

Kracht en Kwetsbaarheid rondom Geboorte

Een studie naar de relatie tussen cultuur en beleving van zwangerschap en geboorte in Nederland



Master Culturele antropologie en sociologie der niet-westerse samenlevingen

Merle van de Reep

*Begeleider Anja Hiddinga
Universiteit van Amsterdam
Augustus 2010*

Merle van de Reep

merlevandereep@gmail.com

Studentnummer 0121770

Begeleider Anja Hiddinga

Meelezers Rineke van Daalen en Rachel Spronk

Universiteit van Amsterdam

Augustus 2010

Omslagfoto Anna Verwaal

Dankwoord

Veel dank Anja, voor het vertrouwen en de geduldige begeleiding. Dankzij jouw adviezen en onze inspirerende gesprekken, vond ik iedere keer weer de motivatie om verder te schrijven.

Veel dank Rachel, voor de fijne samenwerking en begeleiding van het veldwerk.

Alle personen die hebben bijgedragen aan mijn onderzoek, alle deskundigen en in het bijzonder de vrouwen, ben ik heel erg dankbaar voor alle waardevolle en intieme verhalen.

Anna Verwaal, dank voor het mogen gebruiken van de bijzondere foto op de titelpagina.

Lieve vrienden en familie, heel veel dank voor alle ideeën, verhelderende gesprekken en aanmoedigingen, die zijn deze hele periode heel waardevol voor me geweest.

Mam, dank voor al je lieve woorden, verwennerijen en geloof dat het goed zou komen.

Pap, ongeloofelijk veel dank voor je geduld, je wijze woorden en eindeloze vertrouwen.

There is but one temple in the universe, and that is the Body of Man. Nothing is holier than that high form. Bending before man is a reverence done to this Revelation in the Flesh. We touch heaven when we lay our hands on a human body (Novalis in Montagu 1986: 3).

Samenvatting

Binnen iedere cultuur bestaan specifieke gebruiken en omgangsvormen rondom zwangerschap en geboorte. Het zijn cultureel karakteristieke elementen die de benadering van een geboorteproces in een cultuur mede vormen. In deze scriptie geef ik een analyse van de Nederlandse benadering van zwangerschap en geboorte en de cultureel specifieke elementen die hieraan ten grondslag liggen. De benadering van geboorte als natuurlijk, fysiologisch proces, het bestaan van de thuisbevalling en de sterke positie van verloskundigen in Nederland staan hierin centraal.

Daarnaast ga ik in op de benadering van zwangerschap en geboorte van verloskundigen, gynaecologen en *babydeskundigen*. Ik laat zien hoe deze culturele waarden op verschillende manieren in de benadering van het geboorteproces terugkomen. Karakteristieken die de benadering mede vormen zijn de intieme thuissetting, het idee dat het vrouwelijk lichaam een normale baring aankan en de waarde van een persoonlijke begeleiding.

Cultuur, tradities en gebruiken rondom zwangerschap en geboorte veranderen door de tijd heen. Door het proces van globalisering en toenemende medicalisering van geboorte wereldwijd, is ook het geboorteproces in Nederland aan verandering onderhevig. Ik laat zien hoe de waarde van de cultureel karakteristieke elementen binnen deze ontwikkelingen blijft bestaan en welke verschuivingen er in optreden.

Deze toenemende medicalisering en de huidige ontwikkelingen rondom geboorte beïnvloeden de benadering van deskundigen en de beleving van de vrouw.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
<i>Inspiratie en motivatie</i>	9
<i>Literatuur en theorie</i>	9
<i>Veldwerk en methoden</i>	16
<i>Onderzoeksvraag en hoofdstukindeling</i>	17
1. <i>Cultuur en geboorte: een wisselwerking</i>	19
<i>De benadering van zwangerschap en geboorte</i>	20
<i>Het bestaan van de thuisbevalling: the home is where the heart is</i>	21
<i>De positie van verloskundigen</i>	23
<i>Conclusie: Thuis, natuurlijk en persoonlijk</i>	24
2. <i>Verloskundigen en benadering</i>	26
<i>Ideeën over de plaats van de bevalling</i>	27
<i>Medicalisering van het geboorteproces</i>	28
<i>De rol van contact in de benadering van verloskundigen</i>	29
<i>Conclusie: Intimiteit, keuzevrijheid en persoonlijke benadering</i>	31
3. <i>Gynaecologen en ziekenhuissetting</i>	32
<i>De rol van contact in de benadering van gynaecologen</i>	33
<i>Aandacht voor contact in het ziekenhuis</i>	34
<i>Het spanningsveld tussen verloskundigen en gynaecologen</i>	36
<i>Conclusie: Aandacht voor contact</i>	42
4. <i>Babydeskundigen en contact</i>	43
<i>De ontwikkelingen van contact in de benadering van babydeskundigen</i>	44
<i>Pré- en postnatale cursussen en voorlichting</i>	47
<i>Conclusie: Aandacht contact en beleving</i>	49
5. <i>Beleving, zwangerschap en geboorte, het verhaal van vrouwen</i>	50
<i>Zwanger en beleving</i>	51
<i>Contact en beweging</i>	56
<i>Bevallen en beleving - kracht en kwetsbaarheid</i>	60
<i>Beleving weerspiegelt huidige ontwikkelingen</i>	68
<i>Conclusie: Unieke verhalen</i>	68
Conclusie	70
<i>Epiloog</i>	76
Literatuur	77

Inleiding

Er gaat een schok van verbazing door de zaal vol zwangere vrouwen en hun partners. Tijdens een voorlichtingsavond over zwangerschap en de geboorte wordt een filmfragment getoond over een ziekenhuisbevalling in Rusland. De baby is geboren en wordt direct weggehaald bij de moeder. De moeder heeft de baby amper gezien en niet aangeraakt. Door een verpleegster wordt de baby snel en hardhandig schoongewreven en in strakke doeken gewikkeld. Als een matroesjka, versierd met een roze strik, krijgt de moeder haar baby even kort te zien. In de eerste dagen na de geboorte verzorgen de verpleegsters de baby op een aparte babyzaal. De moeder krijgt de baby alleen bij zich om te voeden. Na een week mag de man zijn kind voor het eerst bewonderen (Pool 2010). Ook uit andere bronnen blijkt, dat er tot op de dag van vandaag plaatsen in Rusland zijn waar op deze manier met geboorte wordt omgegaan. (van der Bles 2001; de Vries 2006).

Op deze voorlichtingsavond maakte dit videofragment over deze bevalling in Rusland een heftige reactie los bij ruim 200 zwangere vrouwen en hun partners. Persoonlijk voelde ik deze verwondering ook. Hoe kan er ergens op deze wereld nog een plek bestaan waar zo met moeder, partner en kind wordt omgegaan? Deze uiterst verbaasde schrikreactie, bij een groot deel van de toeschouwers, illustreert dat er in Nederland over het algemeen een ander idee bestaat over hoe de eerste contactmomenten tussen moeder en kind zouden moeten zijn.

Waarom bestaat in Nederland overwegend het idee dat moeder en kind in de eerste momenten na de geboorte zo dicht mogelijk bij elkaar moeten zijn? Waar komt de aandacht voor het belang van het contact tussen ouder en kind rondom de geboorte uit voort? Welke ideeën en gedachten van deskundigen liggen hieraan ten grondslag? Dit zijn vragen die gedurende het uitvoeren van het onderzoek in mij opkwamen. Om binnen deze scriptie tot een antwoord te komen heb ik vanuit antropologisch perspectief gekeken naar de sociale context en de cultureel karakteristieke elementen die zwangerschap en geboorte in Nederland kenmerken. Huidige ideeën, ontwikkelingen en verschuivingen in de benadering van geboorte zal ik ook belichten. Onderzoeken en literatuur over geboorte in Nederland wijzen op het belang van een studie naar de specifieke culturele waarden rondom geboorte. In mijn onderzoek neemt de beleving van de vrouw een centrale rol in, omdat daar tot op heden minder aandacht voor is geweest. Deze belevingsverhalen zal ik analyseren vanuit de waarde van de cultureel karakteristieke elementen. De huidige ideeën en ontwikkelingen rondom geboorte neem ik hierin mee.

Inspiratie en motivatie

Mijn bachelorscriptie *Kracht en Kwetsbaarheid, een studie naar rituelen rondom zwangerschap en geboorte in Nepal* (2005) vormt het begin van dit onderzoek. Het bestuderen van zwangerschaps- en geboorterituelen in Nepal maakte mij in een eerder stadium al nieuwsgierig naar de cultureel specifieke waarden en kenmerken van geboorte in Nederland. Tijdens mijn opleiding tot docent babymassage (2006-2007) en het geven van cursussen aan ouders met hun baby's werd mijn interesse en nieuwsgierigheid gewekt naar de rol van contact in de relatie tussen ouder en kind. Voor een eindopdracht voor deze opleiding deed ik onderzoek naar het belang van contact en aanraking tijdens de zwangerschap, de bevalling en de eerste periode na de geboorte. De combinatie van het ontdekken van de bijzondere wisselwerking tussen cultuur en geboorte, het ervaren van het belang van contact tussen ouder en kind en mijn eigen verwondering over dit onderwerp, hebben mij geïnspireerd tot dit onderzoek.

Literatuur en theorie

“No human culture is the same as any other, and neither are the birthways human cultures create” (Davis-Floyd 2001: viii).

Inspiratie en inzichten over de relatie en wisselwerking tussen cultuur en geboorte en de *“birthways human cultures create”*, komen voort uit het werk van verschillende antropologen. Met name het werk van Brigitte Jordan en Robbie Davis-Floyd, die zich al decennia lang in antropologie van geboorte verdiepen, vormen een basis voor dit onderzoek.

Antropologie van geboorte heeft vanaf 1980 vorm gekregen en is daarom nog een relatief jong onderzoeksgebied. Rond 1970, toen Brigitte Jordan haar veldwerk deed, bestonden er geen vergelijkbare studies over geboortesystemen in de wereld (Jordan 1993: xi). Mannelijke antropologen hebben in het verleden geen uitgebreide etnografieën geschreven over zwangerschap en geboorte in andere culturen. Het ontbreken van de toegang voor mannen tot deze intieme setting is hiervoor een van de belangrijkste redenen geweest. Jordan vond haar inspiratie in het werk van Margaret Mead. Mead besteedde als antropologe in de jaren 50 van de vorige eeuw voor het eerst uitgebreid aandacht aan

geboorte in andere culturen (Ibid.: xi). Later, in 1979, verscheen het boek *Birth in Four Cultures, A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States* van Jordan. Deze publicatie wordt nog steeds gezien als een belangrijk overzichtswerk van een crossculturele studie naar geboorte. Vanaf dat moment is antropologie van geboorte op de kaart gezet en worden er aanzienlijk meer antropologische studies naar zwangerschap en geboorte gedaan (Davis-Floyd & Sargent 1997). Jordan en Davis-Floyd geven aan dat dit nog steeds een onderbelicht onderzoeksveld is en dat er nog vele studies nodig zijn om een meer volledig beeld van veranderende geboortesystemen in de wereld te kunnen vormen. Met deze scriptie draag ik bij aan deze lacune in het veld van antropologie van geboorte.

Als antropologen en sociologen over geboortesystemen in de wereld spreken of schrijven, krijgt Nederland altijd specifieke aandacht. Door de benadering van geboorte als natuurlijk, fysiologisch proces, het bestaan van de thuisbevalling en de sterke positie van verloskundigen neemt Nederland binnen de Westerse wereld een bijzondere positie in (Davis-Floyd & Sargent 1997; Hiddinga 1998; Jordan 1993; Katz Rothman 2001; De Vries 2005). Vanuit het perspectief van antropologen en sociologen, zowel nationaal en internationaal, lijken deze drie cultureel karakteristieke elementen kenmerkend te zijn voor de Nederlandse benadering van geboorte. Om deze reden heb ik ervoor gekozen om deze culturele elementen uitvoerig te belichten en mee te nemen in mijn analyse van geboorte in Nederland

Wat opvalt bij het lezen van *Birth in Four Cultures* van Jordan is de crossculturele methode die zij toepast en het *biosocial framework* waarmee zij geboorte benaderd. De eerste zin in haar boek luidt: *öChildbirth is an intimate and complex transaction whose topic is physiological and whose language is culturalö*, waarmee zij het samenspel tussen het lichamelijke proces en de culturele invloeden benadrukt (Jordan 1993: 3). In haar werk zoekt Jordan naar een holistische benadering, waarin zij het *biosocial framework* gebruikt om geboorte weer te geven als *öí a phenomenon that is produced jointly and reflexively by (universal) biology and (particular) societyö* (Ibid.: 3). Binnen deze studie naar geboorte in Nederland laat ik zien hoe de sociale context de beleving van zwangerschap en geboorte beïnvloedt. Dit idee, dat geboorte vanuit biologisch perspectief weliswaar overal in de wereld gelijk is, maar dat de samenleving de manier waarop met geboorte wordt

omgegaan bepaald, neem ik mee in deze scriptie. Met het volgende citaat laat Jordan zien welke factoren de omgang binnen een cultuur nog meer beïnvloeden:

ōAs a life crisis event, birth is everywhere a candidate for consensual shaping and social regulationóthe particular pattern depending on local history, ecology, social structure, technological development, and the likeö (Ibid.: 4).

Zoals Jordan in dit citaat weergeeft vormen ook lokale geschiedenis, sociale structuur en technologische ontwikkelingen de benadering van geboorte in een cultuur. Ik laat binnen dit onderzoek zien hoe deze drie elementen ook een belangrijke rol spelen in Nederland. De geschiedenis laat zien dat er een lange traditie van de thuisbevalling bestaat, een van oudsher natuurlijke benadering van geboorte en een sterke positie van verloskundigen in Nederland. Jordan presenteert interessante, etnografische inzichten in uiteenlopende benaderingen van geboorte in verschillende landen. Een opvallend aspect in de crossculturele studie van Jordan is dat zij geboortesystemen in vier landen als volgt weergeeft:

ōIn the U.S. birth is conceptualized as a medical procedure; in Yucatan (Mexico) it is considered a stressful, but normal part of life; in Holland it is regarded as a natural process; and in Sweden it is considered a intensely personal and fulfilling achievementö (Ibid.: 48).

Wat zij daarbij aangeeft is dat specifieke problemen niet zichtbaar worden *ōfrom within stable systemsö*, waarmee zij suggereert dat samenlevingen stabiele systemen zijn waarbinnen weinig variatie bestaat (Ibid.: 45). Jordan schetst daarmee een romantisch, harmonieus en eenzijdig beeld van de benadering van geboorte in Amerika, Mexico, Zweden en Nederland. Hierop kreeg zij weliswaar veel kritiek (van Hollen 1994), maar voor mijn scriptie bevat haar werk waardevol materiaal.

ōí Although human parturition may have started out as a process designed by nature over millions of years of human evolution, for millennia it has been consciously and intentionally designed by humans in ways that reflect core aspects of their culturesö (Davis-Floyd 2001: viii).

Antropologe Robbie Davis-Floyd heeft in haar onderzoeken gekeken naar de relatie tussen cultuur en geboorte. Waarin zij nadruk heeft gelegd op de culturele kernwaarden van de Amerikaanse samenleving. Zoals we in de studie van Jordan hebben gezien is in Amerika een medische benadering van geboorte dominant. Ook Davis-Floyd laat in haar studies naar zwangerschap en geboorte uitvoerig zien hoe toenemende medicalisering en moderne technieken het geboorteproces beïnvloeden. In Amerika wordt een zwangere vrouw in het ziekenhuis als patiënt behandeld, waar de ontwikkelingen van de bevalling via een monitor gevolgd worden (Davis-Floyd 2003; Martin 1987) en het percentage medische ingrepen nog altijd stijgt. Zo steeg het aantal keizersneden van 20% in 1996 tot 32% in 2006 (Declerq et al. 2006).

In tegenstelling tot Jordan benadrukt Davis-Floyd de dynamiek en de variatie die binnen deze geboortesystemen bestaat. In haar boek *Birth as an American Rite of Passage* (2003) laat Davis-Floyd zien hoe geloof en vertrouwen in techniek als culturele kernwaarden bepalend zijn voor de benadering van zwangerschap en geboorte in Amerika. Davis-Floyd betoogt daarbij dat de patriarchale samenleving ten grondslag ligt aan de dominantie van het *technocratische model* van geboorte, en het verlangen om met culturele technieken natuurlijke processen van het lichaam te domineren (Davis-Floyd 2003).

Nederland lijkt zich op dit moment in een overgangsfase te bevinden van een natuurlijke benadering van geboorte naar een fase waarin steeds meer ruimte komt voor de invloed van techniek en medicalisering. Simone Buitendijk, die in maart 2010 als eerste benoemd is tot hoogleraar Eerstelijns Verloskunde en Ketenzorg spreekt in haar oratie *De stem van Vroede vrouwen, Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevallingscultuur* haar zorgen uit over deze huidige ontwikkelingen rondom zwangerschap en geboorte in Nederland. Zij begint haar oratie als volgt:

õHoe willen wij zwangerschap en geboorte zien? Als technische processen? Waarbij zwangerschap de groei van een kind in een vrouw is en geboorte een mechanisch gebeuren waarbij dat kind gezond ter wereld moet komen? Of willen we zwangerschap en geboorte zien als iets groters, iets fundamenteels? Als levensgebeurtenissen die een vrouw sterker kunnen maken en haar optimaal kunnen voorbereiden op stevig en liefdevol ouderschap? Wanneer we besluiten dat zwangerschap en geboorte méér zijn dan mechanische processen, dan wordt de discussie over het optimale verloop van de bevalling een heel andere dan degene die momenteel in Nederland wordt gevoerdõ (Buitendijk 2010: 5).

Zoals Buitendijk in dit citaat weergeeft lijkt de dominantie van de medische benadering, zoals deze in Amerika bestaat, ook in Nederland steeds meer terrein te winnen. In hoeverre beïnvloedt deze toenemende medicalisering van zwangerschap en geboorte de benadering van verloskundigen en gynaecologen in Nederland? Zoals Davis-Floyd heeft gekeken naar de culturele kernwaarden in Amerika, laat ik in deze scriptie zien welke culturele kernwaarden de benadering van zwangerschap en geboorte in Nederland kenmerken. Variatie en veranderingen binnen deze culturele waarden, zoals verschuiving in de plaats van de bevalling, toename van medicalisering en aanpassingen in de benadering van geboorte, staan hierin centraal.

Davis-Floyd noemt in haar studies tevens het belang van de invloed van deze verschuivingen en ontwikkelingen op de beleving van de zwangere vrouw en het belang om in antropologisch onderzoek naar deze belevingsverhalen van vrouwen te luisteren (2003: 219). Dit aspect van haar studie zal ik gebruiken om de variaties in de verhalen van mijn informanten te onderzoeken. Een deel van de vrouwen wenst een natuurlijke benadering van geboorte en een zo natuurlijk mogelijk verloop daarvan, anderen hebben een voorkeur voor een ziekenhuisbevalling en lijken daarmee de medische invloeden en mogelijkheden meer te accepteren en te verkiezen boven een natuurlijke geboorte.

Naast de invloed van antropologen Jordan en Davis-Floyd, gebruik ik enkele concepten en ideeën van socioloog Anthony Giddens om deze studie naar zwangerschap en geboorte in een breder perspectief te plaatsen. In zijn boek *Modernity and Self-Identity, Self and Society in the Late Modern Age* geeft Giddens aan hoe het leven van een individu in de moderne tijd beïnvloedt wordt door grotere processen als globalisering en

medicalisering (1991: 1). Deze processen, die zich wereldwijd voordoen beïnvloeden de omgang en benadering van zwangerschap en geboorte in alle culturen. De voortgang van medische en technologische ontwikkelingen, maken het mogelijk om natuurlijke processen als zwangerschap en geboorte te reguleren en in te kaderen. De invloed van deze medische mogelijkheden zorgt voor een toenemende medicalisering van zwangerschap en geboorte, zoals op dit moment ook in Nederland gaande is (Buitendijk 2010; Cosminsky 2000).

Giddens karakteriseert de moderne tijd als een risicocultuur. Volgens hem is risico een fundamenteel concept in de manier waarop mensen en technische specialisten de sociale wereld organiseren en benaderen (1991: 3). Dit komt ook tot uiting in de manier waarop in veel landen met het geboorteprocess wordt omgegaan. In bijna alle Westerse geïndustrialiseerde landen is een benadering vanuit angst en risico dominant geworden, wat zichtbaar is in de verplaatsing van de bevalling van thuis naar het ziekenhuis (Davis-Floyd & Cheyney 2009). De zwangerschap en de bevalling worden steeds meer gevolgd via moderne techniek en apparatuur, om risico's te verkleinen. Deze risicocultuur beïnvloedt de persoonlijke beleving van een individu, een gegeven dat terugkomt in de belevingsverhalen van de vrouwen in mijn onderzoek (Buitendijk 2010: 11 Giddens 1991: 1). Ook komt in deze verhalen naar voren hoe de vrouwen de huidige veranderingen beleven, hoe zij hiermee omgaan en welke invloed dit heeft op de keuzes die zij maken.

“The body is thus not simply an -entityø but is experienced as a practical mode of coping with external situations and events” (Giddens 1991: 56-57).

Zoals Giddens zegt, geeft de sociale structuur mede vorm aan de lichamelijke beleving van een individu. Dit perspectief vormt een belangrijke punt in de analyse van de verhalen van mijn informanten over de lichamelijke beleving van de zwangerschap en de bevalling.

Ook antropologe Mary Douglas heeft, net zoals Giddens, de invloed van de sociale context op de individuele beleving bestudeert. In het artikel *The two bodies* (2003) laat Douglas zien hoe persoonlijke beleving gevormd wordt door het sociale en het fysieke lichaam. Ideeën, gedachten en invloeden van buitenaf, die deel uit maken van de sociale context, vormen de ervaring van het sociale lichaam. Het sociale lichaam vormt daarmee een weerspiegeling van ontwikkelingen en verschuivingen rondom geboorte. De ervaring

van het fysieke lichaam wordt door de invloed van het sociale lichaam gekleurd (Douglas 2003: 72). De lichamelijke ervaring van zwangerschap en de bevalling, wordt daardoor ook mede gevormd wordt door ontwikkelingen en verschuivingen in de sociale context. In de lichamelijke beleving van het fysieke lichaam wordt emotie, pijn, twijfel en vreugde zichtbaar.

Deze twee lichamen, die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, vormen samen de lichamelijke ervaring van de zwangerschap en de geboorte. Er vindt continue een wisselwerking plaats tussen de ervaring van het sociale en het fysieke lichaam. Deze wisselwerking kan spanning en frictie opleveren in de beleving van vrouwen van de zwangerschap en de geboorte (Ibid.: 72). De persoonlijke verhalen van mijn informanten analyseer ik in het licht van deze benadering van Mary Douglas, om te laten zien hoe belevingsverhalen een spiegel vormen van de huidige ontwikkelingen rondom geboorte in Nederland.

Sociologen Samantha Warren en Joanna Brewis introduceren in het artikel *Matter over Mind? Examining the Experience of Pregnancy* de term *body episode* (2004: 220). *Body episode* gebruiken zij om de specifieke staat van het zwangere lichaam aan te geven en omschrijven zij als volgt:

ōī it represents an epiphany in women's bodily lives, intensifying and altering an expectant mother's sense of embodiment (Warren & Brewis 2004: 220).

Warren en Brewis beschrijven hoe de zwangerschap, door de veranderingen en sensaties in het lichaam, een intense belichaamde ervaring wordt voor de vrouw (Ibid.: 226). In hun onderzoek hebben zij met zwangere vrouwen gesproken om de belevingsverhalen weer te kunnen geven. De vrouwen in mijn onderzoek heb ik gesproken tijdens de zwangerschap, over de bevalling en de eerste periode daarna. Daarom geef ik binnen dit onderzoek aandacht aan deze drie fases.

Kort samengevat benader ik geboorte in Nederland vanuit cultureel karakteristieke elementen omdat Jordan (1993) en Davis-Floyd (2003) het belang hiervan in hun onderzoeken benadrukken. Ik heb gekozen voor de drie elementen: de natuurlijke benadering, de thuisbevalling en de positie van verloskundigen, omdat deze karakteristiek

zijn voor het Nederlandse systeem van geboorte. De sociale context, de lokale geschiedenis en de technologische ontwikkelingen vormen de huidige benadering van geboorte. Verloskundigen, gynaecologen en *babydeskundigen* vervullen hierin een belangrijke rol. De verschuivingen en ontwikkelingen rondom geboorte in Nederland komen terug in de belevingsverhalen en de *body episode* van de vrouwen.

Veldwerk en methoden

ōWith the declining number of children each woman expects to have, each individual birth takes on the importance of a once- or twice-in-a-lifetime experience, and it is increasingly the case that pregnant women show intense interest in the birth experience. As a consequence, most women are eager to talk about, compare, and in other ways illuminate their individual experience and are pleased about a lasting documentation of the eventō (Jordan 1993: 98).

De vrouwen die aan mijn onderzoek deelnamen waren zeer bereid om veel van hun persoonlijke ervaringen over hun zwangerschap en geboorte met mij te delen, hetgeen aansluit bij de bevindingen van Jordan, zoals hierboven genoemd. De meeste vrouwen waren zwanger van hun eerste kind, zij volgden het verloop van de zwangerschap bewust en bereidden zich zo goed mogelijk voor op de bevalling. Participerende observaties tijdens alle momenten dat ik met mijn informanten samen was, vormen met de semigestructureerde diepte-interviews een belangrijk deel van mijn onderzoeksdata. Zoals Rayna Rapp het verwoord, geeft de specifiek antropologische methode participerende observatie als volgt inzicht in de wereld van informanten:

ōThat professional umbrella is a catchall label for hands-on research that is open-ended, and locates the researcher as far into the experiences of the people whose lives are touched by the topic as she can figure out how to goō (Rapp 1999: 2).

Gedurende zes maanden heb ik acht vrouwen tijdens hun zwangerschap en in de eerste periode na de geboorte gevolgd, waarin ik even deel uit mocht maken van hun belevingswereld. Na de geboorte hebben zij mij uitvoerig over het verloop van de

bevalling verteld. Deze vrouwen waren in verwachting van hun eerste of tweede kind, wonen in het centrum van Amsterdam en zijn veelal hoogopgeleid. De vrouwen hebben zichzelf via een brief bij de verloskundige bij mij aangemeld voor dit onderzoek. In deze brief vroeg ik hen of zij gedurende de zwangerschap en de eerste periode na de geboorte hun ervaringen met mij wilden delen. De gesprekken en ontmoetingen met de vrouwen en soms ook onverwacht met de partners, waren bijzonder.

Naast de vrouwen heb ik gesproken met zeven verloskundigen van verschillende praktijken in Amsterdam. Een deel van deze verloskundigen leerde ik kennen via de *Kringvergadering* van verloskundigen, waar ik in de beginperiode van mijn veldwerk uitgenodigd was om te vertellen over het idee van mijn onderzoek. De andere verloskundigen leerde ik kennen tijdens een voorlichtingsmiddag in *Bevalcentrum West* in het Sint Lucas Andreas ziekenhuis in Amsterdam. Bij deze verloskundigen heb ik later mogen observeren, tijdens het spreekuur voor zwangere vrouwen.

Gesprekken met acht verschillende *babydeskundigen* in Amsterdam hebben mij een completer beeld gegeven van cursussen, voorlichting en informatie die aanstaande ouders tijdens de zwangerschap en na de geboorte aangeboden krijgen. Een open houding in het veld heeft mij tot bijzondere mensen, plekken en ontmoetingen geleid (Ibid.: 2).

Onderzoeksvraag en hoofdstukindeling

Na het bestuderen van de bovenstaande literatuur en de gedachten en ideeën die daar uit voortkwamen, heb ik de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Hoe geven huidige ideeën en ontwikkelingen in de benadering van zwangerschap en geboorte in Nederland mede vorm aan de persoonlijke beleving van de vrouw?

Om een beeld te geven van de huidige ideeën en ontwikkelingen rondom geboorte heb ik gekeken naar de benadering van verloskundigen, gynaecologen en *babydeskundigen*. Deze drie beroepsgroepen heb ik gekozen omdat zij nauw bij de zwangerschap en geboorte betrokken zijn en hun visie bijdraagt aan de beleving van deze specifieke periode in het leven van een vrouw. Gedurende het onderzoek kwamen een aantal vragen in mij op: Welke culturele factoren liggen ten grondslag aan de benadering die deskundigen uitdragen? In hoeverre wordt deze benadering beïnvloedt door de toenemende

medicalisering van zwangerschap en geboorte? Hoe vormen culturele waarden en de sociale context de beleving van de vrouw? In 5 hoofdstukken probeer ik een zo volledig mogelijk antwoord op de onderzoeksvraag te geven.

In hoofdstuk 1 geef ik de cultureel karakteristieke elementen weer die het geboorteproses kenmerken en die een basis lijken te vormen voor de benadering van geboorte in Nederland. De natuurlijke, fysiologische benadering van zwangerschap en geboorte, het bestaan van de thuisbevalling en de sterke positie van verloskundigen staan in dit hoofdstuk centraal. In hoofdstuk 2 ga ik dieper in op de specifieke benadering van verloskundigen. Daarin komt naar voren dat de persoonlijke, de voorkeur voor een intieme huiselijke setting en persoonlijk contact met de vrouw belangrijke elementen vormen in de benadering die verloskundigen uitdragen. In hoofdstuk 3 ga ik in op de benadering van gynaecologen, de huidige ontwikkelingen en aanpassingen in het ziekenhuis en de aandacht voor het contact tussen moeder en kind. In hoofdstuk 4 geef ik weer hoe de cultureel karakteristieke elementen ten grondslag liggen aan het ontstaan van zwangerschapscursussen in Nederland en hoe dit aanbod tot op de dag van vandaag is uitgebreid. In hoofdstuk 5 staat centraal hoe ontwikkelingen rondom geboorte in Nederland, de toenemende medicalisering en de verschuivingen binnen de cultureel karakteristieke elementen, de persoonlijke beleving van de vrouw beïnvloeden.

1. Cultuur en geboorte: een wisselwerking

öThe history of childbirth in the Netherlands and the unbroken importance of home delivery in Dutch society are uniqueö (Abraham-Van der Mark 1993: 1).

In dit hoofdstuk laat ik zien wat uniek en kenmerkend is aan de benadering van geboorte in Nederland. De benadering van geboorte als een natuurlijk, fysiologisch proces, het bestaan van de thuisbevalling en de sterke positie van verloskundigen, nemen daarbij een centrale rol in. Deze elementen zijn al veelvuldig vanuit de sociale wetenschappen onderzocht en zijn daarbij karakteristiek gebleken voor de Nederlandse benadering van geboorte. In dit hoofdstuk geef ik een korte weergave van deze cultureel karakteristieke elementen om in de volgende hoofdstukken te laten zien hoe deze culturele waarden de benadering van deskundigen van zwangerschap en geboorte beïnvloeden.

De benadering van zwangerschap en geboorte

Van oudsher bestaat in Nederland de benadering van zwangerschap en geboorte als een natuurlijk, fysiologisch proces. Dit is uniek omdat zwangerschap en geboorte in (bijna) alle Westerse geïndustrialiseerde landen wordt gezien als een proces dat medische begeleiding nodig heeft en in een medische setting dient plaats te vinden. Antropologen en sociologen hebben altijd veel aandacht gehad voor deze natuurlijke benadering in Nederland (Abraham-Van der Mark 1993; van Daalen 1993; Davis-Floyd & Sargent 1997; Hiddinga 1998; Jordan 1993; De Vries 2005). In veel opzichten is de natuurlijke benadering bepalend voor de omgang en de organisatie van zorg rondom zwangerschap en geboorte. De basisgedachte dat het vrouwelijk lichaam een normale bevalling aan kan, is daarmee ook kenmerkend voor de benadering en de werkwijze van verloskundigen (Abraham-Van der Mark 1993: 1).

Baringspijn vormt binnen deze benadering van zwangerschap en geboorte als natuurlijk, fysiologisch proces, een belangrijke functie (De Vries 2005). Het idee dat baringspijn een belangrijke en functionele rol speelt in het verloop en de bewuste beleving van de bevalling, is een specifieke culturele gedachte die aansluit bij de natuurlijke benadering. Socioloog Raymond De Vries die het Nederlandse geboortesysteem uitvoerig bestudeerd heeft, schreef het boek *A Pleasing Birth, Midwives and Maternity care in the Netherlands* (2005). De Vries geeft aan dat het bestaan van de thuisbevalling en de

natuurlijke benadering van geboorte redenen zijn waardoor de toename van medicalisering en het gebruik van pijnstilling tijdens de baring in Nederland langzamer opkomt dan in andere Westerse geïndustrialiseerde landen. De mogelijkheid tot pijnstilling tijdens de baring is nu alleen in het ziekenhuis voor handen, verloskundigen mogen thuis geen pijnstilling geven (De Vries 2005). Wanneer een vrouw pijnstilling wenst moet zij kiezen voor een bevalling in het ziekenhuis. De toenemende medicalisering en het stijgende aantal ziekenhuisbevallingen zorgen voor een spanningsveld in de huidige benadering van verloskundigen en gynaecologen. In hoofdstuk 3 zal ik hier uitvoeriger op in gaan.

Het bestaan van de thuisbevalling: the home is where the heart isí

Als Nederland in relatie met zwangerschap en geboorte genoemd wordt, is het bijna altijd in één adem met het bestaan van de thuisbevalling. Het unieke karakter van het Nederlands zorgsysteem van zwangerschap en geboorte heeft nationaal en internationaal altijd veel aandacht gekregen (Abraham Van-der Mark 1993: 1; Hiddinga 1998: 189; Jordan 1993: iv; De Vries 1995: 23). Het volgende citaat onderstreept deze aandacht in een romantische omschrijving van een observatie van een thuisbevalling in Nederland door sociologe Barbara Katz Rothman:

õí There is another place to find the heart, the soul of the Netherlands. It is up a very steep staircase. Duck under the hanging laundry crisscrossing above you ó the dampness of the Lowlands is probably good for tulips, but does the laundry ever dry in this country? At the top of the stairs turn right and down the hall. Follow the sounds: voices murmuring, an occasional groan, an occasional soft laughter. Stand there quietly, for here is where the Netherlands really lives, where it is born. The midwife's light voice, the husband's voice softened, the grandmother perhaps there, the tension showing strongest in her voice. You do not have to speak the language to hear what is happening. The voices increase in their intensity, the mother's breathing harshens, she cries out, and then there is the sound of the newborn's greeting wailö (Katz Rothman 1993: 201).

Dit geromantiseerde beeld is één van de vele omschrijvingen van de karakteristieke thuisbevalling in Nederland die ik tijdens dit onderzoek ben tegengekomen (Jordan 1993; Lumey 1993; Pasveer & Akrich 2001; De Vries 2005). Kenmerkend is dat Katz Rothman het bestaan van de thuisbevalling karakteriseert als *ōthe heart, the soul of the Netherlandsō*, dat ze zegt: *ōí here is where the Netherlands really lives, where it is bornō*. Deze omschrijving geeft kleur aan een belangrijk uitgangspunt van dit onderzoek, namelijk het bestaan van de thuisbevalling als culturele traditie in Nederland.

In vergelijking met andere Westerse landen heeft Nederland een hoog percentage door verloskundigen begeleide thuisbevallingen. In andere Westerse landen vindt hooguit een paar procent van de bevallingen thuis plaats (Buitendijk 2010). Het percentage van de thuisbevallingen in Nederland is vanaf 1950 echter wel afgenomen. In 1953 beviel nog 78% van de vrouwen thuis. Tussen 1960 en 1978 daalde dit van 70 naar 36%. Op dit moment bevalt 29% van de vrouwen in Nederland thuis. Het percentage thuisbevallingen van het eerste kind ligt momenteel nog lager, namelijk op 15% (CBS 2010).

Een belangrijke factor in deze daling is dat steeds meer vrouwen met een medische indicatie worden doorverwezen naar een gynaecoloog in het ziekenhuis (Buitendijk 2010: 8). 70% van de Nederlandse vrouwen zou het liefst thuis willen bevallen, maar minder dan de helft heeft die mogelijkheid doordat zij tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling door een medische indicatie door de verloskundige worden overgedragen aan een gynaecoloog (Ibid.: 8). Uit dit hoge percentage vrouwen die hun voorkeur uitspreken voor een thuisbevalling zou je op kunnen maken dat de culturele waarde van thuis, de gehechtheid aan de huiselijke omgeving en factoren als intimiteit, contact en gezelligheid anno 2010 nog volop bestaan. Om deze culturele gehechtheid aan thuis inzichtelijker te maken geef ik een korte schets van de historische achtergrond van de thuisbevalling, omdat de culturele waarde van thuis mogelijk een belangrijke rol speelt in het voortbestaan van de thuisbevalling in Nederland (van Daalen 1993: 77). De basis van de gehechtheid aan huiselijke omgeving gaat terug tot de geschiedenis van de 17^e eeuw en vindt, volgens van Daalen, zijn wortels in de vorming van het nucleaire gezin (Ibid.: 79).

ōí the Dutch had a stronger attachment to hearth and home and, along with this, their family life had an inward, withdrawn character, with little public interventionsō (Ibid.: 80).

Zoals van Daalen aangeeft worden Nederlanders in de 17e eeuw door buitenstaanders omschreven als: *ōí people who spent most of their time in their own houses, originating in the need for cozy warmth and intimacyö* (Ibid.: 80). De nadruk op huiselijkheid in de vorm van *ōthe strong attachment to hearth and homeö* en het intieme familieleven, hebben sindsdien grote veranderingen ondergaan. De vraag is of de culturele waarden met het voortbestaan van de thuisbevalling bewaard zijn gebleven. Geboorte wordt over het algemeen nog steeds gezien als een familiegebeurtenis, een intiem moment wat plaats hoort te vinden in een gezellige, comfortabele, huiselijke omgeving, waarbij de privésfeer voorkeur heeft boven de publieke sfeer (De Vries 2005). Het idee van gezelligheid *ōthe need for cozy warmth and intimacyö*, is ook diep verweven in de cultuur rondom geboorte en is daarmee een karakteristiek kenmerk van het familieleven en de benadering van geboorte zoals deze tot op de dag van vandaag in Nederland bestaat (van Daalen 1993: 91).

De benadering van geboorte en het voortbestaan van de thuisbevalling hebben een relatie met elkaar. Door de benadering van geboorte als natuurlijk, fysiologisch proces is de bevalling in Nederland een gebeurtenis gebleven die in de intieme setting van het eigen huis plaats kan vinden. Dat de thuisbevalling is blijven bestaan impliceert dat er vanuit verschillende beroepsgroepen waardering is voor de persoonlijke, intieme en vertrouwde setting, waarin veel ruimte is voor persoonlijke wensen en persoonlijk contact. Ook het vertrouwen in het natuurlijke verloop van de zwangerschap en geboorte is hierin kenmerkend en het principe dat de zwangere vrouw geen medische begeleiding nodig heeft als daar geen reden voor is. Naast de twee bovengenoemde cultureel karakteristieke elementen laat ik nu zien hoe verloskundigen een belangrijke positie vervullen binnen het systeem rondom geboorte in Nederland.

De positie van verloskundigen

ōThe situation of midwives in the Netherlands is unique in the worldö (De Vries & Barroso 1997: 259).

Naast de unieke benadering van geboorte en het hoge percentage thuisbevallingen, is ook het Nederlandse systeem van verloskunde uniek in de Westerse wereld (Abraham 1994; van Daalen 1988; Davis-Floyd 1993; Hiddinga 1998; Katz Rothman 1993; De Vries 1995). Vooral de sterke en zelfstandige positie van verloskundigen is kenmerkend voor de

Nederlandse geboortecultuur. Doordat de thuisbevalling in Nederland nog bestaat hebben verloskundigen zich kunnen ontwikkelen tot zelfstandige professionals met eigen verantwoordelijkheden (Buitendijk 2010: 7). Sinds 1941 hebben verloskundigen het primaat over de begeleiding van de normale, fysiologische bevalling gekregen en sindsdien is het begeleiden van de thuisbevalling een belangrijk deel van hun werkterrein (Hiddinga 1998: 189). In de meeste Westers geïndustrialiseerde landen is het recht om verloskundige zorg zelfstandig uit te voeren alleen mogelijk voor gekwalificeerde artsen, Nederland vormt hierop een uitzondering (Kitzinger 1991). Door de toenemende medicalisering en het verdwijnen van de thuisbevalling in bijna alle Westerse geïndustrialiseerde landen (Davis-Floyd 2003) is Nederland een interessant vergelijkingspunt geworden voor verloskundigen uit andere landen (De Vries 2005). Verloskundigen zelf spelen hierin een belangrijke rol, zij presenteren hun kennis en werkwijze regelmatig in het buitenland en verloskundigen uit andere landen komen naar Nederland toe om inspiratie op te doen. Met de krachtige positie van verloskundigen in Nederland heb ik, na de benadering van geboorte als een natuurlijk, fysiologisch proces en het bestaan van de thuisbevalling, het derde en laatste cultureel karakteristiek kenmerk van geboorte aangedragen. Hierbij is naar voren gekomen dat in de benadering van geboorte de aspecten van vertrouwen in de kracht van het eigen lichaam en het vertrouwen in een natuurlijk verloop de basis vormen van de natuurlijke benadering.

Conclusie: Thuis, natuurlijk en persoonlijk

In dit inleidende hoofdstuk heb ik laten zien dat de cultureel karakteristieke elementen het Nederlandse systeem van geboorte kenmerken. De benadering van geboorte, het bestaan van de thuisbevalling en de positie van verloskundigen vormen binnen de Westerse wereld een uitzonderlijk systeem van zorg rondom zwangerschap en geboorte. Samenvattend ligt in de benadering van geboorte als natuurlijk fysiologisch proces de nadruk op het belang van de eigen kracht van het vrouwelijk lichaam en het vertrouwen dat dit lichaam een normale baring aan kan (Abraham 1994). Pijn wordt binnen deze benadering als belangrijk onderdeel van de natuurlijke baring gezien (De Vries 2005) en beïnvloedt volgens deskundigen het verloop en de beleving van de bevalling (Buitendijk 2010).

Het bestaan van de thuisbevalling wordt omschreven als het hart, de ziel van Nederland (Katz Rothman 1993), wat de culturele waarde van de traditie onderstreept. Het

voortbestaan van de thuisbevalling past in de lange traditie van de gehechtheid aan thuis (van Daalen 1993) en de waarde van de culturele elementen intimiteit, contact en gezelligheid (De Vries 2005).

De sterke positie van verloskundigen vormt het derde cultureel karakteristieke element van het Nederlandse systeem rondom zwangerschap en geboorte. Voor verloskundigen is 1941 een belangrijk jaar geweest omdat zij toen het primaat over de begeleiding van de normaal, fysiologische bevalling kregen. Daarnaast is het uniek dat verloskundigen in Nederland zelfstandig hun beroep uit kunnen oefenen (Abraham 1994). In het volgende hoofdstuk ga ik uitvoeriger in op de benadering van verloskundigen, ideeën over de plaats van de bevalling en de invloed van de toenemende medicalisering.

2. Verloskundigen en benadering

Na een eerste blik op de cultureel karakteristieke elementen rondom geboorte in Nederland in hoofdstuk 1, de benadering van zwangerschap en geboorte, het bestaan van de thuisbevalling en de positie van verloskundigen, staat in dit hoofdstuk de benadering van verloskundigen centraal. Ik bespreek ideeën over de plaats van de bevalling, de verschuiving van thuis naar ziekenhuis en de invloed van toenemende medicalisering. Als laatste laat ik zien dat de persoonlijke begeleiding kenmerkend is voor de benadering van verloskundigen.

Ideeën over de plaats van de bevalling

Socioloog Raymond De Vries begint zijn boek *A Pleasing Birth, Midwives and Maternity Care in the Netherlands* (2005) met de betekenis van het werkwoord 'bevallen'. Hij vindt het fascinerend dat werkwoord 'bevallen' in het Nederlands zowel *geboorte* als *iets wat bevalt* betekent. Hij vervolgt zijn verhaal met de verschillende keuzemogelijkheden van bevallen die er in Nederland bestaan (De Vries 2005: 1). Deze keuzevrijheid is bijzonder en geeft een vrouw meer controle over haar zwangerschaps- en bevallingservaring (Abraham-Van der Mark 1993; Buitendijk 2010; De Vries 2005). Er is keuze door het bestaan van de thuisbevalling en de optie voor de poliklinische bevalling. Op dit moment benadrukken verloskundigen de keuzevrijheid met betrekking tot de plaats van de bevalling en vooral de persoonlijke wensen van de zwangere vrouw (Aarden et al. 2008: 23). Dit komt naar voren in de volgende omschrijvingen van verloskundigen:

ōTijdens de bevalling ben jij degene die de regie voert over de bevalling. We zullen alles in het werk stellen om mee te werken aan de bevalling die jij graag wilt. Iedereen begint thuis aan de bevalling. De verloskundige komt altijd eerst thuis kijken hoe het gaat. Als alles naar wens gaat, bepaal je tijdens de bevalling waar je wilt bevallen, thuis of in een ziekenhuisö (Geboortecentrum, Amsterdam).

ōZolang alles goed gaat met jouw zwangerschap mag je zelf kiezen waar je gaat bevallen: thuis in jouw eigen omgeving of poliklinisch in het ziekenhuisö (Vroedvrouwenpraktijk van der Hoopstraat, Amsterdam).

Ondanks de keuzevrijheid die de verloskundigen nu uitdragen wordt wel geattendeerd op het feit dat de weeën in een rustige omgeving het beste op gang komen:

ōDe keuze van de plaats van de bevalling is, indien alles medisch in orde is, aan jezelf. Belangrijk is dat je de plaats kiest waar je het beste kunt ontspannen. Een omgeving

waarin je je niet op je gemak voelt, kan remmend werken op het natuurlijk verloop van de bevalling (Bevalcentrum West, Amsterdam)

Naast de nadruk op de keuzevrijheid met betrekking tot de plaats van de bevalling en de eigen wensen, benadrukken verloskundigen de persoonlijke relatie met de zwangere vrouw. Omdat verloskundigen de vrouw gedurende de zwangerschap begeleiden, onderscheiden zij zich hierin duidelijk van gynaecologen, die vaak pas in het laatste stadium de zwangerschap en de bevalling begeleiden.

De keuzevrijheid, persoonlijke wensen en persoonlijke relatie zijn op dit moment belangrijke aandachtspunten die verloskundigen uitdragen. Deze benadering kent sterke parallellen met de cultureel karakteristieke elementen binnen de lange traditie van de thuisbevalling in Nederland, waarin intimiteit en persoonlijk contact de basis vormen. Door de afname van de thuisbevalling zijn er verloskundigen die de voordelen van de thuisbevalling expliciet benadrukken:

õIedereen begint thuis aan de bevalling. Bij veel mensen komen de weeën het beste op gang in de vertrouwde thuissituatie. Ook als je poliklinisch bevalt, doe je het eerste stuk van de bevalling thuis (Vroedvrouwenpraktijk van der Hoopstraat, Amsterdam)

Voordelen van de thuisbevalling die verloskundigen noemen zijn: de eigen vertrouwde omgeving, zelfbeschikking over de baring (niet onderworpen zijn aan regels van het ziekenhuis), het intieme karakter van de geboorte als een familiegebeuren en bescherming tegen onnodige medische interventie (Buitendijk 2010). In 1990 startte Beatrijs Smulders, verloskundige en directrice van het Geboortecentrum in Amsterdam, een werkgroep waarmee zij binnen vijf jaar een verdubbeling van de thuisbevalling wilde bereiken. De slogan die zij hierbij gebruikte was: *õThuis ontsluit het besteõ*. Dit appèl was er op gericht de verdere terugloop van thuisbevallingen te stoppen en de voordelen van thuisbevallingen opnieuw onder de aandacht te brengen.

Medicalisering van het geboorteprocès

De keus voor de poliklinische bevalling is mogelijk sinds 1965 (van Daalen 1988: 77). Deze vorm van bevallen houdt in dat een vrouw thuis aan de bevalling begint en bij vijf centimeter ontsluiting naar het ziekenhuis gaat. De eigen verloskundige kan de bevalling dan in het ziekenhuis verder begeleiden. Bij de poliklinische bevalling mogen vrouwen, als alles goed is gegaan, binnen een paar uur weer naar huis. Vanaf 1965 kiezen steeds meer

vrouwen voor deze vorm van bevallen. Van 1965 tot 1982 verdubbelde het percentage ziekenhuisbevallingen van 31,5% tot 65,5%. Vooral poliklinische bevallingen namen toe, terwijl thuisbevallingen en klinische bevallingen afnamen (Ibid.: 421). Momenteel bevalt 70,5% van de vrouwen in het ziekenhuis (CBS 2010).

De keuze voor vrouwen en hun partners om poliklinisch te bevallen heeft vaak te maken met een gevoel van veiligheid, en de mogelijkheid tot het krijgen van pijnstilling (Abraham 1994: 197, De Vries & Barosso 1997: 261). Onderzoek wijst uit dat vrouwen die poliklinisch bevallen aanzienlijk meer medische interventies ondergaan dan vergelijkbare vrouwen die thuis bevallen. Als medische technologie voor handen is wordt er meer gebruik van gemaakt, zoals Simone Buitendijk dit benoemt dit in haar oratie (2010: 10).

De rol van contact in de benadering van verloskundigen

In de benadering van verloskundigen is een belangrijke rol weggelegd voor contact, aanraken en voelen. Verloskunde wordt daarom ook wel *kunde van voelen* genoemd (Abraham 1994: 200). Ondanks alle medische ontwikkelingen die zich in deze moderne tijd rondom zwangerschap en geboorte voordoen, blijven verloskundigen voor een groot deel trouw aan de kennis van hun handen. Zij gebruiken nog steeds de handen om de buik van de vrouw aan te raken en de groei en ligging van de baby te bepalen. Ook tijdens de begeleiding van de bevalling volgen zij met de handen de vorderingen van de ontsluiting en het baringsproces. Door deze vaak intieme contactmomenten tussen de verloskundige en de zwangere kan een vertrouwensrelatie ontstaan (Aarden et al. 2008; De Vries 2005). Vroeger was de traditie van aanraken en voelen de meest gebruikte methode om de zwangerschap van de vrouw te volgen (Abraham 1994: 200). *Vroedmeesters* hadden in het verleden alleen de handen tot hun beschikking en verrichten hun werk zelfs zonder te kijken. Tijdens de bevalling werd het geslachtsorgaan van de barende vrouw met lakens bedekt. Vanaf de negentiende eeuw is het *zicht* steeds belangrijker geworden. De baarmoeder is allang geen terra incognita meer en ook het ongebooren kind is, door de komst van de echoscopie, zichtbaar geworden (Abraham 1994: 200; Duden 1993).

De werkwijze van verloskundigen, de benadering die zij uitdragen en de culturele factoren die de basis vormen, maken deel uit van de sociale context van geboorte in Nederland. Tijdens mijn veldwerk heb ik verloskundigen van verschillende praktijken

gesproken. Door observerende participatie tijdens het spreekuur van een verloskundigenpraktijk in Amsterdam heb ik kunnen zien op welke manier contact en aanraking een rol innemen tijdens het consult met de zwangere vrouw. Vertrouwen, contact en intimiteit spelen een belangrijke tijdens de persoonlijke begeleiding. Verloskundigen vragen zwangere vrouwen vanaf de 20^{ste} week naar het voelen en ervaren van beweging van de baby. Zij laten hierbij de vrouw de ligging van de baby zelf voelen. Sommige vrouwen vertellen op dat moment een uitgebreid verhaal over de momenten waarop zij de baby het meest voelen bewegen. Met deze aandacht voor de ligging en de beweging van de baby maken verloskundigen zwangere vrouwen alert op het voelen van leven in de buik. Aan de gezichten van de zwangere vrouwen was af te lezen dat dit moment tijdens van het consult het meest spannend was. Het moment dat vrouwen gingen liggen zag je enerzijds de spanning of het allemaal goed zou zijn, anderzijds de ontlasting en de blijdschap als ze te horen kregen dat alles in orde was. Tijdens de zwangerschap zijn dit de intieme momenten tussen de zwangere vrouw en de verloskundige waardoor de persoonlijke vertrouwensband kan groeien.

Verloskundigen die ik tijdens dit onderzoek gesproken heb, beschreven bevallingen als meest bijzondere, emotionele en spannende momenten van het vak. Zij vertelden dat je als verloskundige leert om je aan te passen aan de sfeer van de mensen waar je thuis komt, of als een ziekenhuisbevalling gewenst of noodzakelijk is, je als vertrouwenspersoon mee kan gaan om de bevalling verder te begeleiden. Verloskundigen vertellen dat dit bij iedere bevalling weer opnieuw een uitdaging is, om iedereen op een persoonlijke manier te begeleiden en tegemoet te komen aan de wensen van de vrouw. Hieronder volgen enkele citaten van verloskundigen, waarin zij de persoonlijke benadering en het tegemoet komen aan persoonlijke wensen van de zwangere onderstrepen:

“Onze visie is om jullie te begeleiden en te laten bevallen op een manier die bij jullie past, waar jullie je goed bij voelen” (Verloskundigenpraktijk Nicolaas Witsenkade, Amsterdam).
“Iedere vrouw ervaart het natuurlijke proces van zwangerschap, baring en kraambed op haar eigen manier. Ik vind het belangrijk om verloskundige zorg te kunnen geven die zo goed mogelijk aansluit bij de individuele situatie, behoeften en wensen” (Verloskundige Sophie-Anne Bergakker, Amsterdam).

ōTijdens de bevalling ben jij degene die de regie voert over de bevalling. We zullen alles in het werk stellen om mee te werken aan de bevalling die jij graag wiltō (Geboortecentrum Amsterdam).

Er is op dit moment een tendens zichtbaar waarin verloskundigen de persoonlijke benadering en de unieke begeleiding van de thuisbevalling in Nederland onderstrepen. Deze tendens loopt parallel aan de toenemende medicalisering van geboorte. Nu de benadering van geboorte ook in Nederland steeds meer medisch wordt, benadrukken verloskundigen de culturele waarden van de natuurlijke benadering.

Conclusie: Intimiteit, keuzevrijheid en persoonlijke benadering

In de benadering en de begeleiding door verloskundigen is een tendens zichtbaar waarin de persoonlijke wensen, de keuzevrijheid en de persoonlijke begeleiding van de zwangere vrouw centraal staan. In deze begeleiding geven verloskundigen aan dat contact, aanraking en intimiteit belangrijke elementen vormen die hun benadering kenmerken. De verloskunde als *kunde van voelen* blijft ondanks de toenemende medicalisering bestaan. De thuisbevalling kan voortbestaan door de aanwezigheid van zelfstandige verloskundigen die de bevalling als natuurlijk proces met vertrouwen tegemoet zien en daardoor in de thuissetting kunnen begeleiden. De mogelijkheid van de poliklinische bevalling sinds 1965 heeft een gedeeltelijke verschuiving in het werkerrein van verloskundigen teweeg gebracht. Doordat verloskundigen meegegaan zijn in deze moderne ontwikkeling van de bevalling die plaatsvindt in de ziekenhuissetting, beantwoorden zij aan de persoonlijke wensen van de vrouw en kunnen verloskundigen de persoonlijke begeleiding voortzetten. De kenmerkende elementen van de benadering: intimiteit, aanraking en contact worden zo door de verloskundigen meegenomen in de setting van het ziekenhuis.

3. Gynaecologen en ziekenhuissetting

Eerder heb ik weergegeven dat in de thuisbevalling een aantal kenmerkende culturele factoren besloten liggen, die voortkomen uit de Nederlandse geschiedenis. De gehechtheid aan thuis, de rol van contact, familie en intimiteit, zijn waarden die aan de thuisbevalling verbonden zijn. In het vorige hoofdstuk heb ik laten zien dat naast een thuisbevalling een normale bevalling ook in het ziekenhuis kan plaatsvinden, als een zogenaamde poliklinische bevalling, onder begeleiding van de eigen verloskundige. Hierbij wordt het specifieke van de relatie tussen verloskundige en zwangere meegenomen in het ziekenhuis en worden cultureel specifieke kenmerken, van intimiteit en persoonlijke begeleiding meegenomen in de nieuwe setting. Wanneer er echter sprake is van een medische indicatie, moet een vrouw in het ziekenhuis bevallen en komt zij onder begeleiding van een gynaecoloog. In dit hoofdstuk focus ik op de benadering van gynaecologen in de ziekenhuissetting, omdat het deel uitmaakt van de sociale structuur die de beleving van vrouwen mede beïnvloeden.

Ik zet de huidige ontwikkelingen in het ziekenhuis uiteen, waarbij ik specifiek kijk naar de aandacht voor de moeder-kind relatie. Eerst bespreek ik de benadering van gynaecologen in Nederland. Vervolgens laat ik zien wat de huidige trend is van ontwikkelingen en aanpassingen in het ziekenhuis. In de laatste paragraaf geef ik het huidige spanningsveld weer tussen verloskundigen en gynaecologen. Deze discussie tussen deze eerste- en tweedelijnszorg gaat over de verschuivingen in de cultureel karakteristieke elementen van geboorte in Nederland: de benadering van geboorte, de plaats van de bevalling en de toenemende medicalisering.

De rol van contact in de benadering van gynaecologen

In vergelijking met andere Westers geïndustrialiseerde landen zijn gynaecologen in Nederland, over het algemeen terughoudend tegenover invoering van de ziekenhuisbevalling en het gebruik van medicatie tijdens de bevalling. Gerrit-Jan Kloosterman heeft hierin een belangrijke rol gespeeld en een stempel gedrukt op de benadering van gynaecologen van de zwangerschap en de geboorte vanaf 1950. Hij was van 1958 tot 1983 Hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie aan de Universiteit van Amsterdam. Ook was Kloosterman directeur van de Amsterdamse Vroedvrouwenschool. Kloosterman heeft zich ingezet voor een goede taakverdeling tussen verloskundigen en gynaecologen wat vorm kreeg in de eerste- en tweedelijnszorg. Hij was van mening dat de

bevalling het beste thuis plaats kon vinden onder begeleiding van een verloskundige (Ruige 1999: 168). Kloosterman heeft altijd gestreden om de sterke positie van de verloskundigen en daarmee het bestaan van de thuisbevalling te behouden. Ondanks zijn beroep als gynaecoloog, een specialisme dat in het ziekenhuis wordt uitgeoefend, benadrukte Kloosterman het unieke bestaan van de thuisbevalling en de unieke begeleiding aan huis door de verloskundige. Hiermee onderstreept Kloosterman de waarde van de culturele tradities. *“This trust in nature when dealing with medical issues is an important feature of Dutch culture”*, zegt Kloosterman in een interview (van Daalen & van Goor 1993: 194). Hij waardeert en prefereert de natuurlijke benadering, de huiselijke setting en de persoonlijke sfeer. Hiermee lijkt zichtbaar te worden dat Kloosterman, als vooraanstaand persoon binnen de Nederlandse verloskunde, de toon heeft gezet voor de benadering van geboorte anno 2010.

In 1973 introduceerden de ziekenfondsen de *Lijst Kloosterman*. Dit was een lijst met medische indicaties voor een klinische bevalling, om de vervaging van grenzen tussen de normale en de pathologische bevalling tegen te gaan (Abraham 1994: 196). Ondanks het fanatieke streven voor het behoud van de thuisbevalling en zo min mogelijk medische ingrepen rondom de geboorte, heeft de *Lijst Kloosterman* de medicalisering niet kunnen indammen (Ibid.: 196-197). Het percentage medische indicaties groeide tussen 1973 en 1988 van 15% tot 44%. Tot op de dag van vandaag blijft het aantal medische ingrepen tijdens de bevalling in Nederland stijgen (Buitendijk 2010: 8).

Aandacht voor contact in het ziekenhuis

Parallel aan het stijgende aantal ziekenhuisbevallingen, bestaat er ook toenemende aandacht voor de relatie en het eerste contact tussen moeder en kind binnen de ziekenhuissetting (Verkerk 2007: 12). In deze paragraaf geef ik een aantal voorbeelden van culturele gebruiken en recente ontwikkelingen binnen het ziekenhuis die deze aandacht voor het eerste contact tussen ouder en kind laten zien.

In Nederland is het op dit moment gebruikelijk dat de baby na de geboorte direct op de buik van de moeder wordt gelegd voor de eerste belangrijke momenten van hechting (Klaus & Klaus 2005: 20). Er is op momenteel veel aandacht voor dit eerste hechtingsmoment na de geboorte omdat onderzoeken in de afgelopen decennia het essentiële belang van dit vroege contact tussen ouder en kind hebben uitgewezen (Eliëns

2005; Klaus & Klaus 2005). Deze aandacht voor het belang van de eerste contactmomenten beperken zich niet tot de benadering van de verloskundige. Ook als een bevalling om medische redenen in het ziekenhuis plaatsvindt, proberen artsen de ouder en het kind zo dicht mogelijk bij elkaar te houden. Medische ingrepen kunnen het eerste contact tussen moeder en kind bemoeilijken. Na een keizersnede, is het lastig om de baby direct na de geboorte op de buik van de moeder te leggen omdat de vrouw eerst gehecht moet worden. Op dat moment wordt de partner als aangewezen persoon gezien waarbij *huid-op-huid contact* wel plaats kan vinden. Naast de aandacht voor *huid-op-huid contact* direct na de geboorte, wordt *kangarooën*, een methode waarbij de baby een aantal keer per dag op de buik van de ouder wordt gelegd, ook veel toegepast in het ziekenhuis. De warmte van het lichaam, de vertrouwde geur, stem en geluiden dragen volgens onderzoeken positief bij aan de groei en de ontwikkeling van de baby (Klaus & Klaus 2005: 61). Ook babymassage is de afgelopen jaren steeds populairder geworden binnen de ziekenhuissetting. Er zijn ziekenhuizen die babymassage in de eerste periode na de geboorte aanbieden aan ouders en hun pasgeboren baby's (Verkerk 2007: 12). De aandacht voor contact tussen ouder en kind wordt ook zichtbaar in het brede aanbod pré- en postnatale cursussen op dit gebied, deze algemene aandacht vanuit *babydeskundigen* bespreek ik in het volgende hoofdstuk.

Marij Eliëns is gezondheidswetenschapper en zij doet al 20 jaar onderzoek naar de relatie tussen moeder en kind. Ik ontmoette haar tijdens de filmavond van Stichting Lichaamstaal. Zij is van mening dat de relatie tussen moeder en kind in de ziekenhuissetting alleen kan worden verbeterd als het ziekenhuis hiervoor nog meer passende voorzieningen treft. Op dit moment worden er in een aantal ziekenhuizen aanpassingen gedaan om moeder en kind, ook als zij langer in het ziekenhuis moeten blijven, zo dicht mogelijk bij elkaar te houden. Maar op veel plekken zijn de neonatologie en obstetrie nog twee aparte afdelingen, waardoor moeder en kind na de geboorte van elkaar gescheiden worden (Eliëns 2005: 25). Ook vanuit de wetenschap is er steeds meer aandacht gekomen voor de relatie tussen ouder en kind en het belang van een goede hechting. De aandacht voor contact en hechting vanuit *babydeskundigen* loopt parallel met deze aandacht voor dit onderwerp vanuit de academische hoek. Verloskundigen en gynaecologen dragen het belang ervan uit in de benaderingswijze van de zwangerschap en

geboorte. Psychologen en biologen benadrukken het belang voor de ontwikkeling en de hechting tussen ouder en kind.

De aandacht voor de ouder-kindrelatie binnen het ziekenhuis wordt ook zichtbaar in de huidige aanpassingen qua inrichting en sfeer van verloskamers. Omdat het percentage ziekenhuisbevallingen steeds groter wordt en de zwangere vrouw haar specifieke wensen meeneemt in de setting van het ziekenhuis, probeert men in het ziekenhuis een meer intieme sfeer te creëren die lijkt op een huiselijke omgeving. *“Wij creëren een thuissituatie binnen de muren van het ziekenhuis”*, zegt verloskundige Bea van der Put, één van de oprichters van Bevalcentrum West. In deze aanpassingen wordt de aandacht voor de cultureel karakteristieke elementen van geboorte zichtbaar. De waarde van de thuissetting en de sfeer en de benadering die daarbij horen, worden binnen de muren van het ziekenhuis opnieuw gecreëerd. Zowel in de klinische als de poliklinische setting zijn deze aanpassingen volop aan de gang. Voor de poliklinische bevalling worden op diverse plaatsen in Nederland kraamsuites, kraamhotels en bevalcentra ingericht waar de huiselijke sfeer en de intimiteit gecombineerd kan worden met het gemak van verzorging en veiligheid van moderne techniek. De poliklinische bevalling wordt ook wel een *verplaatste thuisbevalling* genoemd.

Een specifiek voorbeeld van de mogelijkheid tot een *verplaatste thuisbevalling* is het eerder genoemde Bevalcentrum West in Amsterdam, opgericht in 2005. Dit is het eerste verloskundig centrum in Nederland dat gevestigd is in een ziekenhuis, maar ingericht is en gerund wordt door zelfstandige verloskundigen. Het creëren van de mogelijkheid tot een huiselijke en intieme bevalling in het ziekenhuis, komt tegemoet aan de wens van de ouders om de moderne voorzieningen van het ziekenhuis te combineren met de culturele waarden van *thuis* en de persoonlijke begeleiding van verloskundigen.

Het spanningsveld tussen verloskundigen en gynaecologen

“Tot aan de jaren tachtig van de vorige eeuw spitste de zorg rond zwangerschap en geboorte zich toe op natuurlijk bevallen in de thuissituatie. In de jaren negentig veranderde dit en werd deze zorg een meer medisch-technische aangelegenheid. Hierdoor ontstond een scherpere scheiding tussen het denken van eerstelijns en tweedelijns professionals. Mede daardoor belandden de belangen van moeder en

(ongeboren) kind te veel op de achtergrond. De fysiologische benadering en de meer op medische risico's gerichte benadering van zwangerschap en geboorte, zou opnieuw met elkaar in balans moeten worden gebracht (Stuurgroep zwangerschap en geboorte 2009).

Het bovenstaande citaat is afkomstig uit het rapport *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*, geschreven op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, door de Stuurgroep zwangerschap. In deze Stuurgroep, opgericht in 2008, zijn beroepsgroepen, vertegenwoordigers van cliënten, verzekeraars en relevante institutionele koepels vertegenwoordigd. De Stuurgroep stelt innovaties voor om de veiligheid van zwangerschap en de bevalling te vergroten (Buitendijk 2010: 18) en om de perinatale sterfte en morbiditeit in Nederland terug te dringen (Stuurgroep zwangerschap en geboorte 2009: 3). Binnen vijf jaar is het streven om het aantal maternale en perinatale sterftegevallen te halveren. De zeven speerpunten waarmee zij dit willen bereiken luiden als volgt:

1. *Moeder en kind in de hoofdrol*
2. *Gezond oud worden, begint al in de baarmoeder*
3. *Goed geïnformeerde zwanger*
4. *Samen verantwoordelijk*
5. *Specifieke aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties*
6. *Bevallende vrouw niet alleen*
7. *24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid*

Daarnaast geven zij een visie op de toekomst van eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte in Nederland (Ibid.: 2). De bovenstaande ontwikkelingen en aanbevelingen komen voort uit het hoge sterftecijfer van baby's waarmee Nederland momenteel in de media komt. Daardoor ontstaan vragen over de veiligheid van het Nederlands verloskundig systeem, en de door verloskundigen begeleide thuisbevalling. Deze negatieve berichten in de media veroorzaken ook angst en onzekerheid bij zwangere vrouwen (Buitendijk 2010: 14).

ōDat medische interventies babysterfte zouden kunnen voorkomen, is makkelijker aannemelijk te maken en spannender en sneller uit te beelden dan de voordelen van preconceptiezorg en van thuis bevallen. Het resultaat is dat de thuisbevalling en verloskundigen worden afgeschilderd als achterlijk en gevaarlijk, en dat wetenschappelijke gegevens die het tegendeel laten zien door veel journalisten worden genegeerdō (Buitendijk 2010: 14).

Dit is een voorbeeld van de risicocultuur die rondom zwangerschap en geboorte wordt gecreëerd, die angst oproept in de beleving van een individu (Giddens 1991).

In 1973 is met de Lijst Kloosterman de taakverdeling tussen verloskundigen en gynaecologen vastgelegd, maar dat betekende niet het einde van de discussie over de plaats en de toenemende medicalisering van geboorte. In golfbewegingen ontstaan er nieuwe discussies over de veiligheid van de thuisbevalling, de aanwezigheid van gynaecologen in het ziekenhuis (–s nachts en in het weekend) en het gebruik van pijnstilling en medische ingrepen.

Zoals ik in de voorgaande hoofdstukken besproken heb, is er vanuit het buitenland altijd veel aandacht geweest voor de unieke zwangerschaps- en bevalcultuur van Nederland. De keerzijde van deze aandacht is ook dat er ook negatieve aandacht is. Er bestaat ook verbazing over het feit dat een zo risicovolle gebeurtenis, nu er moderne technieken voor handen zijn, in de thuissetting plaats mag blijven vinden (De Vries 2005).

Het volgende voorbeeld is een kleine illustratie van de afwijzende houding tegenover het voortbestaan van de thuisbevalling in Nederland. Professor Gerrit-Jan Kloosterman was op een internationale bijeenkomst voor verloskundigen en gynaecologen in Londen uitgenodigd om een lezing te geven over de Nederlandse benadering van geboorte. Kloosterman stond bekend als voorstander van de door verloskundigen begeleidde thuisbevalling. Halverwege zijn lezing toen hij over de thuisbevalling sprak, die in zijn ogen op voorhand geen risico vormt voor moeders en babyōs, stonden een aantal mensen uit het publiek op en verlieten luidruchtig de zaal. Zij gaven hiermee aan de Nederlandse benadering van geboorte niet te waarderen en niet te zien als een fenomeen dat past binnen de moderne tijd (Ibid.: 13). Dit voorbeeld laat zien dat er vanuit het buitenland dus ook een ambivalente houding tegenover het voortbestaan van de thuisbevalling bestaat.

Een ander voorbeeld is het verschijnen van het rapport *Verloskunde in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd* in 1987. In dit rapport worden de voor- en nadelen van de thuisbevalling genoemd. Het doel van dit rapport was om de regering te overtuigen van het belang van het voortbestaan, het promoten en veiligstellen van de thuisbevalling (Ibid.: 27). Dat er vanuit verloskundigen en de meeste gynaecologen gestreden wordt voor het behoud van de thuisbevalling en dat ook bij vrouwen de wens voor de thuisbevalling blijft bestaan, illustreert de kracht en de waardering van deze culturele traditie.

Toch laait de discussie over de veiligheid en de oorzaak van het hoge sterftecijfer van geboren baby's ook in eigen land steeds weer op. Momenteel is de discussie over de veiligheid van de thuisbevalling bij de geboorte van het eerste kind in volle gang. Het dispuut wordt veroorzaakt door het hoge sterftecijfer onder pasgeborenen, dat momenteel tot een van de hoogste cijfers van Europa behoort (Buitendijk 2010; Effting 2010: 12; Molducci 2010: 3). Welke oorzaken hier precies aan ten grondslag liggen en hoe betrouwbaar die metingen zijn is nog onduidelijk. Daar zou grondiger onderzoek naar gedaan moeten worden (Buitendijk 2010; Effting 2009: 3). Het rapport *Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte* van Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) geeft een gedegen beeld van de mogelijke oorzaken van het hoge sterftecijfer in Nederland. De media geeft slechts een eenzijdig beeld van het verhaal. Er zijn gynaecologen die de negatieve berichten over sterftecijfers en de thuisgeboorte aangrijpen om hun bezorgdheid te uiten over de veiligheid van de thuisbevalling. Steeds meer gynaecologen pleiten voor een regeling dat alle eerstgeborenen in het ziekenhuis zouden moeten bevallen (Effting 2010; Molducci 2010: 3). Dit lijkt te duiden op een tendens dat er binnen de gynaecologie steeds meer houvast in de medische wereld wordt gezocht en dat het streven naar het voortbestaan van de thuisbevalling vanuit deze hoek meer en meer wordt losgelaten. Bij de begeleiding van de thuis- en poliklinische bevalling door verloskundigen in Nederland is deze trend (nog) niet zichtbaar, daar blijft een persoonlijke benadering, de centrale positie van de vrouw en de benadering van zwangerschap en geboorte als natuurlijk fysiologisch proces, voorop staan.

Hoogleraar Verloskunde Simone Buitendijk geeft met enige bezorgdheid aan dat de alarmerende berichten over hoge sterftecijfers, met de thuisbevalling als mogelijke oorzaak, niet bijdragen aan het behoud van de thuisbevalling. Het percentage ziekenhuisbevallingen is sinds 1953 toegenomen van 22% naar 71% op dit moment (CBS 2010). Nu de perinatale

sterfte tot bijna het hoogste van Europa behoort, neemt de roep om verplaatsing naar het ziekenhuis weer toe (Buitendijk 2010). Het rapport van Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte stelt expliciet: *“Bij de keuze voor de locatie van bevallen is het uitgangspunt: in de eerste lijn wat kan, in de tweede lijn wat moet”* (2009), waarmee de optie voor de thuisbevalling en de keuzevrijheid m.b.t. de plaats van de bevalling kunnen blijven bestaan.

In de verschuiving van thuis naar ziekenhuis en door de toename van moderne technieken en medicalisering wordt het uitdragen van een natuurlijke benadering door verloskundigen op de proef gesteld. Hoe ver ga je daar als verloskundige in mee? In hoeverre blijf je vasthouden aan de cultureel karakteristieke elementen van geboorte? Verloskundigen moeten in deze tijd mee gaan met de moderne technieken, maar de rol van de persoonlijke benadering, de keuzevrijheid van de vrouw en de rol van contact blijven kernwaarden waar verloskundigen in het uitvoeren van hun beroep aan vast willen blijven houden.

Gynaecologen hebben door de aard van hun werk een meer medische benadering van zwangerschap en geboorte. In tegenstelling tot de *kunde van voelen*, kenmerkend voor de benadering van verloskundigen, is de benadering van gynaecologen meer medisch. Zij maken gebruik van moderne technieken, apparatuur en standaard metingen rondom de geboorte. Waar de verloskundige kijkt naar het individu en de persoonlijke verschillen, staan bij gynaecologen tabellen, cijfers en uitkomsten centraal. Door het stijgende aantal gynaecologen dat pleit voor het laten bevallen van alle eerstgeborenen in het ziekenhuis, benadrukken zij geboorte als een proces dat beter in een medische omgeving kan plaatsvinden, waar moderne techniek en apparatuur voor handen is. Hoopgevend voor het voortbestaan van de thuisbevalling is de vaststelling in het rapport *Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte* dat de thuisbevalling een eigen plaats heeft, maar dat de afstemming en samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg verbetering behoeft (2009).

De cijfers van het aantal medische ingrepen in andere landen illustreren de toenemende medicalisering van zwangerschap en geboorte wereldwijd. In alle ontwikkelde landen blijft het aantal interventies bij de bevalling jaarlijks stijgen. In Amerika is het aantal keizersneden nu 32%, vergeleken met 20% in 1996 (Declerq et al. in Buitendijk 2010: 8). In Europa ligt het aantal keizersneden tussen de 14% en 38%, met een gemiddelde van 26%. In sommige privéklinieken in Brazilië is het percentage keizersneden

zelfs 90%. In Nederland is het momenteel 15%, wat relatief laag is in vergelijking met andere landen (Buitendijk 2010: 8). Maar ook in Nederland blijft dit percentage stijgen, net als de frequentie van andere medische interventies tijdens de bevalling. Bij een derde van de Nederlandse vrouwen wordt de bevalling ingeleid, 10% krijgt een ruggenprik en 10% heeft een vacuüm- of een tangverlossing. Buitendijk geeft in haar oratie aan dat de toenemende medicalisering de beleving van de bevalling beïnvloedt (2010). In hoofdstuk 5 laat ik zien hoe de vrouwen deze toenemende medicalisering van zwangerschap en geboorte ervaren.

De zojuist genoemde cijfers geven aan dat de medicalisering van het geboorteproces in de afgelopen decennia ook in Nederland is gestegen. In toenemende mate vindt de bevalling plaats in een medische setting en ook de medische ingrepen verhogen, dit heeft een relatie met elkaar (Buitendijk 2010). De kenmerkende benadering van zwangerschap en geboorte als natuurlijk, fysiologisch proces, komt daarmee meer onder druk te staan.

ōDat medische interventies hun eigen nieuwe risico's introduceren en dat ze de beleving van zwangerschap en geboorte voor vrouwen ingrijpend veranderen, wordt niet in de overwegingen meegenomen. De vrouw moet weer ECHT centraal in de geboortezorg en het onderzoek daaromheenö (Buitendijk 2010b: 5).

Naast de invloed van medicalisering op de beleving van de vrouw benadrukt Buitendijk dat een goede bevallingservaring een betere binding met de baby en een positievere beleving van het moederschap oplevert (2010: 11).

De wetenschap van de verloskunde heeft het traditionele systeem van de thuisgeboorte niet kunnen verdrijven (De Vries 2005: 3). Maar door alle ontwikkelingen is het wel aan verandering onderhevig. Er is een spanningsveld ontstaan tussen de invloed van de mogelijkheden van de moderne wetenschap en het behoud van culturele tradities, wat tot uiting komt in de verschillen in de benadering van verloskundigen en gynaecologen. Niet alleen vanuit verloskundigen en in de ziekenhuissetting is er aandacht voor de relatie tussen moeder en kind, maar ook vanuit andere *babydeskundigen* is er veel aandacht voor intimiteit, contact en beleving. Deze aandacht vormt de focus van het volgende hoofdstuk.

Conclusie: Aandacht voor contact

In dit hoofdstuk heb ik de benadering van gynaecologen en de specifieke aandacht voor het contact tussen moeder en kind in het ziekenhuis uiteengezet. In de huidige aanpassingen binnen de ziekenhuissetting blijken de cultureel karakteristieke elementen terug te komen.

Binnen de ziekenhuissetting hebben in de afgelopen jaren opmerkelijke ontwikkelingen plaatsgevonden met betrekking tot het stimuleren en mogelijk maken van het contact tussen ouder en kind. Recente wetenschappelijke onderzoeken, die het belang van het *huid-op-huid contact* steeds weer onderstrepen, dragen bij aan deze ontwikkelingen en de ideeën hierover. Het gebruik om de baby na de geboorte op de buik van de moeder te leggen, zoals verloskundigen dat doen, wordt ook nagestreefd in het ziekenhuis. Ook het creëren van de huiselijke omgeving en de intieme, persoonlijke sfeer en begeleiding zijn ontwikkelingen van dit moment. In sommige ziekenhuizen vinden momenteel verbouwingen plaats om moeder en kind nog dichterbij elkaar te houden als zij langer in het ziekenhuis moeten blijven. Deze ontwikkelingen binnen het ziekenhuis duiden op de extra aandacht voor de rol van contact tussen ouder en kind in de ziekenhuissetting.

Als laatste heb ik in dit hoofdstuk laten zien dat er momenteel een spanningsveld bestaat tussen verloskundigen en gynaecologen in de benadering van geboorte, evenals de ideeën over de plaats van bevalling en de houding tegenover medicalisering wel of geen pijnstilling en medische ingrepen. Verloskundigen houden vast aan de natuurlijke benadering, maar zijn wel meegegaan in de gedeeltelijke verschuiving van hun werkterrein naar het ziekenhuis. Steeds meer gynaecologen hebben voorkeur voor een meer medische benadering van geboorte, waarvan het voorstel van alle eerstgeborenen in het ziekenhuis een duidelijk voorbeeld is.

4. Babydeskundigen en contact

Verloskundige Beatrijs Smulders sprak tijdens een lezing ter promotie van haar nieuwste boek *De meest gestelde vragen over zwangerschap en bevalling* (2009) over het belang van het contact en de relatie tussen moeder en kind tijdens de zwangerschap en in de eerste maanden na de geboorte. Zij gaf specifiek aandacht aan het belang van de vierde R, van relatie. De vierde R heeft ontwikkelingspsychologe Sylvia Nossent toegevoegd aan *Rust, Reinheid en Regelmaat*, de 3 R's die al vele jaren door deskundigen uitgedragen worden, ter bevordering van het welzijn en de band tussen ouder en kind. Nossent en andere *babydeskundigen* benadrukken dat er in de afgelopen decennia steeds meer bekend is geworden over wat baby's al voelen, kunnen en begrijpen en dat daarom een goede relatie vanaf het begin heel belangrijk is (Eliëns 2005; Geurickx 2006; Klaus & Klaus 2005). De aandacht voor het belang van de relatie is daardoor toegenomen en wordt door *babydeskundigen* op verschillende manieren gestimuleerd (Geurickx 2006: 5). Parallel aan de aandacht vanuit *babydeskundigen* is er vanaf 1970 ook op onderzoeksniveau toenemende aandacht en belangstelling voor de relatie tussen ouder en kind (Eliëns 2005; Klaus & Klaus 2005; Montagu 1986).

De woorden van Beatrijs Smulders onderstrepen een tendens van groeiende aandacht voor contact tussen ouder en kind wat zich ook gedurende mijn onderzoek steeds duidelijker vanuit allerlei richtingen openbaarde. Naast de rol van contact die besloten ligt in de cultureel karakteristieke elementen van geboorte (hoofdstuk 1) en in de benadering van verloskundigen en gynaecologen in Nederland (hoofdstuk 2 en 3), geef ik in dit hoofdstuk een impressie van de manier waarop contact wordt uitgedragen door *babydeskundigen*. *Babydeskundigen* gebruik ik als verzamelnaam voor docenten van cursussen, lactatiekundigen, artsen van consultatiebureaus en andere experts en professionals die bij de begeleiding van de zwangerschap en/of geboorte betrokken zijn. Allereerst ga ik in dit hoofdstuk in op het ontstaan van de eerste zwangerschapscursussen in Nederland vanaf 1950. Vervolgens geef ik een overzicht van het huidige aanbod van cursussen, informatie en voorlichting waarin het contact en de beleving centraal staan.

De ontwikkelingen van contact in de benadering van babydeskundigen

Het advies en de manier waarop deskundigen het belang van beleving en contact uitdragen verschilt per moment, plaats en cultuur (Blaffer Hrdy 2009; Davis-Floyd 2003; Jordan 1993; Kitzinger 1980). In ieder land, binnen iedere bevolkingsgroep, bestaan eigen

culturele ideeën en overtuigingen over wat goed is voor moeder en baby. Met het voorbeeld van een bevalling in een geboortekliniek in Rusland heb ik dit al even kort laten zien. Er zijn op dit moment nog steeds plaatsen op de wereld waar moeder en baby direct na de geboorte van elkaar gescheiden worden. De huidige trend in Nederland is om moeder en kind als het mogelijk is zo dicht mogelijk bij elkaar te houden (Eliëns 2005; Klaus & Klaus 2005; Geeurickx 2006). Zoals in de inleiding al even genoemd, is er op dit moment veel aandacht voor het belang voor de vroege relatie. Waar komt deze aandacht in Nederland uit voort en welke historische en culturele waarden liggen hieraan ten grondslag?

In 1949 verscheen de Nederlandse vertaling van het boek *Childbirth without fear* (New York 1944), onder de titel *Moeder worden zonder vrees. Beginselen en praktijk van de natuurlijke baring*. Dit boek, geschreven door de Engelse arts Grantly Dick-Read, sloot rond 1950 goed aan bij de Nederlandse ideeën en de benadering van zwangerschap en geboorte. Het werd als een goede manier gezien om zwangere vrouwen informatie te geven over de veranderingsprocessen in het lichaam en ter voorbereiding op de bevalling. De kern van het boek was om de angst en spanning van de zwangere vrouw te verminderen omdat dit een negatieve invloed op het verloop van de bevalling zou hebben. Dick-Read ontdekte in zijn praktijk, dat vrouwen die rustig en ontspannen waren, beter om konden gaan met de pijn tijdens de baring, wat volgens hem een positieve invloed op het verloop van de bevalling had (Dick-Read 1957). Deze ideeën sloten in die tijd ook goed aan bij de benadering van zwangerschap en geboorte als natuurlijk proces, één van de cultureel karakteristieke elementen rondom geboorte in Nederland. Het idee om een vrouw meer over het veranderingsproces in het lichaam te vertellen en haar daarmee bewuster op de bevalling voor te bereiden, past binnen deze natuurlijke benadering van geboorte en daarmee ook binnen de werkwijze van verloskundigen in Nederland.

Het boek *Moeder worden zonder vrees* gaf in Nederland aanzet tot het ontwikkelen van de *psycho-profylaxe* methode, wat later bekend werd onder de naam zwangerschapsgymnastiek (Ruige 1999: 168). Bij deze methode lag de nadruk op het belang van een goede relatie tussen de verloskundige en de zwangere, het verstrekken van informatie over de zwangerschap en het aanmoedigen van zelfvertrouwen van de aanstaande moeder. Zoals in hoofdstuk 1 beschreven, heeft de natuurlijke benadering en de persoonlijke begeleiding van verloskundigen in de Nederlandse geschiedenis altijd een

belangrijke rol gespeeld. Het toepassen van de *psycho-profylaxe* methode betekende voor verloskundigen een versteviging van hun positie omdat zij de zwangere vrouw hiermee ondersteuning konden bieden. Een goede psychische relatie met de zwangere, waarnaar verloskundigen streefden, kon in veel gevallen ook de angst wegnemen, wat een positieve invloed op baring had (Ibid.: 92).

Kloosterman was in 1949 als directeur van de Amsterdamse vroedvrouwenschool betrokken bij het uitdragen en verspreiden van deze *psycho-profylaxe* methode. In 1949 voerde Kloosterman de eerste Moedercursus in, welke later bekend werd onder de naam zwangerschapsgymnastiek. Mede door zijn inzet won zwangerschapsgymnastiek steeds meer aan populariteit en werd het een belangrijk onderdeel van de voorbereiding op de bevalling (Ibid.: 168). Volgens Kloosterman zag bijna iedere vrouw haar bevalling met angst tegemoet en het leek hem daarom zinvol om tijdens de zwangerschap de houding tegenover de bevalling zo positief mogelijk te beïnvloeden. Kloosterman benadrukte tevens dat hij deze psychologische methode verkoos boven medicamenteuze vormen van pijnbestrijding, wat in het vorige hoofdstuk ook al even aan de orde kwam (Ibid.: 61). In de houding van Kloosterman is de natuurlijke benadering en de terughoudende visie ten opzichte van pijnbestrijding terug te zien.

Tot op de dag van vandaag volgen veel zwangere vrouwen een cursus ter voorbereiding op de bevalling. De diversiteit in het aanbod is in de loop der jaren wel behoorlijk uitgebreid. De impact van de theorie van Read over bevallen zonder pijnstilling is groot geweest en heeft in Nederland grote navolging gekregen (Ibid.: 125). Ik wil hier aan toevoegen dat dit mede komt doordat het zeer goed aansluit bij de cultureel karakteristieke elementen van geboorte in Nederland. Het sluit aan bij de natuurlijke benadering van geboorte, waarin het vertrouwen in de kracht van het vrouwelijk lichaam en het natuurlijk verloop van het proces centraal staan. Waarin baringspijn als functioneel wordt gezien en verloskundigen en gynaecologen over het algemeen terughoudend zijn tegenover pijnstilling en medische ingrepen tijdens de bevalling. Het past bij het bestaan van de thuisbevalling, omdat de vrouw daardoor in haar eigen vertrouwde omgeving kan blijven en het idee bestaat dat deze omgeving het verloop van het natuurlijk proces bevordert. De persoonlijke begeleiding van verloskundigen om de vrouw op een individuele manier voor te bereiden is ook een reden waarom de theorie van Dick Read in Nederland grote navolging kreeg.

Pré- en postnatale cursussen en voorlichting

Het huidige aanbod pré- en postnatale cursussen in Nederland is uiteenlopend en divers. In de jaren 60 bestond er slechts één standaard cursus, waar ouders op dit moment kunnen kiezen uit ruim 30 verschillende soorten. Een kleine greep uit de cursussen waarin beleving en contact centraal staan:

Zwangerschapsyoga, Haptonomische Zwangerschapsbegeleiding, Mensendieck voor zwangeren, Zwangerschapsmassage, Zwangerschapsbegeleiding, Waterrelaxatie als voorbereiding op de bevalling, Draagmethoden, Babymassage, Aromatherapie voor baby's.

De verscheidenheid en keuze in het aanbod pré- en postnatale cursussen is een typisch Nederlandse voorziening geworden, net zoals het bestaan van de zelfstandig gevestigde verloskonde, het bestaan van de thuisbevalling, de professionele kraamzorg en het bestaan van het consultatiebureau (Crébas 2006: 15). Tijdens mijn onderzoek ontdekte ik dat in een groot deel van de cursussen de nadruk ligt op de beleving van de zwangerschap en de geboorte. Waar in de eerste standaardcursussen vanaf 1950 de nadruk nog lag op de kennis over het lichaam en het wegnemen van angst, heeft zich in de afgelopen decennia een verschuiving plaatsgevonden, waarin beleving een prominentere rol heeft ingenomen. Daarnaast staat in een aantal cursussen (o.a. *Haptonomische zwangerschapsbegeleiding, Zwangerschapsmassage, Babymassage*) de specifieke beleving van het eerste contact met de (ongeboren) baby centraal.

Deze trend van het grote aanbod cursussen en alle aandacht die er momenteel voor *zwanger zijn* en *moeder worden* bestaat, sluit aan bij de ontwikkelingen van deze tijd. Geboorte was vroeger meer een gebeurtenis die bij het leven van alledag hoorde. Op dit moment is er veel aandacht voor alles rondom zwangerschap en geboorte, zoals ik in de inleiding als even heb genoemd. Zoals Jordan aangeeft komt dit doordat vrouwen nu gemiddeld minder kinderen krijgen, waarmee het tot een unieke levenservaring geworden is, die vrouwen nog intenser willen beleven (Jordan 1993: 98).

Marguerite Boeije, haptonoom en praktijk eigenaar van Bo-link, vertelde mij in een interview dat het eerste contact tijdens de zwangerschap en de bewuste ervaring van de veranderingen in het lichaam essentieel kunnen zijn voor de zwangerschaps- en bevallingservaring. In vijf consulten begeleidt zij stellen op persoonlijke wijze en helpt bij

het begeleiden van het eerste contact. Zo leert zij aanstaande ouders hoe zij de ongeboren baby kunnen voelen en de zwangerschap en de bevalling bewust kunnen beleven.

ōJe laat je kind aan den lijve voelen hoe welkom het is. Hierdoor bied je, je kind een basisgevoel van veiligheid en vertrouwen. Zo ontstaat al in de zwangerschap een wederzijdse band en het begin van een goede hechtingō (Brigitte Pouwels, Haptonomische zwangerschapsbegeleiding)

Dit citaat onderstreept het idee dat de relatie en hechting tussen ouder en kind al tijdens de zwangerschap begint.

ōDe zwangerschapslessen helpen de ervaring van zwangerschap en bevalling te verdiepen. De les geeft je ruimte voor jezelf en helpt je de band met je kind te ervarenō (Shanti Yoga) Hieruit komt naar voren dat er specifieke aandacht is voor de bewuste ervaring en het voelen van een relatie met de ongeboren baby tijdens de zwangerschap.

ōBabymassage biedt: essentieel lichamelijk contact, basisgevoel van veiligheid en geborgenheid, fundament van zelfvertrouwen en affectieve ontwikkeling, goed lichaamsgevoel, bewustwording van hun eigenheid, relaxatie en verlichting van lichamelijke ongemakken en/of slaapproblemen, goede ouder-kindbindingō (Geboortehuis Inanna).

De populariteit van babymassage is in de afgelopen tien jaar toegenomen. Zoals ik in hoofdstuk 3 al even heb genoemd, wordt babymassage tegenwoordig ook aangeboden in het ziekenhuis, waar het contact tussen ouder en kind extra waardevol kan zijn voor een goede ontwikkeling van de baby (Verkerk 2007: 12).

Naast het uitgebreide aanbod cursussen rondom de geboorte zijn er ook andere manieren waarop ouders de informatie over het belang van het eerste contact aangeboden krijgen. De voorlichtingcursus *Leer je baby kennen*, die op dit moment aangeboden wordt door heel Nederland, is hier een voorbeeld van. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam biedt de cursus sinds kort ook aan voor zwangere vrouwen die onder begeleiding zijn van een gynaecoloog. In deze cursus van vijf bijeenkomsten worden filmfragmenten getoond waarin de communicatie en het contact tussen ouder en kind centraal staan. Door uitleg over de lichaamstaal van de baby wordt de ouder gestimuleerd om open en sensitief te zijn om zo deze babytaal zo goed mogelijk te kunnen begrijpen.

Marij Eliëns, verbonden aan Stichting Lichaamstaal, schreef het boek *Babyø in Beeld: Video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij kwetsbare babyø* (2005).

Deze methode, waarbij gebruik wordt gemaakt van video-opnames van het contact tussen de ouder en het kind, wordt momenteel steeds vaker gebruikt bij de begeleiding van ouders en baby's om de hechting te bevorderen (Eliëns 2005).

Met de grote diversiteit van het cursusaanbod, voorlichting en informatie heb ik laten zien dat er op dit moment vanuit verschillende hoeken aandacht is voor de relatie en het contact tussen ouder en kind.

Conclusie: Aandacht contact en beleving

In dit hoofdstuk heb ik laten zien dat er ook vanuit *babydeskundigen* toenemende aandacht bestaat voor de relatie tussen ouder en kind rondom de geboorte. De ideeën van Dick-Read sloten in 1950 goed aan bij de Nederlandse benadering van geboorte. Door openheid over veranderingen van het lichaam en een goede voorbereiding op de bevalling was het streven om gevoelens van angst weg te nemen en zelfvertrouwen van de zwangere vrouw te stimuleren.

In een aantal decennia is de populariteit en het aanbod van pré- en postnatale cursussen aanzienlijk toegenomen. Daarmee lijken deze cursussen aan te sluiten bij de wensen van de vrouw. In het grote aanbod is een tendens zichtbaar waarbij de nadruk ligt op het contact en de beleving. Dit onderstreept de aandacht voor het contact tussen ouder en kind zoals ik ook in de eerdere hoofdstukken heb weergegeven. Naast het brede aanbod cursussen zijn er op dit moment ook verschillende voorlichtingsprojecten, filmavonden, informatiebijeenkomsten en literatuur waarin de beleving en het contact centraal staan.

*5. Beleving, zwangerschap en geboorte,
het verhaal van vrouwen*

In dit hoofdstuk plaats ik de belevingsverhalen van vrouwen over hun zwangerschap en de bevalling binnen de huidige ontwikkelingen rondom geboorte in Nederland. De verhalen van vrouwen analyseer ik vanuit de cultureel karakteristieke elementen van geboorte. Ik laat zien hoe vrouwen op hun eigen manier de zwangerschap en de bevalling beleven, welke keuzes zij maken en welke verwachtingen zij hebben. Daarbinnen geef ik aan of vrouwen zwangerschap en geboorte meer als natuurlijk- of medisch proces ervaren en welke ideeën, gedachten en gevoelens hieraan ten grondslag liggen. Tevens ga ik op de begeleiding van verloskundigen en de beleving van het contact met de baby tijdens de zwangerschap. Voorbeelden en citaten uit de interviews met de vrouwen illustreren hoe zij de beweging en het eerste contact met de ongeboren baby tijdens de zwangerschap ervaren.

De beleving, ideeën en wensen m.b.t. de plaats van de bevalling behandel ik in het tweede deel van dit hoofdstuk. Daarin laat ik zien hoe huidige discussies en verschuivingen m.b.t. de plaats van de bevalling in de beleving van vrouwen terugkeren. Ook laat ik zien hoe pijn, pijnstilling en toenemende medicalisering de geboorte-ervaring beïnvloeden. Door de belevingsverhalen vanuit de cultuur karakteristieke elementen te benaderen wil ik laten zien dat de huidige verschuivingen ook terugkomen in de lichamelijke beleving (Douglas 2003).

Zwanger en beleving

ō[Pregnant woman] are forced into an awareness of their literal embodiedness via the changes and sensations they experience during their pregnanciesö (Warren & Brewis 2004: 226).

Zoals Warren & Brewis in het bovenstaande citaat weergegeven is zwanger zijn een tijdelijke, unieke staat van het vrouwelijke lichaam. Veranderingen van het lichaam, emoties, verwachtingen, dromen en verlangens vormen samen het verhaal van dit zwangere lichaam, wat Warren & Brewis een *body episode* noemen (Ibid.: 220). Een *body episode* wordt gevormd door individuele ideeën en de invloed van de sociaal-culturele context. In de lijn van Warren & Brewis laat ik in de onderstaande paragrafen zien hoe individuele wensen, ideeën en keuzes samen een uniek belevingsverhaal vormen en hoe de waarden van de cultureel karakteristieke elementen in deze verhalen terugkeren. Iedere vrouw vertelt haar eigen verhaal, haar unieke *body episode*. Tijdens interviews met de zwangere vrouwen

vertelden zij over de ervaring van de relatie met de ongeboren baby. Zoals Wynn in het onderstaande citaat aangeeft, zou je de band die tijdens gedurende de zwangerschap ontstaat, kunnen opvatten als:

ōí The baby-in-the-womb is a pre-infant from the start, during pregnancy both mother-to-be and her pre-infant are modified through their intertwining and spreading away. Pregnancy is an unfolding, chiasmic relating that constitutes a futural preparing of both the mother and the baby-to-beö (Wynn 2002: 5).

Wynn geeft aan dat deze relatie tussen twee lichamen uniek is en het begin vormt van een relatie die na de geboorte veelal sterker zal worden. De ervaringen van vrouwen die ik tijdens mijn onderzoek gesproken heb, illustreren het bestaan van een bijzondere, verweven relatie tussen twee lichamen tijdens de zwangerschap (Ibid.: 5). Het voelen van beweging en de beleving van het zwangere lichaam vormen een belangrijk onderdeel van de *body episode* van de vrouw. In de onderstaande voorbeelden een weergave van de unieke *body episodes* van de vrouwen die deelnamen aan mijn onderzoek.

Sophie is 37 weken zwanger van haar eerste baby als ik haar voor het eerst ontmoet. Zij is een vrolijke, open, energieke vrouw van 36 jaar. Ze heeft een hele goede zwangerschap en is nieuwsgierig naar alles wat komen gaat. Uit zichzelf verteld Sophie weinig over de beleving en de lichamelijke ervaring van het zwanger zijn. Ondanks de zichtbare en voelbare veranderingen binnenin het lichaam kan zij zich moeilijk voorstellen hoe het zal zijn als de baby geboren wordt. *ōIk beseft het nog altijd niet goedí ik ben nog precies in zoñ soort droomwereldí . Ja, dan zie je zoñ klein bed en dan denk jeí hee, dat is eigenaardig!ö* Ondanks de maandenlange voorbereiding op de komst van de baby blijft het voor haar een wonderlijk proces om mee te maken. *ōEigenlijk maakt het nu zoñ deel uit van jezelfí dat je niet beseft dat je het binnenkortí ja echt in je handen gaat hebbenö.* Sophie is gewend geraakt aan haar zwangere lichaam. Ze ervaart het als comfortabel en veilig om haar baby binnenin haar lichaam continue bij zich te dragen. Hiermee geeft Sophie aan de zwangerschap als een positieve ervaring te beschouwen; een periode die ze eigenlijk nog niet af wil sluiten. Als ik haar vraag hoe ze het zwanger zijn ervaart, antwoordt zij het volgende:

ōIk vind het zwangerschapsproces heel leuk om mee te maken. Het gevoel dat je echt zwanger bent is echt speciaal. Vooral vanaf het moment dat ik beweging voelde beseftte ik echt, ah wow, wij hebben echt iets gecreëerd. Maar het blijft een wonder. Je ziet een dikke buik, maar je beseft niet hoe het eruit gaat ziení de kleur haar, hoe zñ ogen gaan staaní Jaí het is een heel bijzonder gevoel.ö

Sophie geniet van de zwangerschap als een bijzondere periode, een natuurlijk, wonderlijk proces van het lichaam wat ze zelf maar moeilijk kan bevatten. In haar *body episode* vertelt ze dat ze gehecht geraakt is aan haar zwangere lichaam. Andere vrouwen gaven in de verhalen ook aan dat ze deze specifieke staat van het lichaam als bijzonder ervoeren.

Anna, een rustige, nieuwsgierige jonge vrouw van 29 jaar, ontmoet ik voor het eerst bij haar thuis als zij 37 weken zwanger is van haar eerste baby. Ze vindt het heerlijk om thuis te zijn en zich rustig op de bevalling en de komst van haar baby voor te bereiden. Anna verteld dat zij haar hele leven nieuwsgierig is geweest naar de lichamelijke ervaring van het zwanger zijn. Ze vindt het daarom erg leuk om haar ervaringen met mij te delen. Al snel wordt duidelijk dat Anna de zwangerschap en de veranderingen in haar lichaam vanaf het begin heel bewust mee heeft willen maken. De eerste maanden deed ze thuis iedere ochtend yoga en meditatie. Juist in deze eerste maanden vond Anna dit belangrijk, omdat ze toen nog geen beweging voelde en wel bewust contact wilde maken. In de *body episode* van Anna neemt de aandacht voor het lichaam en de bewuste beleving van de zwangerschap een centrale plaats in.

Anna beseft op een dag als ze op een vol terras in de stad zit en alleen maar andere zwangere vrouwen om zich heen ziet dat ze *ōnet doet als iedereenö*. Desondanks omschrijft zij haar zwangerschap als een unieke ervaring:

ōHet voelt alsof je het middelpunt van de wereld bentí Ik heb net ook even door de stad gefietst en dan verwacht ik ook wel van vrachtwagenchauffeurs dat ze een beetje aardig doen, weet je wel, ik ben wel zwangerø Je krijgt toch wel een soort trots, of een soort zelfvertrouwen.ö

ōJe lichaam wordt even afgepakt, even zo uitgeleendō, hiermee impliceert Anna dat ze de controle over haar lichaam tijdelijk kwijt is, dat ze haar lichaam tijdelijk moet delen met een ander. Zij beschrijft het gevoel over zichzelf en de baby als Yin en Yang: *ōZe is wel in mij, maar niet ik. Ze is ook een deel van mijn partner natuurlijkō*. In de laatste weken voor de bevalling droomt Anna al vaak dat de baby er is. Ze wordt een paar keer per nacht wakker, op tijden waarvan ze denkt dat het de momenten zijn dat ze zal gaan voeden als de baby er is. Ze ervaart het als een soort training, om het nieuwe ritme na de geboorte vol te kunnen houden. Anna geeft aan het allemaal heel spannend te vinden. Ze voelt dat ze het moederinstinct in zich heeft, maar ze vertelt ook dat zij in haar naaste omgeving geen voorbeeld heeft waar ze van kan leren. Dit gevoel weerspiegelt verschuivingen in sociale processen van dit moment. Nu de gezinnen kleiner worden en het leven meer individualistisch (Giddens 1991), ervaart Anna het moederschap als iets wat ze moet leren, omdat het niet meer vanzelfsprekend is dat je het van dichtbij meemaakt. Dit gevoel kwam terug bij een aantal vrouwen.

Als ik op voor het eerst bij Eva thuis kom is zij 29 weken zwanger van haar eerste baby. Eva is enthousiast, nieuwsgierig en een beetje verlegen. Ik ben nog geen vijf minuten binnen als ik samen met Eva en haar partner naar de bewegende beelden van hun baby op de 3D-echo zit te kijken, die ze net die middag in een speciaal echocentrum hebben laten maken. Op de 3D-echo is alles duidelijk te zien: bewegingen van het lichaam, organen, vingers en tenen, zelfs contouren van het gezicht. Als ik haar vraag wat deze beelden met haar doen vertelt Eva dat ze het leuk vind om te zien, maar dat het ook een vervreemdend gevoel geeft. Ze heeft niet het gevoel dat ze naar bewegende beelden binnenin haar eigen lichaam kijkt. Tijdens het gesprek vertelt Eva dat ze in het begin heel erg moest wennen aan het gevoel van het zwanger zijn. De dag dat ze ontdekte dat ze zwanger was voelde ze vreugde maar ook angst en onzekerheid. Ze vertelt dat de romantiek zoals je die in films ziet, in hun beleving ver te zoeken was. Zij voelde geen uitgelaten gevoel van vreugde en ze dronken geen champagne. Doordat Eva de uitgesproken blijdschap in het begin van de zwangerschap niet voelde en zij er weinig met vriendinnen over sprak, kreeg zij op een dag het gevoel niet het prototype zwangere te zijn.

õIk vond het heel raar in het begin om zwanger te zijn. Ik had helemaal niet direct het gevoel van jeee, ik word moeder, helemaal niet. Ik vond het heel lang heel onwerkelijk en heel abstract. Ook al had ik het dan wel gezien op de negen weken echo. Dat is nog zoietsí een boontje. Dat zegt toch nog wel weinig... Al is het wel een bevestiging, van oké het is dus echt zo. Omdat je dan ook nog niets voelt. Dat vond ik heel vreemd. Je moet het maar gelovení ö

In dit citaat geeft Eva aan dat de echo de beleving van de zwangerschap voor haar niet concreter maakt. Eva geeft aan dat ze nog niets voelt, waarmee ze indirect aangeeft dat voelen van beweging voor haar waarschijnlijk wel veel waarde zal hebben voor het besef en de positieve beleving. Tijdens het moment van het gesprek is ze bijna 30 weken zwanger en al veel meer gewend aan het zwanger zijn. *õJe ziet het overal aaní Dus er valt weinig te ontkennenö.* Eva geeft aan dat door de veranderingen in haar lichaam, het groeien van de buik en de tijd die verstrijkt, ook het gevoel van het zwanger zijn verandert. Het voelt meer concreet een daardoor positiever. Doordat ze er letterlijk en figuurlijk niet meer omheen kan dat er een kind binnenin haar groeit, wordt het besef en de vreugde groter. In dit voorbeeld wordt zichtbaar dat een zwangerschap bestaat uit verschillende fasen waar een vrouw doorheen gaat en dat er niet altijd direct positieve gevoelens zijn. Een vrouw moet soms aan de veranderingen van haar lichaam en aan het idee van de komst van een baby wennen. Als ik Eva vraag hoe ze het vindt om moeder te worden, antwoordt zij:

õDat lijkt me heel bijzonder. Dan kan ik alleen maar denken oh.. dan zal ik ontzettend veel van haar houden. Dat ik haar alleen maar wil beschermen. Dat gevoel dat zit gelukkig in meí Als ik haar voor het eerst in mijn handen heb, dan kan ik denk ik alleen maar huilen van gelukí

Kijk je daar naar uit, naar dat moment?

Ja, eigenlijk wel. Dat moet wel een van de meest bijzondere dingen in je leven zijn!

Ondanks het wennen aan het zwanger zijn en de onzekerheid over de gevoelens van deze nieuwe levensfase, geeft Eva aan de liefde voor haar baby te voelen. In de bovenstaande *body episodes* van de zwangerschap zijn de eerste individuele verschillen zichtbaar geworden. Iedere vrouw vertelt haar eigen verhaal over de gevoelens, beleving en

voorbereiding op deze nieuwe fase in haar leven. Door naar deze verhalen te luisteren is het mogelijk de vrouwen en hun *body episode* te begrijpen.

Contact en beweging

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven is verloskunde de *kunde van voelen* (Abraham 1994). De handen zijn op dit moment, ondanks het bestaan van moderne technologieën zoals echoscopie, nog steeds een belangrijk instrument om de ontwikkeling en de ligging van de baby te volgen. De rol van de tastzin in het voelen van beweging vervult een belangrijke functie in de benadering van verloskundigen en ook in de beleving van de zwangere. In deze paragraaf laat ik zien hoe de vrouwen het eerste contact met de ongeboren baby ervaren en hoe dit bijdraagt aan de beleving van de zwangerschap.

Sophie vertelt dat ze door de beweging in haar buik de hele dag door aan de zwangerschap en haar baby herinnerd wordt. Ze voelt de baby het krachtigst bewegen als zij zelf ontspant. Het intieme contact is er als ze met zijn drieën thuis zijn. Thuis is de plaats waar ruimte is voor intieme contactmomenten en ontspanning. Hier wordt zichtbaar dat de culturele waarde van thuis ook een belangrijke plaats inneemt in de beleving van de zwangerschap. Sophie geeft aan dat wanneer haar partner zijn handen op haar buik legt, de baby meteen reageert.

*õEcht contact, í maak je sowieso hè, als je hem voelt bewegen denk je ... oeh í
Contact heb je de hele tijdí en als je beweging voelt begin ik er even tegen te
praten, of te zingen, maar in een volle tram durf ik dat niet.ö*

Sophie geeft aan dat de momenten dat ze de baby voelt echte contactmomenten zijn. Ze praat en zingt tegen de ongeboren baby als ze alleen thuis is. Onderweg of op het werk strijkt ze even over haar buik als ze beweging voelt. De baby is nog binnenin het lichaam en Sophie geeft aan al intiem contact te ervaren en dat ze het betreurt dat haar partner niet kan voelen wat zij voelt:

„Het spijtige is dat hij niet kan beleven wat ik beleeft. Het is zo iets unieks, en mijn partner is altijd zo vol enthousiasme als hij naar mij kijkt, of als hij de kleine ziet bewegen. Dan denk ik dat het zou zo leuk zijn als de man dat ook eens zou kunnen ervaren.“

Dit citaat onderstreept dat de zwangerschap een unieke ervaring van het vrouwelijk lichaam is. In de afgelopen decennia is deze ervaring wel meer een gedeelde ervaring geworden door de ontwikkelingen van moderne technieken, zoals de echo, waardoor de foetus reeds lang voor de geboorte zichtbaar wordt op een foto. Vroeger was de zwangerschap, zoals Duden beschrijft, veel meer een privé-ervaring van de vrouw.

„In earlier times, a woman knew she was pregnant when she experienced quickening—she felt movement within her. Today a woman relies on what she sees in a test result or a digital sonogram image to confirm her pregnancy. A private experience once mediated by women themselves has become a public experience interpreted and controlled by medical professionals“ (Duden 1993).

Ondanks het zichtbaar maken van de foetus geven de vrouwen in mijn onderzoek ook nu nog aan de zwangerschap als een unieke beleving van het vrouwelijk lichaam te beschouwen. Sophie vertelt dat zij zelf niet de behoefte had om een zwangerschapscursus te gaan volgen. *Maar weet je, ze hebben mij zo bang gemaakt dat ja, maar je hebt nog geen cursus gevolgd dat ja maar dat gaat niet en dat zal je doen. Tja, dat komt toch wel goed* dacht Sophie zelf. Doordat vrienden en familie het steeds weer aan haar vroegen en verbaasd en bezorgd waren als zij het ziet zou doen heeft ze zich uiteindelijk opgegeven voor zwangerschapsyoga. Haar ervaring:

„Eerst hadden we dan van die ademhalingsoefeningen en ik ben niet zo van die yogatoestand lacht, dus nu moet je ademhalen meer naar beneden toe En ik dacht god jongens wat is dat hier voor een cursus En nu naar boven ademen er zat gewoon geen ritme in en het ging allemaal zo traag voor mij. En na het eerste uur, was iedereen gewoon aan het gapen. Ja, en dat is blijkbaar normaal met yoga, maar ik had nooit eerder yoga gevolgd. Ik viel ook bijna in slaap.“

Uit dit voorbeeld wordt duidelijk dat een zwangerschaps cursus wel bij een persoon moet passen. Sophie wilde zich liever op haar eigen manier voorbereiden, maar door de sociale druk en het idee dat het volgen van een cursus bij de zwangerschaps- en bevallingservaring hoort, wordt duidelijk uit dit voorbeeld. Hierin wordt zichtbaar dat de voorbereiding van het lichaam op de bevalling deel is van de geboortecultuur in Nederland. Sophie heeft over het algemeen een meer nuchtere kijk en minder bewust aandacht voor haar lichaam, dit in tegenstelling tot het verhaal en de beleving van Anna.

Anna vertelt dat het voelen van beweging het contact voor haar concreter maakt. Ze kan via de buik al spelletjes spelen met de baby en ze voelt dat de baby reageert op muziek. Op aanraden van vriendinnen gaat zij met haar partner een aantal keer naar haptonomische zwangerschapsbegeleiding. Hiermee zoeken zij en haar partner bewust meer informatie en aandacht voor het ervaren van het eerste contact. Dat is voor hen een hele bijzondere ervaring. Ze leren hoe je contact kan maken met de baby en ze krijgen praktische tips over het creëren van comfort en ontspanning tijdens de zwangerschap en de bevalling. De haptonoom laat zien en voelen hoe haar partner haar buik kan aanraken en de baby kan voelen. Anna beschrijft het als een hele intieme en bijzondere ervaring. Ze hebben er samen niet veel over gesproken, maar toen ze naar buiten liepen hadden ze voor het eerst een *familiegevoel*, waarmee zij spreekt over het voelen van binding, relatie en contact. De laatste weken voelt ze de baby veel bewegen. Ze kan mij precies vertellen hoe de baby ligt. De haptonoom heeft haar op het hart gedrukt dat zij de baby na de geboorte op haar buik moet nemen, omdat de eerste momenten na de geboorte zo belangrijk zijn. Anna vindt het fijn en bijzonder om dat te horen, omdat ze daar zelf nog niet bij stilgestaan had. Anna beleeft het contact tijdens de zwangerschap bewust en ze staat open voor het advies van deskundigen over het belang van de eerste contactmomenten na de geboorte.

Eva, die in het begin nog moeilijk kon genieten van het zwanger zijn, geeft aan het voelen van de beweging van de ongeboren baby heel speciaal te vinden:

ōVooral øs avonds in bed, voor ik ga slapen, dan voel ik haar meestal. Zoals gisteravond dat was wel heel leukí Want dan legde ik zo mijn handen hier en dan voelde ik steeds iets langs glijdení Dat vond ik wel héél bijzonderö.

Dit is voor het eerst in het gesprek dat ik haar enthousiasme zie. Zij doet met haar handen voor hoe ze de beweging van de baby voelde en terwijl ze dat doet begint haar gezicht te stralen. Het is voor het eerst dat zij het woord 'bijzonder' uitspreekt over het zwanger zijn en de komst van haar baby. Het voelen van beweging ontroert haar en maakt gevoelens van verwondering in haar los. Eva benoemt de aanraking en beweging als zeer waardevol in de beleving van de zwangerschap. Eva betrapt zichzelf erop dat ze in de laatste weken op haar werk vaak haar handen op haar buik legt als ze de baby voelt. Iets waarvan ze van tevoren nooit gedacht had dat ze dat zou doen.

Mothers spend time watching and touching the movement of their bellies, and being moved, emotionally. They develop more articulate touches of the pre-infant. Their hands become adept at finding, meeting and being touched by the pre-infant's touches and can distinguish the moving touch of a hand from an elbow or foot (Wynn 2002: 11).

Het bovenstaande citaat van Wynn benadrukt de impact van het voelen van de beweging van de baby in het lichaam, zoals Eva dat ook ervaren heeft. Deze ervaring intensiveert het voelen van een band met de ongeboren baby. Eva verteld dat het bewegen altijd net ophoudt als ze het haar partner wil laten voelen. Zoals Sophie ook al aan gaf blijft de ervaring daarmee een unieke *body episode* van de vrouw. Zoals veel van mijn informanten aangeven, blijft de man daar toch voor een groot deel buiten staan.

For months only I can witness this life within me, and it is only under my direction of where to put their hands that others can feel these movements. I have a privileged relation to this other life, not unlike that I have to my dreams and thoughts (Young in Wynn 2002: 9).

De relatie tussen moeder en kind tijdens de zwangerschap is een unieke belichaamde ervaring omdat zij samen in één lichaam zijn. Ondanks de mogelijkheden van de moderne technieken om de foetus binnenin het lichaam zichtbaar te maken, benadrukken de vrouwen in dit onderzoek de waarde van contact en beweging. Merleau-Ponty zegt hierover het volgende:

ōí With the first movements and touches of the pre-infant in the womb there is an initiation, that is, not the positing of a content, but the opening of a dimension that can never be closed, the establishment of a level in relation to which every other experience will henceforth be markedö (Merleau-Ponty in Wynn 2002: 8-9).

De relatie en de band tussen moeder en kind ontstaat tijdens de zwangerschap. Dit geven de vrouwen in mijn onderzoek ook aan. Ook in de beleving van de bevalling en de eerste momenten na de geboorte neemt de relatie en het contact een belangrijke rol in.

Bevallen en beleving - kracht en kwetsbaarheid

ōBirth is perhaps the most bittersweet experience women can ever experience in life, an experience filled with both pain and joyö (Davis-Floyd in Callister 2009).

Davis-Floyd benadrukt in het bovenstaande citaat twee uitersten die aan de beleving van geboorte verbonden zijn. Veel vrouwen omschrijven de bevalling als een heftige, maar bijzondere gebeurtenis in hun leven. *ōLeven geven is de kracht van vrouwen par excellenceö*, zegt verloskundige Beatrijs Smulders, waarmee zij vooral de positieve kant benadrukt. Simone Buitendijk noemt de bevalling een majeur *life event*, waarvan zij zeker denkt te weten dat iedere vrouw die het ooit in haar leven heeft meegemaakt, dit zal bevestigen (2010: 11). In Finland wordt het gezegde *ōLife is more than a dance on a bed of rosesö* gebruikt wanneer men over de bevallingservaring spreekt. Hiermee duiden zij ook op de kwetsbare, pijnlijke en soms verdrietige kant van deze gebeurtenis (Callister 2004: 512). Een Chinees gezegde over de bevallingservaring luidt *ōxianku houtianö*, eerst bitter, dan zoet, waarmee zij benadrukken dat het harde werken en de pijn beloond wordt door het moment van verwondering en ontroering wanneer de baby geboren is (Ibid.: 512). Vanuit het oogpunt dat de bevalling zowel de kracht en de kwetsbaarheid van de vrouw omvat, analyseer ik in deze paragraaf de belevingsverhalen van de bevallingen van mijn informanten. Centraal in deze verhalen staat de lichamelijke beleving, de unieke *body episode* die de vrouwen vertellen. Specifiek ga ik binnen deze verhalen in op ideeën over de plaats van de bevalling, de beleving van de begeleiding, de mogelijke wens voor

pijnstilling, het gevoel over het verloop van de bevalling en de eerste momenten na de geboorte.

Voor Sophie staat haar besluit over de plaats van de bevalling al ruim van tevoren vast. Zij weet voor zichzelf heel duidelijk dat het ziekenhuis voor haar de plaats is waar zij wil bevallen. Sophie vertelt dat het haar een veiliger gevoel geeft om in het ziekenhuis te zijn, ook als zij pijnstilling zou willen en als medische hulp nodig is. Het geeft haar meer houvast en vertrouwen. De nacht dat de bevalling zich aandient zijn Sophie en haar partner thuis in hun woning in Amsterdam. Rond drie uur \varnothing nachts breken de vliezen, ze zien dat het vruchtwater bruin is en weten dat dit een medische indicatie betekent. Ze bellen de verloskundige en rond vier uur \varnothing nachts rijden ze naar het ziekenhuis. De weeën zijn dan al krachtig en pijnlijk. In het ziekenhuis vraagt Sophie meteen als ze binnenkomt om een ruggenprik, ze voelt zich al erg vermoeid en de weeën ervaart ze als zeer pijnlijk. Omdat er op dat moment geen anesthesist aanwezig is die de ruggenprik kan geven, moet ze een paar uur wachten, wat zij vervelend vindt. Een paar uur later krijgt ze de ruggenprik, wat ze als *öhemelsö* beschrijft, ze heeft daarna drie uur kunnen slapen. Haar partner kan op een computerscherm de weeën volgen, zelf merkt Sophie er niets meer van. Beiden kunnen nu even uitrusten, zij omdat ze de pijn niet meer voelt, hij omdat hij zijn vrouw geen pijn meer ziet lijden. In de middag mag Sophie persen. Omdat ze dan al erg vermoeid is geraakt en de pijn weer voelt opkomen, vraagt ze een hogere dosering pijnstilling. Dit wordt geweigerd. Na 1,5 uur persen zegt de verloskundige dat ze over 15 minuten een arts gaat halen, omdat het niet snel genoeg gaat. Sophie heeft voor haar gevoel haar grens bereikt en wil dat de arts direct komt. Uiteindelijk wordt haar zoon met een vacuümpomp en een knip geboren. Sophie vertelt dat ze niet heeft gevoeld dat hij geboren werd, ze heeft niet gevoeld dat hij uit haar lichaam naar buiten kwam. Van tevoren had Sophie zich ingebeeld dat dit moment zo bijzonder zou zijn om te voelen, ze is verbaasd: *öOpeens was hij er, dat blijft dan toch een wonderö*. Na de geboorte krijgt Sophie haar zoon heel even bij zich, dan moet hij weg voor controle en wordt ontdekt dat hij koorts heeft. Sophie en haar zoon moeten de eerste vier 4 dagen in het ziekenhuis blijven. Sophie om aan te sterken, omdat ze tijdens de bevalling ook veel bloed verloren heeft. Haar zoon omdat er infectiegevaar is en hij goed in de gaten gehouden moet worden.

Ik zie Sophie en haar zoon enkele weken na de geboorte, als ze samen thuis zijn en een ritme gevonden hebben. Sophie vertelt dat ze heel erg moet wennen aan dit nieuwe ritme en het aanvoelen van de wensen van haar zoon. Ze geniet er enorm van, maar vindt het op sommige momenten moeilijker dan ze had verwacht.

In dit belevingsverhaal komen een aantal cultureel karakteristieke elementen van geboorte naar voren die ik hieronder kort zal toelichten. Ook de verschuivingen en veranderingen die zich op dit moment rondom geboorte in Nederland voordoen komen terug in haar verhaal. De keus van Sophie om in het ziekenhuis te bevallen en haar voorkeur voor pijnstilling illustreren de huidige tendens van geboorte als natuurlijk proces naar de meer medische benadering. Sophie geeft in haar verhaal aan dat het gebruik van pijnstilling haar beleving van de bevalling beïnvloedt heeft. Het moment dat haar zoon geboren werd heeft zij daardoor niet bewust ervaren. De bevalling van Sophie is een duidelijk voorbeeld van een *bittersweet experience* (Callister 2004), een *body episode* die de kracht en de kwetsbaarheid van het vrouwelijk lichaam laat zien.

Anna heeft tijdens haar zwangerschap een bezoek gebracht aan Bevalcentrum West in het Sint Lucas ziekenhuis in Amsterdam om de sfeer te proeven en te kijken of ze daar zou willen bevallen. Toen ze hoorde dat ze na de bevalling maar een paar uur mocht blijven, heeft ze besloten dat thuis bevallen haar eerste keus zou worden. Als ik Anna enkele weken voor haar bevalling ontmoet geeft ze aan er tegenop te zien en het spannend te vinden:

ōHet wordt opeens heel reëel. Je kan de hele tijd denken, ik ben zwangerí leuk, maar nu komt de bevalling wel heel dichtbij. Het is een beetje dubbel, het gaat van de oerkracht naar de oerangst. Je maakt natuurlijk wel iets mee wat je nog nooití je weet echt niet waar je in terecht komtí . Geruststellend is dat een miljoen het al hebben volbracht dus dat gaat het vast wel lukken...ö

Vrijdagavond rond 19.00 uur begint haar bevalling. Als Anna rond middernacht de verloskundige belt is deze druk bezig met de begeleiding van een andere bevalling. Anna krijgt een verloskundige van een andere praktijk toegewezen, hetgeen zij als vervelend ervaart. Anna had mij tijdens haar zwangerschap al verteld dat ze het liefst met één

persoon een vertrouwensband had willen opbouwen. Nu komt er een verloskundige die zij helemaal niet kent. Die zegt dat het nog lang gaat duren en dat ze nog maar moet proberen te slapen. Dat lukt niet meer. Die nacht breken de vliezen breken, het water is niet helder en Anna gaat met een medische indicatie naar het ziekenhuis. Ze vindt het op dat moment niet erg om naar het ziekenhuis te moeten. Tegen haar verwachting in voelt ze zich in het ziekenhuis vrij en kan ze zich goed ontspannen. Ondertussen is Anna vermoeid geraakt en zijn de weeën zo heftig geworden dat ze besluit om pijnstilling te vragen, waardoor ze zich helemaal kan ontspannen. Op het moment dat Anna mag persen voelt ze zich nog erg slaperig door de pijnstilling. Uiteindelijk wordt haar dochter om 23.00 uur die avond geboren (28 uur later). Ze voelt zich euforisch en verbaasd als haar dochter plotseling in haar armen ligt en uit haar borst drinkt. Anna vertelt dat er meteen na de geboorte gevoelens door haar heen gaan dat zij haar dochter voor alles wil beschermen en haar continue heel dicht bij zich wil houden. De eerste momenten ervaart Anna als zeer intens en bijzonder. Ze heeft geluisterd naar de haptonoom die haar op het hart had gedrukt dat ze haar dochter na de geboorte dicht bij zich moest houden.

In het bevallingsverhaal van Anna worden een aantal elementen zichtbaar die ik reeds in eerdere hoofdstukken besproken heb. Haar voorkeur voor de eigen huiselijke omgeving als goede plek voor de bevalling weerspiegelt de culturele waarde van thuis. De waarde die Anna hecht aan de persoonlijke begeleiding van een verloskundige komt naar voren in de teleurstelling op het moment dat een onbekende verloskundige haar komt begeleiden. Enkele weken voor de bevalling geeft Anna aan angst en onzekerheid over de bevalling te voelen dit is wat Giddens bedoeld met de angst- en risico cultuur waarin we leven (1991). Discussies rondom veiligheid van de thuisbevalling en het hoge sterftecijfer van baby's in Nederland dragen bij aan het gevoel van angst en onzekerheid in de persoonlijke beleving van de vrouw (Buitendijk 2010: 14). Ondanks de goede en zeer bewuste voorbereiding van Anna, ervaart ook zij die angst. Dat het tijdens de bevalling anders loopt en dat zij met een medische indicatie naar het ziekenhuis moet, kan ze accepteren, omdat haar veiligheid en die van het kind belangrijker zijn dan de plaats waar de bevalling plaatsvindt. Eenmaal binnen de muren van het ziekenhuis, besluit Anna pijnstilling te vragen wat enerzijds verlichting geeft en anderzijds de bewuste beleving van het verloop van de bevalling beïnvloedt. De eerste contactmomenten na de geboorte beleeft Anna bewust, doordat de haptonoom haar op het belang hiervan gewezen had. Hieruit wordt zichtbaar dat

babydeskundigen een positieve bijdrage (kunnen) leveren aan het eerste contact tussen moeder en kind.

Eva vertelt het verhaal van haar bevalling. Van tevoren heeft Eva geen besluit genomen over de plaats, op het moment dat de bevalling begint wil ze een keuze maken. Enerzijds spreekt thuis haar aan, omdat ze dan in een vertrouwde omgeving kan blijven, anderzijds lonkt de veiligheid van het ziekenhuis. Rond middernacht beginnen de weeën en rond 03.00 uur belt Eva de verloskundige, ze heeft dan zes centimeter ontsluiting. De verloskundige besluit de vliezen te breken om te kijken of het vruchtwater nog helder is omdat ze al bijna twee weken over tijd is. De baby heeft in het vruchtwater gepoept wat betekent dat ze naar het ziekenhuis moeten. In het ziekenhuis krijgt Eva een band om haar buik om de weeën te meten en de baby in de gaten te kunnen houden. Eva geeft aan dat zij zich in de passieve, liggende houding op bed, met weinig bewegingsvrijheid door de band om haar buik, gelijk een patiënt voelt. De weeën worden heftiger, maar de ontsluiting niet groter. Eva vraagt om pijnstilling, waardoor zij vooral tussen de weeën door beter kan ontspannen. Op een beeldscherm ziet ze de weeën aankomen, waardoor ze zich er op voor kan bereiden. Het laatste stuk van de bevalling ervaart Eva als vrij heftig. Doordat haar dochter een zogenaamd sterrenkijkertje is, ligt zij met haar gezicht naar boven, waardoor ze de draai door het geboortekanaal moeilijker kan maken. Een verloskundige drukt mee op haar buik om de baby naar buiten te drijven. Uiteindelijk krijgt ze nog twee knippen en zonder dat ze het door heeft, zonder dat ze weet dat ze voor de laatste keer moet persen, is haar dochter opeens geboren. Ze krijgt haar meteen op de buik. Eva is beduusd. *õDit is de babyõ*, zegt ze, zonder het zelf nog helemaal te geloven. *õEen nat hoopje op mijn buikõ*, zo omschrijft ze het. Eva had een idee over hoe het zou moeten zijn, hoe het zou moeten voelen, maar het voelde anders en ze was zo beduusd dat ze er niet meteen intens van kon genieten. De eerste middag komt er meteen veel bezoek. Eva vertelt dat ze achteraf spijt heeft dat ze haar dochter niet de hele tijd bij zich heeft gehouden.

In de *body episode* van Eva komen de volgende culturele elementen terug in het belevingsverhaal van de bevalling. Het feit dat Eva heeft besloten om op het laatste moment een beslissing te nemen over de plaats van de bevalling, is een illustratie van de keuzevrijheid die in Nederland bestaat. Uiteindelijk is er geen keus omdat zij een medische indicatie krijgt en naar het ziekenhuis moet. De ziekenhuissetting beïnvloedt de beleving

van Eva. Vanaf het moment dat ze op het bed moet gaan liggen voelt ze zich een patiënt, wat geen natuurlijke ervaring maar een medische ervaring is (Davis-Floyd 2003). De invloed van de sfeer en plaats op de beleving komt hier duidelijk naar voren. Door de pijnstilling geeft Eva aan het proces van de bevalling minder bewust mee te maken. Het volgen van de weeën op het scherm is een ontwikkeling van de moderne technologie, die de lichamelijke beleving beïnvloedt en verandert (Buitendijk 2010). De persweeën en het uitdrijven heeft Eva minder goed kunnen voelen dan ze verwacht had. De eerste momenten na de geboorte voelden anders dan zij zich had voorgesteld. Eva ervaart niet direct na de geboorte het geluksgevoel en de binding.

Maartje krijgt met 36 weken zwangerschap te horen dat haar baby in stuitligging ligt. Door deze medische indicatie wordt zij al tijdens de zwangerschap aan de gynaecoloog in het ziekenhuis overgedragen. Tijdens het interview geeft Maartje aan dat zij het woord *medische indicatie* naar vindt. Ook de overdracht aan het ziekenhuis ervaart zij niet als positief: *„Ze doen daar dezelfde controles maar opeens zijn het allemaal vreemden, dat vond ik vervelend.“* Als Maartje twee dagen over tijd is wil de gynaecoloog de bevalling inleiden. Maartje voelt zich onder druk gezet en heeft het gevoel dat de bevalling natuurlijk op gang was gekomen als ze een paar dagen langer had gekregen. In haar beleving wordt ze nu gedwongen om zich aan het besluit van anderen over te geven, terwijl het zwanger zijn voor haar nog zo goed voelde. Ze wil geen infuus met *„niet natuurlijke“* hormonen. Uiteindelijk wordt het een lange en zware bevalling. Maartje heeft eerst geprobeerd vaginaal te bevallen, maar de ontsluiting zet niet door en ze *„ging gewoon niet open“*, zoals ze zelf zei. De vliezen worden gebroken, de weeën komen echter niet genoeg op gang waarvoor zij weeënopwekkers krijgt. De weeën worden uiteindelijk zo heftig dat zij om een ruggenprik vraagt. Dat vindt ze fijn, want nu kan ze weer even ontspannen en een beetje slapen. Daarna komen de weeën niet meer voldoende op gang en omdat de harttonen van de baby wegvallen en de baby in het vruchtwater gepoept heeft, wordt besloten tot een keizersnede. Uiteindelijk vindt Maartje dit niet erg meer, de bevalling duurt al zo lang en is lichamelijk al zo heftig geweest, dat ze zich erbij neer kan leggen. Het belangrijkste is uiteindelijk dat haar baby gezond ter wereld komt. Maartje had een hele sterke wens om natuurlijk te bevallen, na verschillende medicaties en medische ingrepen wordt de baby uiteindelijk met een keizersnede geboren, waarbij ze plaatselijk verdoofd werd. Dat moment beschrijft Maartje als volgt:

õIk zag alleen dat blauwe plastic gordijn en voelde wat trekkení Ik kreeg mijn dochter maar heel eventjes te zien, mijn vriend ging mee met de arts voor controle van de baby, en ik lag daarí (verbaasd)í ik moest nog gehecht worden. Dat vond ik ook heel gek. Achter je staat de anesthesist die kijkt of het goed met je gaat maar verderí ö

Maartje geeft in het bovenstaande citaat aan dat ze zich meteen na de keizersnede even alleen voelt. Tijdens het interview vraagt Maartje mij onzeker of je een keizersnede ook een bevalling noemt. Uit deze vraag is af te leiden dat de invloed van de medische ingrepen haar onzeker hebben gemaakt over haar lichamelijke prestatie. Omdat zij niet op eigen kracht, op een natuurlijke manier heeft kunnen bevallen, heeft ze het gevoel dat ze gefaald heeft. Uiteindelijk heeft Maartje zich erbij neer kunnen leggen dat haar bevalling zo gelopen is. Na 15 minuten kwam ze na het hechten terug op de verloskamer en toen heeft ze *õhaar baby gekregenö*. Het eerste moment dat ze haar baby ziet omschrijft ze als volgt: *õWat je zo lang in je buik had, is er opeensí zichtbaar en voelbaar. Je kijkt in de ogen van je kind en dat is zo mooi. Ja, ik denk dat er is bijna niets mooiers is voor een vrouw dan een kind te krijgení ö*

Het verhaal van Maartje eindigt met een *sweet experience* van het moment dat zij haar dochter in haar armen krijgt. De wens voor een natuurlijke bevalling op eigen kracht werd onmogelijk door de medische indicatie. Dat zij voor haar gevoel aan onbekenden in het ziekenhuis werd overgedragen onderstreept de waarde die zij hecht aan de persoonlijke begeleiding van een verloskundige. Het inleiden van de bevalling en alle medische ingrepen die volgden werden door Maartje als onnatuurlijk ervaren. Doordat zij uiteindelijk met een keizersnede is bevallen, heeft Maartje het gevoel dat haar een bewuste lichamelijke beleving van een *echte* bevalling ontnomen is (Donner 2003: 333). De verwondering, emotie en vreugde als zij haar dochter in de armen sluit is groot en verzachten dat gevoel. De *body episode* van Maartje illustreert het spanningsveld tussen natuurlijk- en medisch aspect dat terugkeert in de lichamelijke beleving van de vrouw tijdens de bevalling.

Meike heeft na de geboorte van haar eerste dochter in het ziekenhuis bij de tweede een duidelijke wens om thuis te bevallen. Zondagnacht komen de weeën op gang. Tijdens

de bevalling voelt Meike zich sterk en kan zij de weeën heel goed opvangen. Als de verloskundige komt heeft ze vier centimeter ontsluiting. Om 7.00 uur komt de verloskundige terug omdat Meike voelt dat ze al persweeën heeft. Meike heeft het gevoel heeft dat ze in een soort trance is geraakt waarin ze de zware weeën heel goed op kan vangen. Ze concentreert zich op haar lichaam, de weeën en de pijn, die lichamelijke focus helpt haar om te kunnen baren. Meike is die ochtend thuis bevallen van haar zoon. Ze noemt het zelf een *ōflitsende bevallingō* en is er heel erg trots op. *ōDie eerste dag was prachtig. Hij kwam meteen op mijn buik en we genoten intens van deze eerste momenten samenō*. Meike hecht veel waarde aan de eerste contactmomenten, mede door het verhaal van haar partner, die is in 1977 in de DDR geboren. Zijn vader was niet aanwezig bij de bevalling, na de geboorte werd hij meteen bij zijn moeder weggehaald voor uitgebreid onderzoek en de eerst week sliep hij apart in een babykamer. Zijn moeder mocht hem alleen op vaste tijden voeden. Dit voorbeeld onderstreept de invloed van tijd, plaats en culturele ideeën rondom geboorte en de verschuivingen en veranderingen hierin die een studie naar geboorte volgens Jordan (1993) en Davis-Floyd & Sargent (1997) zo waardevol maken. Later die dag slaat het gevoel van vreugde om, omdat de arts van het ziekenhuis haar zoon wil zien omdat hij koorts heeft. Er dreigt infectiegevaar, zijn maag moet leeggepompt worden en hij heeft antibiotica nodig. Meike is de eerste dagen in het ziekenhuis, maar niet bij haar zoon, die ligt op de neonatologieafdeling. Ze kan wel melk afkolven en dat naar hem toe brengen, maar ze voelt zich heel verdrietig. Ze is bezorgd en vind het moeilijk dat haar zoon niet bij haar kan zijn, omdat ze weet hoe belangrijk die eerste contactmomenten zijn.

In de *body episode* van Meike komen culturele elementen naar voren. De waarde van de thuisbevalling en de focus op het doel van de pijn en de weeën als iets wat bij de bevalling hoort, zijn duidelijke voorbeelden die doorklinken in de waarde van thuis en de ervaring van de bevalling als natuurlijk, fysiologisch proces. De wens en het doorzettingsvermogen om op eigen kracht, zonder pijnstilling te bevallen is groot en komt voort uit de benadering die verloskundigen uitdragen. Omdat Meike hoe belangrijk het eerste contact tussen moeder en kind is, zijn de pijn, de teleurstelling en de zorgen alleen maar groter, nu zij na een paar uur abrupt van haar pasgeboren zoon gescheiden wordt. Als de huidige trend doorzet kunnen moeder en kind in de toekomst, misschien ook in het

ziekenhuis onder alle omstandigheden in de eerste momenten na de geboorte bij elkaar blijven.

Met de *body episodes* van vrouwen heb ik laten zien dat de sociale structuur rondom geboorte en de culturele waarden die daaraan ten grondslag liggen de persoonlijke beleving beïnvloedt. De huidige ontwikkelingen, toenemende medicalisering en de aandacht voor contact en beleving komen terug in deze verhalen.

Beleving weerspiegelt huidige ontwikkelingen

Het lichaam is een plek waar interactie plaatsvindt tussen individuele ideeën, biologische aspecten en culturele noties (Giddens 1991: 218). In de belevingsverhalen van de vrouwen is zichtbaar geworden welke ideeën zij hebben over zwangerschap en geboorte, hoe zij keuzes maken binnen de mogelijkheden m.b.t. de plaats van de bevalling en pijnbestrijding en hoe zij het lichamelijke proces van zwanger zijn, bevallen en de eerste momenten na de geboorte ervaren. Voor een analyse van deze belevingsverhalen en de interactie tussen individuele ideeën, biologische aspecten en culturele noties kom ik terug op de theorie van Mary Douglas over de beleving van het sociale en fysieke lichaam (2003). Het sociale lichaam wordt gevormd door de invloed en veranderingen van de sociale structuur. Het sociale lichaam vormt daarmee de beleving van het fysieke lichaam, de lichamelijke beleving van de vrouw. In de *body episodes* zijn verschillen en nuances zichtbaar geworden in de persoonlijke verhalen van de vrouwen. Zo zijn er vrouwen die meer vasthouden aan de cultureel karakteristieke waarden van geboorte en vrouwen die meegaan met de huidige ontwikkelingen en daarmee kiezen voor een meer medische benadering. Dit is een weerspiegeling van de huidige ontwikkelingen rondom geboorte in de sociale, Nederlandse context. Ook de waarde van de cultureel karakteristieke elementen; de natuurlijke benadering, de thuisbevalling en de begeleiding van verloskundigen als ook de specifieke aandacht voor contact, intimiteit en beleving komen terug in de *body episodes* van vrouwen.

Conclusie: Unieke verhalen

In de *body episodes* van de vrouwen over de zwangerschap en de bevalling, worden verschillende invloeden en waarden van de cultureel karakteristieke elementen zichtbaar. Uit de belevingsverhalen komt naar voren dat Nederland zich momenteel in een

overgangsfase bevindt. Enerzijds zijn er vrouwen die vast willen houden aan de natuurlijke, fysiologische benadering en ook het liefst thuis willen bevallen in de eigen vertrouwde huiselijke setting. Anderzijds zijn er vrouwen die bewust kiezen voor de ziekenhuissetting, waar moderne technieken en pijnstillende middelen voor handen zijn. Er is statistisch ook een grote groep die graag thuis zou willen bevallen, maar die door een medische indicatie in het ziekenhuis terecht komt. Dat de waarde van de cultureel karakteristieke elementen van geboorte en huidige verschuivingen hierin beïnvloeden wordt duidelijk in de belevingsverhalen van mijn informant. De huidige spanningsvelden en ontwikkelingen, zoals de veiligheid van de thuisbevalling en de toenemende medicalisering, komen eveneens terug in die belevingsverhalen. Met de theorie van Douglas over het sociale en fysieke lichaam heb ik laten zien dat ontwikkelingen, spanningsvelden en veranderingen in de samenleving weerspiegelen in de *body episodes* van de vrouwen. Om deze reden is het waardevol, juist nu er zoveel gebeurt en veranderd in Nederland, om naar de verhalen en ervaringen van vrouwen te luisteren (Buitendijk 2010).

Conclusie

Binnen deze scriptie heb ik onderzoek gedaan naar de vraag: Hoe geven huidige ideeën en ontwikkelingen in de benadering van zwangerschap en geboorte in Nederland mede vorm aan de persoonlijke beleving van de vrouw? Daarvoor heb ik gekeken naar drie cultureel karakteristieke elementen rondom geboorte in Nederland die terugkomen in de benadering van verloskundigen, gynaecologen en *babydeskundigen*. In het laatste hoofdstuk heb ik laten zien hoe deze drie cultureel karakteristieke elementen en de huidige ontwikkelingen rondom geboorte terugkomen in de beleving van de vrouw van de zwangerschap, de bevalling en de eerste periode daarna.

Op basis van theoretisch onderzoek en mijn veldwerk is naar voren gekomen dat contact en intimiteit aan de basis liggen van deze cultureel karakteristieke elementen die ik onderzocht heb. Daarmee vervullen deze culturele waarden een belangrijke rol vervullen in de benadering van verloskundigen, gynaecologen en *babydeskundigen*. In het unieke bestaan van de thuisbevalling, de unieke positie van verloskundigen en de benadering van zwangerschap en geboorte als natuurlijk, fysiologisch proces, ligt de kern van de waarde van het contact en intimiteit besloten.

In deze scriptie heb ik laten zien dat er vanuit verschillende beroepsgroepen en disciplines aandacht is voor het contact en de relatie tussen moeder en kind. Bijzonder daarbij is, dat niet alleen in het bestaan van de thuisbevalling en de benadering van verloskundigen het belang van persoonlijke wensen, begeleiding en contact benadrukt wordt, maar dat ook vanuit gynaecologen in het ziekenhuis en vanuit *babydeskundigen* ontwikkelingen en aanpassingen zichtbaar zijn, die bijdragen aan een zo optimaal mogelijk verloop van het eerste contact tussen moeder en kind.

Hoofdstuk 1 is een uiteenzetting van deze drie cultureel karakteristieke elementen die de benadering van zwangerschap en geboorte in Nederland kenmerken. De natuurlijke, fysiologische benadering, het bestaan van de thuisbevalling en de sterke positie van verloskundigen. Deze specifiek culturele elementen heb ik onderzocht omdat het kenmerkende culturele waarden zijn binnen de Nederlandse geboorte- en bevalcultuur. Het zijn culturele kenmerken die door verloskundigen en gynaecologen in binnen en buitenland gewaardeerd, bewonderd en soms ook bekritiseerd worden.

Zoals Jordan aangeeft, zijn zwangerschap en geboorte in de basis biologische processen, die overal ter wereld, voor iedere vrouw hetzelfde zijn (1993). Het zijn de sociale context en de cultureel specifieke waarden die aan de omgang met zwangerschap

en geboorte ten grondslag liggen en daarmee de benadering bepalen en mede vormen (Davis-Floyd & Sargent 1997). Daarnaast wijst Jordan op het belang van de lokale geschiedenis en technologische ontwikkelingen die mede bepalend zijn voor de benadering van geboorte binnen een cultuur (Jordan 1993). Deze geschiedenis heb ik uiteengezet door naar de achtergrond van de cultureel specifieke elementen rondom geboorte te kijken.

Daar is uit voortgekomen dat belangrijke aspecten van de natuurlijke benadering; bevallen op de eigen kracht en vertrouwen dat het lichaam een normale baring aan kan (Abraham 1994) kenmerkende aspecten zijn van de benadering van geboorte in Nederland. Pijn vormt hierin van oudsher een belangrijke en zelfs functionele rol. De laatste jaren vindt hierin een verschuiving plaats en stijgt het aantal vrouwen wat pijnstilling wenst tijdens de bevalling (Buitendijk 2010; Franx & Paarlberg 2010; De Vries 2005).

Het bestaan van de thuisbevalling in de Nederlandse geschiedenis sluit aan bij de lange traditie van gehechtheid aan thuis en de waarde van het familieleven, waarin contact en intimiteit rondom de geboorte een belangrijke rol vervullen (De Vries 2005). Tot op de dag van vandaag bestaat er waardering voor deze culturele elementen wat naar voren komt in het percentage van 70% van de vrouwen die het liefst in eigen, vertrouwde, huiselijke omgeving wil bevallen (Buitendijk 2010).

Verloskundigen hebben in Nederland een sterke positie in de begeleiding van de eerstelijns bevalling. De nadruk op persoonlijke begeleiding sluit aan bij de traditie van het bestaan van de thuisbevalling en de natuurlijke benadering van geboorte en de bovengenoemde culturele aspecten die daarbij horen. De woorden *thuis, natuurlijk en persoonlijk* omvatten de kernwaarden van de cultureel karakteristieke elementen in Nederland.

In hoofdstuk 2 heb ik de benadering en begeleiding van verloskundigen in Nederland uitvoeriger onderzocht. Tegemoet komen aan persoonlijke wensen van de vrouw en een persoonlijke begeleiding van de zwangerschap en bevalling zijn kenmerkend voor de werkwijze van verloskundigen. Binnen die persoonlijke begeleiding nemen de culturele waarden contact en intimiteit een belangrijke rol in. Tijdens de zwangerschap en de bevalling is er veel aandacht voor aanraken en voelen, het is de manier waarop verloskundigen het natuurlijke proces van de zwangerschap en de bevalling begeleiden. Er wordt gekeken naar het individu wat voor hen staat. Ondanks de toenemende medicalisering van geboorte blijven de handen en daarmee het contact een belangrijk

instrument in de begeleiding van de zwangere vrouw. Daarnaast benadrukken verloskundigen de keuzevrijheid over de plaats van de bevalling. Met de komst van de poliklinische bevalling en daarmee een gedeeltelijke verschuiving in het werkkterrein van verloskundigen, wordt zichtbaar dat hun positie niet statisch is, maar meegaand in de ontwikkelingen rondom geboorte. De persoonlijke benadering werd hierbij verplaatst van de thuissituatie naar de ziekenhuissetting. Hiermee komen verloskundigen tegemoet aan de individuele wensen van de vrouw om in een veilige omgeving te bevallen onder persoonlijke begeleiding.

In hoofdstuk 3 heb ik laten zien dat er ook in het ziekenhuis op verschillende manieren aandacht is voor het contact tussen moeder en kind. Deze aandacht voor het belang van de eerste contactmomenten na de geboorte loopt parallel aan de aandacht voor contact en hechting vanuit de wetenschappelijke hoek (Eliëns 2005; Klaus & Klaus 2005). Het belang van lichamelijk contact wordt door deskundigen uitgedragen aan ouders en er worden binnen het ziekenhuis steeds meer mogelijkheden gecreëerd om moeder en kind rondom de geboorte zo dicht mogelijk bij elkaar te houden. Daarnaast zijn er de afgelopen jaren aanpassingen gedaan om de verloskamers in het ziekenhuis huiselijker en intiëmer te maken, zodat vrouwen zich meer thuis voelen. De benaming *verplaatste thuisbevalling*, zoals de poliklinische bevalling ook genoemd wordt, impliceert deze verschuiving van de culturele waarde van thuis naar het ziekenhuis. Deze verplaatsing van thuis naar ziekenhuis, van natuurlijk naar meer medisch, veroorzaakt een spanningsveld tussen de eerste- en tweedelijns zorg. In dit spanningsveld tussen gynaecologen en verloskundigen staan de benadering van geboorte, de plaats van de bevalling en toenemende medicalisering centraal. De culturele karakteristieke elementen van geboorte in Nederland staan hierdoor onder druk.

Tevens neemt de invloed van globalisering en daarmee de invloed van medicalisering op de omgang en benadering van zwangerschap en geboorte in Nederland toe (Giddens 1991). Het is de vraag hoe dit in de komende jaren zal ontwikkelen. Door de sterke gehechtheid aan de cultureel karakteristieke waarden in Nederland is het mogelijk dat er een parallel bestaat tussen de toenemende medicalisering en de specifieke aandacht voor contact en intimiteit, ook binnen een meer medische omgeving. Enerzijds bestaat er naast de wens voor een veilige ziekenhuisbevalling, waarbij pijnstilling mogelijk is en moderne techniek dichtbij, ook het verlangen om binnen het ziekenhuis in een intiëme,

huiselijke sfeer te bevallen. In deze wensen wordt een combinatie van culturele elementen en de invloed van medicalisering zichtbaar. Anderzijds benadrukken verloskundigen ook in de ziekenhuissetting de persoonlijke benadering en begeleiding waarin contact en intimiteit centraal staan, maar de klinische setting zal de beleving van de vrouw beïnvloeden en de kans dat in het ziekenhuis pijnstilling of medische ingrepen nodig zijn is groter (Buitendijk 2010).

In hoofdstuk 4 komt naar voren hoe de eerste cursussen rondom zwangerschap en geboorte in Nederland zijn ontstaan. De achterliggende gedachte van deze cursussen was de lichamelijke en geestelijke voorbereiding van de zwangere vrouw op de bevalling. Dit sloot rond 1950 goed aan bij de natuurlijke benadering, het bestaan van de thuisbevalling en de persoonlijke begeleiding van verloskundigen in Nederland. Mede doordat deze benadering goed aansloot bij de cultureel karakteristieke elementen rond geboorte, werden deze cursussen al snel populair en groeide het aanbod in enkele decennia aanzienlijk. Door meer informatie en extra persoonlijke begeleiding rondom de zwangerschap en de geboorte kreeg de vrouw meer kennis over de veranderingen in haar lichaam en kon zij de zwangerschap en de bevalling bewuster beleven. Door de individualisering van de mens en daarmee ook van de zwangere vrouw, is er toenemende aandacht voor een breed scala van cursussen, informatie en voorlichting, waarin contact en beleving centraal staan. Ook deze elementen zijn te herleiden naar de culturele waarden die aan de Nederlandse benadering van geboorte ten grondslag liggen.

In hoofdstuk 5 heb ik de unieke belevingsverhalen van de vrouwen uit mijn onderzoek centraal gesteld en de invloed van de sociale context en de culturele waarden in deze verhalen laten zien. De waarde van de cultureel karakteristieke elementen en de verschuivingen hierin weerspiegelen in de beleving van de *body episodes* van de vrouwen. De spanningsvelden en huidige ontwikkelingen rondom geboorte in Nederland, zoals de discussie over de veiligheid van de thuisbevalling en de toenemende medicalisering, komen eveneens terug in die belevingsverhalen. Met de theorie van Douglas over het sociale en fysieke lichaam heb ik laten zien hoe de ontwikkelingen, spanningsvelden en veranderingen in de samenleving zich weerspiegelen in belevingsverhalen van de vrouwen en welke emoties, gevoelens en verwachtingen dit teweeg kan brengen. Het spanningsveld tussen verloskundigen en gynaecologen weerspiegelt zich ook in de beleving van de vrouw. Ook in haar *body episode* van de zwangerschap en de bevalling zijn de verschillen en

nuances over de cultureel karakteristieke elementen terug te horen. Dit uit zich in persoonlijke verhalen over de benadering van geboorte als natuurlijk of medisch proces, de plaats van de bevalling thuis of in het ziekenhuis, het gebruik van techniek en medicatie tijdens een bevalling of een bevalling op eigen kracht, zonder pijnstilling. In deze unieke *body episodes* van de vrouw worden huidige ontwikkelingen, verschuivingen en spanningsvelden rondom geboorte in Nederland zichtbaar in de lichamelijke beleving van de zwangerschap en de bevalling.

Uiteindelijk kom ik terug op mijn hoofdvraag: Hoe geven huidige ideeën en ontwikkelingen in de benadering van zwangerschap en geboorte in Nederland mede vorm aan de persoonlijke beleving van de vrouw? Het is in mijn onderzoek duidelijk geworden dat de cultureel karakteristieke elementen, die het geboorteproses in Nederland al lange tijd domineren, nog altijd van grote waarde zijn in de persoonlijke beleving van de vrouw, de rol en de benadering van de verloskundigen en de wijze waarop binnen de ziekenhuissetting wordt omgegaan met geboorte. Ondanks de toenemende medicalisering is er bij de meerderheid van vrouwen nog altijd een verlangen waarneembaar naar intimiteit en contact, kernwaarden die in de cultureel karakteristieke elementen van geboorte besloten liggen. De uitdaging voor zowel verloskundigen, gynaecologen en *babydeskundigen* zal zijn om deze wens van de zwangere vrouw op een juiste wijze in te vullen.

Epiloog

Gedurende dit onderzoek zijn er ideeën en gedachten in me opgekomen voor vervolgonderzoek, waarmee ik deze scriptie wil besluiten. Juist nu er in Nederland zoveel rondom geboorte veranderd komen de thuisbevalling en het bijzondere systeem van zorg steeds meer onder druk te staan. Het is binnen deze verschuivingen waardevol om naar de ervaringen van zwangere- en pas bevallen vrouwen te luisteren. Omdat bij veel vrouwen nog steeds de wens bestaat om thuis te bevallen is het belangrijk om secuur te kijken naar culturele waarden van de thuisbevalling en de mogelijkheden om deze traditie in Nederland te behouden.

In vervolgonderzoek wil ik de rol van contact en intimiteit in de beleving van de vrouw van de zwangerschap en de bevalling uitdiepen. Huidige ontwikkelingen en spanningsvelden zullen in de komende jaren doorgaan en verder uitkristalliseren. De medicalisering zal hoogst waarschijnlijk toe blijven nemen, interessant is om te kijken hoe verloskundigen en gynaecologen met deze ontwikkelingen omgaan. Blijft de kern van de natuurlijke benadering van geboorte bestaan of verschuift deze naar een meer medische aanpak zoals in alle andere Westerse landen?

Literatuur

- Aarden, C. & Branderhorst, A. & Hoornweg, M. & Winsum, D. Van (2008) *Partnerschap. De relatie vroedvrouw - cliënt in de eerste lijn*. Masterscriptie Vroedkunde, Katholieke Hogeschool Kempen: Turnhout
- Abraham-Van der Mark, E. (1993) *Successful Home Birth and Midwifery, The Dutch Model*. Connecticut: Bergin & Garvey
- Abraham, E. (1994) Vroedvrouwen in Nederland: Een low tech medisch beroep in: S. van der Geest et al. *De Macht der Dingen, Medische technologie in cultureel perspectief*. Amsterdam: Het Spinhuis, pp 187-213
- Amsterdam, N. van (2004) *Het Zwangere lichaam te lijf*. Masterscriptie Culturele Antropologie, Universiteit van Amsterdam
- Artschwager Kay, M. (1982) *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Bakker, N. & Noorman, J. & Rietveld van Wingerden, M. (2006) *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland, idee en praktijk 1500-2000*. Assen: Van Gorcum
- Blaffer Hrdy, S. (2009) *Mothers and Others: The evolutionary origins of mutual understanding*. Cambridge: Harvard University Press
- Bohncke, C. (2010) *Een wijze vrouw die erbij is, of wijs genoeg om het zelf te doen?* Masterscriptie Medische Antropologie en Sociologie, Universiteit van Amsterdam
- Bordo, S. (1993) *Unbearable weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley: University of California Press

- Buitendijk, S. (2010) *De stem van vroede vrouwen, Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevallingscultuur*. Amsterdam: Vossiuspers Uva
- Buitendijk, S. (2010b) *Midwifery Research: ontwikkelingen binnen het wetenschapsdomein Verloskunde*. Symposium Midwifery Research 9 april 2010 Amsterdam: Academisch Medisch Centrum
- Callister, L. C. (2004) *Making meaning: Women's Birth Narratives*. JOGNN, Volume 33/4, pp 508-518
- Callister, L. & Khalaf, I. (2009) Culturally Diverse Women Giving Birth: Their Stories. in: H. Selin (ed) *Childbirth Across Cultures, Ideas and practices of pregnancy, Childbirth and the Postpartum*. New York: Springer
- Classen, C. (ed.) (2005) *The Book of Touch*. New York: Berg
- Cosminsky, S. (2000) Childbirth and Change: a Guatemalan Study in: E. van Teijlingen (et al.) *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*. New York: Nova Science Publishers, Inc. pp 221-234
- Crébas, A. (2000) *Hoe vrouwvriendelijk is de Nederlandse geboortecultuur?* Tijdschrift voor Verloskundigen 1, pp 25-29
- Crébas, A. (2006) *Handboek coaching aanstaande ouders*. Assen: Van Gorcum
- Daalen, R. & Gijwijt-Hofstra, M. (1998) *Gezond en wel, vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Daalen, R. van (1988) *De groei van de ziekenhuisbevalling, Nederland en het buitenland*, Amsterdams Sociologisch Tijdschrift, jaargang 15, nr 3 december

- Daalen, R. van (1993) Family Change and Continuity in the Netherlands: Birth and Childbed in Text and Art in: E. Abraham-Van der Mark (ed.) *Successful Home Birth and Midwifery, The Dutch Model*. Connecticut: Bergin & Garvey pp 77-94
- Daalen, R. van & Goor, R. van (1993) Interview with Professor Gerrit-Jan Kloosterman in: E. Abraham-Van der Mark (ed.) *Successful Home Birth and Midwifery, The Dutch Model*, Connecticut: Bergin & Garvey pp 191-200
- Davis-Floyd, R. (1994) The Rituals of American Hospital Birth in: D. McCurdy (ed.) *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*. New York: HarperCollins, pp 323-340
- Davis-Floyd, R. & Sargent C. F. (eds.) (1997a) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Los Angeles: University of California Press
- Davis-Floyd, R. & Davis E. (1997b) Intuition as Authoritative Knowledge in: R. Davis-Floyd & C. Sargent (eds.) *Midwifery and Home Birth in: Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross Cultural Perspectives*, Los Angeles: University of California Press, pp 315-349
- Davis-Floyd, R. (2001) Foreword in: De Vries, R. (et al.), *Birth by Design, Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge
- Davis-Floyd, R. ([1992] 2003) *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press
- Davis-Floyd, R. & Cheyney, M. (2009) Birth and the Big Bad wolf: An Evolutionary Perspective in: H. Selin (ed) *Childbirth Across Cultures, Ideas and practices of pregnancy, Childbirth and the Postpartum*. New York: Springer, pp 1-22

- Declerq, E. & Menacker, F. & MacDorman M. *Maternal risk profiles and primary caesarean rates in the United States 1991-2002*. Am J Pub Health 2006; 96, pp 867-872
- Dick-Read, G. ([1949] 1957) *Moeder worden zonder vrees*. Amsterdam: Scheltema & Holkema N.V.
- Donner, H. (2003) *The Place of Birth: Childbearing and Kinship in Calcutta Middle-Class Families*. Medical Anthropology, 22, pp 303-341
- Douglas, M. ([1970] 2003) *Natural Symbols. Exploration in Cosmology*, Londen: Routledge
- Douglas, M. ([1970] 2003) The Two Bodies in: M. Douglas *Natural Symbols. Exploration in Cosmology* Londen: Routledge, pp 72-91
- Duden, B. (1993) *Disembodying Women, Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Londen: Harvard University Press
- Dundes, L. (2003) *The Manner Born: Birthrites in Cross-cultural perspective*, California: Altamira Press
- Dupuis, H.M. (et al.) *Een kind onder het hart, Verloskunde, volksgeloof, gezin, seksualiteit en moraal vroeger en nu*. Amsterdam: Meulenhoff Informatief
- Effting, M. (2010) *550 dode baby's per jaar minder is haalbaar*, De Volkskrant 3 juli 2010 pp 12-13
- Eliëns, M. (2005) *Baby's in Beeld: Video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij kwetsbare baby's*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

- Franx, A. & Paarlberg, M. (2010) *Pijn tijdens de bevalling anno 2010*. Symposium 30 september, Eenhoorn Amersfoort
- Geeurickx, L. (2006) *Relatie de vierde R, Kraamzorg mei/juni 2006*
- Geest, S. van der & Have, P. ten & Nijhof, G. & Verbeek Heida, P. (red.) (1994) *De Macht der Dingen, medische technologie in cultureel perspectief*. Amsterdam: Het Spinhuis
- Georges, E. (1997) Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece in: R.E. Davis-Floyd & C.F. Sargent, (eds.) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross Cultural Perspectives* Los Angeles: University of California Press pp 91-112
- Giddens, A. (1991) *Modernity and Self-Identity, Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press
- Hiddinga, A. (1998) Verloskunde in Nederland: vroedvrouwen en de thuisbevalling in: R. van Daalen & M. Gijswijt-Hofstra (red.) *Gezond en wel, Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press, pp 189-204
- Hollen, C. van (1994) *Perspectives on the Anthropology of Birth* in: Culture, Medicine and Psychiatry 18: pp 501-512
- Hulst L. van der & Teijlingen E. van (2000) Telling Stories of Midwives in: R. DeVries (et al.) *Birth by Design, Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge: pp 166-179

- Jeffery, R. & Jeffery P.M. (2000) Traditional birth attendants in Rural North India: The social organization of childbearing in: E. van Teijlingen (et al.) *Midwifery and the medicalization of childbirth: Comparative Perspectives*, New York: Science Publishers, Inc.
- Jordan, B. ([1978] 1993) *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Illinois: Waveland Press, Inc.
- Jordan, B. (1982) *High Technology: The case of obstetrics*. World Health Forum 8: 1987 pp 312-319
- Katz Rothman, B. (1993) Going Dutch: Lessons for Americans in: E. Abraham-Van der Mark (ed.) *Successful Home Birth and Midwifery, The Dutch Model*. Connecticut: Bergin & Garvey pp 201-211
- Katz Rothman, B. (2001) Spoiling the Pregnancy: Prenatal Diagnosis in the Netherlands in: De Vries (et al.) *Birth by Design, Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge, pp 180-200
- Kitzinger, S. (1980) *Women as mothers, how they see themselves in different cultures*. New York: Vintage Books
- Kitzinger, S. (1982) The social context of birth: Some comparisons between childbirth in Jamaica & Britain, Nana: The midwife in: C. McCormack (ed.) *The Ethnography of Fertility and Birth*, New York: Academic Press, pp181-190
- Kitzinger, S. (1991) *The midwife challenge*. London: Pandora Press
- Kivinen, J. (2007) *Reproducing Pleasure: An exploration of Women's Experiences of Sexuality in Pregnancy, Birth and Motherhood in the Netherlands*. Masterscriptie Sociologie: Universiteit van Amsterdam

- Klaus, M. & Kennel, J. (1981) *Parent-Infant Bonding*. Mosby: St. Louis
- Klaus, M.H. & Klaus P.H. (2005) *Je wonderbaarlijke baby, wat een pasgeboren kind al kan* Amsterdam: Thoeris
- KNOV (2005) *Beroepsprofiel Verloskundige*. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen December 2005, Bilthoven
- Kooy. G. A. (red.) (1985) *Gezinsgeschiedenis, Vier eeuwen gezin in Nederland*. Assen: van Gorcum
- Lazarus, E. (1997) What Do Women Want? Issues of Choice, Control and Class in American Pregnancy and Childbirth in: R.E. Davis-Floyd & C.F. Sargent (eds.) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross Cultural Perspectives*, Los Angeles: University of California Press, pp132-158
- Lumey, L.H. (1993) Illness versus Natural Practice: Competing Paradigms in Great Britain and the Netherlands in: E. Abraham-Van der Mark (ed.) *Successful Home Birth and Midwifery, The Dutch Model*. Connecticut: Bergin & Garvey pp 173-190
- Marland, H. & Rafferty, A. M. (eds.) (1997) *Midwives, Society and Childbirth, Debates and controversies in the modern period*. London: Routledge
- Martin, E. (1987) *The Woman in the Body, A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston: Beacon Press
- MacCormack, C. P. ([1982] 1994) *Ethnography of Fertility and Birth*. Prospect Heights: Waveland
- McCurdy, D. (ed.) (1994) *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, 8th ed. New York: HarperCollins

- McHugh, N. (2000). *Van generatie op generatie. De invloed van verhalen op de geboortecultuur*. Tijdschrift voor Vroedvrouwen 9, pp 562-566
- Molducci, A. (2010) *De vroedman van Kennemerland* De Volkskrant 29 mei 2010
- Montagu, A. ([1971] 1986) *Touching, The Human Significance of the Skin*. New York: Harper & Row Publishers
- Nettleton, S. & Watson, J. (ed.) (1998) *The Body in Everyday Life*. London: Routledge
- Oakley, A. (1993) *Essays on Women, Medicines and Health* Edinburgh: Edinburgh University Press
- Pasveer, B & Akrich, M. (2001) Obstetrical Trajectories: On Training Women/Bodies for (Home) Birth in: De Vries (et al.) *Birth by Design, Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe* New York: Routledge, pp 229-242
- Rapp, R. (1999) *Testing Women, Testing the Fetus, The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge
- Reep, M. van de (2005) *Kracht en Kwetsbaarheid, een studie naar rituelen rondom zwangerschap en geboorte in Nepal*. Bachelorscriptie Culturele Antropologie, Universiteit van Amsterdam
- Ruige, A (1999) *Van aderlating tot zwangerschapsgymnastiek. Pijn en pijnbestrijding bij de baring in Nederland, 1847- circa 1960* Doctoraalscriptie Geschiedenis, Universiteit van Amsterdam
- Schneider, Z. (2002) *An Australian study of women's experiences of their first pregnancy*. Midwifery 18, pp 238-249

- Smulders, B. (2009) *De meest gestelde vragen over zwangerschap en bevalling, met gouden tips van verloskundigen en gynaecologen*. Utrecht: Kosmos Uitgevers
- Squire, C. (ed.) (2003) *The Social context of Birth*. Oxon: Radcliffe Medical Press
- Stuurgoep zwangerschap en geboorte (2009) *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Poeldijk: Akxifo
- Teijlingen E. Van & Lowis, G. & McCaffery, P. & Porter, M. (eds.) (2000) *Midwifery and the medicalization of childbirth: Comparative Perspectives*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Teijlingen, E. R. van (2000) Maternity Home Care Assistants in the Netherlands. In E. van Teijlingen (et al.) *Midwifery and the medicalization of childbirth: Comparative Perspectives*, New York: Science Publishers, Inc., pp 163-172
- Verkerk, C. (2007) *Ziekenhuisarts wil meer doen dan pillen geven en snijden*, Het Parool 25 juni 2007
- Vries, R.G. De (1984) *Humanizing Childbirth: The Discovery and Implementation of Bonding Theory*. International Journal of Health Services, Volume 14/1
- Vries, R.G. De & Barroso, R. (1997) Midwives among the Machines: Re-creating midwifery in the late twentieth century in: H. Marland & A.M. Rafferty (eds.) *Midwives, Society and Childbirth, Debates and controversies in the modern period* Londen: Routledge, pp 248-272
- Vries, R. De (2005) *A Pleasing Birth: Midwives and Maternity Care in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Warren, S. & Brewis, J. (2004) *Matter over Mind? Examining the Experience of Pregnancy*. Sociology 2004, volume 38 (2) pp 219-236

Wynn, F. (2002) *The early relationship of mother and pre-infant: Merleau-Ponty and pregnancy*. Nursing Philosophy 3, Blackwell Science Ltd pp 4-14

Internetbronnen

Bles, W. van der. (2001) *Bevallen in Rusland*

(http://www.trouw.nl/krantenarchief/2001/05/07/2362082/Bevallen_in_Rusland.html). (site bezocht 2-07-2010)

Vries, C. de (2006) *Bevallen, maar liever niet in geboortehuis nr 7*

(http://www.volkskrant.nl/archief_gratis/article573062.ece/Bevallen,_maar_liever_niet_in_Geboortehuis_nr._7) (site bezocht 2-07-2010)

CBS 2010: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid>

[welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2696-wm.htm](http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid/welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2696-wm.htm)

Documentaire

Pool, H. (2010) *Van Moskou tot Moermansk*.

<http://weblogs.vpro.nl/afspelen/category/tv/van-moskou-tot-moermansk/page/2/>