



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Dyspareunie in de menopauze

Hoe het taboe doorbreken?

Afstudeerproject voorgedragen door:
Corsus Sara

Promotor: Van Bocxstaele Veerle
Inhoudsdeskundige: Christiaens Kim

Academiejaar 2020-2021
Bachelor opleiding VROEDKUNDE



Deze bachelorproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de auteur.

Dyspareunie in de menopauze

Hoe het taboe doorbreken

Woord vooraf

Mijn grootste droom was altijd om zelf mama te worden, mijn tweede grootste om anderen te helpen met mama worden. Het was soms met vallen en opstaan, maar de eindmeet naar het vroedkundediploma is in zicht. Ik ben blij dat ik drie jaar geleden gestart ben aan dit wonderbaarlijke avontuur en had nooit durven dromen binnen de opleiding zo te groeien als persoon.

Met genoeg maken ik van de gelegenheid gebruik om enkele personen te bedanken.

Vooreerst gaat mijn oprechte dank uit naar de projectgroep die samen met mij deze proef verwezenlijkt heeft. Mijn promotor Veerle Van Bocxstaele, mijn inhoudsdeskundige Kim Christiaens en mijn bachelorproefpartner Jolien Werckx. Bedankt voor alle ondersteuning, motivatie en tijd die jullie hier in gestoken hebben. We zijn dit avontuur met vier gestart, en ondanks dat we met drie geëindigd zijn had heel dit proces niet hetzelfde geweest zonder elk van jullie. Daarbij dank ik ook graag alle hulpverleners die tijd vrij maakten om een interview met mij af te leggen en hun schouders te zetten onder het praktijkgedeelte van deze proef. Graag betuig ik ook mijn dank aan mijn ouders, voor de onvoorwaardelijke steun en de kansen die ik van hen kreeg. Daarnaast dank ik mijn zus Leen, want zonder haar had ik nooit zo een mooi en doeltreffend praktijkgedeelte kunnen realiseren in zo een korte tijd. Ten slotte nog een warm dankwoord aan mijn vriend Robin-Guido en mijn vrienden Mathias, Ellen, Kimberly, Caro en Vera. Zij bleven me altijd steunen in de verdere ontwikkeling van mijn traject en ik durf met zekerheid te zeggen dat zonder hun deze proef niet was zoals hij nu is. Bedankt voor de warme, ondersteunende gesprekken, die niet enkel over taal gingen.

Jullie gaven me allemaal de vleugeltjes die ik nodig had om af te studeren, elke dag opnieuw. Ik draag mijn bachelorproef dan ook graag op aan hen.

It's all about the journey, not about the destination.

Abstract

Dyspareunie in de menopauze Hoe het taboe doorbreken?

Student 1: Sara Corsus
E-mailadres: saracorsus2000@gmail.com

Promotor: Veerle Van Bockstaele
Functie en werkgever: Lector Vroedkunde - Hogeschool PXL

Inhoudsdeskundige(n): Kim Christiaens
Functie en werkgever: Zelfstandige bekkenbodetherapeut

Samenvatting bachelorproef

Inleiding

Pijn bij het vrijen komt wereldwijd voor bij ongeveer 12% van de vrouwen. Naar schatting kan zelfs 3% hierdoor geen geslachtsgemeenschap hebben. Onderzoek toont aan dat een seksuele disfunctie tot vier keer vaker voor komt bij vrouwen in de menopauze dan bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Het doel van deze literatuurstudie is om te bestuderen hoe hulpverleners het taboe omtrent dyspareunie kunnen doorbreken en om zorgvragers sneller en effectiever verder te helpen met hun zorgvraag.

Methodiek

Voor deze literatuurstudie werd literatuur uit verschillende landen en culturen geraadpleegd. Via de databanken Pubmed en Google Scholar met als zoektermen: Taboo, Menopause, Dyspareunia, Sexuality, Sexual dysfunction, Sex Education, Sexual Activity en Vulvovaginal Atrophy. Aanvullend werden interviews afgenomen met diverse hulpverleners. Aan deze hulpverleners werd gevraagd hoe een consult voor vrouwen met dyspareunie bij hen verloopt, welke behandelingen of middelen ze kunnen adviseren, of ze samenwerken of doorverwijzen met/naar andere hulpverleners en waar ze nog tegenaan lopen binnen de begeleiding van deze vrouwen in hun vakgebied.

Resultaten

Uit de onderzochte literatuur is gebleken hoe belangrijk het is om vrouwen en hun omgeving te informeren. De resultaten geven aan dat beter geïnformeerde vrouwen positiever ingesteld zijn, en daardoor minder last hebben van hun symptomen. Bovendien hebben ze minder kans op depressie of angststoornissen en vinden ze sneller hun weg naar de juiste hulpverlener.

Uit de afgenomen interviews bleek dat niet alleen de zorgvrager informeren prioritair is, maar ook het informeren van de zorgverleners. Uit de afgenomen interviews blijkt dat hulpverleners niet genoeg geïnformeerd zijn over met wie ze kunnen samenwerken. Deze proef besprak enkele tips die hulpverleners kunnen integreren in hun consult om het gesprek luchtig te houden. Zo kan het (standaard) gebruik van de MRS-lijst helpen, samen met het opstellen van praktijkrichtlijn. Daarbij werd opgemerkt dat posters en affiches in de wachtruimte handige gespreksopeners kunnen zijn voor patiënten. Communicatief gezien werkt een open en actieve bevraging positief, idealiter kan dit gedaan worden tijdens routine onderzoeken, vertrek daarbij vanuit het standpunt van de patiënt en gebruik geen medische termen.

Conclusie

Uit de resultaten blijkt dat zorgvragers sneller bij de juiste hulpverlener komen wanneer zowel de vrouw als haar omgeving goed geïnformeerd zijn over de menopauze en de bijhorende klachten zoals dyspareunie. Niet alleen de zorgvragers, maar ook de zorgverleners informeren over het zorgnetwerk blijkt cruciaal. Bovendien zijn er enkele tips die de drempel om het onderwerp ter sprake te brengen verlagen. Deze tips werden verwerkt in het praktijkgedeelte dat bestaat uit twee brochures en een filmpje.

Trefwoorden: Dyspareunie, Pijn bij het vrijen, Menopauze, Overgang, Huisarts, Gynaecoloog, Seksuoloog, Bekkenbodetherapeut, Menopauze consultant, Taboe, Multicultureel, Multidisciplinair

Inhoudsopgave

Woord vooraf.....	4
Abstract.....	5
Inhoudsopgave.....	7
1. Inleiding.....	8
2. Methode.....	10
3. Theoretisch luik - Literatuurstudie.....	12
3.1 Informeren over dyspareunie.....	12
3.1.1 Het belang van informeren over dyspareunie.....	12
3.1.2 De manier van informeren.....	14
Informeren via een hulpverlener.....	14
Informeren via technologie & media.....	15
3.2 Dyspareunie bespreekbaar maken.....	17
3.2.1 Concrete tips die de drempel verlagen om dit onderwerp te bespreken.....	20
3.3 De juiste hulpverleners en behandelopties bereikbaar maken.....	23
3.3.1 De huisarts.....	24
3.3.2 De gynaecoloog.....	25
3.3.3 De bekkenbodetherapeut.....	27
3.3.4 De Psycholoog en Seksuoloog.....	28
3.3.5 De vroedvrouw en menopauzeconsulent.....	30
4. Het praktische luik.....	33
4.1 De patiëntenbrochure.....	33
4.2 De handleiding voor hulpverleners.....	34
4.3 Het filmpje voor de volledige doelgroep.....	34
5. Discussie.....	35
6. Conclusie.....	38
Reflectie.....	39
Referentielijst.....	41
Bijlage 1.....	44
Bijlage 2.....	46
Bijlage 3.....	47
Bijlage 4.....	47

1. Inleiding

Pijn bij het vrijen, dyspareunie genoemd, komt wereldwijd voor bij ongeveer 12% van alle vrouwen. Naar schatting kan zelfs 3% hierdoor geen geslachtsgemeenschap hebben. Seksuoloog Rik Lunsen geeft aan dat pijn bij het vrijen de nummer één klacht is waarvoor men hulp zoekt bij een seksuoloog (Dyspareunie, 2015). Hieruit blijkt dat pijn bij het vrijen een veelvoorkomend probleem vormt bij vrouwen. Het bepalen van exacte cijfers is moeilijk omwille van het taboe omtrent het onderwerp. Dyspareunie blijft onbesproken, wat als gevolg heeft dat het onbehandeld blijft. Deze literatuurstudie bespreekt het taboe omtrent dyspareunie bij vrouwen in de menopauze. Er zal onderzocht worden op welke manier zowel zorgvragers zelf als hun zorgverleners kunnen bijdragen aan het doorbreken van dit taboe. Dit wordt gedaan aan de hand van wetenschappelijk onderzoek, samen met interviews met zorgverleners in het expertisegebied van de menopauzale vrouw.

Deze studie focust zich op vrouwen met dyspareunie in de menopauze. Volgens de definitie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) (2020) wordt de menopauze gedefinieerd als een natuurlijk proces waarbij de menstruele cyclus stopt en de vrouw onvruchtbaar wordt. De veranderingen in de cyclus kunnen opgedeeld worden in drie fases. De eerste fase wordt de perimenopauze genoemd. Deze treedt op door een daling van de voorraad eicellen en hormonale schommelingen. Dit is de overgangsfase tussen de vruchtbare periode en het volledig uitblijven van de menstruatie. De perimenopauze kan jaren duren voordat de overschakeling naar de echte menopauze gebeurt, in deze fase is de vrouw ook nog steeds vruchtbaar. Wanneer de vrouw vervolgens 12 maanden niet meer gemenstrueerd heeft, wordt de menopauze vastgesteld. Volgens het UZA is de gemiddelde leeftijd voor het intreden van deze fase 52 jaar. Tijdens deze fase is de volledige voorraad eicellen uitgeput en is de vrouw niet meer vruchtbaar. De laatste fase wordt de postmenopauze genoemd. Dit is de periode na het intreden van de menopauze.

In 2020 beschreef het bekkenbodemcentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis dyspareunie als een aanhoudende en terugkerende pijn bij het vrijen. Vrouwen die dyspareunie ervaren kunnen deze pijn voelen aan de schaamlippen of clitoris. Maar de pijn kan ook waargenomen worden aan de ingang van de vagina of dieper in de vagina. De oorzaak van deze pijn kan zowel lichamelijk als psychisch van aard zijn. Infecties, ontstekingen, soa's, littekenweefsel, scheurtjes in de huid rond de vagina, een vagina die onvoldoende vochtig is, gespannen bekkenbodemspieren of een onprettige sekstechniek zijn voorbeelden van lichamelijke oorzaken.

Een vagina die onvoldoende vochtig is, kan een onderliggende lichamelijke oorzaak hebben zoals gebruik van de minipil; maar ook gebrek aan opwinding kan zorgen dat de vagina onvoldoende vochtig is. Wanneer de oorzaak zich in het psychologisch kader bevindt, is er bijvoorbeeld sprake van angst, schuldgevoel of schaamte. Deze gevoelens kunnen ervoor zorgen dat de zin in seks vermindert of verdwijnt. Dit zal ervoor zorgen dat de vrouw zich minder kan ontspannen, waardoor er fysieke klachten kunnen optreden, zoals verminderde lubricatie. Dyspareunie kan ook relationele gevolgen hebben aangezien de aandoening niet alleen de vrouw, maar het koppel in zijn geheel beïnvloedt.

Omtrent dyspareunie heerst een taboe binnen de samenleving. Een taboe wordt gedefinieerd als een onderwerp, thema of handeling dat als ongepast wordt gezien binnen een bepaalde context. Het ontstaan van een taboe wordt gelinkt aan antropologie, cultuur, historie en psychoanalytische verklaringen. Een taboe is instinctief en wordt veroorzaakt door onderbewuste emoties. Het doorbreken van een taboe is een zeer lastige opgave. De onderwerpen waarover een taboe heerst hebben een morele lading. Men spreekt er liever niet over. Onderzoek toont verder aan dat er nood is om hulpverleners beter te informeren over strategieën om het taboe bespreekbaar te maken (Ensie, 2016).

Het doel van deze literatuurstudie is om te bestuderen of hulpverleners het taboe omtrent dyspareunie kunnen doorbreken door vrouwen te informeren en dit topic bespreekbaar te maken. Er zal nagegaan worden hoe hulpverleners vrouwen kunnen informeren over dyspareunie, hoe dit onderwerp bespreekbaar gemaakt kan worden en hoe hulpverleners zichzelf bereikbaar kunnen opstellen om vrouwen met dit probleem te begeleiden en behandelen. Binnen dit laatste onderdeel wordt ook besproken hoe vrouwen doorverwezen kunnen worden naar de gepaste hulpverlener. Er wordt een antwoord gezocht op de vragen “Hoe komt het dat er een taboe heerst over het bespreken van dyspareunie met een hulpverlener?”, “Hoe kan het taboe omtrent dyspareunie doorbroken worden?” en “Hoe gaan hulpverleners best te werk om dyspareunie bespreekbaar te maken met de zorgvrager?”. De onderzoeksvraag van deze literatuurstudie luidt als volgt: op welke manier kunnen hulpverleners en zorgvragers bijdragen aan het doorbreken van het taboe omtrent dyspareunie in de menopauze?

2. Methode

Om te achterhalen op welke manier de hulpverleners en zorgvragers het taboe omtrent dyspareunie in de menopauze kunnen doorbreken werd een literatuurstudie uitgevoerd, samen met aanvullende interviews met hulpverleners die werken met vrouwen in deze leeftijdsfase.

Dit werd gedaan door middel van deskresearch in de vorm van een literatuurstudie. Hiervoor werden er verschillende multiculturele- en wetenschappelijk onderbouwde onderzoeken bestudeerd, die geraadpleegd werden via Pubmed, Google Scholar en referentielijsten in bestaande boeken en tijdschriftartikelen (sneeuwbalmethode). Deze onderzoeken werden teruggevonden met volgende zoektermen: Taboo, Menopause, Dyspareunia, Sexuality, Sexual dysfunction, Sex Education, Sexual Activity en Vulvovaginal Atrophy.

Daarbij werd de grenswaarde van artikels gelegd op maximum tien jaar oud. Daarbij vallen twee artikels, 'A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States' van Lindau et al. en 'Estrogen and progestogen use in postmenopausal women' van Utian et al. vallen daarbij buiten deze grenswaarden aangezien deze artikels dateren uit 2007 en 2008. Wegens de grote meerwaarde van de resultaten uit deze onderzoeken werd besloten deze artikels toch te betrekken in deze literatuurstudie. Verder werd ook één Belgische masterproef betrokken in de studie. Dit is de proef van Dr. Vienne (2018) waarbij onderzoek gedaan wordt naar de menopauze in een multiculturele praktijk.

Verder werd ook gebruik gemaakt van fieldresearch in de vorm van zes interviews als dataverzamelingmethoden. Deze interviews werden afgenomen met verschillende hulpverleners die zorgvragers met deze hulpvraag kunnen verder helpen. De groep van zes hulpverleners bestond uit: één gynaecoloog, één huisarts, twee seksuologen, één menopauzeconsulent/vroedvrouw en één bekkenbodemtherapeut. Wegens de Covid-19 pandemie vonden deze gesprekken plaats in een video-call die een duur hadden van dertig minuten tot één uur. Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews om gestructureerd antwoorden op de deelvragen te krijgen en eveneens de ruimte te geven om dieper op antwoorden in te gaan. Elke geïnterviewde hulpverlener kreeg volgende vragen voorgelegd: 'Kan u uzelf en uw beroep kort voorstellen?', 'Hoe verloopt een consult voor deze hulpvraag bij u?', 'Welke producten schrijft u voor, behandelingen raadt u aan en middelen gebruikt u tijdens het consult?', 'Naar welke hulpverleners verwijst u al eens door?', 'Waar loopt u, in uw vakgebied, tegenaan in de begeleiding van deze zorgvragers?'

Om inzicht te krijgen in de praktijkwerking van deze hulpverleners werden hun antwoorden vergeleken met elkaar en vervolgens vergeleken met de resultaten uit de geraadpleegde onderzoeken.

Ten behoeve van de validiteit is deze bachelorproef opgesteld op basis van literatuur en interviews. Het gaat hier om literatuur, geselecteerd op relevantie voor de onderzoeksvraag en deelvragen. Literatuur werd geselecteerd zoals eerder beschreven. Bij de interviews kan de betrouwbaarheid niet gewaarborgd worden aangezien ze gebaseerd zijn op persoonlijke praktijkervaring van de geïnterviewde hulpverleners. Daarnaast werden de interviews niet gefilmd of getranscribeerd aangezien de hulpverleners open mochten antwoorden op de vragen, wel werden de antwoorden genoteerd tijdens het interview zelf.

3. Theoretisch luik - Literatuurstudie

3.1 Informeren over dyspareunie

3.1.1 Het belang van informeren over dyspareunie

Uit de onderzochte literatuur blijkt dat vrouwen niet alleen in de menopauze te maken hebben met een taboe-barrière, ook blijkt dat seksuele disfunctie, wat ook als taboe-topic wordt ervaren, aanzienlijk vaker voorkomt bij vrouwen in de menopauze, dan bij vruchtbare vrouwen buiten de menopauze. Hierdoor hebben vrouwen met deze hulpvraag te maken met een dubbel taboe. Onderzoek van Jamali et al. (2015) toont aan dat een seksuele disfunctie tot wel vier keer vaker voorkomt bij vrouwen in de menopauze dan bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Ook Jain et al. (2020) deed hier onderzoek naar waaruit bleek dat de prevalentie van seksuele disfunctie bij vrouwen 35%-63% is. Deze prevalentie bleek aanzienlijk hoger te zijn bij postmenopauzale vrouwen, namelijk 68%-86,5%. Dyspareunie bleek zelfs, samen met opwindingsstoornissen, de meest voorkomende seksuele disfunctie bij vrouwen in deze leeftijdsgroep. Deze disfuncties zouden de oorzaak kunnen zijn van de negatieve ingesteldheid ten opzichte van de menopauze, seksuele relaties in deze periode en de psychologische impact op de hormonale veranderingen tijdens de menopauze zoals depressie, meer stressgevoeligheid, toenemende angst en panieklachten, ... Binnen een testgroep met vrouwen uit Iran gaf 70,3% van de deelnemers aan seksueel actief te blijven na de menopauze, maar ook 55,6% van die groep gaf aan last te hebben van dyspareunie (Jamali et al., 2015).

Uit datzelfde onderzoek, maar ook uit het onderzoek van Namazi, Sadeghi & Behboodi (2019) bleek dat de seksuele activiteit meer beïnvloed wordt door cultuur, taboe en persoonlijk gedrag dan dat het beïnvloed wordt door psychologische factoren, zoals de ingesteldheid en de hormonen. 60,5% van de deelnemende vrouwen geeft aan nooit informatie verkregen te hebben over menopauze, wat een beïnvloedende factor zou kunnen geweest zijn voor hun seksuele disfunctie en negatieve ingesteldheid ten opzichte van deze levensfase. Verder bleek dat 51,9% informatie over de menopauze zocht bij burens, vrienden en lotgenoten. Slechts 35,9% verkreeg informatie van een medische hulpverlener. Dit onderzoek toont aan dat het informeren van vrouwen een beslissende rol kan spelen in het evalueren en ervaren van hun menopauze (Jamali et al., 2015). Namazi, Sadeghi & Behboodi (2019) deden niet alleen onderzoek naar de invloed van informatie op de ingesteldheid, maar ook naar andere factoren waaronder bijvoorbeeld cultuur. Daaruit bleek dat niet-Europese vrouwen vaak een positievere attitude hebben in vergelijking met de menopauzale Europese vrouwen.

In de Westerse en Arabische cultuur wordt vaak gebruik gemaakt van negatieve woorden zoals “fertiliteitsfalen” en “ovulair falen”. In de Arabische cultuur verwijst het woord menopauze zelf naar “De Wanhopige Leeftijd”, omdat fertiliteit in deze cultuur een heel hoge prioriteit heeft. De bovenstaande onderzoeken benadrukken een onderliggende negatieve toon ten opzichte van de menopauze, waarin deze leeftijdsfase wordt gezien als een aandoening in tegenstelling tot een natuurlijk fenomeen. Chinese, Japanse, en Iraanse vrouwen hebben daarentegen vaak een positieve ingesteldheid tegenover van de menopauze; voor hen is dit een levensfase van vrijheid en herborenheid. Ook in de Mayacultuur krijgen vrouwen meer respect van zodra ze de menopauze ingaan (Namazi, Sadeghi & Behboodi, 2019).

Verder tonen Namazi, Sadeghi & Behboodi (2019) aan dat de kwaliteit van het leven van vrouwen in de menopauze sterk afhankelijk is van het niveau van opleiding van zowel de man als de vrouw. Uit de studie bleek dat emotionele ondersteuning van leeftijdsgenoten, familie, maar ook van de partner, kan leiden tot minder depressie en angst en een bijdrage levert aan de sociale relatie in de menopauze. Na onderzoek over een educatieprogramma voor mannen waarvan de vrouw in de menopauze zat, is gebleken dat wanneer mannen geïnformeerd en betrokken worden, ze hun partner beter kunnen steunen. Dit komt doordat ze meer inzicht en begrip verkrijgen over de mentale en fysieke veranderingen die hun vrouw op dat moment ervaart. Niet alleen scoren beter geïnformeerde vrouwen hoger op het vlak van levenskwaliteit; ze ervaren ook aanzienlijk minder vaak seksuele disfuncties zoals dyspareunie in tegenstelling tot niet geïnformeerde vrouwen. Uit de studie van Namazi, Sadeghi & Behboodi (2019) blijkt dat er een negatieve verhouding is tussen het kennisniveau bij de vrouw en in welke mate ze last ervaart van haar menopauzale symptomen. Vrouwen die beter geïnformeerd zijn over de menopauze beschikken ook over kennis om hun symptomen te herkennen en hulp te zoeken.

“Sexual knowledge plays a key role in prevention and treatment of female sexual dysfunction.”

(Jamali et al., 2015).

Jamali et al. (2015) schrijft dat, aangezien dyspareunie een van de meest voorkomende symptomen is binnen de menopauze, vrouwen en hun omgeving informeren niet alleen bijdraagt aan het doorbreken van het taboe, maar ook een positief effect heeft op de levenskwaliteit. Verder draagt het bij tot een positieve ingesteldheid, hierbij is aangetoond dat er minder last ervaren wordt in vergelijking met vrouwen met een negatieve ingesteldheid.

Verder wordt ondervonden dat binnen geïnformeerde koppels, vrouwen zich beter gesteund en begrepen voelen, wat bijdraagt tot minder depressie en angst. Hoe beter deze koppels geïnformeerd zijn, hoe sneller ze de bijbehorende symptomen, zoals dyspareunie, kunnen herkennen en hier gepaste hulp voor kunnen zoeken.

3.1.2 De manier van informeren

Nu het belang van informeren onderzocht is, wordt ook bekeken wat de meest efficiënte en positief ervaren technieken zijn om koppels te informeren over taboe-onderwerpen zoals seksualiteit.

*“The closer sexuality education programs and sexual health services work together,
the better are the results.”*

(Sultan, 2012, pp. 333)

Volgens het onderzoek van Sultan (2012) kan educatie teruggebracht worden tot 3 basisprincipes:

1. Counseling waarbij er tussen 2 personen gewerkt wordt rond de persoonlijke behoeftes en vragen.
2. Seksuele voorlichting in de vorm van lezingen, lessen, sprekers, ... Hierbij wordt in groepsverband educatief materiaal besproken. Er kan/wordt niet ingegaan op de persoonlijke behoeftes.
3. Informatie over seksuele gezondheid via campagnes, bijvoorbeeld via media en technologie.

Informeren via een hulpverlener

De basis van goede voorlichting is afgestemd op de leeftijd, cultuur, seksuele geaardheid en ervaring van de vrouw. Verder is het informatief gesprek interactief en vindt het plaats in een veilige en vertrouwde omgeving. Het helpt wanneer de hulpverlener die de informatie verstrekt zich ‘seks-positief’ en open opstelt, maar nog steeds professioneel en serieus blijft. Er moet niet alleen over seks gesproken worden in de zin van penetratie; het is ook aangeraden te spreken over een selectie van handelingen waaronder bijvoorbeeld masturbatie (Pound et al., 2016).

Informereren via technologie & media

Het gebruik van technologie is al goed ingeburgerd in onze samenleving. Het geeft meer en bredere leeransen. Deze technologieën en mediastrategieën kunnen ook ingezet worden om mensen te informeren over taboe-topics zoals seksualiteit.

Volgens Adebayo et al. (2020) is het echter belangrijk dat er meer gefocust wordt op eerlijke en betrouwbare informatie, omdat er vaak foutieve informatie gevonden wordt op het internet. Informatie is namelijk makkelijk bereikbaar en toegankelijk waardoor misvattingen ontstaan. Binnen het onderzoek van Adebaya et al. (2020) werd een groep adolescenten als testgroep ingezet om het probleem rondom de onbetrouwbare internetbronnen op te lossen.

Van de groep adolescenten (waarvan 85% mannen en 15% vrouwen) die deelnam aan dit onderzoek blijkt 80% zijn seksuele educatie verkregen te hebben via school, hun ouders of leeftijdsgenoten. 15,6% geeft aan informatie te verkrijgen via media zoals tv, films en magazines. 4,4% heeft seksuele educatie gezocht via het internet. Meer dan de helft, namelijk 56,1%, geeft aan dat ze via internet meer negatieve en onbetrouwbare informatie vonden in vergelijking met andere platformen. De studie van Adebaya et al. (2020) wil gebruik maken van die ingeburgerde technologie om een applicatie te ontwikkelen die gebruikt kan worden om informatie te verkrijgen over seksuele gezondheid. Op die manier kunnen mensen op een flexibele en vrije manier aan betrouwbare informatie raken. Hun privacy blijft beschermd en ze kunnen vrijuit vragen stellen zonder zich weerhouden te voelen door reacties van anderen. In de app kan rekening gehouden worden met het culturele en religieuze aspect van de gebruiker. Verder kunnen experts aan de app verbonden worden om vragen te beantwoorden & counseling aan te bieden via een persoonlijke chat. Na onderzoek schatten deze onderzoeksgroep de efficiëntie van hun applicatie hoog in.

Ondanks dat de studie van Adebaya et al. (2020) gebruik maakt van een groep adolescenten als testgroep, blijft de conclusie dat door de toename van het gebruik van technologie in onze samenleving, ook veel onbetrouwbare informatie wordt overgenomen door de hulpvrager. Een technologische, informatieve tool zou ook bruikbaar kunnen zijn binnen de doelgroep waar deze literatuurstudie zich op focust.

Dokter Slieker-Ten Hove zette eveneens haar schouders onder een project waar technologie werd ingezet om het grote doelpubliek te bereiken. Dr. Marijke Slieker-Ten Hove is geregistreerd kinesitherapeut, lid van het bekkenbodemteam van het Erasmus MC en directeur bij het ProFundum instituut in Dordrecht.

In 2021 lanceerde dit instituut de applicatie 'Bekkenbodem' (Slieker-Ten-Hove, 2014). Deze omvat informatie en ondersteuning bij de oefeningen die uitgevoerd kunnen worden ter ontspanning of versterking van de bekkenbodem. Ze kan gratis gedownload en vrij gebruikt worden. Ook zorgvragers die al in behandeling zijn bij een bekkenbodemtherapeut kunnen er gebruik van maken. De kinesitherapeut kan een specifiek oefenprogramma instellen, waardoor zowel de zorgvrager als de kinesitherapeut de inspanningen kunnen bijhouden. De applicatie is opgebouwd uit verschillende tabbladen, waaronder ook één over pijn bij het vrijen. Wanneer de applicatiegebruiker hier op klikt komt er informatie tevoorschijn over hoe de bekkenbodemspieren bijdragen aan dit probleem. Verder wordt er ook doorverwezen naar andere websites voor problemen die niet bij de bekkenbodem liggen. Vervolgens kan de gebruiker lezen welke oefeningen goed zijn voor het specifieke probleem. Deze oefeningen worden ook beschreven in de applicatie of kunnen zelfs beluisterd worden met de bijbehorende 'audio-oefeningen'. De applicatie is momenteel alleen afgesteld op het zorglandschap in Nederland en zal daarom alleen Nederlandse kinesitherapeuten adviseren (BekkenBodem App - BekkenBodem Online, 2019).

Binnen het zorglandschap in België is er veel informatie terug te vinden op de Facebookpagina en de website van 'The Pelvic Floor'. www.thepelvicfloor.be is dan ook een goed alternatief voor vrouwen in België en Vlaanderen die op zoek zijn naar een bekkenbodemtherapeut. (Christiaens, 2021, 10 februari - persoonlijke communicatie).

3.2 Dyspareunie bespreekbaar maken

Jain et al. (2019) toonden aan dat vrouwen in lagere economische klassen zich extra geremd voelen door het maatschappelijke taboe omtrent dyspareunie. Deze groep vrouwen zal minder snel de nodige stappen ondernemen om hulp te zoeken voor hun ongemak, in tegenstelling tot vrouwen uit een hogere opleidingsklasse en met een hogere economische status. Dit gegeven is ook terug te vinden in andere studies zoals Namazi, Sadeghi en Moghadam (2019) en Vienne (2018). Ook al zetten vrouwen wél de stap om hulp te zoeken, dan nog komen enkele hindernissen om de hoek kijken. De Belgische studie van Vienne (2018) bestudeerde waarom vrouwen hun menopauzale klachten niet durven te bespreken met hun arts. De hindernissen om dit onderwerp aan te kaarten waren:

- Onwetendheid over bij wie ze terecht kunnen: 17,5% van de ondervraagde vrouwen gaf aan dat ze niet op de hoogte waren dat de eigen huisarts hen hiermee verder kon helpen. 12,5% was op de hoogte van het aanbod bij de huisarts, maar vond het moeilijk hierover te spreken, waardoor dit niet gedaan werd. 12,5% gaf aan liever naar de gynaecoloog te gaan hiervoor. Dit valt af te leiden uit Tabel 1 en Figuur 1 & 2 (Vienne, 2018, p.28-29).
- Schaamte bleef een opmerkelijke factor. Zoals te zien in Tabel 1 en Figuur 1 & 2 van (Vienne, 2018, p.28-29) gaf hooguit 10% aan niet gesproken te hebben over hun klachten uit schaamte voor het onderwerp. Dit is meer te zien bij Westerse vrouwen dan bij Niet-Westerse vrouwen. (Vienne, 2018)

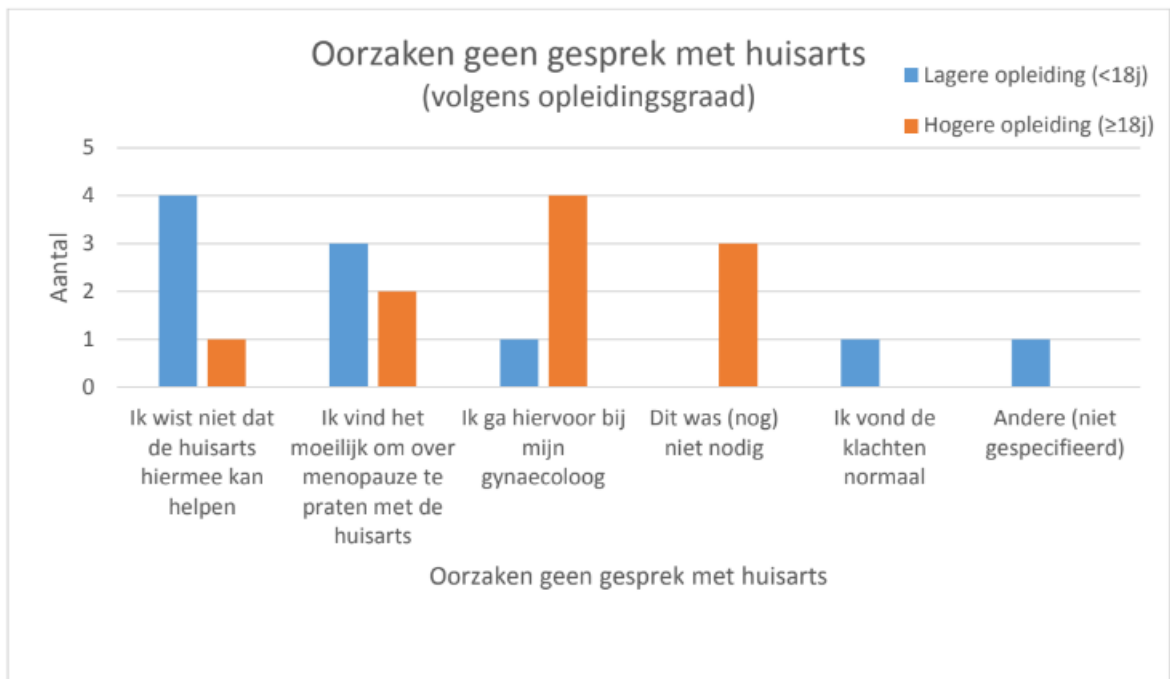
Tabel 1. Oorzaken geen gesprek met huisarts (Vienne, 2018).

	N	%	% op totaal
Ik wist niet dat de huisarts hiermee kan helpen	7	41,2	17,5
Ik vind het moeilijk om over menopauze te praten met de huisarts	5	29,4	12,5
Ik ga hiervoor bij mijn gynaecoloog	5	29,4	12,5
Dit was (nog) niet nodig	4	10,0	10,0
Ik vond de klachten normaal	1	5,9	2,5
Andere (niet verder gespecificeerd)	3	17,6	7,5

Figuur 1: Oorzaken geen gesprek volgens afkomst (Vienne, 2018).



Figuur 2: Oorzaken geen gesprek volgens opleidingsgraad (Vienne, 2018).



- Taal : Uit het onderzoek van Vienne (2018) bleek dat vooral niet-West-Europese vrouwen zich geremd voelden om open te spreken door de taalbarrière tussen zichzelf en de arts.
- Het geslacht van de arts bleek voor 5% een bepalende factor te zijn. Uit het onderzoek van Vienne (2018) valt op dat vooral niet-Westerse vrouwen een mannelijke arts als een drempel ervaren.
- Werkdruk van de arts: 5% van de onderzochte vrouwen gaf aan dat ze dit topic niet aanhalen omdat ze de huisarts niet nog meer werk willen bezorgen. Dit zien we volgens Vienne (2018) meer bij Westerse vrouwen, maar in opleidingsniveau blijkt er geen verschil in te zijn.

Enkele van deze hindernissen, zoals schaamte, onwetendheid over behandelingsopties en werkdruk van de arts, kwamen ook terug in het onderzoek van Parish et al. (2013). Daaruit blijkt eveneens dat vrouwen in de Verenigde Staten deze hindernis als groter ervaren dan vrouwen in Canada, Finland, Zweden of het Verenigd Koninkrijk. Ook Scavello et al. (2019) deden onderzoek naar waarom het taboe omtrent seksuele gezondheid in de menopauze nog steeds zo sterk aanwezig is. Hieruit bleek dat over het algemeen vrouwen hun seksuele gezondheid aanzienlijk minder vaak bespreken met een hulpverlener, in tegenstelling tot mannen.

Vrouwen ervaren een barrière om informatie te verkrijgen door:

- De weinige tijd die de artsen ter beschikking hebben
- Het gevoel dat de arts hier niet genoeg over weet en dit niet zijn expertise is
- Schrik om aanstootgevend gedrag te vertonen
- Persoonlijk discomfort bij de arts
- Het stereotype idee dat vrouwen in deze leeftijdsgroep geen interesse meer hebben in seksualiteit.

Deze conclusie kwam ook terug in het onderzoek van Lindau et al. (2007); een onderzoek bij 3005 Amerikanen (1550 vrouwen en 1455 mannen), allen 57 tot 85 jaar oud. Hieruit bleek dat 38% van de mannen in deze groep seks bespreekt met zijn hulpverlener, in tegenstelling tot vrouwen waarbij dit maar 22% is.

Sterker nog, uit de onderzochte groep vrouwen in de Verenigde Staten van Amerika besproken in de studie van Parish et al. (2013) blijkt dat bijna de helft (47%) van de groep meer dan een half jaar gewacht heeft om hulp te zoeken voor hun menopauzale klachten. 28% van de vrouwen wacht langer dan een jaar en 15% zelfs langer dan 2 jaar. 25% van de vrouwen kreeg effectief de diagnose dyspareunie en gaf aan dat ze langer dan een jaar deze symptomen ervaarde alvorens een hulpverlener te contacteren. 5-11% liep al minstens 3 jaar met de symptomen rond voor ze het aankaarten bij een hulpverlener. Redenen die werden aangehaald om deze symptomen niet te bespreken met een arts waren het feit dat de arts het onderwerp niet zelf aanhaalde en het idee dat het hoort bij het ouder worden.

Deze onderzoeken lijsten concreet de hindernissen op die vrouwen weerhouden om hun seksuele gezondheid in de menopauze te bespreken met een hulpverlener. Verschillende van de bestudeerde onderzoeken pakten enkele hindernissen ook meteen aan door enkele tips aan te bieden die door de hulpverlener kunnen gebruikt worden tijdens consultaties omtrent dit topic. Het blijft een belangrijk gegeven dat vrouwen wel willen praten over hun seksuele klachten tijdens de menopauze, maar niet weten hoe ze dit kunnen aankaarten en bij welke hulpverlener.

3.2.1 Concrete tips die de drempel verlagen om dit onderwerp te bespreken

Volgens Scavello et al. (2019) is educatie en de cliënt informeren stap één in het behandelingsplan omtrent de menopauze en de bijkomende kwalen. De vrouw, maar ook haar partner, informeren is cruciaal. Het onderzoek geeft drie steunpalen om als hulpverlener rond te werken wanneer een menopauzaal consult gedaan wordt:

1. Bevraag wat voor het koppel 'normaal seksueel functioneren' is.
Geef daarbij ook informatie wat fysiologische verschijnselen zijn binnen de menopauze.
2. Zoek de rol en motivatie binnen het koppel.
3. Benadruk het belang van stimulatie, voorspel en de eventuele tips of behandelingen.

In het onderzoek van Vienne (2018) wordt aangeraden gebruik te maken van de MRS (Menopause Rating Scale). Dit is een vragenlijst waarbij de meest voorkomende menopauzale klachten beoordeeld moeten worden op een schaal van 'geen' tot 'zeer ernstig'. Deze methode werd door de meerderheid van de vrouwen als een fijne manier ervaren om het topic te bespreken. Bovendien is deze vragenlijst in verschillende talen beschikbaar, wat een drempelverlagend effect heeft binnen een menopauzaal consult.

De vragenlijst werd ook ervaren als een soort ijsbreker, die het gesprek rondom seksualiteit opentrok en een opening biedt om andere zaken aan te kaarten.

Praktijkrichtlijnen kunnen een opstap bieden voor collega-hulpverleners om vertrouwd te raken met het onderwerp en zich hier comfortabeler bij te voelen. In het onderzoek van Vienne (2018), waaraan 49 vrouwen deelnamen, gaf meer dan de helft van de deelnemers aan dat ze informatie over dit topic zouden willen ontvangen via een gesprek met de huisarts. Praktijkrichtlijnen omtrent dit gesprek lijken dus een goede tegemoetkoming tussen de noden van de zorgvrager en de arts. Deze bron focust zich op praktijkrichtlijnen voor artsen, maar ook uit onderzoek van Beck, Brewis en Davies (2020) en van Geukes et al. (2020) komt de wens over richtlijnen terug. Uit onderzoek van Beck et al. (2020) blijkt dat vrouwen in de menopauze zich wel comfortabel lijken te voelen bij leeftijdsgenoten op het werk die door dezelfde veranderingen gaan. Uit ondervraging van de onderzoeksgroep gaf 77% aan informatie te willen verkrijgen op de werkvloer, omdat het topic daar vlotter ter sprake blijkt te komen. In het onderzoek van Geukes et al. (2020) komen gelijkaardige resultaten terug. Uit dat onderzoek blijkt dat 77,1% baat zou hebben bij richtlijnen over de menopauze en zijn bijkomende kwaaltjes op de werkvloer. Volgens Geukes et al. (2020) zou een gezondheids- en welzijnsbeleid helpen om de sociale norm omtrent menopauzale klachten positief te beïnvloeden. Het beleid zou aangeleerd worden aan managers en co-workers, zodat collega's sneller bij de juiste persoon terecht komen wanneer ze symptomen ervaren.

Vienne (2018) suggereerde nog enkele andere handvaten waaronder het beschikbaar stellen van informatiebrochures. Eén op de vier deelnemers uit dat onderzoek gaf aan interesse te hebben in een informatiebrochure. Wanneer zulke brochures ter beschikking gesteld worden in de wachtzaal kan dit eveneens een goede gespreksopener zijn. Enkele vrouwen uit het onderzoek gaven ook aan meer betrouwbare informatie hierover te willen. Hiernaar kan verwezen worden in een de informatiebrochure. Daarnaast kan dit ook een kapstok zijn op de werkvloer, voor collega's die niet vertrouwd zijn met betrouwbare online-informatie. Deze conclusie vinden we ook terug in het onderzoek van Parish et al. (2013). Met deze bevindingen in het achterhoofd is binnen het praktijkgedeelte van deze bachelorproef een informatiebrochure opgesteld die beschikbaar gesteld kan worden in wachtzalen of onderzoekruimtes.

Vienne (2018) stelt in haar onderzoek voor om een korte actieve bevraging in te lassen wanneer het consult gericht is op andere preventie-onderwerpen. Denk bijvoorbeeld aan de jaarlijkse bloedafname, borstkankeronderzoek, baarmoederhalskankerscreening, ... Praktisch stelde het onderzoek hier een aanpassing voor binnen het CareConnect programma.

Hierbij wordt bij elke vrouw tussen 45-60 jaar een extra topic 'Menopauze' toegevoegd. Dit geeft ook aanzet om de menopauze actief te coderen in het dossier. Het up-to-date houden van het dossier is daarom ook heel belangrijk. Toegepaste methodes omtrent het bevragen van menopauzale klachten dienen telkens genoteerd te worden in het dossier. Denk aan de MRS-score met de bijkomende resultaten. Op die manier kunnen hulpverleners op elkaar inspelen en tijdig herevalueren.

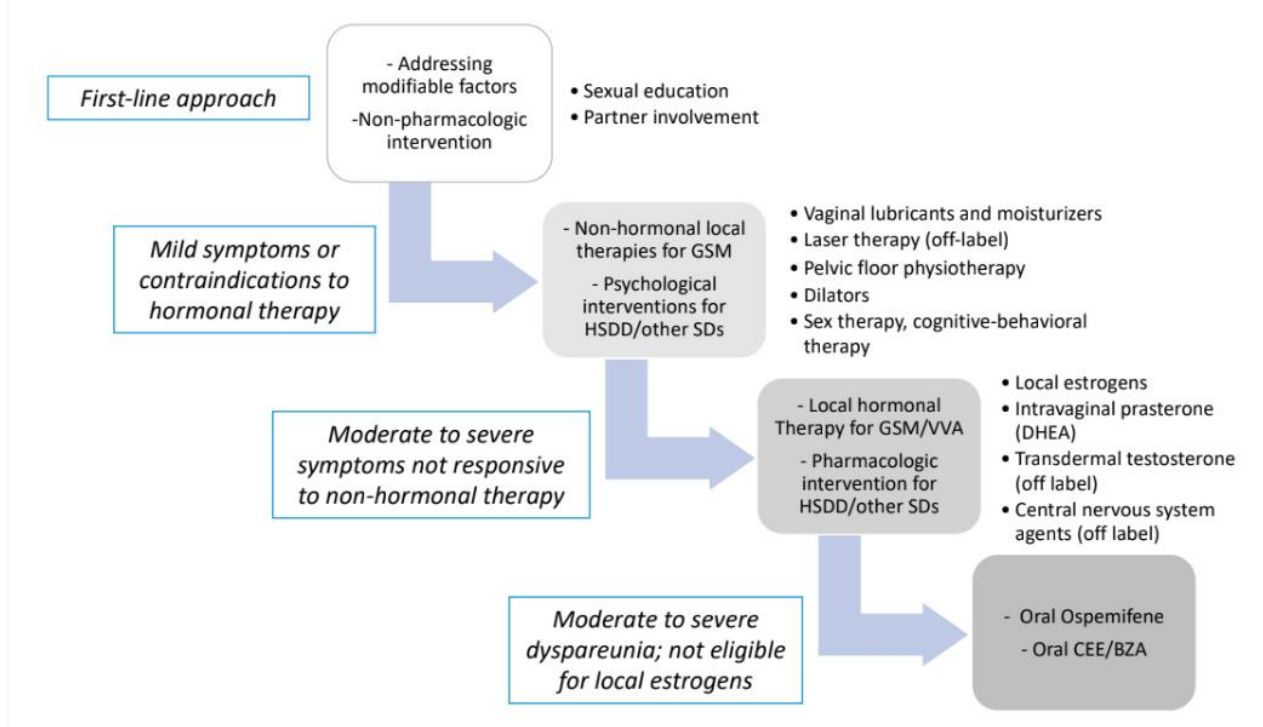
Verder is het aangeraden gebruik te maken van communicatietechnieken die taboe-topics vlotter bespreekbaar maakt. Parish et al. (2013) geeft hier als voorbeeld het gebruik van open vragen. Op die manier is de zorgvrager geneigd om meer en gedetailleerder te vertellen in tegenstelling tot gesloten ja-nee vragen. Paternotte et al. (2017) suggereert om te vertrekken vanuit het standpunt van de cliënt. Communicatie is namelijk erg beïnvloedbaar door culturele standpunten en ethische achtergrond. Er wordt gezien dat wanneer deze standpunten en achtergronden verschillen tussen de arts en de zorgvragers, de consultatie als minder aangenaam ervaren wordt. Zorgvragers zijn minder tevreden en voelen zich minder begrepen. Bij een houding waaruit vertrokken wordt vanuit 'Patient Centered Care' wordt de patiënt benaderd vanuit elk perspectief. Hierdoor wordt cultuur en ethiek ook betrokken en ligt de focus niet alleen op het medische perspectief. Door als hulpverlener uw woorden aan te passen aan de persoon die voor u zit draag je hieraan bij. Gebruik dezelfde benamingen die de zorgvrager geeft aan het probleem. Door bijvoorbeeld het woord 'betrekkingen' te gebruiken, wanneer de zorgvrager dit labelt als 'seks', benadruk je het verschil in standpunt en ethische standpunt. Parish et al. (2013) geeft aan dat het gebruik van officiële medische termen de zorgvrager remt om open te spreken over haar problemen. Gebruik niet het woord dyspareunie, maar wel pijn bij het vrijen, ongemak tijdens seksuele betrekking, vaginale droogte, ... Dit woordgebruik verlaagt de drempel voor zorgvragers om gedetailleerd te communiceren.

Ook werden er enkele tips aangehaald om de drempel voor de hulpverlener te verlagen, aangezien uit onderzoek van Parish et al. (2013) blijkt dat dit soms buiten hun expertise valt. Het inlassen van een routinecontrole omtrent de menopauzale symptomen kan hierbij helpen. Eveneens voorbeeldzinnen en openingszinnen kunnen helpen, zoals: "Ik merk dat veel vrouwen tijdens de menopauze last beginnen te krijgen van vaginale droogte, irritatie of pijn tijdens de seks. Heb jij iets gelijkaardigs ervaren afgelopen periode?".

3.3 De juiste hulpverleners en behandelopties bereikbaar maken

Wanneer een vrouw of koppel dyspareunie ter sprake brengt is het belangrijk als hulpverlener op de hoogte te zijn van de mogelijke behandelingen en hulpverleners die een meerwaarde kunnen zijn. Uit de afgenomen interviews is gebleken dat bij veel hulpverleners onwetendheid bestaat over de kracht van het samenwerkingsnetwerk met andere hulpverleners. Enkele hulpverleners hadden zelfs nog nooit gehoord van een menopauzeconsulent of gaven aan niet genoeg op de hoogte te zijn van wat bepaalde hulpverleners als meerwaarde kunnen zijn aan de begeleiding van deze zorgvragers. Met die reden wordt in deze literatuurstudie ook besproken welke opties voorgelegd kunnen worden aan de zorgvrager. Hiervoor werd naast wetenschappelijk onderzoek ook gebruik gemaakt van de uitgevoerde interviews met de verschillende hulpverleners. In onderstaande figuur van Scavello, Maseroli, Di Stasi & Vignozzi 2019, p.6 worden de mogelijke behandelingen voor vrouwen met een seksuele disfunctie in de menopauze voorgesteld.

Figuur 3: Voorgesteld stroomschema voor de behandeling van seksuele disfunctie tijdens de menopauze. (Scavello, Maseroli, Di Stasi & Vignozzi, 2019).



3.3.1 De huisarts

Slieker-Ten-Hove, (2014) schrijft dat de huisarts, samen met de gynaecoloog, vaak het eerste aanspreekpunt is wanneer het aankomt op het bespreken van dyspareunie. Voor de cliënt is het vaak prettiger in eerste instantie deze problemen met hun huisarts te bespreken aangezien hij/zij een bekende hulpverlener is. De huisarts brengt het probleem in kaart en bespreekt met de cliënt de mogelijke behandelopties. Uit onderzoek van Duffy, Iversen en Hannaford (2011) blijkt dat vrouwen nog meer nood hebben aan info van hun arts om hen voor te bereiden op de veranderingen die de menopauze met zich meebrengt en alles te begrijpen. De vrouwen die goed geïnformeerd waren over hun opties konden makkelijker een beslissing nemen over hun behandeling.

Uit de persoonlijke ervaring van dokter Vanraen blijkt dat dyspareunie regelmatig aan bod komt als een "deurknopvraag". Wanneer de zorgvrager op het punt staat buiten te wandelen wordt het nog snel op tafel gelegd. Op dat moment heeft de arts weinig of geen tijd over binnen het consult om uitgebreid in te gaan op de zorgvraag. Een oplossing hiervoor kan gevonden worden in bovenstaande besproken tips, zoals het standaard actief en open bevragen van menopauzale klachten wanneer zorgvragers op routineonderzoek komen, net zoals het ter beschikking stellen van posters en brochures in de wachtzaal. Dokter Vanraen geeft ook aan dat ze zelf vaak start met het voorschrijven van een glijmiddel. Dit is een laagdrempelige eerste oplossing die snel en effectief aangeboden kan worden. Het feit dat deze zorgvragers een voorschrift hiervoor krijgen maakt het gemakkelijker dit product te kopen. Er moet niet aangeschoven worden in de winkel, de apotheker stelt geen ongemakkelijke vragen en het kan gekocht worden wanneer de zorgvrager naar de apotheker gaat voor andere medicatie. Het is belangrijk bij deze deurknopvraag ook zeker een vervolgspraak te maken die niet te ver in de toekomst gepland is. Op die manier moet de zorgvrager niet zelf de stap zetten opnieuw een afspraak te maken om uitgebreider in te gaan op het onderwerp. (Vanraen, 2021, 4 mei - persoonlijke communicatie). De arts kan vervolgens de zorgvrager opvolgen, doorverwijzen of samenwerken met een specialist. Deze hulpverleners kunnen een analyse maken en verslag doen naar de huisarts of het behandelingstraject van de cliënt volledig overnemen (Slieker-Ten-Hove,2014). Dokter Vanraen geeft aan dat ook zij regelmatig gebruik maakt van een doorverwijzing, vooral naar een gynaecoloog. Huisartsen die heel vertrouwd zijn met het probleem behandelen meestal zelf de zorgvrager, maar de meeste huisartsen zullen een doorverwijzing maken naar een specialist. (Vanraen, 2021, 4 mei - persoonlijke communicatie)

3.3.2 De gynaecoloog

Uit het boek van Slieker-Ten-Hove (2014). blijkt dat samen met de huisarts, de gynaecoloog een eerste toegangspunt is voor vrouwen die pijn bij het vrijen ervaren. De meeste vrouwen in de menopauze hebben al een vaste gynaecoloog, waardoor het een bekende hulpverlener is.

Een consult bij de gynaecoloog start telkens met een anamnese. Gynaecoloog Aendekerk bespreekt in een afgelegd interview het belang van een uitgebreide en doorgronde anamnese. Ze geeft aan dat vrouwen in deze leeftijdscategorie aanzienlijk moeilijker dit onderwerp ter sprake brengen als vrouwen in een jongere leeftijdscategorie, wat het belang van seksualiteit verwerken in een standaard anamnese benadrukt (Aendekerk, 2021, 5 april - persoonlijke communicatie). Vervolgens zal de gynaecoloog overgaan naar een klinisch onderzoek. Dr. Slieker-Ten-Hove bespreekt in haar boek ook hoe de gynaecoloog aan de hand van een inwendig onderzoek of echo de positie van de organen ten opzichte van elkaar kan bekijken en op zoek kan gaan naar eventuele letsels. Deze onderzoeken doet de gynaecoloog om andere verklaringen en aandoeningen uit te sluiten (Slieker-Ten-Hove,2014). Ook Dr. Aendekerk beschrijft het klinische onderzoek als een diagnostische manier waarbij aandoeningen stuk voor stuk worden uitgesloten tot een diagnose gesteld kan worden. Ze bekijkt onder andere atrofie; een aandoening waarbij de slijmvliezen uitdrogen, in dit geval door de daling in de oestrogeen levels tijdens de menopauze. Ook huidaandoeningen liggen vaak aan de oorsprong van dyspareunie. Zo blijkt, volgens Dr. Aendekerk, *lichen sclerosus* de meest voorkomende huidaandoening te zijn in deze doelgroep. Bij *lichen sclerosus* wordt de huid langzaam minder soepel. Hierdoor ontstaat een strakke, dunne huid die stilaan wit wordt. Er kunnen kleine scheurtjes of littekens in de huid ontstaan waardoor de huid krimpt en de ingang van de vagina strakker wordt. Verder kan er met een 3D echo gekeken worden naar de bekkenbodemspieren (Aendekerk, 2021, 5 april - persoonlijke communicatie).

In onderzoek van Duffy, Iversen en Hannaford (2011) werd gekeken naar de behandelopties die artsen aanbieden na het stellen van een diagnose. De medicamenteuze hormoonbehandeling bleek hierin de meest gekende en gebruikte methode. Uit onderzoek van Nappi et al. (2019) blijkt dat er drie vormen van hormonale therapie gebruikt worden in het behandelen van dyspareunie in de menopauze. Een behandeling met lokaal toedienen van oestrogeen (Local Estrogen Therapy) is de eerste optie in het behandelplan, aangezien deze ook bewezen effectief blijkt bij vrouwen met dyspareunie. Daarnaast is lokale toediening van androgenen en testosteron een nieuwe therapeutische optie die nog verder onderzocht moet worden alvorens ze als effectief verklaard kan worden.

Uit onderzoek van Nappi et al., 2019 blijkt ook dat Ospemifeen, een selectieve oestrogenreceptormodulator van de derde generatie, een medisch goedgekeurde optie is voor de behandeling van symptomen gerelateerd aan vulvovaginale atrofie. Het is momenteel geïndiceerd voor vrouwen die geen kandidaat zijn voor lokale oestrogeentherapie of wanneer andere behandelingen, waaronder lokale hormoontherapie, niet effectief waren om de symptomen te verlichten. Ook in onderzoek van The National Institutes of Health blijkt dat oestrogeentherapie het meest effectief is bij de behandeling van dyspareunie in de menopauze. Lokale toediening wordt aangeraden wanneer dyspareunie het enige probleem is (Utian et al., 2008).

Echter, bij meerdere klachten van de menopauze die samen optreden, is een orale hormoontherapie effectiever. Deze behandelvorm werd ook bevestigd door Dr. Aendekerk (Aendekerk, 2021, 5 april - persoonlijke communicatie). Verder toont de studie van The National Institutes of Health ook aan dat het gebruik van deze oestrogeentherapie een verhoogde kans op endometriumkanker met zich meebrengt. Daarom wordt er aangeraden dat vrouwen die hun baarmoeder nog hebben, ook progesteron bijnemen. Bij lokale toediening van oestrogeen is dit niet nodig aangezien de dosis heel laag is (Utian et al., 2008). Ondanks dat deze voorgaande bronnen bevestigen dat hormoontherapie de meest gebruikte behandeloptie is bij vrouwen met dyspareunie in de menopauze, bespreekt dokter Aendekerk ook nog andere ondersteunende opties. Zo kan het gebruik van een spiegel tijdens het klinisch onderzoek ondersteunend werken. Sommige vrouwen in deze doelgroep hebben nog nooit hun eigen vulva gezien, wat het ook moeilijk kan maken om de gegeven informatie te begrijpen en te plaatsen. Met het gebruik van een spiegel kan de dokter letterlijk aantonen wat ze opmerkt. Bevindingen die tot de normale anatomie behoren, maar ook pathologische kenmerken kunnen getoond worden aan de cliënt. Daarbij is het belangrijk elke zorgvrager in deze leeftijdsgroep te informeren over vaginale hygiëne. Hieronder wordt het gebruik van bepaalde zepen, inlegkruisjes, katoenen ondergoed etc. verstaan (Aendekerk, 2021, 5 april - persoonlijke communicatie). Bovendien onderzocht Nappi et al. (2019) ook microblatie met een CO2 laser. Hierbij worden er met een laserstraal minuscule gaatjes in de huid gemaakt. De vrijgekomen warmte van de CO2-laser verdeelt zich onder het huidoppervlak en activeert de aanmaak van collageen en elastine waardoor de huid gladder, strakker en steviger wordt. Echter blijkt uit het onderzoek van Nappi et al. (2019) dat hierover nog onvoldoende resultaat beschikbaar is om te beoordelen of dit een effectieve behandeling is. Ook Scavello et al. (2019) deed onderzoek naar lasertherapie ter behandeling van dyspareunie in de menopauze.

YAG-lasertherapie bleek een relatief recente benadering waarbij lokale stimulatie van de laser zorgt voor het verhogen van de productie van collageen om de elasticiteit van het weefsel te verbeteren. Deze behandeling bleek ook een goed alternatief voor overlevenden van kanker, aangezien bij hen lokale hormoonbehandeling gecontra-indiceerd is. Echter bleek uit het onderzoek dat vulvo-vaginal atrofie (AVV) geen indicatie is voor deze behandeling. In onderzoek van Lee (2014, p. 135) bleek dat onder 30 vrouwen in de leeftijd van 33-56 jaar met symptomatische AVV er een significante verbetering van de bekkenbodemelastischeiteit (76,6%) was na gebruik van YAG-lasertherapie. Scavello et al. (2019) vermeldt wel dat lasergebruik wordt beperkt wegens het ontbreken van gegevens over de veiligheid op lange termijn.

3.3.3 De bekkenbodetherapeut

Slieker-Ten-Hove (2014) schrijft dat bij een bekkenbodetherapeut de zorgvrager terecht kan voor alle problemen waarbij de bekkenbodem betrokken is. Dit is onder andere urine- of ontlastingsverlies, verzakkingsklachten, pijn (bij het vrijen), urineweginfecties etc. (Slieker-Ten-Hove, 2014). Uit een interview met bekkenbodetherapeut Kim Christiaens blijkt dat de stap naar een bekkenbodetherapeut niet vlot gezet wordt door mensen in de hier onderzochte doelgroep. Om een onderzoek of sessie bij een bekkenbodetherapeut te verkrijgen is er in België een voorschrift van een arts nodig. Voor sommige vrouwen kan dit al als een drempel aanvoelen. Christiaens en haar collega's merken dat deze doorverwijzing hoogstzelden gedaan wordt, tenzij de zorgvrager zelf het idee heeft voorgelegd bij haar dokter na aanbevelingen vanuit de persoonlijke omgeving. Minder mondige of geïsoleerde vrouwen raken op die manier niet tot bij deze specialist (Christiaens, 2021, 10 februari - persoonlijke communicatie).

Een bekkenbodetherapeut gaat te werk door eerst een gesprek te voeren waarin het hele probleem wordt bevraagd. In dit gesprek bekijkt de therapeut over welk 'domein' van de bekkenbodem het gaat (bijvoorbeeld de blaas, de baarmoeder, de vagina, ...) (Slieker-Ten-Hove, 2014). Ook andere klachten die in verband staan met dyspareunie worden actief bevraagd, aangezien dyspareunie vaak samengaat met nog andere problemen in het kleine bekken waarvan blaas- en plasproblemen het meeste voor komen. Buiten de uitgebreide anamnese is de voorlichting van de zorgvragers over de klachten en de rol van de bekkenbodem hierin een belangrijk deel van de taak van de bekkenbodetherapeut. Bovendien moet in deze anamnese direct een inschatting gemaakt worden of het probleem ook invloed heeft op psychologisch vlak, want dan is er doorverwijzing naar een seksuoloog of psycholoog nodig (Christiaens, 2021, 10 februari - persoonlijke communicatie).

Voordat de behandeling kan gestart worden, wordt de bekkenbodem uitgebreid onderzocht. Dit gebeurt door middel van een inwendig onderzoek. Na kinesitherapeutisch onderzoek kan een eventuele behandeling gestart worden. De oefeningen worden eerst juist aangeleerd waarna de zorgvrager thuis aan de slag kan met de therapeut in een coachende rol. Soms is intensievere begeleiding in de praktijk nodig. De bekkenbodemtherapeut zal geen medicatie voorschrijven, maar werkt met training van de bekkenbodemspieren (Christiaens, 2021, 10 februari - persoonlijke communicatie). Verder bevestigen Nappi et al. (2019) en Scavello et al. (2019) beiden dat 'Pelvic floor muscle training' wel degelijk een positieve invloed heeft op dyspareunie in de menopauze. In onderzoek van Duffy, Iversen en Hannaford (2011) waarbij gebruik gemaakt werd van kruiden, werd deze methode ineffectief verklaard binnen de gebruikte focusgroep. Verder kwam als conclusie uit onderzoek van Nappi et al. (2019) dat het gebruik van lubricant wel effectief is bij het behandelen van dyspareunie in de menopauze. Ook Scavello et al. (2019) toonden aan dat dit effectief was. Dr. Aendekerk bevestigde het positieve effect van het gebruik van lubricant, met de nadruk dat een glijmiddel op basis van silicone positiever is in tegenstelling tot één op waterbasis. Silicone zal een laagje op de huid achterlaten, tegenover glijmiddelen op waterbasis die in de huid trekken en snel terug wrijving zullen veroorzaken (Aendekerk, 2021, 5 april - persoonlijke communicatie).

Volgens Slieker-Ten-Hove, (2014) kan een bekkenbodemtherapeut op zelfstandige basis werken of kan hij/zij tewerkgesteld worden in een bekkenbodemcentrum (Nederland) of Klein Bekken Kliniek (België). Dit is een samenwerkingsnetwerk binnen een ziekenhuis of privékliniek waar meerdere zorgverleners samenwerken om cliënten met bekkenbodemklachten te begeleiden. Voor complexere problemen kan de multidisciplinaire (meerdere zorgverleners gezamenlijke) aanpak van een bekkenbodemcentrum een meerwaarde zijn.

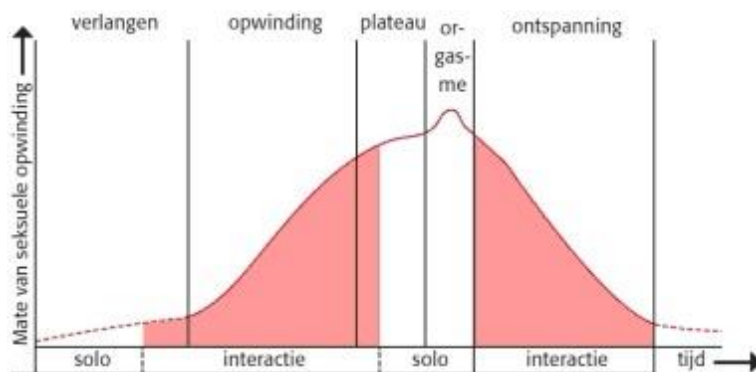
3.3.4 De psycholoog en seksuoloog

Slieker-Ten-Hove, (2014) schreef dat de bekkenbodemtherapeut of huisarts vaak weet welke psycholoog of seksuoloog werkt met vrouwen met dyspareunie. De psycholoog kan, door middel van gesprekken, werken met cliënten waarbij er onder andere sprake is van (seksueel) trauma of relatieproblemen. De psycholoog/seksuoloog zal altijd starten met een uitgebreid intakegesprek, waarna een plan opgesteld wordt waarin gesprekken en opdrachten voor thuis elkaar afwisselen. Verder wordt er ondersteuning geboden bij het verwerken van trauma's en het behandelingsproces (Slieker-Ten-Hove, 2014).

Ook Jamai et al. (2015) raadt aan om door te verwijzen naar een psychotherapeut wanneer er sprake is van seksuele dysfunctie. Binnen de hulpvraag dyspareunie in de menopauze heeft de psycholoog of seksuoloog ook een coachende rol, waarbij veel informatie gegeven wordt over de hormonale cyclus die verandert binnen de menopauze.

Binnen deze literatuurstudie werd ook een interview afgenomen met seksuologen Fien Ceulemans en Sam Geuens. Ceulemans geeft aan dat dyspareunie in de menopauze kan geplaatst worden in verschillende fases van de seksuele responscyclus die hieronder wordt afgebeeld.

Figuur 4: De seksuele responscyclus (Opwinding, z.d.).



Zo wordt bij patiënten met dyspareunie vaak opgemerkt dat de hindernis zich bevindt in de verlangen-fase, wanneer het verlangen naar seks niet meer toegelaten wordt uit schrik dat opwinding leidt tot seks en pijn. De seksuoloog gaat hiermee te werk door een veilige intimiteitsbeleving te creëren samen met het koppel. Dit wordt gedaan door het verkennen van de intimiteitsgrens van de vrouw en deze te integreren in het dagelijks leven van het koppel. Daarbij leert de psycholoog of seksuoloog het koppel ook alternatieve intimiteitsvormen te ontdekken en integreren, zoals bijvoorbeeld tepelstimulatie, wat voor sommige vrouwen ook kan leiden tot een orgasme.

Verder kan de seksuoloog oefeningen mee naar huis geven die enerzijds focussen op communicatie om te leren spreken over seksualiteit en de grenzen van deze zorgvrager buiten de praktijk van de seksuoloog. Anderzijds kunnen dit ademhalingsoefeningen zijn, bijvoorbeeld ter bevordering van de doorbloeding van de vulva of clitoris. Vaak zijn dit ook koppel oefeningen waarin het koppel aan de slag gaat om intimiteit op te bouwen door middel van streeloefeningen. Al deze oefeningen kunnen helpen met het leren zoeken van de grenzen van de vrouw en intimiteit te leren beleven op een nieuwe manier (Ceulemans, 2021, 21 april - persoonlijke communicatie).

Seksuoloog Geuens Sam benadrukt daarentegen de strategie om aan de slag te gaan met ideeën die het koppel zelf op tafel legt. Op die manier zal het koppel beter gemotiveerd zijn deze oefeningen of voorstellen ook effectief zelf te doen. Wanneer het koppel zelf een voorstel op tafel legt, is dit altijd al afgesteld en toepasbaar in hun eigen relatie en leefomgeving (Geuens, 2021, 28 april - persoonlijke communicatie). Deze strategie past ook goed binnen de wetenschappelijke onderbouwde tips die Paternotte et al. (2017) aanduiden en die al eerder aangehaald werden in deze literatuurstudie.

Zowel Geuens als Ceulemans geven aan een hindernis te vinden in de samenwerking of doorverwijzing naar andere hulpverleners. Enerzijds heerst er een taboe omtrent het werk van de seksuoloog, maar anderzijds is de zorgvrager (net als andere zorgverleners) niet altijd op de hoogte van wat de meerwaarde van de seksuoloog is (Ceulemans, 2021, 21 april - persoonlijke communicatie). Geuens benadrukt specifiek de nood aan de wettelijke erkenning van het zorgberoep, waarbij het belangrijk is dat seksuologen geïntegreerd worden in ziekenhuizen. Samenwerken vanuit een privépraktijk kan heel moeilijk zijn; in een ziekenhuis is een doorverwijzing sneller en laagdrempeliger voor de patiënt (Geuens, 2021, 28 april - persoonlijke communicatie).

3.3.5 De vroedvrouw en menopauzeconsulent

Volgens het UZ Gent (2017) gaat bij meer dan driekwart van de Belgische vrouwen de menopauze gepaard met fysieke of psychische klachten. Deze groep kan verder geholpen worden bij een menopauzeconsulent. Deze hulpverleners geven advies, beantwoorden vragen en leren vrouwen met hun veranderende lichaam omgaan. Op de website van de beroepsvereniging van Belgische menopauzeconsulenten, Menofocus (2019), werd het beroep als volgt beschreven:

“Ons doel is informeren, adviseren, taboes doorbreken en preventief werken om latere gezondheidsrisico's (osteoporose, diabetes, hart- en vaatziekten, ...) ten gevolge van de menopauze te voorkomen.”

Op de website van het Ziekenhuis Oost-Limburg (2020) wordt beschreven dat de gegeven adviezen met betrekking tot behandeling steeds in samenspraak is met de zorgvrager. De werking, de veiligheid en het gebruik van eventuele medicatie wordt door de menopauzeconsulente verduidelijkt. Er kan eventueel ook gebruik gemaakt worden van een internationaal gevalideerde vragenlijsten, om op die manier een grondige screening te maken.

Menopauzeconsulenten vindt men terug binnen een ziekenhuis, als ondersteunende functie, of op zelfstandige basis. Echter is dit een vrij nieuw beroep in Vlaanderen waardoor ze als beroepsgroep beperkt aanwezig is in de gezondheidszorg. In 2017 verenigden de menopauzeconsulenten in België zich tot een nationale beroepsvereniging, die de leden ondersteunt om de gezondheid van menopauzale vrouwen te bevorderen (Menofocus, 2019). Om menopauzeconsulent te worden is een opleiding nodig die gevormd wordt door docenten of experts die werken binnen een setting van menopauzale vrouwen. Dit kunnen artsen, verpleegkundige of vroedvrouwen zijn. Om in te stromen in de opleiding tot menopauzeconsulent moet je een bachelor in de verpleegkunde of vroedkunde of aan bachelor of master in het brede domein van de gezondheidszorg hebben. Momenteel is deze opleiding maar op één plek in België te volgen als postgraduaat op Vives Hogeschool te Kortrijk. (Vives Hogeschool, z.d.).

Binnen deze literatuurstudie werd er ook een interview afgenomen met menopauzeconsulent Chris van Gaver. Koppels kunnen bij haar terecht voor individuele begeleiding doorheen de overgang. Hierbij gaat de menopauzeconsulent preventief en curatief te werk. Van Gaver geeft aan dat taboe en seksualiteit een centraal thema is in haar begeleiding en merkt dat door het consult te starten met de verduidelijking dat er in haar ruimte geen enkel onderwerp taboe is, vrouwen zich minder geremd voelen en er een last van hun schouders valt. Van Gaver werkt rondom enkele hoofdzaken, waarvan de hormonale cyclus er één is. Enerzijds informeert de menopauzeconsulent, net zoals de andere besproken hulpverleners, het koppel over wat de menopauze juist inhoudt en welk hormonaal effect dit met zich meebrengt. Wanneer er sprake is van pijn bij het vrijen gaat de consulent proberen de testosteronspiegel te doen stijgen, waardoor het libido opnieuw opgekrikt wordt. Anderzijds kunnen menopauzeconsulenten natuurlijke middelen adviseren. Dit is voor de zorgvragers vaak een eerste, laagdrempelige, stap richting 'behandelen'. Zo adviseert Van Gaver 'Vagisan moisturising cream' voor vrouwen die vaginale droogte ervaren. Dit is een crème zonder hormonen, die eveneens ook fungeert als een glijmiddel. De consulent adviseert cliënten deze crème in de eerste week dagelijks vaginaal op te spuiten, in week twee om de dag, en in week drie slechts enkele keren per week. Dit is een goede eerste oplossingen voor cliënten die (nog) niet open staan voor hormonale crèmes. Vagisan heeft een kostenplaatje van 15 tot 20 euro en kan zonder voorschrift bij de apotheker gehaald worden of online besteld worden. Daarbuiten is duindoornbesolie ook een goede oplossing om vaginale droogte op een natuurlijke manier tegen te gaan. In deze capsules zit membrasin, wat boordevol vitamines en omega vetzuren zit die de huid van binnenuit voeden en het collageen in stand houden.

Deze capsules hebben eveneens een kostprijs van 20 euro en kunnen online besteld worden of in een natuurwinkel of gezondheidsketen zoals 'Holland & Barrett' gekocht worden. Verder adviseert Van Gaver bij dyspareunie ook twee producten van het merk 'Nutriphyt'. De combinatie van de 'Curmac' en 'Iso-XX' supplementen werkt als een natuurlijke tegenhanger van de hormonale substitutietherapie en werkt goed bij menopauzale klachten (Van Gaver , 2021, 1 april - persoonlijke communicatie).

4. Het praktische luik

Binnen deze proef is een praktijkgedeelte opgesteld met als doel de verkregen informatie te verwerken in een tool die effectief kan bijdragen in het doorbreken van het taboe. Het praktische luik is opgesteld uit drie onderdelen die hieronder besproken zullen worden. De visuele tool is bestudeerd en uitgetest door een testgroep van zeven hulpverleners. Deze groep bestond uit één gynaecoloog, één huisarts, twee seksuologen, één bekkenbodemtherapeut, één menopauzeconsulent en één vroedvrouw. Deze groep heeft de tool ook voorgelegd bij hun collega's en patiënten die op dat moment in behandeling waren bij hen.

4.1 De patiëntenbrochure

Uit het onderzoek van Vienne (2018) blijkt dat één op de vier deelnemers interesse heeft in een informatiebrochure. Op die manier wordt er tegemoetgekomen aan de behoefte naar extra betrouwbare informatie die vrouwen in dit onderzoek hadden. Daarbij kan de brochure een gespreksopener zijn. Met deze informatie in het achterhoofd werd een patiënten brochure opgesteld. Hierin worden kort drie onderwerpen besproken: 'Het belang van jezelf informeren', 'Bij welke hulpverlener je terecht kan' en 'Hoe je dit onderwerp op tafel legt bij de hulpverlener'. De brochure bevat enerzijds een informatieve tekst aan de binnenzijde van de folder. Anderzijds staan er aan de buitenzijde voorbeeldzinnen die de zorgvrager kan gebruiken en betrouwbare websites waar ze de juiste hulpverleners kunnen terugvinden. De brochure heeft een goed evenwicht tussen serieuze en neutrale informatie in een speelse lay-out. Aangezien ze gratis ter beschikking gesteld wordt in wachtzalen, kunnen hiermee ook de vrouwen in kansarme gezinnen of met een lager opleidingsniveau bereikt worden. Een beperking van deze brochure kan zijn dat de brochure alleen in het Nederlands ter beschikking is. Wanneer er vanuit een specifieke instelling vraag is naar een vertaling van de brochure kan deze later nog altijd vertaald worden. De brochure kan teruggevonden worden als bijlage 1 verder in deze bachelorproef. Wegens de COVID-19 pandemie mogen tijdelijk geen brochures in de wachtzaal liggen, daarom werd er een extra poster opgesteld die in de tussentijd kan opgehangen worden. Deze poster kan teruggevonden worden als bijlage 2 verder in deze bachelorproef.

4.2 De handleiding voor hulpverleners

Uit de zes interviews die afgenomen werden voor deze proef blijkt dat hulpverleners soms wat verloren lopen in het samenwerkingsnetwerk. Er is niet genoeg tijd en kennis om door te verwijzen of samen te werken met iemand uit het netwerk. Daarbij hebben hulpverleners niet altijd inzicht in wat de taak en meerwaarde van bepaalde andere hulpverleners is. Vanuit deze bevinding werd een praktische handleiding opgesteld voor alle hulpverleners die vrouwen met deze hulpvraag kunnen begeleiden. Hierin werd het samenwerkingsnetwerk besproken, samen met enkele materialistische en communicatieve tips die je als hulpverlener kan toepassen tijdens een consult. De handleiding kan teruggevonden worden als bijlage 3 verder in deze proef.

4.3 Het filmpje voor de volledige doelgroep

Uit de onderzochte literatuur blijkt dat niet alleen de zorgvrager en zorgverlener informeren belangrijk is, maar ook de mensen in de omgeving van deze personen. Om die reden werd een geïllustreerd filmpje gemaakt in samenwerking met grafisch ontwerpster Leen Corsus. Hierin werd zoveel mogelijk informatie verwerkt op een luchtige en visuele manier. Dit filmpje mag door hulpverleners of zorginstanties gepost worden op hun website of sociale media platformen. Het doel is om met dit filmpje een breed publiek te bereiken, waar we uit de doelgroep van menopauzale vrouwen en hulpverleners stappen. Aangezien uit deze proef gebleken is dat ook de omgeving informeren belangrijk is, kunnen we met dit filmpje ook partners of kinderen van vrouwen in deze doelgroep bereiken. Bij het illustreren van deze beelden is gefocust op diversiteit en op het betrekken van verschillende culturen in de beelden. Bovendien is er gebruik gemaakt van ondertitels voor slechthorende of mensen die het filmpje zonder geluid bekijken. Voorlopig zijn de ondertitels Nederlandstalig, wat een taalbarrière met zich mee kan brengen. Echter kunnen in de toekomst de ondertitels op aanvraag vertaald worden naar andere talen mocht hiervoor interesse zijn vanuit een instantie. Een QR-code die leidt naar het filmpje kan teruggevonden worden als bijlage 4 verder in deze proef.

5 Discussie

Deze proef zocht een antwoord op de onderzoeksvraag: 'Op welke manier kunnen hulpverleners en zorgvragers bijdragen aan het doorbreken van het taboe omtrent dyspareunie in de menopauze?'.

Interpretatie van de resultaten

De literatuur en interviews hebben uitgewezen dat de beperkte kennis over het samenwerkingsnetwerk een hindernis is. Zorgverleners beschikken over onvoldoende kennis of middelen om efficiënt samen te werken met, en door te verwijzing naar iemand binnen het netwerk. Het samenwerkingsnetwerk bestaat uit: de huisarts, de gynaecoloog, de seksuoloog, de bekkenbodetherapeut en de menopauzeconsulent. Ook voor zorgvragers is het niet duidelijk tot wie ze zich binnen dit netwerk kunnen richten met hun klacht .

Verder biedt de studie nog enkele middelen aan om het taboe te doorbreken zoals het gebruik van de MRS-lijst, het beschikbaar stellen van brochures en posters in de wachtzaal en het opstellen van praktijkrichtlijnen. De hulpverlener kan ook gebruik maken van communicatieve tips die het onderwerp makkelijker bespreekbaar maken, zoals dyspareunie open en actief bevragen tijdens routineonderzoeken, vertrekken vanuit het standpunt van de patiënt en geen medische termen gebruiken. De zorgvrager en haar omgeving kan het taboe doorbreken door haarzelf en haar omgeving te informeren over de menopauze en het hulpverleningsnetwerk. Daarbij kan het gebruik van enkele voorbeeldzinnen helpen om de zorgvraag makkelijker op tafel te leggen. Al deze hulpmiddelen dragen bij aan het doorbreken van het taboe omtrent dyspareunie binnen de patiënt-hulpverlener relatie. Echter valt het nog te bestuderen of deze tools ervoor zorgen dat artsen en andere hulpverleners zich comfortabeler voelen om te spreken over dyspareunie en of ze bijdragen in de kennis over het samenwerkingsnetwerk.

Beperkingen van het onderzoek

Als kern van dit onderzoek werd het onderwerp taboe bestudeerd. De lezer moet bij het lezen van deze studie rekening houden met het feit dat taboe een subjectief onderwerp is wat sterk beïnvloed wordt door persoonlijke etniciteit, ethiek en voorgeschiedenis. Bovendien is er rond het taboe over dyspareunie in de menopauze weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan. De onderzoeken die ter beschikking zijn, zijn sterk afgebakend binnen een bepaald werelddeel, land of cultuur. Deze literatuurstudie bespreekt het taboe omtrent dyspareunie in een multiculturele setting, waardoor de tips en conclusies uit deze studie niet in elke setting toepasbaar zullen zijn.

De tijdslijmiet van artikels werd ook uitgebreid van maximum vijf jaar naar maximum tien jaar oud. Dit zou als effect kunnen hebben dat de resultaten verouderd of achterhaald zijn. Daarbij vallen twee artikels, 'A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States' van Lindau et al. en 'Estrogen and progestogen use in postmenopausal women' van Utian et al. buiten deze tijdslijmiet aangezien deze artikels dateren uit 2007 en 2008. Wegens de grote meerwaarde van de resultaten uit deze onderzoeken werd besloten deze artikels toch te betrekken in deze literatuurstudie. Verder werd er één Belgische bron teruggevonden die werkt vanuit een diverse patiënten populatie, dit was de masterproef van Dr. Vienne (2018). Een potentieel probleem is dat de steekproef van deze bron slechtst bestaat uit 49 menopauzale vrouwen. De grootte van deze steekproef zou de populatie niet goed kunnen representeren, waardoor er mogelijkheid ontstaat dat de betrouwbaarheid van het onderzoek niet toereikend genoeg is. Door het gelimiteerde aantal aanwezige onderzoek werd in deze paper gebruik gemaakt van persoonlijke bronnen die opgesteld werden uit interviews. De studie kan helaas niet de inzet van alle hulpverleners, in verschillende werelddelen, in het onderzoek betrekken. Wegen praktische redenen beperkt het onderzoek zich tot interviews met één à twee hulpverleners uit elk vakgebied die besproken worden in deze studie. Uit de interviews werd geconcludeerd dat er zich een algemeen probleem stelt, namelijk de onwetendheid over het samenwerkingsnetwerk. Op de vraag 'Waar loop jij in jouw werkveld tegenaan binnen de begeleiding van deze patiënten?' kwam bij veel van de hulpverleners terug dat de zorgvrager niet weet bij welke hulpverleners ze terecht kunnen of wat de meerwaarde van deze hulpverleners is. Anderzijds gaven sommigen ook aan dat het probleem zich afspeelt bij de doorverwijzing naar andere hulpverleners. Hierbij is de onwetendheid over het samenwerkingsnetwerk het grondprobleem. Met deze kennis in het achterhoofd komt deze literatuurstudie met een praktijkgedeelte waarin op drie manieren gewerkt wordt rond zowel hulpverlener als zorgvrager. Dit zou mogelijks kunnen bijdragen aan een beter geïnformeerd netwerk in de toekomst. In dit praktijkgedeelte werden ook alle tips verwerkt die in deze literatuurstudie gevonden werden als middel om dyspareunie vlotter bespreekbaarder te maken, voor zowel zorgvrager als zorgverlener. Een beperking van dit praktijkgedeelte is dat deze voorlopig alleen nog maar opgesteld is in het Nederlands, waardoor mogelijks een taalbarrière gaat ontstaan bij anderstalige vrouwen.

Vervolgonderzoek

Aangezien een algemeen probleem teruggevonden werd binnen het samenwerkingsnetwerk kan een volgend verkennend onderzoek uitgevoerd worden naar in welke mate hulpverleners geïnformeerd zijn over het samenwerkingsnetwerk en of de bijbehorende tools daarin een

positieve bijdrage leveren. Aangezien voor dit onderzoek door praktische redenen een beperkt aantal interviews afgenomen werd, zou een grootschaliger onderzoek hierover concretere resultaten kunnen leveren. Daarbij kan in vraag gesteld worden of een multidisciplinaire aanpak ook effectief bijdraagt aan verhoogde tevredenheid en vlottere samenwerking. Een onderzoek waarin een multi-, trans-, en interdisciplinaire aanpak vergeleken wordt zou hier veel inzicht in kunnen geven. Dit zou bijvoorbeeld getest kunnen worden in een klein bekken kliniek, waar verschillende disciplines samen de patiënt begeleiden. In tegenstelling tot begeleiding van een zelfstandige bekkenbodemptherapeuten in samenwerking met andere zelfstandige hulpverleners.

Bovendien is het moeilijk om mensen te bereiken en te behandelen wanneer er geen weet is over de incidentie van dit probleem. Een onderzoek naar de incidentie in de toekomst zou zeker nuttig zijn, om nadien ook te evalueren of bepaalde behandelingsstrategieën effect hebben op de incidentiecijfers. Onderzoek en incidentiecijfers zijn desto meer nodig in Europa, aangezien er heel weinig onderzoek terug te vinden was uit de westerse wereld.

Verder bespreekt deze studie de werking van menopauzeconsulenten. Doordat dit een relatief nieuw beroep is in Vlaanderen, wat ook nog niet in alle landen aanwezig is, is hier heel weinig onderzoek naar. Vervolgonderzoek kan de effectiviteit en de rol van de menopauzeconsulent bepalen. De lezer van deze literatuurstudie moet er dus rekening mee houden dat de doeltreffendheid van deze natuurlijke producten uit het interview met Van Gaver niet nagekomen kan worden en het gebruik van dit product gebaseerd is op Van Gaver's persoonlijk werkervaring. Buiten de rol van de menopauzeconsulent kan ook de rol van een vroedvrouw onderzocht worden. Misschien dat het preventief en tijdig informeren over pijn tijdens het vrijen, bijvoorbeeld in de kraamperiode, kan bijdragen aan het verlagen van de drempel voor mensen in de latere doelgroep.

6 Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: 'Op welke manier kunnen hulpverleners en zorgvragers bijdragen aan het doorbreken van het taboe omtrent dyspareunie in de menopauze?'. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat zorgvragers sneller bij de juiste hulpverlener komen wanneer zowel de vrouw als haar omgeving goed geïnformeerd zijn over de menopauze en de bijhorende klachten. Niet alleen de zorgvragers, maar ook de zorgverleners informeren over het zorgnetwerk bleek cruciaal. Bovendien zijn er tips ter beschikking die de drempel om het onderwerp ter sprake te brengen verlagen. Deze zijn er op materialistisch vlak: affiches, brochures, praktijkrichtlijnen en de MRS-lijst. Ook zijn er communicatieve tips om het taboe te doorbreken, namelijk: open en actief bevragen, de taal van de patiënt spreken en geen medische termen gebruiken. Daarbij werd ondervonden dat zorgvragers en zorgverleners informeren over het samenwerkingsnetwerk positief bijdraagt aan het doorbreken van het taboe. Deze tips werden verwerkt in het praktijkgedeelte dat bestaat uit één brochure voor de zorgvrager, één brochure voor de zorgverleners en één filmpje voor de zorgvragers, -verleners en hun omgeving. Dit praktijkgedeelte werd positief beoordeeld door een testgroep bestaande uit zeven hulpverleners met ervaring in het vakgebied. Uit dit kwantitatieve onderzoek is gebleken dat wanneer zowel zorgvragers als zorgverleners hun schouders zetten onder deze problematiek, iedereen effectief een bijdrage kan leveren in het doorbreken van het taboe omtrent dyspareunie.

Reflectie

Ik heb veel bijgeleerd uit het opstellen van deze proef. Ondanks dat het idee om te werken rond taboe en dyspareunie ontstaan is in samenwerking met Jolien, ben ik dit avontuur alleen geëindigd. Onze samenwerking was kort, maar heeft ons toch enorm hard naar elkaar toe gebracht. Flexibiliteit is een belangrijk kenmerk van vroedvrouwen wat ik binnen het opstellen van deze proef zeker verder ontwikkeld heb. Dit vond ik niet altijd gemakkelijk omdat ik een persoon ben die graag een planning hanteert en die volgt. Zeker naar het einde van het schrijfproces toe heb ik flexibiliteit leren te integreren en vooral leren aanvaarden. Soms zijn er dagen waarop het schrijven, nalezen, interpreteren en creëren niet goed gaat. Ik heb geleerd dat in een goede planning er juist ruimte moet zijn om die moeilijkere dagen te omarmen en mee te nemen. Buiten flexibiliteit was het een heel leerrijk proces om me te verdiepen in het samenwerkingsnetwerk. Door de doelgroep van deze proef te limiteren tot vrouwen in de menopauze ben ik uit mijn vroedkundige comfort zone gestapt. Binnen de opleiding heb ik geleerd over de vrouwelijke anatomie en vanuit de praktijk weet ik wat een gynaecoloog of seksuoloog doet. Als vroedvrouw hang je af en toe ook aan de lijn met een huisarts, deze hulpverleners waren dus niet compleet nieuw voor mij. Toch heb ik ze door dit onderwerp vanuit een ander daglicht leren zien, vanuit een standpunt wat voor een keer niet met zwangerschap te maken heeft. Door me te verdiepen in de theorie en te spreken met mensen uit de praktijk heb ik ook een andere kijk gekregen op dyspareunie. Ik ben deze proef gestart met de visie dat dyspareunie een aandoening is, die bij sommige vrouwen voorkwam. Ik ging ervan uit dat ik vooral te maken ging krijgen met pathologie, waarbij ik me enorm ging moeten verdiepen in de gynaecologie en endocrinologie. Het was verhelderend en mooi om te leren dat dyspareunie soms meer tot de fysiologie behoort dan tot de pathologie. Dit heeft me zeker een andere kijk op het onderwerp gegeven, het is helemaal geen 'aandoening' waar enkele vrouwen mee te maken hebben. Dyspareunie is een (jammer genoeg) veel voorkomende kwaal, waarvan nog niet altijd geweten is hoe frequent hij voorkomt en normaal hij eigenlijk is. Deze mindset neem ik zeker mee de toekomst in. Verder was het schrijfproces rondom deze proef zeker een complex parcours met enkele hindernissen onderweg. De journalistieke schrijfstijl mocht af en toe geloven aan een 'we' of 'ik' die in de tekst glipte. Ook werkwoorden vervoegen en spelling bleken niet mijn sterkte binnen deze proef. Gelukkig leerde mijn promotor me een netwerk op te bouwen met vrienden die me hierin kunnen ondersteunen. Het verbaasde me wat een grote meerwaarde een frisse blik op al de tekst kan zijn wanneer je al lang aan één stuk aan het schrijven bent.

Al bij al ben ik enorm trots op het eindresultaat wat ik verwezenlijkt hebt en hoop ik dat het zijn steentje kan bijdragen in de praktijk. Nog trotser ben ik op de weg die ik heb afgelegd naar dit eindresultaat toe. In het begin van dit avontuur beschreef ik deze quote in het voorwoord, nu op het einde kan ik hem bekrachtigen: *It's all about the journey, not about the destination.*

Referentielijst

- Adebayo, V., Sowunmi, O. Y., Misra, S., Ahuja, R., Damaševičius, R., & Oluranti, J. (2020). The Role of ICTs in Sex Education: The Need for a SexEd App. *Advances in Intelligent Systems and Computing*, 343–351. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49339-4_35
- Apter, D., & Molina Cartes, R. (2012). Sexuality Education: Finnish and Chilean Experiences. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, 332–356. <https://doi.org/10.1159/000331669>
- Beck, V., Brewis, J., & Davies, A. (2019). The remains of the taboo: experiences, attitudes, and knowledge about menopause in the workplace. *Climacteric*, 23(2), 158–164. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1656184>
- Bekkenbodencentrum Albert Schweitzer. (z.d.). *Pijn bij het vrijen (dyspareunie) | Bekkenbodencentrum*. ASZ. Geraadpleegd op 17 november 2020, van <https://www.asz.nl/bekkenbodencentrum/aandoeningen/seksuele-problemen/pijn-bij-het-vrijen-dyspareunie/>
- De vereniging van Belgische Menopauzeconsulenten. (2019). *Menofocus*. Menofocus. <http://menofocus.be/>
- Duffy, O., Iversen, L., & Hannaford, P. C. (2011). The menopause 'It's somewhere between a taboo and a joke'. A focus group study. *Climacteric*, 14(4), 497–505. <https://doi.org/10.3109/13697137.2010.549974>
- Dyspareunie.(2015) Geraadpleegd op 22/11/2020 via <https://vaginisme.nl/vaginisme/cijfers/>
- Ensie. (2016, 3 maart). *Taboe - de betekenis volgens Redactie Ensie*. Geraadpleegd op 23 november 2020, van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/taboe>
- Geukes, M., Oosterhof, H., van Aalst, M. P., & Anema, J. R. (2020). Attitude, confidence and social norm of Dutch occupational physicians regarding menopause in a work context. *Maturitas*, 139, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.015>
- Jain, N., Mehra, R., Goel, P., & Chavan, B. S. (2019). Sexual health of postmenopausal women in North India. *Journal of Mid-life Health*, 10(2), 70. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_38_18
- Jamali, S., Javadpour, S., Mosalanejad, L., & Parnian, R. (2015). Attitudes About Sexual Activity Among Postmenopausal Women In Different Ethnic Groups: A Cross-sectional Study In Jahrom, Iran. *J Reprod Infertil*, Vol 17(No 1), 47–55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769855/>
- Lee, M.S. Treatment of vaginal relaxation syndrome with an erbium:YAG laser using 90° and 360° scanning scopes: A pilot study and short-term results. *Laser Ther*. 2014, 23, 129–138. [CrossRef]

- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762–774. <https://doi.org/10.1056/nejmoa067423>
- Namazi, M., Sadeghi, R., & Behboodi Moghadam, Z. (2019). Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. *International Journal of Women's Health, Volume 11*, 637–647. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s228594>
- Nappi, R. E., Martini, E., Cucinella, L., Martella, S., Tiranini, L., Inzoli, A., Brambilla, E., Bosoni, D., Cassani, C., & Gardella, B. (2019). Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Frontiers in Endocrinology*, 10, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00561>
- Opwinding*. (z.d.). Seksualiteit.nl. Geraadpleegd op 6 mei 2021, van <https://www.seksualiteit.nl/zin-lust/opwinding>
- Parish, Nappi, R., Krychman, Kellogg-Spadt, Simon, Goldstein, & Kingsberg, S. (2013). Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *International Journal of Women's Health*, 437. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s44579>
- Paternotte, E., van Dulmen, S., Bank, L., Seeleman, C., Scherpbier, A., & Scheele, F. (2017). Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. *International Journal of Medical Education*, 8, 170–175. <https://doi.org/10.5116/ijme.591b.19f9>
- Pound, P., Denford, S., Shucksmith, J., Tanton, C., Johnson, A. M., Owen, J., Hutten, R., Mohan, L., Bonell, C., Abraham, C., & Campbell, R. (2017). What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ Open*, 7(5), e014791. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014791>
- Profundum Instiuit B.V. (2019, 5 maart). BekkenBodem App - BekkenBodem Online. BekkenBodem Online. <https://bekkenbodemonline.nl/bekken-en-bodem/bekkenbodem-app/>
- Scavello, I., Maseroli, E., Di Stasi, V., & Vignozzi, L. (2019). Sexual Health in Menopause. *Medicina*, 55(9), 559. <https://doi.org/10.3390/medicina55090559>
- Slieker-Ten-Hove, M. C. S. (2014). *Verborgen vrouwenleed*. Uitgeverij Boekscout.nl.
- Utian, W. H., Archer, D. F., Bachmann, G. A., Gallagher, C., Grodstein, F. n., Heiman, J. R., Henderson, V. W., Hodis, H. N., Karas, R. H., Lobo, R. A., Manson, J. E., Reid, R. L., Schmidt, P. J., Stuenkel, C. A., & North American Menopause Society (2008). *Estrogen and progesterone use in postmenopausal women: July 2008 position statement of The North American Menopause Society*. *Menopause (New York, N.Y.)*, 15(4 Pt 1), 584–602. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31817b076a>

UZ Antwerpen. (z.d.). Menopauze: klachten | UZA. Geraadpleegd op 25 december 2020, van <https://www.uza.be/behandeling/menopauze-klachten>

Vienne, H. (2018). *Menopauzale klachten in een multiculturele praktijk* (Masterproef Huisartsgeneeskunde).
https://scholar.google.be/scholar?hl=nl&as_sdt=0%2C5&q=Menopauzale+klachten+in+een+m+ulticulturele+praktijk&btnG=

Vives Hogeschool. (z.d.). *POSTGRADUAAT MENOPAUZECONSULENT* [Brochure].
<https://www.viveshealthcareschool.be/>.
<https://www.viveshealthcareschool.be/Repository/documenten/AJ20-21PostgraduaatMenopauzeconsulent.pdf>

Vrouwen met overgangsklachten kunnen op consultatie bij de menopauzeconsulent. (2017, 29 mei). Vrouwen met overgangsklachten kunnen op consultatie bij de menopauzeconsulent.
<https://www.uzgent.be/nl/actueel/nieuws/Paginas/Vrouwen-met-overgangsklachten-kunnen-op-consultatie-bij-de-menopauzeconsulent.aspx>

Ziekenhuis Oost-Limburg. (z.d.). Menopauzeraadpleging. Geraadpleegd op 28 maart 2021, van <https://www.zol.be/gynaecologie/aandoeningen/menopauze/menopauzeraadpleging>

Bijlage

Bijlage 1



Breng pijn bij het vrijen ter sprake

We weten dat dit onderwerp niet gemakkelijk is om te bespreken met je hulpverlener. Daarom geven we je enkele openingsszinnen mee die je kan gebruiken tijdens je afspraak.

"Sinds de vorige keer dat ik hier was merk ik meer ongemak bij het vrijen."

"Ik merkte deze brochure op tijdens het wachten in de wachtkamer en ik herken mezelf wel in de voorgelegde situaties".

"Ik ervaar dat de intimiteit met mijn partner niet zo fijn verloopt sinds ik in de overgang ben."

"Mijn vriendin heeft me aangeraden om naar u te komen, omdat ze zich zo goed geholpen voelde toen zij zelf in de overgang zat"

Enkele handige websites

Op zoek naar een huisarts?
<https://ordomedic.be/nl/vind-een-dokter>
Selecteer 'Algemene Geneeskunde' als specialisme

Op zoek naar een gynaecoloog?
<https://ordomedic.be/nl/vind-een-dokter>
Selecteer 'Gynaecologie en verloskunde' als specialisme

Op zoek naar een seksuoloog?
<https://www.seksuologen-vlaanderen.be/members/members>

Op zoek naar een bekkenbodemptherapeut?
www.bicap.be

Op zoek naar een menopauze consultant?
<http://menofocus.be/de-consulent/consulenten/>

Pijn bij het vrijen

- In de menopauze



SCAN ME

HOGESCHOOL PXL

Een geïnformeerde vrouw is er twee waard!

Uit onderzoek blijkt dat pijn bij het vrijen, samen met opwindingsstoornissen, de meest voorkomende aandoeningen zijn in de menopauze. Ondanks dat het soms moeilijk lijkt om te praten over dit onderwerp, is het belangrijk om te weten dat dit geen zeldzame aandoening is. Pijn bij het vrijen komt regelmatig voor bij de leeftijdsgroep in de menopauze. Juist doordat zo veel vrouwen dit ongemak ervaren, wordt het snel als 'normaal' bestempeld, 'Het hoort bij ouder worden'.

Je hoeft niet te leren leven met deze pijn, weet dat er verschillende hulpverleners klaar staan die bekend zijn met het onderwerp. Bovendien zijn er ook verschillende oplossingen voor het probleem. Het is dus erg belangrijk dat je jezelf durft te informeren, en de hulp van een hulpverlener durft te vragen. Uit onderzoek blijkt dat geïnformeerde vrouwen positiever ingesteld zijn waardoor ze ook minder last hebben van hun menopauzale symptomen. Verder voelt een vrouw zich beter begrepen en gesteund wanneer ook de partner of de omgeving goed geïnformeerd is, wat leidt tot minder depressie en angst binnen de menopauze. Bovendien zullen geïnformeerde vrouwen ook sneller hun symptomen herkennen en zo bij de juiste hulpverlener terecht komen. **Jezelf informeren en de stap naar een hulpverlener durven zetten, blijkt dus toch heel belangrijk en voordelig.**

"Pijn bij het vrijen, dat komt vier keer meer voor tijdens de menopauze als erbuiten. En uit onderzoek blijkt dat 6 op de 10 vrouwen zelfs nooit informatie heeft gekregen over de menopauze en de kwaaltjes die daarbij komen kijken."

Welke hulpverleners zijn bekend met het onderwerp?



De huisarts kan je informeren en doorverwijzen naar de juiste specialisten.



De gynaecoloog kan uitgebreid onderzoek doen en de oorzaak van het probleem vaststellen. Ze behandelen vooral met medicatie.



Een bekkenbodemptherapeut werkt rond alle problemen met het klein bekken. Ze behandelen vooral door oefeningen en training.

Ga eerst langs een arts voor een voorschrift voor deze trainingssessies.



De menopauze consultant &

Vroedvrouw kan je begeleiden doorheen alle fases van de menopauze. Deze persoon informeert en adviseert voornamelijk. Ze kunnen tips geven en werken met natuurlijke middelen die je bij de apotheek zonder voorschrift kan afluken.



De klinisch seksuoloog kan je

ondersteunen tijdens hindernissen die je tegenkomt onderweg. Ook biedt hij/zij hulp en tips aan waardoor je nieuwe vormen van intimiteit creëert en, eventueel samen met je partner, werkt rondom veilige intimiteit.

Pijn bij het vrijen

In de menopauze

7/10

Blijft seksueel
actief

5/10

Ervaart pijn
tijdens het
vrijen

Je bent dus niet alleen!

**Spreek er over met een
hulpverlener**



Dyspareunie in de menopauze



BIJ WELKE HULPVERLENERS KUNNEN DEZE VROUWEN TERECHT?



Huisarts

Kent de patiënt en beschikt over de volledige medische voorgeschiedenis.

Hoofdtak: anamnese, doorverwijzing & opvolging



Gynaecoloog

Kent (meestal) de patiënt al en is specialist binnen dit vakgebied.

Hoofdtak: anamnese, diagnose stellen & hormonale therapie of doorverwijzing



Bekkenbodetherapeut

Werkt rond alle problemen in het klein bekken. Werkt multidisciplinair samen of verwijst door.

Hoofdtak: anamnese, diagnose en behandeling bekkenbodempromblematiek & doorverwijzing



Klinisch

Seksuoloog

Werkt communicatief rond trauma, seksuele disfunctie of hindernissen in de relatie.

Hoofdtak: begeleiding en ondersteuning relatie & mentale gezondheid



Menopauze consultant

Vroedvrouw

Informeert, adviseert en ondersteunt de patiënt in alle fases van de menopauze. Begeleidt en adviseert behandelingen. Kan natuurlijke behandelingen starten.

Hoofdtak: begeleiding, ondersteuning, doorverwijzing & niet-medicamenteuze behandeling

Ken het samenwerkingsnetwerk

Uit mijn afstudeerproject is gebleken dat hulpverleners vaak niet op de hoogte zijn bij welke hulpverleners deze patiënten allemaal terecht kunnen. Het is belangrijk om als hulpverlener het netwerk goed te kennen en te weten naar welke andere hulpverleners je kan doorverwijzen bij jou in de buurt. Dyspareunie kan namelijk verschillende oorzaken hebben waardoor een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk kan zijn.

Materiële middelen om dyspareunie bespreekbaar te maken:



Menopause Rating Scale (MRS-lijst)

De meerderheid van de onderzochte vrouwen vond dit een fijne manier om het onderwerp 'Menopauze' ter sprake te brengen. Deze test zou standaard afgenomen kunnen worden bij vrouwen in de leeftijdsgroep. Bovendien is de vragenlijst in meerdere talen beschikbaar.



Brochures & Posters in de wachtzaal

Brochures, posters, artikels en informatieve filmpjes in de wachtzaal stralen uit dat deze patiënten bij jou terecht kunnen en jij bekend bent met het onderwerp.



Stel praktijkrichtlijnen op

Uit de studie blijkt dat praktijkrichtlijnen een opstap kunnen bieden aan collega-hulpverleners om vertrouwd te raken met het onderwerp en zich er comfortabeler bij te voelen.

Communicatieve tips om dit onderwerp bespreekbaar te maken:



Actieve en open bevraging tijdens routine onderzoek

Uit de studie blijkt dat patiënten verkiezen dat de hulpverlener **zelf** het gesprek aangaat door middel van open vragen. Een goed moment hiervoor is tijdens een routinecontrole zoals de jaarlijkse bloedname, een routine uitstrijkje, ...



Vertrek vanuit het standpunt en de taal van je patiënt

Patiënten zullen zich meer op hun gemak voelen wanneer je een rustige en positieve houding aanneemt waarin je hun taalgebruik overneemt. Bijvoorbeeld: Wanneer de patiënt de benaming 'seks' gebruikt zal dit botsen als jij spreekt over 'betrekkingen'.



Gebruik geen medische termen

Gebruik 'Pijn bij het vrijen' of 'Ongemakken tijdens de seks' in plaats van de term 'Dyspareunie'. Vermijd ook andere medische termen zoals 'atrofie' of 'vulvodynie'.



Meer lezen over dit onderwerp?

* Lees de volledige studie:

"Dyspareunie in de menopauze. Hoe het taboe doorbreken?"

Afstudeerproject van Sara Corsus binnen de vroedkunde opleiding van Hogeschool PXL.

Bijlage 4

