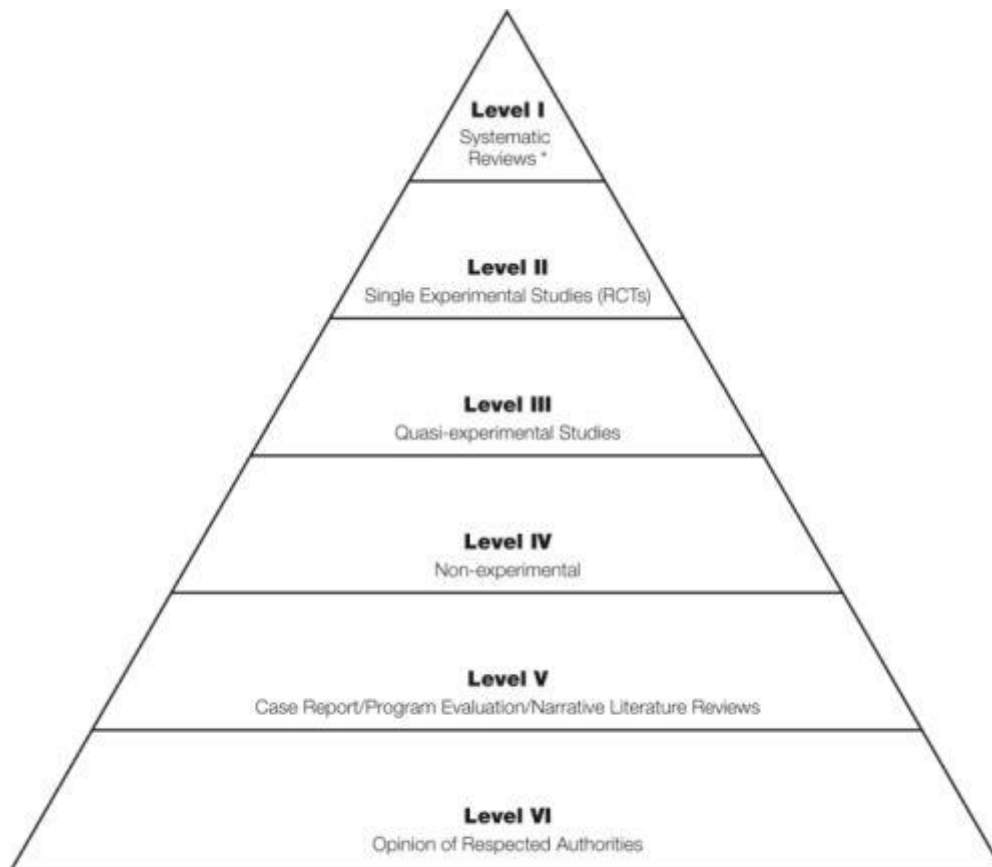
1. Hoe ziet de post operatieve zorg na een sectio caesarea eruit voor moeder en kind?
2. Welke psychologische effecten heeft een sectio caesarea op de moeder, haar partner en de relatie met het kindje?
3. Welke voorwaarden zijn er nodig na een sectio caesarea om een goede hechtingsband tussen moeder en kind te kunnen ontwikkelen?

Bijlage 2: Methoden beschrijving

In deze bijlage is een methoden beschrijving gegeven over de artikels die zijn gebruikt voor het opstellen van deze literatuurstudie.

Artikel	Bron	Zoektermen	Resultaten	Level of evidence
Keeping mothers and newborns together after a caesarean	Cinahl	cesarean section AND breast feeding AND family centered care Fulltext available Jaartal 2006-2013	3	Level 3
Fathers' Lived Experiences of Getting to Know Their Baby	Cinahl	cesarean section AND father Fulltext available	7	Level 3

While Acting as Primary Caregivers Immediately Following Birth		Jaartal 2006-2013		
The natural caesarean: a woman-centred technique	Pubmed	caesarean section AND bonding AND skin to skin Fulltext available Jaartal 2006-2013	1	Level 4
Achieving normality: The key to status passage to motherhood after a caesarean section	Science direct	caesarean section AND emotions	48	Level 2
Psychological aspects of caesarean section	Science direct	caesarean section AND psychology	30	Level 1
Huid op huid contact; van wetenschap naar praktijk	Google	Huid op huid contact na een sectio	603	Level 4
Nieuwe werkwijze bij keizersnede: moeder en kind niet meer gescheiden	Google	Sectio caesarea hechtingsrelatie	170000,	Level 5
cesarean section, guideline, November 2011	Google	NICE guideline cesarean section	79700000	Level 5
Hechting is van levensbelang	Google	Ontwikkeling hechting		Level 6



* Systematic Reviews (integrative/Meta-analyses/CPG's based on systematic reviews)

Adapted from: Melnyk & Fineout-Overholt, 2005; Stetler, Morsi, Rucki, Broughton, Corrigan, Fitzgerald, et al., 1998

Andere literatuur is verkregen via het web. Ook daarvoor is de zoekmachine google gebruikt. De zoekmachine google toont veel hits bij het intoetsen van mijn zoektermen. De hits vooraan hebben meestal de meeste woorden die overeenkomen met de zoektermen. Verder heb ik de samenvattingen gelezen om goede bronnen te verkrijgen. Ik heb gekeken van welke site de informatie afkomstig was en of deze site betrouwbaar lijkt. De oudheid van de site heb ik ook meegenomen in mijn beslissingen om die informatie wel of niet te gebruiken. Ik heb van het afdelingshoofd van de recovery informatie ontvangen over een eerdere gedane studie, namelijk het Kangeroeën. Ik heb via een collega op de recovery een email adres gekregen van een medewerker uit het ziekenhuis in Utrecht. Hier zijn zouden ze bezig zijn met een project om het family centered care principe toe te passen. Ik heb getelefoneerd en er werd mij aangereden een email te sturen echter helaas heb ik tot op heden geen respons gekregen.

Het artikel van S. Clement was wat verouderd, echter ik heb toch ervoor gekozen deze te gebruiken aangezien het voor deze literatuurstudie belangrijke informatie bevatte.

Moeilijk was op boeken te vinden over dit onderwerp. Ik heb gezocht in de bibliotheek van hogeschool Zuyd. Er waren wel boeken verkrijgbaar over het borstvoedingbeleid en de ontwikkelen van een hechtingsrelatie. Informatie hieruit heb ik uiteindelijk nog goed kunnen gebruiken voor deze literatuurstudie.

Bijlage 3: Reflectie

In het verdiepingsjaar, major 1, is het maken van een literatuurstudie opdracht van de opleiding tot HBO- Verpleegkundige. Het onderwerp voor de literatuurstudie mag zelf gekozen worden, wel in overleg met alle betrokken begeleiders. Ik heb gekozen voor het onderwerp hechtingsrelatie bij een sectio caesarea. Dit is een onderwerp wat aansluit op de bachelor thesis. In de bachelor thesis willen we de zorg rondom moeder en pasgeborene na een sectio caesarea verbeteren op de recovery. Een van de recovery verpleegkundige gaf aan dat er misschien eens gekeken kon worden naar het borstvoedingbeleid na een sectio. We zijn hierna gaan zoeken naar welke literatuur hierover beschikbaar was en kwamen uit op artikelen over het samen blijven van moeder en kind na een sectio en de voordelen hiervan. Door overleg met het afdelingshoofd van de recovery hebben we uiteindelijk besloten dit onderwerp te kiezen voor de bachelor thesis.

Het onderwerp van deze literatuurstudie spreekt mij heel erg aan. Voornamelijk omdat deze patiëntencategorie verpleegd wordt op de verloskamers, kraamafdeling en neonatologie. Dit zijn verpleegafdelingen waar ik zelf later graag werkzaam zou willen zijn. Door het maken van deze opdrachten ben ik wel al veel bezig hiermee.

Het opstellen van de hoofdvraag vind ik altijd lastig. Thuis heb ik nagedacht over mijn hoofdvraag en deelvragen die ik uiteindelijk in de onderwijsgroep heb geformuleerd met hulp mijn klasgenootjes en docent, Dieuwertje Boot. Lastig vond ik om een concreet en goed afgebakende hoofdvraag te stellen. Als tip kregen we om eerst literatuur te zoeken over het gekozen onderwerp en daarna pas de vragen op te stellen. Dit heeft mij wel geholpen het onderwerp beter af te bakenen. Omdat ik samen met Myrthe Rijks de bachelorthesis ga maken was het belangrijk dat niet hetzelfde onderwerp voor de literatuurstudie hadden. Myrthe ging het family centered care principe onderzoeken. Om die reden heb ik de zoekterm ‘family centered care’ vermeden in de databanken. Ik denk dat wij er meer aan hebben als we beide andere onderzoeksliteratuur gebruiken voor deze opdrachten.

Ik vond het wel lastig om de juiste literatuur te selecteren. Op internet vind je voornamelijk informatie die aan de patiënt gericht is en dus niet diep genoeg ingaat op dit onderwerp. In de databanken vond ik wel een redelijke hoeveelheid onderzoeken, maar lastig was om te bekijken welke informatie nu juist voor mijn literatuurstudie belangrijk was. Artikelen uit databanken waren in het Engels geschreven. Het lezen van deze artikel lukt wel vrij goed, echter het kost wel veel meer tijd dan een Nederlands artikel goed te lezen.

Moeilijk was op boeken te vinden over dit onderwerp. Ik heb gezocht in de bibliotheek van hogeschool Zuyd. Echter over de sectie's was geen enkel beschikbaar boek te vinden in alle bibliotheken van hogeschool Zuyd. Er waren wel boeken verkrijgbaar over het borstvoedingbeleid en de ontwikkelen van een hechtingsrelatie bij moeders die waren bevallen. Informatie hieruit heb ik uiteindelijk nog goed kunnen gebruiken voor deze literatuurstudie.

Nadat ik goede literatuur had, ben ik begonnen met het schrijven van de hoofdstukken. Ik had moeite met het onderverdelen van alle informatie in de verschillende hoofdstukken. Het kostte even tijd om te bepalen welke informatie ik waarbij ging zetten. Uiteindelijk heb ik dit wel naar mijn idee goed kunnen indelen. Ik heb de hoofdtekst ook nog eens laten nalezen door een buitenstaander en ze gaf aan dat er een goede draad in het verhaal zat.

Ik had vooraf een aantal dagen gepland om te werken aan de literatuurstudie. Ik heb iets meer tijd nodig gehad dan ik had gepland maar ben uiteindelijk wel op tijd klaar met de studie. De planning zou ik de volgende keer weer hetzelfde aanpakken. Wat ik de volgende keer anders zou doen is meteen de bronnen goed beschrijven. Ik moest nu achteraf elke bron opnieuw gaan opzoeken omdat ik de link er niet had bijgezet. Hier ga ik in het vervolg meer rekening mee houden.

Door het maken van deze opdracht heb ik kennis ontwikkeld over patiënten die een sectio caesarea krijgen en krijg je een net wat beter beeld over de werkzaamheden van de verpleegkundige hierbij. Ik vond het leuk om me te verdiepen in de literatuur. Het samen houden van moeder en kind na een sectio caesarea is een onderwerp waar de laatste jaren langzaam in steeds meer ziekenhuizen aandacht wordt besteed. Gezien de vele belangen voor moeder en kind, waar ik achter ben gekomen door het maken van deze literatuurstudie, vind ik dit zelf ook erg leuk om ermee aan de slag te gaan en sta ik hier volledig achter.

Bijlage 4: Feedback

Algemene feedback op concept van docent: Dieuwertje Boot

Mijn complimenten! Erg goede opbouw van je literatuurstudie en prettig leesbaar. De nabeschouwing verdient wel nog wat aandacht. Ben ook consequent met je bronverwijzingen.

Bijlage 5: Beoordelingsformulier

Naam student: Carmen Arets

Studentnummer: 0931780

Naam beoordelaar:

Datum beoordeling:

Onderdeel	Feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct + foutloos en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 20 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing volgens de APA	Toegekende punten: Feedback:

regels. Bij het aantal pagina's telt mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdstuk, nabescherwing. Overige onderdelen tellen niet mee bij het bepalen van het aantal pagina's. Tussen 20 en 35 pagina's wordt voor dit criterium 1 punt in mindering gebracht. Boven de 35 punten wordt de literatuurstudie niet meer nagekeken en moet worden ingekort. Inhoudsopgave: Titels van hoofdstukken/alinea's worden volledig weergegeven. Alleen beginpagina van een hoofdstuk/alinea wordt weergegeven. <u>Inhoud: Maximaal 82 punten</u>	
Voorwoord: Maximaal 2 punten Voorwoord is persoonlijk. Hier wordt bijv. beschreven dat de literatuurstudie onderdeel is van major 1 van het Verdiepingsjaar van de opleiding. Verder wordt beschreven waar de student stage loopt. Ook kunnen hier een aantal mensen worden bedankt.	Toegekende punten: Feedback:
Samenvatting en summary: Maximaal 5 punten De inhoud van de samenvatting en summary geeft een beeld van de inhoud van de literatuurstudie. Er staat geen informatie die niet in de rest van de studie beschreven is. Ook is het geen reflectieverslag/procesverslag. Beschrijf in de samenvatting kort ○ de aanleiding, ○ de doelstelling ○ hoofd- en deelvragen ○ methode/ werkwijze ○ resultaten ○ conclusie ○ nabescherwing	Toegekende punten: Feedback:
Inleiding: Maximaal 15 punten.	Toegekende punten:

De aanleiding en het probleem worden stellig neergezet. Evenals de relevantie voor de doelgroep(en) en evt. de setting. Vervolgens worden de doelstelling en hoofdvraag met deelvragen geformuleerd. Er is op gelet dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de literatuurstudie. Beschrijf de gebruikte methodiek zoals die is toegepast. Beschrijf in de leeswijzer kort de inhoud van de literatuurstudie.

Hoofdtypekst: Maximaal 40 punten.

De hoofdstukken worden netjes ingeleid met een korte inleiding en de hoofdstukken worden afgesloten met een korte samenvatting/conclusie. Een link wordt gelegd met het volgende hoofdstuk.

De methode van zoeken en bestuderen van de literatuur wordt beschreven. De inhoud van de hoofdtypekst geeft feitelijk antwoord op de hoofd- en deelvragen, en wordt onderbouwd (in eigen woorden) vanuit verschillende conceptuele literatuur en vooral ook (onderzoek)artikelen. De resultaten van de studie in de literatuur worden hier gegeven en onderbouwd in relatie met de hoofd- en deelvragen. De gebruikte literatuur wordt toegepast. Het onderwerp/probleem wordt vanuit verschillende gezichtspunten beschreven. Bronnen worden duidelijk volgens APA vermeld, citaten worden aangegeven.

Nabescherwing: Maximaal 20 punten

Conclusie

Beschreven wordt de conclusie die uit de resultaten van de literatuurstudie naar voren komt. Antwoord op de hoofd- en deelvragen wordt gegeven vanuit de genoemde bewijzen uit de literatuur.

Discussie van de resultaten

De gevonden resultaten worden ter discussie gesteld. Wat werd gevonden, wat werd niet gevonden? Spreken de resultaten elkaar tegen, versterken de resultaten elkaar, zijn de resultaten betrouwbaar, toepasbaar enz. Het gevonden bewijs wordt beoordeeld.

Discussie van de methode

Feedback:

Toegekende punten:

Feedback:

Toegekende punten:

Feedback:

De gebruikte methodiek wordt beschreven. Is de gebruikte methode de juiste geweest, is die betrouwbaar.

Aanbevelingen

Aanbevelingen worden in de richting van de hoofdvraag gegeven. Voorstellen worden gedaan ten aanzien van verder onderzoek, aanpassingen in de praktijk, vernieuwingen, verbetering van kwaliteit, toepassing van resultaten enz.

Reflectie/procesverslag

Er wordt kritisch gekeken naar het proces en leerproces dat doorlopen is en eventuele leerpunten worden vermeld aan de hand van een model bv. Korthagen.

Literatuur- en bronnenlijst

Volgens de APA regels

Bijlage

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Proces: Maximaal 8 punten

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.

Toegekende punten:

Feedback:

Beoordeling:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer

Eventuele opmerkingen:

Handtekening beoordelaar: