

Lichamelijkheid en seksualiteit bij vrouwen in de postnatale fase: Een kwalitatief belevingsonderzoek

Aantal woorden: 21.494

Blyckaerts Jade

Studentennummer: 01802450

Promotor: Dr. Inge Blockmans

“Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van master in de pedagogische wetenschappen, afstudeerrichting Klinische orthopedagogiek & Disability Studies”.

Academiejaar: 2022 - 2023

Abstract

Literatuur. Seksualiteit en intimiteit horen bij het leven. De (vrouwelijke) beleving van seksualiteit en intimiteit ondervinden impact van een zwangerschap, moederschap, een veranderd lichaam, en de (vaak geïnternaliseerde) blik van de samenleving en iemands dichte omgeving. Na een bevalling gaat de aandacht vooral naar het pasgeboren kind en het moederschap. Aandacht voor lichaamsbeleving en intimiteitsbeleving lijkt naar de achtergrond te verdwijnen. Dit onderzoek verzamelt en analyseert de verhalen en discussies omtrent lichaamsbeleving en intimiteitsbeleving van vrouwen in de postnatale fase.

Onderzoeksvraag. Hoe ervaren vrouwen hun seksualiteit- en lichaamsbeleving tot een jaar na de bevalling en welke factoren spelen hierbij een rol?

Methodologie. Dit kwalitatieve onderzoeksproject omvat een inductieve thematische analyse van data verzameld in drie focusgroepsgesprekken en een individueel interview. Zes vrouwen in hun postnatale fase (tot een jaar na de bevalling) deelden hun beleving rond hun eigen lichaam en seksualiteit met elkaar.

Resultaten. Er worden vier thema's besproken vanuit het perspectief van de participanten en mijn inzichten als onderzoeker, namelijk; intimiteitsbeleving, lichaamsbeleving, samenlevingsdruk en rol van professionals.

Discussie en conclusie. De bevalling heeft een impact op de seksualiteit- en lichaamsbeleving van een vrouw in de postnatale fase op psychologisch, fysisch en sociaal vlak. Ook brengt dit spanningen met zich mee in de relatie. Een relativering van de samenleving en vanuit professionals is dus van uiterst belang.

Woord vooraf

Mijn onderzoek werd gevormd dankzij de gedeelde, ingrijpende en sensitieve verhalen en ervaringen van vrouwen in de postnatale fase, waarvoor dank aan de zes participanten. Vanuit een bewustzijn van het bespreken van gevoelige onderwerpen, werd er ingegaan op hoe ze hun seksualiteit en lichamelijke beleving en over hoe ze zich daarbij voelen.

Ik ben een master student aan de UGent en heb Klinische orthopedagogiek & Disability Studies gekozen als afstudeerrichting. Ik heb ontzettend veel bijgeleerd zowel op persoonlijk als professioneel vlak gedurende mijn vijf-jarige opleiding. Een leven betekent, voor mij, levenslang kennis vergaren. Ik heb dus een hele, al dan niet golvende, weg voor mij liggen om mij verder te verdiepen, kritisch in te stellen en durven te denken op onderwerpen, zoals vrouwen in de postnatale fase. Dat onderwerp ligt sterk aan mijn hart aangezien het een doelgroep is waarbij we niet vanzelfsprekend bij stilstaan. Ze mogen ook de aandacht en de (h)erkenning krijgen op wat moeilijk loopt in het leven, maar zeker ook waardering geven op hun sterktes en krachten. Hopelijk kan deze twee-jarige masterproef een positieve stap induceren in de toekomst, ook al is deze klein en onzichtbaar.

Graag wil ik mijn voorbeeldige promotor van harte bedanken voor haar steun en begeleiding gedurende heel mijn masterproef proces. Het is een cyclus met vallen en opstaan, maar ze heeft me kunnen geruststellen met een professionele en meevoelende aanpak waardoor het 'opstaan' meer aan bod kwam gedurende het (her)schrijven. Met constructieve adviezen en inzichten heb ik mij kunnen verder ontwikkelen in mijn ervaring als reflectieve onderzoeker.

Ook wil ik mijn hartverwarmende familie bedanken voor hun emotionele steun dat ze mij hebben aangeboden. Zonder hun motivatie, zou het op psychologisch vlak een strijd zijn. Specifieker, wil ik graag mijn geweldige grotere zus bedanken voor haar tijd, maar ook inhoudelijke hulp. Volgens mij, is een extern perspectief aanbieden van cruciaal belang voor het adequaat volbrengen van een masterproef.

Mijn masterproef is vooral bestemd voor alle vrouwen in de postnatale fase, maar ook voor heel wat zorgverleners/ professionals in de zorgsector.

Veel lees- en leerplezier gewenst!

Jade Blyckaerts

Overijse, 25 mei 2023

Inhoudstafel

Literatuurstudie 6

- Seksualiteit en lichaamsbeeld in postnatale fase 6
- Rol van professionals 6
- Programma's in de postnatale fase 8
- In welke tijdsperiode komen de problemen het meest voor? 9
- Gevolgen op de relatie 10
- Link tussen bevalling en problemen met seksualiteit 11
- Is er een verband tussen lichaamsbeeld, voedingsgedrag, borstvoeding en seksualiteit? 13
- De blik van de maatschappij op de vrouw 15
 - I. Het ideaalbeeld 16
 - II. Zelf-objectificatie 17
 - III. Obstetrisch geweld 18

Probleemstelling en onderzoeksvraag 18

Methodologie 20

- Participanten: zoektocht en eigenschappen 20
- Datacollectie 22
 - I. Instrument: Focusgroep 22
 - II. Inhoud 23
 - III. Periode 25
- Reflectie rond onderzoeksproces 25
- Data-verzameling en data-verwerking 26
- Analysemethode 27

Resultaten 28

- Intimiteitsbeleving 28
 - I. Spanningen in de relatie 31
 - II. Hervatting van het geslachtsgemeenschap 33
 - III. Het herstelproces 35
- Lichaamsbeleving 36
 - I. Het herstelproces naar een nieuw en eigen lichaam 38
 - II. Het gevoel van eigen aantrekkelijkheid 40
 - III. Impact van borstvoeding in de relatie 40
- Samenlevingsdruk 41
 - I. De web van rollen en het evenwicht in verantwoordelijkheden 41
 - II. Het nieuwe eigen lichaam 42
 - III. Of toch niet helemaal "eigen" lichaam 45

IV. De blik van buitenaf op borstvoeding 46

Rol van professionals 48

Discussie en conclusie 50

Referentielijst 53

Tabellenlijst

Tabel 1. Voorstelling participanten 20

Tabel 2. Gekozen voorwerpen/ gedachte 21

Tabel 3. Impact van manier van bevallen op seksualiteit 28

Tabel 4. Seksuele problemen, daling van seksuele verlangens en impact op relatie 30

Tabel 5. Herstelproces op lichamelijk vlak 36

Tabel 6. Herstelproces op psychologisch en fysisch vlak 36

Tabel 7. Lichamelijke veranderingen, eigen aantrekkelijkheid en die van de partner 37

Tabel 8. Ideaalbeelden 42

Tabel 9. Nadelen en voordelen van borstvoeding 46

Literatuurstudie

Seksualiteit en lichaamsbeeld in postnatale fase

De bevalling van een vrouw heeft een negatieve impact op haar seksueel leven (Olsson et al., 2005). Vrouwen tijdens en kort na de zwangerschap ondergaan veel veranderingen op emotioneel, sociaal en fysisch vlak. Dat kan zorgen dat de vrouw veelal een ongerustheid vertoont ten aanzien van hun lichaam en seksuele verlangens (Olsson et al., 2005). Ook Barrett et al. (2000) tonen aan dat de bevalling een negatieve impact heeft op de seksuele verlangens en het emotioneel en fysiek welzijn van de vrouw zoals slaapttekort, fysieke veranderingen, lichamelijke pijn bij geslachtsverkeer, etc. De duur van deze impact wordt later uitgelegd in het deel *'In welke tijdsperiode komen de problemen het meest voor?'*. Zgliczynska et al. (2020) bevestigen deze nasleep van de bevalling en stellen o.a. bijkomend vast: tijdstekort voor seksbelevingen met de partner, ontevredenheid tegenover het postpartum lichaam en seksuele verlangens, en stress door creatie van nieuwe gezinsrollen. Veel van deze veranderingen ontstaan tijdens en kort na de bevalling ten gevolge van borstvoeding, hormonale veranderingen, slaapttekort en het resultaat van de fysieke pijn tijdens de bevalling (Zamani et al., 2019). Vrouwen ondervinden duidelijk seksuele complicaties na de bevalling met een negatieve impact op de kwaliteit van het leven van een vrouw, maar ook de relatie met diens partner (Navidian et al., 2020). De bevalling kan ook een negatieve impact hebben op het lichaamsbeeld van de vrouw (Rodgers et al., 2018 en Cast et al., 2013).

De 'World Health Organization' omschrijft seksualiteit o.a. uit handelingen, opvattingen, inzichten, connecties, verbeeldingen, wensen,... Seksualiteit kan gezien worden als amusement, uitbreiding, wellust, intiem,... (WHO, 2006).

Rol van professionals

In de studie van Navidian et al. (2020) wordt er aangetoond dat een kennisgeving over 'seksualiteit' een positieve impact zou hebben op de seksuele problemen die een vrouw kan hebben in de postnatale fase. Navidian et al. vermelden dat professionals een gebrek aan kennis vertonen ten opzichte van seksualiteit bij vrouwen na de zwangerschap. Ze stellen vast dat veel vrouwen de eerste stap naar praten over hun seksuele bezorgdheden moeilijk vinden. Het onderzoek van Navidian et al. werd uitgevoerd in Zuid-Iran, dat maakt dat de stap nog groter is door de islamitische cultuur die er daar heerst (Navidian et al., 2020). Ook Olsson et al. vermelden dat vrouwen gelegenheden missen met de professionals met betrekking tot hun lichamelijke veranderingen/behoeften en de consequenties daarvan. Ze hebben nood aan een

geruststelling dat hun lichaam weer normaal zal worden in de loop der tijd, maar in ruil krijgen ze kwetsende woorden. De vrouwen krijgen als antwoord van de professionals: “het wordt later beter” (Olsson et al., 2005). Dit voedt mogelijks een laag lichaamsbeeld bij vrouwen. Professionals hebben een gebrek aan kennis op dat vlak waardoor ze de ondersteuningsvragen van vrouwen na de bevalling niet optimaal kunnen beantwoorden. Niettemin kijken vrouwen, in het artikel van Olsson et al., uit naar een constructief gesprek met de professionals in de postnatale fase, wat zelden plaatsvindt wegens tijdsgebrek en een ongewenste attitude ten opzichte van het gevoelig onderwerp (Olsson et al., 2005).

Vaak worden de vrouwen zes weken na de bevalling aangesproken over anticonceptie. In het onderzoek van Barrett et al. wordt er vermeld dat er in deze tijdsperiode vaak (60% van de vrouwen in dit onderzoek) nog geen sprake is van geslachtsgemeenschap tussen de partners. Door een te vroege afspraak met de professional wordt er niet of nauwelijks gepeild naar de kwaliteit van het seksueel welzijn van de vrouw. In tegenstelling tot vrouwen die wel de stap proberen te maken naar het bespreken van gevoelige problemen, worden ze niet of nauwelijks gehoord. Hier moet er volgens het onderzoek een verbetering komen van de situatie waarbij de partners gevolgd en ondersteund moeten worden in hun traject. Dit door mogelijk hulp te bieden over het behandelen of genezen van hun moeilijkheden (Barrett et al., 2000). In het onderzoek van Olsson et al. kregen enkel 18% van de vrouwen een antwoord op hun problemen en behoeften na zes weken van de zwangerschap, de rest van de vrouwen kreeg alleen informatie over het gebruik van anticonceptie. Vrouwen hebben een voorkeur om meer te babbelen over de lagere seksuele verlangens en over hun ervaring daarbij dan over het spreken over anticonceptie. Een opvolging na ongeveer vier of vijf maanden zou nuttiger blijken (Olsson et al., 2005).

Daarnaast ervaren vrouwen negatieve effecten in de postnatale fase zoals: problemen met hun seksuele verlangens, een laag zelfbeeld en een verminderde zelfverzekerdheid. Vrouwen hebben daardoor meer begeleiding nodig. De seksuele problemen worden veelal in stand gehouden door een tekort aan kennisgeving op vlak van seksualiteit vanuit de professionals naar de vrouwen toe gedurende de postnatale fase (Zamani et al., 2019).

In vele studies wordt er dus aangetoond dat slechts een minderheid van professionals seksualiteit aanhalen (o.a. Navidian et al., 2020; Olsson et al., 2005; Barrett et al., 2000 en Zamani et al., 2019). In het onderzoek van McBride et al. wordt er vermeld dat de vrouwen in een postnatale fase vaak niet geholpen worden op vlak van seksualiteit door professionals. De seksuele problemen van een vrouw en de daarbij horende relatie conflicten met de partner bewegen zich verder voort in het leven indien er geen ondersteuning aangeboden wordt (McBride et al., 2016). De complexiteit van intimiteit, met o.a. betrekking op verlangen,

opwinding, lubricatie, orgasme, voldoening en pijn (domeinen voor diagnosestelling van *Female Sexual Dysfunction*) maakt het lastig om de seksuele moeilijkheden van een vrouw te beoordelen (Zgliczynska et al., 2020). In het onderzoek van Navidian et al. (2020) wordt er aangetoond dat de begeleiding (behandeling) met betrekking tot seksualiteit in de zes maanden na de zwangerschap een positieve impact kan hebben op het seksueel gedrag van vrouwen. Bijgevolg moeten vrouwen behandeld kunnen worden op prenataal, perinataal en postnataal vlak. Ook wordt in de studie van Zgliczynska et al. vermeld dat de behandeling en preventie van seksuele moeilijkheden bij vrouwen gestimuleerd moeten worden, maar er is meer onderzoek nodig voor het thema (Zgliczynska et al., 2020).

De 'World Health Organization' heeft o.a. als doel om kennis over seksualiteit bij vrouwen na de zwangerschap te integreren in de postnatale zorgprogramma's. Door informatie over seksualiteit te integreren in programma's over anticonceptie en door professionals optimaal op te leiden zorgt dat voor een positief effect bij de seksuele gezondheid bij vrouwen. (Navidian et al., 2020).

Programma's in de postnatale fase

Zamani et al. (2019) beoordelen het '*Women Postpartum Sexual Health Program (WPSHP)*' in functie van de moeilijkheden die vrouwen ervaren op vlak van seksualiteit na de bevalling. Vier sessies van psycho-educatie (omtrent biopsychosociale factoren die seksualiteit beïnvloeden) worden aangeboden door een seksuoloog en een vroedvrouw, met oog op voornamelijk preventie maar ook herstel (analyse en oplossing). Ook worden er vaardigheden aangeleerd op vlak van communicatie tussen de echtgenoten en het omgaan met conflicten in de relatie. Deelnemers van de subjectieve beoordelingschaal vertonen hogere seksuele verlangens, maar het lijkt erop dat verdere belevingen omtrent seksuele tevredenheid niet worden aangekaart.

Het programma WPSHP heeft een positieve outcome, vermoedelijk dankzij de focus op de psychosociale noden en op het aanleren van bepaalde vaardigheden op vlak van seksualiteit door zich te richten op de intieme relatie tussen de partners. Dit zal lijken bij te dragen aan een betere beleving van de ouderschap en bijgevolg een verbeterde seksuele verlangens in de relatie na acht weken deze interventie te volgen (Zamani et al., 2019).

Er zijn enkele voordelen gekoppeld aan het programma WPSHP in de postnatale fase. Ten eerste kunnen de interventies in groep gebeuren. Dit geeft een geruststelling naar de vrouwen toe omdat ze ook andere personen ontmoeten met dezelfde gelijkaardige problemen. Het beeld kan op die manier genormaliseerd worden door herkenbare situaties te stimuleren. Bijgevolg voelen vrouwen zich niet of minder eenzaam in hun eigen moeilijkheden. Ten

tweede kunnen beide partners deelnemen aan de interventie waarbij bepaalde bezorgdheden uitgesproken kunnen worden. Deze voordelen zorgen voor minder stress, minder seksuele problemen, vermijdt depressie en stimuleert het seksueel welzijn (Zamani et al., 2019).

Er bestaan verschillende seksuele behandelingen zoals de PLISSIT en Bring up, Explain, Tell, Time, Educate, Record (BETTER), maar deze focussen ze zich alleen op de biologische dimensies van seksualiteit en zijn niet exact gericht op vrouwen in een postnatale fase. Dit wil zeggen dat er bijkomende begeleidingen nodig zijn op bio-psycho-sociaal vlak waarbij men rekening houdt met de geestelijke gezondheid van de persoon en de interne seksuele relaties tussen beide partners (Zamani et al., 2019). Dit wil zeggen dat er ingezet moet worden op de psychologische en sociale elementen dan alleen maar de fysieke aspecten die aanwezig zijn bij de seksuele problemen.

WPSHP daarentegen is een goede methodiek dat de verschillende facetten van het welzijn van een vrouw beantwoordt vanuit een multidisciplinair team. Deze aspecten liggen op emotioneel, sociaal en fysisch vlak zoals borstvoeding, hormonale veranderingen, slaaptkort, seksualiteit en laag zelfbeeld. Deze begeleiding op vlak van seksualiteit kan heel veel betekenen voor de vrouw, maar ook voor de relatie en het gezinssysteem (McBride et al., 2016; Zamani et al., 2019).

In welke tijdperiode komen de problemen het meest voor?

Minder frequente seksualiteitsbeleving bij vrouwen na de bevalling vloeit mogelijk voort uit een hoge vermoeidheid, lichamelijke veranderingen, geen/weinig seksuele verlangens, een toenemende dyspareunie en geen/weinig gevoel van schoonheid ervaren ten aanzien van hun partners. Er wordt aangetoond dat deze gevolgen van de bevalling toenemen binnen de eerste drie maanden na de zwangerschap, na zes maanden neemt het af. In het onderzoek van Barrett et al. (2000) hebben 415 van de 480 participanten hun seksueel leven opnieuw laten functioneren na de geboorte met al dan niet intimiteitsproblemen. Seksuele moeilijkheden kwamen voor bij 83% van de vrouwen in een postnatale periode binnen de drie maanden en 64% na zes maanden. Meer dan 80% van de vrouwen krijgen dus te maken met één of meer seksuele moeilijkheden in de eerste maanden die niet of nauwelijks bespreekbaar zijn tijdens hun postnatale begeleiding. Enkel bij 49 van de 337 vrouwen kwamen bepaalde problemen in het gesprek aan bod, en niet iedereen werd effectief geholpen. Ook al zoeken sommige vrouwen naar hulp en informatie, is er maar een minoriteit die dat effectief doen. Dat heeft een negatieve impact op hun seksuele welzijn (Barrett et al., 2000). Seksuele problemen zijn in de eerste maanden na de bevalling sterk aanwezig (Zgliczynska et al., 2020). Moeilijkheden kunnen na zes maanden afnemen (Barrett et al., 2000), maar ook blijven duren met dezelfde intensiteit tot één jaar na de bevalling (Zgliczynska et al., 2020).

Verder ervaren vrouwen verschillende problemen na de bevalling zoals: moeheid, fysieke pijn aan het geslachtsdeel, depressie en seksualiteit (weinig vaginaal vocht, verzwakte en beperkte orgasme, dalende seksuele verlangens), spierletsels. 50-87% vrouwen melden deze problemen aan tot één jaar na de bevalling (Olsson et al., 2005). Terwijl de studie van Botros et al. aantoont dat een vrouw seksuele problemen ondergaat in de postnatale fase op een lange tijdsduur (meer dan één jaar) en dit vooral op psychologisch vlak (Botros et al., 2006).

Gevolgen op de relatie

Beide partners geven ongerustheid aan omtrent de veranderingen in hun belangrijke intimiteitsleven (Zgliczynska et al., 2020). Doordat de zwangerschap en bevalling veel inspanningen vragen in tijd en ruimte, gaat vrije tijd naar slaap- en rustmomenten in plaats van een seksuele omgang met de partner. Prioriteiten worden dus bijgesteld. Seksuele verlangens worden zelfs onderdrukt (door o.a. minder tijd en vaginale knipjes) (Olsson et al., 2005). Vele studies (o.a. Barrett et al., 2000 en Navidian et al., 2020) tonen aan dat vermoeidheid een factor is voor het dalen van de geslachtsgemeenschap tussen de partners. Deze problemen (uitputting, gebrek aan tijd door het zorgen van hun kind en de wijziging van het seksleven) brengen spanningen met zich mee in het gezinsleven. Niettemin geloven ze dat dit allemaal in orde zal komen door regelmatige steun van het extern netwerk (Olsson et al., 2005).

Olsson et al. (2005) wijzen erop dat veel aandacht wordt besteed aan de prenatale periode van de vrouw, maar weinig op het postnataal stadium met al de problemen dat een vrouw en heel het systeem mee te maken krijgen. Het nieuwe gezinsleven veroorzaakt stress, vermoeidheid en problemen op vlak van seksualiteit. De relatie tussen de moeder en de pasgeborene zorgt voor een tevredenheid voor de moeder, maar ook voor een exclusie van de partner en minder seksuele verlangens t.a.v. de partner. Goede communicatie tussen de partners draagt bij tot balans in het nieuwe gezinsleven (Olsson et al., 2005).

Olsson et al. (2005) vermelden dat de seksuele activiteiten zoals het was voor de bevalling pas bereikt worden na een jaar na de bevalling. In tegenstelling tot het onderzoek van Navidian et al. (2020) is er aangetoond dat het terug opnieuw starten van het geslachtsverkeer tussen de partners na de bevalling gemiddeld vijf à acht weken is. Het hervatten van de geslachtsgemeenschap hangt af van verschillende aspecten namelijk, de fysieke pijn tijdens de bevalling, de borstvoeding, de psychologische gevolgen zoals depressie, vermoeidheid en slaapttekort. Aangezien in het onderzoek van Navidian et al. vrouwen met een islamitische afkomst bevroegd werden, kunnen ook culturele en religieuze aspecten een invloed hebben op deze opstart (Navidian et al., 2020).

Bijgevolg dalen de seksuele verlangens van de vrouw na de ouderschap. In tegenstelling tot de vrouwen, ervaren mannelijke partners doorgaans meer seksuele verlangens na de bevalling. Zoals eerder vermeld, geven professionals kwetsende woorden door naar vrouwen toe met betrekking tot hun lichamelijke veranderingen. Daarentegen geven partners een te welwillend antwoord op het lichaamsbeeld van de vrouwen waarbij ze moeilijk kunnen geloven dat dit waarheidsgetrouw is (Olsson et al., 2005).

Jaworski et al. stellen in hun onderzoek rond seksuele verlangens en '*positive childbirth experience*' (PCE) positieve ervaringen vast op vlak van seksualiteit in de postnatale fase door de ondersteuning van de partner tijdens de zwangerschapsperiode en de bevallingsperiode (Jaworski et al., 2019).

Verder ondergaan ouderschap en de bijhorende relaties een verandering op emotioneel, sociaal en fysisch vlak en dit heeft een negatieve impact op het lichaamsbeeld bij vrouwen. In de studie van Cast et al. wordt er vermeld dat er weinig onderzoek is op vlak van het zelf ervaren van schoonheid bij vaders en moeders in de postnatale fase. Bevalling kan verschillende gevolgen met zich meebrengen bij de vrouw zoals een verandering in het gewicht, uitputting, daling van seksuele verlangens en fysieke klachten. Voor nieuwe moeders kan dat als een serieuze shock ervaren worden. De vraag is: (wanneer) kan het lichaam terug normaal zijn als voor de zwangerschap? Vrouwen zijn in de postnatale fase strenger in functie van hun lichaam. Er kan gedacht worden dat de bevalling geen impact zou kunnen hebben op mannen in functie van hun lichaam onder andere omdat het weinig onderzocht is. De verklaring van de veranderingen bij partners is de 'couvade syndrome'. Partners (ongeacht gender) ondergaan fysieke en mentale klachten (deels cultureel gekleurd) waaronder uitputting, gewichtsverandering, depressie, rugklachten, verstoord eetpatroon, zich minder seksueel performant voelen en daardoor minder attractief, etc.. Dit wil zeggen dat de bevalling ook een negatieve impact kan hebben op lichaamsbeeld bij partners, met gevolgen voor intimiteit (Cast et al., 2013).

Link tussen bevalling en problemen met seksualiteit

In het onderzoek van Olsson et al. wordt er vermeld dat seksuele verlangens verhinderd kunnen worden afhankelijk van de manier hoe vaginale snijwonden genezen tijdens de perinatale periode van een vrouw. Bovendien kan dat ook belemmerd worden door een teveel aan afleiding en zorg ten aanzien van de noden van het kind (Olsson et al., 2005). Vaginale knipjes zijn soms noodzakelijk zodat er geen verdere scheur ontstaat van de perianale streek bij de bevalling (Corrêa Junior & Passini Júnior, 2016).

Als er gesproken wordt over seksualiteit dan wordt er vaak de link gelegd met vaginale knipjes. Dit wordt amper over gediscussieerd in de relatie tussen beide partners. In de perinatale fase hebben 75% van de vrouwen vaginale snijwonden. Vrouwen met grotere vaginale knipjes hebben meer fysieke pijn tijdens het geslachtsverkeer, een minder seksuele verlangen en veel minder orgasmen. De vaginale bevalling heeft ook een link met de dyspareunie. Dit allemaal toont aan dat het opnieuw opstarten van het geslachtsverkeer tussen de partners helemaal niet zo simpel is. Bovendien gebeurt de voorlichting van seksualiteit tijdens de begeleiding in de postnatale fase te beperkt en te rap, zoals eerder aangegeven. Daarvoor zijn er geen maatregelen aanwezig, bijvoorbeeld wanneer en hoe moet er worden aangesproken over seksualiteit (Olsson et al., 2005).

In de studie van Navidian et al. wordt er vermeld dat vrouwen die een trauma hebben opgelopen in de perinatale fase een seksuele problematiek konden ontwikkelen in de eerste maanden van de postnatale fase. Seksuele problemen in de postnatale periode kunnen veroorzaakt worden door beschadigingen tijdens de bevalling (afhankelijk van de manier van bevalling). Een keizersnede als manier van bevallen zou een positief effect hebben op seksualiteit, maar deze theorie is nog niet voldoende onderbouwd met praktijkervaringen (Navidian et al., 2020). In het onderzoek van Sultan et al. wordt er vermeld dat bij perineale schade/trauma het langer duurt voordat seksuele activiteiten hervat worden. Dit komt doordat de genezing hiervan langer duurt. Daarom wordt er 'episiotomy' (vaginale knipjes) toegepast als preventie (Sultan et al., 2019). Botros et al. vermeldt het tegengestelde. In zijn studie wordt er aangetoond dat de manier hoe een vrouw bevalt onafhankelijk is voor de gevolgen van de geslachtsgemeenschap van een vrouw. Deze bevindingen suggereren dus dat de oorzaken van de seksuele moeilijkheden van een vrouw eerder op psychologisch vlak bevinden dan op fysisch vlak (Botros et al., 2006).

Daarnaast, in de studie van Zgliczynska et al. wordt er vermeld dat vrouwen die tijdens de perinatale periode een trauma oplopen, een negatieve ervaring van seksualiteit hebben op fysisch vlak in de eerste maanden na de bevalling. Dit wordt ondersteund door de studie van Navidian et al. Het gaat erover dat vaginale snijwonden trauma veroorzaakt. Deze slechte resultaten zien we bij vrouwen tot één jaar na de bevalling, nadien is er geen verschil meer op te merken met andere groepen vrouwen. Ook wordt er in deze studie vermeld dat de wijze hoe een vrouw bevalt onafhankelijk is van haar seksuele moeilijkheden gedurende het geslachtsverkeer, wat tegengesteld is aan het voorgaand stukje (Zgliczynska et al., 2020). Er komen dus tegenstrijdige elementen terug in deze studie. Het is dus nog onduidelijk of de manier van bevalling effectief een invloed heeft op de seksuele problemen dat een vrouw ervaart na de bevalling.

In het algemeen vermelden veel studies dat de bevalling een negatieve impact heeft op de seksuele problemen van een vrouw in de postnatale fase op emotioneel, sociaal en fysisch vlak (o.a. Olsson et al., 2005; Barrett et al., 2000; Navidian et al., 2020;...). De beleving van seksualiteit wordt gekleurd door een geheel aan belevingen en betekenisgevingen in al deze domeinen. Dat zou verder onderzocht en verklaard moeten worden.

Is er een verband tussen lichaamsbeeld, voedingsgedrag, borstvoeding en seksualiteit?

In de studie van Rodgers et al. wordt het lichaamsbeeld, voedingsgedrag en borstvoeding na de bevalling onderzocht door middel van een biopsychosociaal model. Dit is de eerste keer dat er onderzoek werd gedaan naar het verminderen van borstvoeding op fysisch vlak. Er is een verband met de slechte ervaring van het lichaam, voedingsproblemen en een verminderde activiteit van borstvoeding in de postnatale fase. Dit laatste kan verklaard worden door het onvrede van het lichaam dat gepaard gaat met een hoger besef van het lichaam in verandering dat afwijkt van de norm na de bevalling. Deze kunnen gevolgen hebben op de moeder-kind relatie (Rodgers et al., 2018).

In de studie van Rodgers et al. wordt er aangetoond dat de onvrede over het lichaam samenhangt met de depressieve klachten, het nastreven van gewichtsverlies en van lichaamscontrole. Deze biopsychosociale elementen zorgen dus voor een voedingsproblematiek en een verminderde activiteit van borstvoeding in de postnatale fase (Rodgers et al., 2018).

De gevolgen van een negatief lichaamsbeeld op borstvoeding zijn: het ervaren van negatieve gevoelens tijdens borstvoeding, een onzekerheid vertonen in de publieke ruimte, meer besef van het lichaam na een bevalling en een lagere activiteit van borstvoeding of zelfs geen activiteit meer laten zien. Het feit dat vrouwen geen borstvoeding meer willen aanbieden heeft ook te maken met de gevolgen van het geven van borstvoeding. Dit omdat borstvoeding een lichaamsverandering kan teweegbrengen waardoor het ideaal lichaam moeilijk bereikt kan worden. Vrouwen zullen dus op hun hoede zijn om uiterlijke veranderingen op vlak van hun borsten te vermijden (Rodgers et al., 2018). Dat wordt ook ondersteund door het onderzoek van Olsson et al. Vrouwen hebben een negatieve ervaring over de dubbele functie dat borsten hebben. In eerste instantie kunnen borsten worden gezien als een opgewonden iets. Na de bevalling komt er een vervangende functie, namelijk het voeden van de baby. Sommige vrouwen hebben het daarmee moeilijk. Het geslachtsdeel van de vrouw wordt ook slecht ervaren door sommige vrouwen (vagina dat meer slap is). Terwijl dat de man deze gedachtegoed niet volgde (Olsson et al., 2005). Veel vrouwen hebben dus een negatieve ervaring ten aanzien van hun lichaamsbeleving na een bevalling. Sommigen voelen dat ze deze verandering niet aankunnen en ze dit niet kunnen controleren. Enkele vrouwen deden

aan plastische chirurgie om tegemoet te komen aan het veranderde geslachtsdeel en de transformatie van de borsten die niet in een genietbare positie beleefd kunnen worden, maar enkel gezien en gebruikt worden als borstvoeding. Deze groep vrouwen ziet hun lichaamswijzigingen die uitgelokt worden door zwangerschap en borstvoeding als negatief. Anderen keken deze verandering positief waarbij ze meer vrede met hun lichaam ervaren door meer kennis te verwerven hoe ze hun noden kunnen uitoefenen (Olsson et al., 2005).

Bovendien heeft de ongerustheid, dat vrouwen ervaren over hun lichaam, te maken met het nastreven van het zelf aangegeven gewichtsverlies. Deze vermindering van het gewicht ligt soms onder de grens als voor de zwangerschap waardoor dat een stresssituatie kan betekenen voor vrouwen. Om dat proces te bevorderen ontwikkelen zich voedingsproblemen. Dat zorgt voor een onvrede en ongerustheid over hun lichaam (Rodgers et al., 2018). Op dat vlak hebben vrouwen meer ondersteuning nodig zoals het organiseren van psycho-educatie waarbij bepaalde verwachtingen en bezorgdheden van de bevalling worden geuit. Door een begeleiding op vlak van borstvoeding kan de zelfzekerheid bij de vrouw verhoogd worden (Rodgers et al., 2018). Programma's in verband met het stimuleren van borstvoeding moeten gerelateerd zijn aan de zorgen over het lichaamsbeeld bij vrouwen en de bijhorende voedingsproblemen die ze ervaren (Gillen et al., 2021). Vrouwen hebben meer nood aan kennisgeving en ondersteuning op vlak van de nuttigheid van borstvoeding en het lichaam dat ze willen bereiken als voor de zwangerschap. Indien ze daar meer kennis verkrijgen, kan de verminderde activiteit van borstvoeding vermeden worden. Ook de begeleiding van vrouwen die aan de onrealistische normen willen voldoen van de samenleving is belangrijk. Verwachtingen moeten aangegeven worden rond het vermageren. Er moet worden omgegaan met de extreme lichaamscontrole en onvrede over hun lichaamsbeeld (Rodgers et al., 2018). Deze biopsychosociale elementen dienen doorgegeven te worden aan professionals en moeten geïntegreerd worden in sommige programma's voor vrouwen in de postnatale fase. Het onderzoek van Rodgers et al. heeft als doel om de interactie tussen moeder-kind relatie, de kwaliteit van het leven en het mentaal welzijn bij vrouwen in de postnatale fase aan te moedigen. Ook wil dit onderzoek de psycho-educatie stimuleren met betrekking tot het onvrede van het lichaam, de lichaamsnormen, het afvallen, de voedingsproblemen en de borstvoeding (Rodgers et al., 2018).

Daarnaast kan het geven van borstvoeding een negatieve impact hebben op de seksualiteit van de vrouwen. Hormonale veranderingen kunnen ook een negatief effect uitoefenen op de psychologische gezondheid van de vrouw. Dit maakt dat het seksueel gedrag van een vrouw niet op een leien dakje verloopt (Navidian et al., 2020).

Er is dus een verband tussen lichaamsbeeld, voedingsgedrag en borstvoeding bij vrouwen na de bevalling (Rodgers et al., 2018). En de link met seksualiteit wordt zeker niet uitgesloten (Navidian et al., 2020).

De blik van de maatschappij op de vrouw

De westerse samenleving stelt veeleisende normen rond lichamen (strak, slank, controleerbaar, actief, etc.) en seksualiteit (frequent, spannend, orgastisch, etc.). Het is aannemelijk dat deze inwerken op de stemming en het lichaamsbeeld van vrouwen in de postnatale fase die te maken krijgen met uiterlijke lichaamsverandering, gewichtsverandering en verminderde beweging, minder tijd voor zelfzorg (Rodgers et al., 2018). Ook in het onderzoek van Cast et al. wordt er vermeld dat de normen in de samenleving een negatief effect kunnen uitoefenen op hun gezondheid en kan er depressie ontwikkeld worden (Cast et al., 2013). Verder wordt dit ook ondersteund door het onderzoek van Navidian et al. Door de fysieke veranderingen die vrouwen ervaren op hun lichaam voelen ze zich minder aantrekkelijk en ontwikkelen ze een negatief zelfbeeld. Bijgevolg zijn ze kwetsbaar en emotioneel onstabiel (Navidian et al., 2020).

In de westerse samenleving wordt er gesproken over de '*objectification theory*' en beschrijft dat vrouwen als seksuele objecten gezien worden (dit wordt ook ondersteund door het onderzoek van Cast et al.). Naar aanleiding daarvan zijn uiterlijke lichaamsveranderingen voor een vrouw cruciaal (Rodgers et al., 2018). Het tijdsgebrek voor het sporten en welbevinden (bijvoorbeeld, kledij en schmink) van de vrouw kan bijvoorbeeld perceptie van schoonheid verminderen (Cast et al., 2013). Doordat het lichaam door andere mensen moet worden geëvalueerd, vertonen veel vrouwen bezorgdheden over hun lichaam. Het gestereotypeerd lichaamsbeeld van een vrouw dat voldoet aan de normen, wordt door de media gestimuleerd aan de hand van bewegings- of voedingsvoorschriften. Deze krijgt een economische waarde dat gefocust is op het ideaal lichaam. Het feit dat deze culturele context geïnternaliseerd wordt in onze samenleving, heeft dat een negatieve invloed op het lichaamsbeeld van een vrouw. Rodgers et al. vermelden dat hoofdzakelijk vrouwen in de postnatale fase een druk ondervinden om het ideaal lichaamsbeeld na te streven waardoor dat ze zo vlug mogelijk een gewichtsverlies willen bereiken wat vaak onrealistisch is. Het onvrede van het lichaam wordt in gang gebracht door de media waarbij de belangstelling wordt geuit naar het herstellen van het lichaam als voor de zwangerschap. Hedendaags wordt er dus heel veel belang gehecht naar de uiterlijke aspecten van een lichaam door de vrouwen om aan de normen te kunnen voldoen (Rodgers et al., 2018). Dit komt ook terug in het onderzoek van Cast et al. Vooral vrouwen na de bevalling worden geconfronteerd met deze uitdaging door de vele veranderingen die ze ondergaan op emotioneel, sociaal en fysisch vlak (bijvoorbeeld, gewichtsverandering). Deze modificatie zal zorgen voor een negatieve impact op het gevoel

van schoonheid bij de vrouw na de bevalling (Cast et al., 2013). In het onderzoek van Bair et al. wordt er vermeld dat de norm in verschillende culturen het verlangen naar slankheid is (Bair et al., 2014).

1. Het ideaalbeeld

Een theorie die de normen in de samenleving verduidelijkt is de '**socio-cultural theory of body image**'. In het onderzoek van Bair et al. wordt er vermeld dat de norm in verschillende culturen het verlangen naar slankheid is. Deze norm heeft een invloed op hoe vrouwen zich zullen gedragen ten opzichte van hun lichaam. De '**socio-cultural theory of body image**' stelt dat de '**normative body ideals**' via de sociale media wordt gerepresenteerd en gedeeld. Ook wordt dat gestimuleerd door het directe netwerk zoals familie en vrienden. Door deze normen te vervullen wordt er impliciet gezegd dat er aanvaarding en prestatie bereikt kan worden. Het ideaal lichaam voor een vrouw dat in de media wordt gestimuleerd, wordt nauwelijks bereikt door veel vrouwen. Dit zal ervoor zorgen dat vrouwen doelen willen bereiken die niet mogelijk zijn waardoor ze een onvrede van hun lichaam zullen ervaren. Het ideaal lichaam wordt niet omschreven door de geneeskunde als oog om welzijn te verbeteren (Bair et al., 2014).

Het verschil tussen het ideaal lichaam en het waarneembaar lichaam van een vrouw heeft een negatieve impact op emotioneel en fysisch vlak. Door het onvrede dat vrouwen ervaren ten opzichte van hun lichaam zullen ze een bepaald specifiek gedrag vertonen waardoor hun welbevinden en gezondheidstoestand in gedrang kunnen komen (Bair et al., 2014).

Vrouwen verkiezen een dun lichaamsbeeld omdat ze denken dat de meerderheid van de bevolking over dat ideaal beschikken. Dit bewijst dat de sociale omgang een rol kan spelen op het ideaal lichaam van een vrouw. Het eigen lichaamsbeeld kan veranderen in functie van; een dun lichaam bekijken (vb op sociale media), de betekenis van het lichaamsbeeld uit de sociale context, een onuitgesproken boodschap vanuit de samenleving (bijvoorbeeld een dun lichaam is meer attractief) en het ideaal lichaamsgemiddelde van de populatie. Deze gedachtengoed vertrekt vanuit de '**socio-cultural theory of body image**' (Bair et al., 2014).

Ook vrienden en familie kunnen een invloed uitoefenen op de kijk van het ideaal lichaamsbeeld. Het onvrede van het lichaam kan een gevolg daarvan zijn waarbij een vrouw een bepaald gedrag zal vertonen (bijvoorbeeld gewichtsverlies gaan stimuleren). Er wordt vergeleken met elkaar (tussen vrienden) waardoor de kijk op het ideaal lichaam kan veranderen. Daardoor wordt het uiterlijk als essentieel benaderd. Vrouwen zullen meer aandacht vestigen op de normen die er heersen in de samenleving en daarin zo weinig mogelijk variatie nastreven. Het ideaal lichaam wordt in het onderzoek van Bair et al. gerepresenteerd als dun (Bair et al., 2014). Desondanks, door een realistische kijk op het

ideaal lichaam van een vrouw te implementeren, kan het onvrede van het lichaam bij vrouwen kunnen worden verhinderd. Vrouwen die afbeeldingen zagen van een dun ideaal lichaam leken een lager welzijn te hebben (meer specifiek, meer onvrede van het lichaam). Het implementeren van realistische ideale lichamen in de sociale context zal minder functioneren bij vrouwen die een onvrede van hun lichaam ondervinden en die bepaalde normen van de westerse samenleving (dun lichaam) verinnerlijken (Bair et al., 2014).

Wordt het ideaal lichaam van een vrouw beïnvloed door de idealen van andere mensen? In het onderzoek van Bair et al. wordt er vermeld dat het ideaal lichaam van een vrouw zal veranderen ten opzichte van wat andere mensen (vrouwen en mannen) denken. Ook de man speelt een rol. Dit omdat vrouwen een ideaal lichaam nastreven van wat mannen aantrekkelijk vinden (Bair et al., 2014). In het onderzoek van Bair et al. wordt er ook aangegeven dat het ideaal genormeerde lichaam van een vrouw van cultuur tot cultuur kan verschillen. Bijvoorbeeld gekleurde mannen hebben een voorkeur voor rondere vrouwen (Bair et al., 2014).

II. Zelf-objectificatie

Dankzij de '**objectification theory**' van Fredrickson and Roberts (1997) kan de '*sexual objectification*' en de bijhorende gevolgen onder de loep genomen worden. '*Sexual objectification*' betekent dat het lichaam als een object wordt gezien en wordt het door anderen gebruikt. '*Sexual objectification*' is breder dan alleen maar seksueel staren. De term bevat ook seksueel geweld, verkrachting, onwenselijke seksuele opmerkingen, etc... Er wordt gesproken over een breed spectrum van '*sexual objectification*'. Deze '*sexual objectification*' wordt gestimuleerd doorheen de verschillende jaren waardoor vrouwen een specifieke stijl gaan innemen op fysisch en mentaal vlak. Dit wil zeggen dat vrouwen heel veel belang zullen hechten aan hun uiterlijk. Op die manier kunnen ze bepaalde attitudes van anderen voorkomen en kunnen ze een invloed hebben op hoe anderen hen benaderen. Dat noemen we zelfobjectivering van de vrouw. Voor deze vrouwen die de zelfobjectiverende visie willen nastreven is het belang van hun lichaam essentieel in hun zelfbeeld en gaan dus extra opletten. Deze zelfobjectiverende positie heeft negatieve gevolgen voor de vrouw o.a. een hoger gevoel van beschaamheid, een hogere gevoeligheid, angst, eetmoeilijkheden, depressieve en seksuele klachten (Calogero et al., 2021).

Desalniettemin ondersteunt de '*sexual objectification*' het idee van stereotypering tussen man en vrouw en de normen die er heersen in de samenleving. Mannen kunnen meer gezien worden als mensen die vrij zijn om bepaalde keuzes te maken. Vrouwen worden meer gezien als passieve mensen. Dit wil zeggen dat er geen verbod is dat mannen een seksueel verstorend gedrag uitoefenen op de vrouwen. Dit zal zorgen dat vrouwen dat ongepast gedrag

moeten ondergaan en op hun hoede zijn wanneer ze in de publieke ruimte circuleren. Het gevolg daarvan is dat vrouwen zich meer onrustig voelen ten opzichte van hun veiligheid in de maatschappij (Calogero et al., 2021).

III. Obstetrisch geweld

In het onderzoek van Shabot geïnspireerd door Judith Butler wordt er vermeld dat een vaginale inspectie als **obstetrisch/seksueel geweld** ervaren kan worden, maar dat wordt niet door vrouwen toegegeven. Aangezien dat deze inspectie als 'normaal' wordt beschouwd, stellen vrouwen zich daarbij de vraag niet of het als geweld gezien mag en kan worden. Ze bevinden zich in een 'normale' seksuele patriarchale samenleving (fenomenologische visie). Daardoor kunnen de vrouwen zich moeilijk daartegenover verzetten. Daarom hebben de vrouwen meer kennis nodig om dat geweld dat ze ervaren gedurende het vaginaal onderzoek te kunnen benoemen (Shabot, 2020).

Bovendien kan obstetrisch geweld gezien worden als geweld op fysisch en psychologisch vlak in het medisch kader ten opzichte van vrouwen tijdens de bevalling. Dat kan een grote impact hebben op deze vrouwen zoals een posttraumatische stressstoornis. Tijdens vaginale inspecties kunnen technische instrumenten gebruikt worden waarbij de vrouw minder beslissingen kan maken. Dat zal een gevolg hebben voor haar zelfbeeld (Shabot, 2020). De ervaring van Shabot houdt in dat er vaginale inspecties zijn geweest zonder haar akkoord. Dat moment wordt vaak gezien als iets 'normaal' terwijl vrouwen het ervaren als agressief, storend en waarbij ze met een schaamtegevoel lopen. Zowel door het medisch team als door de meeste vrouwen in de perineale fase wordt het obstetrisch geweld niet erkend tijdens de vaginale inspectie. Er is dus een vertekende weergave van de werkelijkheid (Shabot, 2020).

Probleemstelling en onderzoeksvraag

Seksualiteit en bredere intimiteit horen bij het leven. De (vrouwelijke) beleving van seksualiteit en intimiteit ondervinden impact van een zwangerschap, moederschap, een veranderd lichaam, en de (vaak geïnternaliseerde) blik van de samenleving en iemands dichte omgeving. Na een bevalling gaat de aandacht vooral naar het pasgeboren kind en het moederschap. Aandacht voor lichaamsbeleving en intimiteitsbeleving lijkt naar de achtergrond te verdwijnen, zowel in onderzoek als in de samenleving. Mogelijk onzichtbaar brengen de veranderingen door zwangerschap en bevalling wel gevolgen met zich mee voor het welzijn van vrouwen. Om taboes te doorbreken is het belangrijk om onbesproken zaken bespreekbaar te maken. Kwalitatief onderzoek hieromtrent waarbij de stemmen van vrouwen in de postnatale fase zelf worden gehoord, is schaars. In het onderzoek van Rodgers et al. wordt er vermeld dat het lichaam van een vrouw na de bevalling doorgaans tijdelijk of blijvend niet meer kan voldoen

aan de normen rond het lichaam die worden gepromoot in de media (Rodgers et al., 2018). Hoe voelen vrouwen zich ten gevolge van dit gedachtegoed?

In meerdere onderzoeken werd er aangetoond dat de bevalling een negatieve impact heeft op het welzijn en seksualiteit van vrouwen na de bevalling op emotioneel, sociaal en fysisch vlak (o.a. Olsson et al., 2005; Barrett et al., 2000; Navidian et al., 2020;...). In de eerste maanden na de bevalling komen de seksuele problemen sterk aan bod, dit kan duren tot één jaar (Zgliczynska et al., 2020). De steun van de partner kan hierin een grote rol spelen (Olsson et al., 2005), net zoals zorgverleners (Barrett et al., 2000). Echter reageren professionals niet altijd op een adequate manier op de ondersteuningsnoden en vragen van de vrouw na de bevalling (Barrett et al., 2000). Enkel 18% van de bevroegde vrouwen ontvingen een adequaat antwoord op hun behoeftes in de postnatale fase (Olsson et al., 2005). Niet onbelangrijk kan ook het gedachtegoed van de bredere samenleving een negatieve invloed hebben op het lichaamsbeeld van de vrouw (Cast et al., 2013). Binnen onderzoek naar lichaamsbeeld is een focus op het lichaamsbeeld van nieuwe moeders schaars (Cast et al., 2013). Er is bijvoorbeeld wel aangetoond dat er een negatief verband is tussen lichaamsbeeld, voedingsgedrag en borstvoeding in de postnatale fase bij de vrouw (Rodgers et al., 2018).

In de literatuur wordt niet veel aandacht geschonken aan de beleving van vrouwen in de postnatale fase omtrent het eigen lichaam en seksualiteit. Mijn onderzoek is mijn manier om taboes rond lichaam en welzijn te doorbreken, en bij te dragen aan (h)erkenning van al wat mooi én/of moeilijk is in de postnatale periode door de nabije omgeving en de bredere samenleving. Een andere kijk naar vrouwen is nodig, mogelijk van buitenaf en van binnenin. Dit onderzoek creëert ruimte voor het delen van en luisteren naar verschillende perspectieven en ervaringen alsook samen reflecteren, vanuit de volgende onderzoeksvraag:
Hoe ervaren vrouwen hun seksualiteit- en lichaamsbeleving tot een jaar na de bevalling en welke factoren spelen hierbij een rol?

Deze vrouwen met een nieuw lijf en geest maken deel uit van onze dynamische en diverse samenleving. Het doel van deze studie is kennis te verdiepen en zo ook begrip te openen voor het persoonlijk en relationeel welzijn van vrouwen in de postnatale fase (en bij uitbreiding moeders) door hun beleving in het daglicht te zetten. Het sociaalmaatschappelijke doel is om de kijk van de samenleving naar vrouwen (en de veranderingen die ze beleven) in de postnatale fase te 'standaardiseren', te beginnen bij het samenbrengen van vrouwen zelf. Deze studie zal ook indirect helpen om cliëntgericht en krachtgericht te werken met vrouwen, via inzichten uit de onderzoekspraktijk en -resultaten zelf alsook via de inbedding van het onderzoek binnen een bestaande zorgverleningspraktijk gericht op het stimuleren van welzijn van moeders.

Methodologie

Participanten: zoektocht en eigenschappen

De deelnemers zijn vrouwen in een postnatale fase, meer specifiek tot een jaar na de bevalling (tot het eerste groepsgesprek) aangezien zich in deze tijdspanne de meeste problemen (emotioneel, sociaal en fysisch) voordoen met dezelfde of afnemende intensiteit (Botros et al., 2006; Olsson et al., 2005; Zgliczynska et al., 2020 en Barrett et al., 2000).

De vrouwen in de postnatale fase werden gezocht via vroedvrouwenpraktijken, gespecialiseerde kinesisten, dokters en sportactiviteiten zoals yoga of fitness specifiek voor deze doelgroep. Flyers werden in de wachtzalen gelegd en/of persoonlijk afgegeven. De vrouwen hebben de onderzoeker gecontacteerd indien ze wensen deel te nemen aan het onderzoek. Een individueel telefonisch gesprek heeft plaatsgevonden om potentiële deelnemers voldoende te informeren (zowel praktisch als inhoudelijk) en eventuele bezorgdheden te bespreken. Zes vrijwillige vrouwen werden gerekruteerd met hun toestemming om focusgroeps gesprekken uit te voeren.

Onderstaande tabellen geven alvast een beknopte samenvatting van de door participanten gedeelde informatie.

In deze tabel worden de participanten voorgesteld.

| Participant 1 | Participant 2 | Participant 3 |
|---|--|--|
| Laatst bevallen in augustus 2022 Bevalling 1: natuurlijk* zonder epiduraal Bevalling 2: inleiden (traumatisch) Partner? Mannelijke partner Leeftijd: 29 jaar Belgische cultuur Prenatale trauma | Laatst bevallen in september 2022 Bevalling 1: natuurlijk zonder epiduraal Bevalling 2: natuurlijk zonder epiduraal Partner? Mannelijke partner Leeftijd: 32 jaar Belgische cultuur | Laatst bevallen in september 2022 Bevalling 1: keizersnede Partner? Mannelijke partner Leeftijd: 27 jaar Belgische cultuur Prenatale trauma |
| Participant 4 | Participant 5 | Participant 6 |
| Laatst bevallen in juli 2022 Bevalling 1: geknipt | Laatst bevallen in mei 2022 Bevalling 1: natuurlijk met | Laatst bevallen in augustus 2022 Bevalling 1: geknipt |

| | | |
|---|---|---|
| (traumatisch) Bevalling 2: natuurlijk zonder epiduraal Bevalling 3: natuurlijk zonder epiduraal | epiduraal Bevalling 2: natuurlijk, maar geïnduceerd met epiduraal | Bevalling 2: natuurlijk zonder epiduraal |
| Partner? Mannelijke partner | Partner? Mannelijke partner | Partner? Mannelijke partner |
| Leeftijd: 35 jaar | Leeftijd: 32 jaar | Leeftijd: 28 jaar |
| Belgische cultuur | Belgische cultuur | Belgische cultuur |
| | Nieuw samengesteld gezin | |

Natuurlijk* = vaginaal bevallen

Tabel 1: Voorstelling participanten

De gekozen voorwerpen of gedachte van de participanten worden in de tabel weergegeven.

| Participant 1 | Participant 2 | Participant 3 |
|--|--|---|
| <u>Tandenborstel</u> <i>“Ik pak heel weinig tijd voor mijn eigen, dus ook voor mijn lichaam en voor mijn-- en elke dag opnieuw moet ik mij echt verplichten om twee minuten tijd te pakken om mijn tanden te poetsen, omdat ik gewoon niet aan mijn eigen denk”</i> (P1, F1) | <u>Last van bekkenbodem, urineverlies</u> <i>“Voor mijn lichaam? Ja, omdat jij toch iets hebt dat niet perfect niet meer werkt en ja je wilt wel dat het terug op orde komt, maar je moet er wel veel moeite voor doen”</i> (P2, F1) | <u>Sociale media: een filmpje over een mama met haar kind in postpartum</u> <i>“En de eerste keer toen ik het zag, dacht ik: amai, chapeau, ik zou dat niet durven. (...) Nu heb ik het zo nog wel moeilijk, omdat ik toch nog wel wat een buikje hangt en ik van mijn omgeving toch wel wat commentaar krijg, en van mijn partner ook.”</i> (P3, F1) |
| Participant 4 | Participant 5 | Participant 6 |
| <u>Ijsblokjesvorm</u> <i>“De eerste bevalling was vrij traumatisch. (...) Ik heb een lange herstel periode na een bevalling gehad ook, waardoor seksualiteit zeker ook niet de nummer één</i> | <u>Kussen in de vorm van een zon met een berustend gezicht</u> <i>“Complexen dat ik vroeger had als- als- als tie- tiener of jonge twintiger zijn sinds ik zwanger ben compleet overboord. Terwijl het allemaal net minder perfect</i> | <u>Tandenborstel</u> <i>“Ik was laatst op een trouw en ik had gewoon geen tijd gehad om mijn benen te scheren onder mijn- onder mijn kleed-- Of mijn tanden poetsen of mijn gezicht, anti</i> |

| | | |
|--|---|---|
| <p><i>was. (...) En geleidelijk aan ben ik gegroeid en- en is dat eigenlijk heel- helemaal te op z'n sporen komen. (...) Een reden waarom ik een ijsblokjesvorm heb meegebracht, omdat ik weet dat dat wel weer kan smelten, dat het wel weer goed komt"</i></p> <p>(P4, F1)</p> | <p><i>geworden is, van mijn lijf dan. Maar ja, het is zo, van het grotere geheel van wat mijn lijf gekund heeft en gedaan heeft en het concept puur vruchtbaarheid al dat het gewerkt heeft zoals het hoort te werken. (...) En dan, ja, het is ook een zonnetje. En dat is ook een beetje voor het licht aan het einde van een tunnel zo."</i></p> <p>(P5, F1)</p> | <p><i>rimpel crème of anti puisten crème ik heb nogal een puber puisten. Maar echt waar. Ik kom tot geen seconden voor mijzelf"</i></p> <p>(P6, F1)</p> |
|--|---|---|

Tabel 2: Gekozen voorwerpen/ gedachte

Datacollectie

I. Instrument: Focusgroep

Het kwalitatief onderzoek omvatte drie samenkomsten met dezelfde focusgroep van zes vrouwen. Eén participant is niet gekomen bij het tweede groepsgesprek waardoor er een individueel interview werd georganiseerd. Er werden meerdere gesprekken uitgevoerd zodat de participanten de tijd en ruimte kregen om hun verhaal te kunnen brengen. Ook konden ze de informatie tijdens het groepsgesprek verwerken en toevoegingen doen/ vragen stellen bij het volgend gesprek, indien nodig.

Het werken met een focusgroep heeft verschillende voordelen. Een focusgroep is een methode om informatie samen te generaliseren tot een geheel van belevingen en betekenissen (Fossey et al., 2002). Het is ook waardevol bij het bespreken van moeilijke en gevoelige gespreksthema's die de intimiteit van de persoon raakt (Olsson et al., 2005). Daarnaast wordt er ruimte en tijd gemaakt om interacties te creëren in een groep. Verder hebben de participanten het gevoel om hun verhaal en ervaringen vrij te kunnen delen. Ook voelen ze zich herkend in de verhalen van anderen (Fossey et al., 2002). Daardoor kan een focusgroep mogelijk een ondersteunende, verbindende en empowerende impact hebben op de deelnemende vrouwen, naast een informerend doel in functie van onderzoek. Een vrouw vult meerdere rollen in en kan hier als vrouw zijn en niet als zus, partner, moeder,... gezien worden. Het is een uitnodiging voor vrouwen om te verbinden, herschrijven van normen, relativeren door het horen van andere verhalen.

De participanten haalden zelf enkele voordelen aan van de focusgroep. Ze kwamen tot consensus. Er was ruimte om veel informatie te delen en hun verhaal te vertellen zonder

beoordeeld te worden. Ze konden ongestructureerd ventileren zonder hun partners, enkel onder mama's. Ze voelden zich herkend in de situaties van anderen waardoor ze zich minder eenzaam voelden in hun moeilijkheden. Ze gaven ook aan dat er veel verbondenheid, respect en openheid was tijdens de gesprekken. Ze durfden bijvoorbeeld borstvoeding geven in de groep, deelden gevoelige onderwerpen en toonden intieme foto's naar elkaar. De gesprekken hadden een therapeutisch element waardoor ze reflecties konden maken over hun eigen situatie. Verder is er een bepaalde 'prestatiedruk' (P1, F3) in de samenleving. Moeders durven soms geen borstvoeding geven in de openbare ruimte door opmerkingen van anderen of durven niet aan te geven dat ze aan borstvoeding doen. Moeders krijgen veel commentaar over wat ze moeten doen met hun kind, wat hun kind moet kunnen of hoe ze eruit moeten zien en moeten gedragen. Bijvoorbeeld: "Uw kind is te gehecht aan u" (P6, F3). Dit heeft invloed op hun zelfbeeld. Het geeft moeders een gevoel dat ze slecht bezig zijn en dit bedreigt zelfvertrouwen. Het lijkt de fout te zijn van de moeder en niet de vader (P5, F3). Tijdens focusgroepen voelden de moeders zich 'normaal' (P3, F3). Het moraal is dat moeders weer vertrouwen moeten kunnen hebben in hun eigen gevoelens en eigen kunnen. In de samenleving moeten we dit ook kunnen normaliseren. De vrouwen hebben veel geleerd over hoe anderen hun situatie ervaren en denken (P2, F3). Ze kijken nu anders naar hun eigen situatie en zijn zich meer bewust van de realiteit van (andere) vrouwen in de postnatale fase wanneer ze elkaars moeilijkheden en krachten hebben gehoord. De groepsgesprekken hebben onverwacht veel geopend: "Ik had niet verwacht dat ik zoveel ging delen" (P6, F3); "Voor mij was dat wel een eye-opener" (P1, F3); "Dat is wel zo'n reality check" (P5, F3).

II. Inhoud

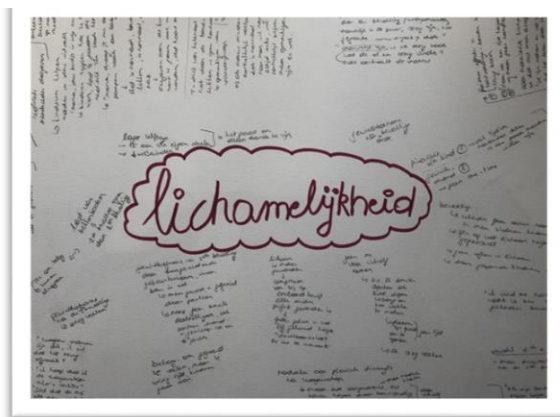
Het begin van **het eerste gesprek** werd er gefocust op het ontwikkelen van een vertrouwensband en was er plaats voor een informele kennismaking als doel om verbinding te stimuleren (meer informatie over o.a.: hobby's, leeftijd, samenstelling van het gezin, werk, origine, aantal kinderen,...). Ook werden praktische zaken overlopen (zoals het toestemmingsformulier, de audiorecorder, bepaalde afspraken,...) en werden bezorgdheden en/of vragen geuit. Deze eerste stap is cruciaal om verdere gesprekken te laten voortvloeien, zeker bij deze onderwerpen. Ook werd er tijdens de eerste afspraak gestart met het thema van het onderzoek door middel van voorwerpen die ze hebben meegebracht dat hun situatie kon verduidelijken. Soms is het heel moeilijk om verhalen en de daarbij horende gevoelens te vertellen, daarom zijn voorwerpen die vertrekken vanuit hun eigen leefwereld een mogelijke manier om dat ijs te doorbreken (Blockmans, 2019). Over onze eigen kwetsbaarheden en intimiteit spreken is een grote stap. Dat kan als een soort van taboe gezien worden in onze hedendaagse samenleving. Vervolgens werd er een gesprek gevoerd aan de hand van drie thema's.

Het *eerste thema* gaat over de betekenis dat de vrouwen aan hun lichaam geven of de betekenis dat de anderen geven aan hun lichaam. Hoe voelen jullie zich daarbij? Wat is er lichamelijk veranderd na de bevalling? Hoe staan jullie daartegenover? Hoe is de band met de partner na de bevalling? Welke bezorgdheden hebben jullie? Hoe heeft u uw tweede bevalling ervaren ten opzichte van de eerste? In welke mate ervaren jullie een druk door de samenleving? Wat is jullie lichaamsideaal? Hoe is jullie lichaamsbeeld? Hoe ervaren jullie jullie lichaam na borstvoeding? Wat wordt er van u verwacht en hoe reageren jullie erop? Hoe was uw herstelproces na de bevalling? Hoe ervaren jullie jullie lichaam op schaalniveau?

Het *tweede thema* gaat over seksualiteit. Hoe verloopt jullie intimiteit/relatie als koppel na de bevalling? Hoe ervaren jullie dat? Wat betekent 'vrouw' zijn voor jullie nu, en wat betekende het vroeger? Hoe wordt er daarover gesproken met de partner of met een professional? Wat gebeurt er met de aantrekkingskracht? Hoe voelt u zich daarbij? Hoe heeft het zorgen voor een kind een invloed op de relatie tussen beide partners? Wat wordt er van u verwacht?

Het *derde thema* gaat over de steun die ze nodig hebben en/of verlangen. In welke mate krijgen jullie steun van de partner, en hoe voelen jullie zich daarbij? Hoe verlopen de contacten met een professional na de bevalling (bv kind en gezin)? Wat zijn jullie ervaringen wat betreft de competenties van professionals om aan jullie ondersteuningsbehoeftes te beantwoorden? Hoe makkelijk is het om jullie extern netwerk aan te spreken? Wat wordt er door professionals verwacht? Hoe reageren jullie partners op jullie veranderingen?

Als visuele ondersteuning werden er spinnenwebben (een woordenwolkje) gecreëerd op basis van vier thema's: lichamelijkheid, seksualiteit, steun en samenleving (hieronder een voorbeeld). Het eerste gesprek heeft drie uren geduurd.



Tijdens **de tweede afspraak** werd er verder ingegaan op de drie thema's die gedurende het eerste gesprek aan bod zijn gekomen. Het is hier de bedoeling om zich te verdiepen in de thema's en op die manier op zoek te gaan naar verduidelijking en concretisering. Het tweede gesprek heeft drie uren geduurd.

Tijdens **de derde en laatste afspraak** werd er gereflecteerd op wat er in groep gecreëerd en verteld werd. Het is een moment van terugkoppeling naar de groep na de eerste analyse van het verzamelde onderzoeksmateriaal, waarbij de groep kan bekritisieren, nuanceren en bijsturen. De deelnemers worden op deze manier meer betrokken bij het onderzoek, wat in lijn ligt met de visie om deelnemers niet te reduceren tot onderzoeksobjecten (Cornwall & Jewkes, 1995). Wat is er in de vorige gesprekken aan bod gekomen dat bij sommige vrouwen is bijgebleven? Hebben ze nog toevoegingen die ze willen meedelen? Hoe hebben ze dat ervaren? Wat hebben ze geleerd of wat zijn de verbeterpunten? Hoe kijken ze nu naar hun eigen situatie nadat ze elkaars moeilijkheden en krachten hebben gehoord zowel op seksueel als op lichamelijk vlak? Herkennen ze hen zelf in de situaties van de anderen of waar zit het verschil? Op het einde van het gesprek is het de bedoeling dat er aandacht besteed wordt aan de kwaliteiten en krachten van ieder individu. Iedereen heeft een aantal krachten aan elkaar toebedeeld door middel van een post-it. Op dat post-it werd geschreven hoe dat de andere aanwezige participant kijkt naar die persoon en welke krachten dat ze op die persoon zouden kleven (letterlijk een post-it kleven). Daarover wordt gereflecteerd: Vonden jullie, jullie krachten dat jullie hebben gekregen passend of niet? Waarom heb je haar deze kracht gegeven? Welke impact heeft dat gehad naar hoe jullie kijken naar jullie zelf? Deze post-it is een krachtig iets en het geeft een positief gevoel om kaarten te ontvangen van de anderen. Wie weet zullen de vrouwen deze kaarten in huis houden en daar een dag op terug kunnen kijken. Het derde en laatste gesprek heeft drie uren geduurd.

III. Periode

- Eerste afspraak op vrijdag 4 november 2022
- Tweede afspraak op donderdag 1 december 2022
- Derde afspraak op dinsdag 13 december 2022
- Individueel interview van afwezige participant op dinsdag 13 december 2022

Reflectie rond onderzoeksproces

Gedurende mijn onderzoek, specifiek bij het verloop van de focusgesprekken, waren er enkele botsingen waarmee ik geconfronteerd werd. Ten eerste is een participant niet gekomen bij het tweede groepsgesprek. Om haar mening en visie toch mee te nemen in mijn onderzoek, heb ik haar individueel geïnterviewd. Op die manier kon ze met een gelijke start het derde groepsgesprek volgen. Verder was er bij het derde groepsgesprek een vrouw die vroeger weg moest. Dit vormde geen probleem aangezien ik op voorhand op de hoogte was en de specifieke vragen aan haar, in het begin van het gesprek, kon stellen. Bovendien waren tijdens de gesprekken de baby's van de moeders welkom. Dit omdat ze in de eerste weken/ maanden na de zwangerschap elkaar nodig hebben. Op sommige momenten zorgde dit voor gelach (bijvoorbeeld bij een boertje of scheetje van een baby), maar op andere momenten kon het

gehuil de audio-opname storen en konden we elkaar moeilijk verstaan. Dit heb ik opgelost door de antwoorden van de participanten tijdens de gesprekken te herhalen om de gegeven informatie te kunnen controleren of door te vragen om hun verhaal opnieuw te doen. Niettemin ontstond er een verbondenheid in de groep toen de moeders hen borstvoeding gaven. De participanten waren zeer open naar elkaar toe. Dit zorgde voor heel authentieke, spontane en diepgaande gesprekken. Ik heb ook de indruk gehad dat er in het eerste groeps gesprek veel informatie door elkaar werd gehaald. Dit geeft aan dat de participanten nood hadden om hun gevoelens en gedachten te uiten over hun lichaam en seksualiteit in de postnatale fase. Ook de druk die ze ervaren van de samenleving konden ze in de loop van de gesprekken uiten. Daarnaast was een datum vinden waar alle moeders aanwezig kunnen zijn, zeer moeilijk. Dit omdat moeders na een bevalling zeer weinig tijd hebben voor zichzelf en een evenwicht vinden tussen de verschillende rollen die ze hebben, is niet makkelijk.

Data-verzameling en data-verwerking

Veiligheid en vertrouwelijkheid was de prioriteit. De drie afspraken werden opgenomen met toestemming van alle deelnemers. Daarbij is een 'informed consent' noodzakelijk om de data te kunnen verzamelen, gebruiken en/of te delen met de promotor aangezien deze data heel gevoelig kan zijn. Vanzelfsprekend werd de audio opname enkel gebruikt in het kader van het onderzoek. Gesprekken werden ook getranscribeerd (met hun toestemming) met vervanging van persoonsnamen en plaatsnamen door pseudoniemen, om vertrouwelijkheid van de verzamelde gegevens te garanderen. De persoonlijke data wordt beschermd door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming.

De verzameling van data werd op een veilige en zorgvuldige manier mee omgegaan. Zowel de student als de promotor van de UGent bewaren de data (zoals bijvoorbeeld transcripties) in een beveiligd bestand op Onedrive for business. Dit is een online opslagruimte. Van daaruit kunnen bestanden gemakkelijk gedeeld en opgeslagen worden. Voor de audio-opnames die niet gepseudonimiseerd zijn, werden ze geëncrypteerd. Omdat de audiobestanden, eens getranscribeerd, niet vaak meer nodig zijn, kan dit gemakkelijk door ze in een beveiligd zip-bestand op een beveiligde schijf te steken (Encryptie met 7-zip). De data zal na het onderzoek verwijderd worden. Dit is conform aan de richtlijnen van het data-management team aan de Universiteit van Gent. Er werd dus veel aandacht besteed aan de procedurele ethiek.

Indien de participanten wensen geïnformeerd te worden over de resultaten van het onderzoek, zal de finale masterproef naar hen doorgestuurd worden. Ik vind het steeds belangrijk, als onderzoeker, om de terugkoppeling te maken met de participanten. Zoals eerder gezegd, zijn ze een volwaardige actor/partner in het onderzoek en is het dus belangrijk dat ze steeds op de hoogte zijn van wat er met hun gegevens gedaan worden. Maar ook omgekeerd: Wat heeft

het onderzoek met hen gedaan? Wat hebben de verhalen van anderen bij hen teweeg gebracht? In de derde afspraak met de participanten werd er daarop ingegaan. De relationele ethiek staat steeds centraal in mijn onderzoek, zeker met dit soort onderwerp.

Analysemethode

Het doel van dit onderzoek is om inductief te werk te gaan door middel van een thematische analyse. In het onderzoek van Braun en Clarke wordt aangetoond dat de thematische analyse een ontvankelijke en soepele methode is om kwalitatief onderzoek te gaan uitwerken. Het wordt frequent toegepast in de sociale domeinen (Braun & Clarke, 2006).

Een kwalitatief onderzoek binnen een belevingsonderzoek wordt gebruikt om de subjectieve ervaringen en meningen van de mensen in kaart te brengen. Er wordt ruimte en tijd gegeven om naar hen te luisteren (Fossey et al., 2002).

Een thematische analyse is een kwalitatieve analytische methode. Binnen de data worden er verschillende thema's geïdentificeerd, geanalyseerd en ten slotte gerapporteerd. Het biedt een rijke en gedetailleerde weergave van de data waarbij verschillende dimensies van de thema's kunnen worden geïnterpreteerd. Een thematische analyse reflecteert de werkelijkheid, de ervaringen en de daarbij horende betekenisverlening van de participanten. Ook wordt de gehele context dat invloed heeft op het individu meegenomen (Braun & Clarke, 2006). Dankzij een thematische analyse is het gemakkelijker om een grotere data samen te vatten. Bovendien verloopt de samenwerking met de participanten gemakkelijker met een kwalitatieve analyse. Een ander voordeel is dat de resultaten toegankelijker zijn voor de hele populatie (Braun & Clarke, 2006).

De eerste stap van een thematische analyse is het lezen en begrijpen van de data. In deze stap wordt er getranscribeerd. Door veel met de data bezig te zijn, leer je de data te interpreteren en te begrijpen. Letterlijke transcripties zijn een meerwaarde omdat dit dichterbij de realiteit is. De tweede stap is het coderen van de data. De derde stap wordt de codering gelinkt aan thema's. Op die manier worden er patronen gevormd. De gemaakte codes worden bijeengebracht binnen een bepaald thema. De vierde stap is het herbekijken van je geïdentificeerde thema's door ze te verfijnen. Sommige thema's kunnen niet meer passend zijn bij de data of kunnen overlappen met andere thema's. Deze thema's moeten geselecteerd worden. De uiteindelijke thema's moeten duidelijk zijn en verschillend zijn van elkaar. De voorlaatste stap moeten de thema's verder verduidelijkt worden door ze te benoemen en een betekenis daaraan te geven. Er wordt in deze fase nagegaan welke data past binnen welk thema. Een thema moet niet complex weergegeven worden, het moet enkel de kern bevatten. De data zal op deze manier geordend worden. Elk thema moet de inhoud en de verklaring

van waarom iets belangwekkend is, bevatten. De laatste stap van een thematische analyse is het rapporteren van de analyses. De inhoud en de betekenis van de gemaakte thema's worden gerapporteerd. De analyse moet op een duidelijke en boeiende manier geschreven worden op basis van de data. Het moet een goede weergave zijn van de data binnen en tussen elk thema. Dit wil zeggen dat er genoeg data moet zijn om elk thema te kunnen motiveren. De analyse moet de kern, een weergave van de data en het antwoord op de onderzoeksvragen bevatten. Op deze manier gaat de onderzoeker de lezer bewijzen dat de analyse op een geldige manier is geschreven (Braun & Clarke, 2006).

Resultaten

De volgende vier thema's worden hieronder besproken a.d.h.v. citaten die het perspectief van de participanten weergeven en interpretatie van de onderzoeker: intimiteitsbeleving, lichaamsbeleving, samenlevingsdruk en rol van professionals.

Onderstaande tabellen geven alvast een beknopte samenvatting van de door participanten gedeelde informatie. Ze kunnen dienen als visuele ondersteuning bij de bespreking van de (sub)thema's.

Intimiteitsbeleving

Deze tabel beschrijft de impact van de manier van bevallen op seksualiteit.

| Participant 1 | Participant 2 | Participant 3 |
|--|---|--|
| <p><u>Bevalling 1: natuurlijk zonder epiduraal</u> Beter welbevinden op fysisch en psychologisch vlak</p> <p><u>Bevalling 2: ingeleid (traumatisch)</u></p> <p>Verhindering van seksueel leven</p> <ul style="list-style-type: none"> - moeilijke blaas regeling - last van bekkenbodem - drogere vagina - prenatale trauma (6 maanden geen spiergebruik) - minder seksuele | <p><u>Bevalling 1: natuurlijk zonder epiduraal</u> Idem bevalling 2</p> <p><u>Bevalling 2: natuurlijk zonder epiduraal</u></p> <p>Verhindering van seksueel leven</p> <ul style="list-style-type: none"> - hormonale veranderingen - drogere vagina - minder seksuele verlangens - angst om te hervatten: "Gaat dat pijn doen?" - vermoeidheid | <p><u>Bevalling 1: keizersnede</u></p> <p>Verhindering van seksueel leven</p> <ul style="list-style-type: none"> - hormonale veranderingen - meer pijn aan vagina dan aan litteken - minder seksuele verlangens - angst om te hervatten: "Gaat dat pijn doen?" - vermoeidheid <p>Hervatting?</p> <ul style="list-style-type: none"> - verplichtingsgevoel t.o.v. partner - emotionele relatie - met seksuele |

| | | |
|--|--|---|
| <p>verlangens</p> <p>Hervatting?</p> <ul style="list-style-type: none"> - verplichtingsgevoel t.o.v. partner - met seksuele problemen + met minder seksuele verlangens <p>Daling van seksuele problemen +/- 6 weken postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> - vooral op fysiek vlak <p>Nog steeds in herstelfase (3 maanden postpartum)</p> <ul style="list-style-type: none"> - nog steeds minder seksuele verlangens - nog steeds pijn aan vagina door hormonen <p>=> nog bezig met borstvoeding</p> <p>Minder goed herstelproces dan bevalling 1 op fysisch en psychologisch vlak</p> | <p>Hervatting?</p> <ul style="list-style-type: none"> - verplichtingsgevoel t.o.v. partner - emotionele relatie - met seksuele problemen + met minder seksuele verlangens <p>Daling van seksuele problemen +/- 6 weken postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> - eerste geslachtsverkeer, daarna beter <p>Nog steeds in herstelfase (3 maanden postpartum)</p> <ul style="list-style-type: none"> - nog steeds minder seksuele verlangens - nog steeds pijn aan vagina door hormonen <p>=> nog bezig met borstvoeding</p> | <p>problemen + met minder seksuele verlangens</p> <p>Daling van seksuele problemen +/- 6 weken postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> - eerste geslachtsverkeer, daarna beter <p>Nog steeds in herstelfase (3 maanden postpartum)</p> <ul style="list-style-type: none"> - nog steeds minder seksuele verlangens, maar wel verbeterd - nog steeds pijn aan vagina door hormonen <p>=> nog bezig met borstvoeding</p> |
| <p>Participant 4</p> | <p>Participant 5</p> | <p>Participant 6</p> |
| <p><u>Bevalling 1: knipje (traumatisch)</u></p> <p>Verhindering van seksueel leven + latere heropstarting van geslachtsverkeer</p> <ul style="list-style-type: none"> - minder seksuele verlangens - angst om te hervatten: "Gaaf dat pijn doen?" - vermoeidheid - hormonale | <p><u>Bevalling 1: natuurlijk met epiduraal</u></p> <p>Verhindering van seksueel leven + latere heropstarting van geslachtsverkeer</p> <ul style="list-style-type: none"> - minder seksuele verlangens - "nieuw kind in huis" - pijn aan bekkenbodemspier (gespannen + geatrofieerde vagina) | <p><u>Bevalling 1: knipje</u></p> <p>Verhindering van seksueel leven</p> <ul style="list-style-type: none"> - minder seksuele verlangens - angst om te hervatten: "Gaaf dat pijn doen?" - vermoeidheid - hormonale veranderingen |

| | | |
|---|---|---|
| <p>veranderingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - pijn <p>Hervatting?</p> <ul style="list-style-type: none"> - meer vanuit een emotionele relatie - 'pijnlijke verrassing' (P4 en P6, F3) - met seksuele problemen + met minder seksuele verlangens <p>Daling van seksuele problemen +/- 4 maanden postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> - eerste geslachtsverkeer, daarna beter - rol vinden als mama, partner, vrouw, werkende,... - zich goed voelen in lichaam <p>Volledig herstel rond 6 maanden</p> <p><u>Bevalling 2 en 3: natuurlijk zonder epiduraal</u> Beter welbevinden op fysisch en psychologisch vlak</p> | <ul style="list-style-type: none"> - angst om te hervatten: "Gaat dat pijn doen?" - vermoeidheid - hormonale veranderingen <p>Hervatting?</p> <ul style="list-style-type: none"> - emotionele relatie - met seksuele problemen + met minder seksuele verlangens <p>Daling van seksuele problemen +/- de 9 weken postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> - eerste geslachtsverkeer, daarna beter - rol vinden als mama, partner, vrouw, werkende,... - zich goed voelen in lichaam <p>Volledig herstel rond 6 maanden bij het volledig stoppen van borstvoeding</p> <p><u>Bevalling 2: natuurlijk met epiduraal</u> Gelijkaardig proces: beter welbevinden op psychologisch vlak, op fysisch vlak was dit gelijkaardig</p> | <ul style="list-style-type: none"> - pijn <p>Hervatting?</p> <ul style="list-style-type: none"> - emotionele relatie - 'pijnlijke verrassing' (P4 en P6, F3) - met seksuele problemen + met minder seksuele verlangens <p>Daling van seksuele problemen +/- 6 weken postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> - eerste geslachtsverkeer, daarna beter <p>Volledig herstel rond 6 maanden bij het volledig stoppen van borstvoeding</p> <p><u>Bevalling 2: natuurlijk zonder epiduraal</u> Beter welbevinden op fysisch en psychologisch vlak</p> |
|---|---|---|

Tabel 3: Impact van manier van bevallen op seksualiteit

Deze tabel geeft meer uitleg over de seksuele problemen die vrouwen ervaren en de impact daarvan in de relatie. Factoren die voor een daling zorgen van de seksuele verlangens worden ook weergegeven.

| Wat zijn de seksuele | Wat zijn de gevolgen van | Welke factoren zorgen |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|
|----------------------|--------------------------|-----------------------|

| problemen? | de seksuele problemen in de relatie? | voor een daling van de seksuele verlangens? |
|--|--|---|
| <p>=> op fysisch vlak ongemakkelijk vanuit de bevalling / borstvoeding</p> <ul style="list-style-type: none"> - last van bekkenbodern - vaginale bloedingen - minder opwindning - vagina is slapper - vaginale pijn/ verbrand: vagina atrofieert, droog en minder rozig <p>=> op psychologisch vlak ongemakkelijk vanuit de bevalling/ borstvoeding</p> <ul style="list-style-type: none"> - zich overvraagd voelen door de rollen die ze zich toe-eigenen/ die ze opgelegd voelen - rollen: zorgen voor de kinderen, huishouden, zichzelf, partner,... - gebrek aan tijd - vermoeidheid - minder seksuele verlangens - angst om het geslachtsverkeer terug te hervatten - hormonaal onevenwicht | <ul style="list-style-type: none"> - verandering geslachtsverkeer/ moeilijk heropstarting van geslachtsverkeer - spanningen en ongerustheid vanuit de man: verwachting om seks te hebben, vervelend dat de vrouw geen seksuele verlangens vertoont - spanningen vanuit de vrouw <ul style="list-style-type: none"> a. nood om een emotionele relatie op te bouwen b. nood om de man plezier te doen en zijn noden te vervullen c. nood om terug te keren naar een seksueel leven als voor de zwangerschap | <ul style="list-style-type: none"> - borstvoeding - bevalling - baby op kamer - fertiliteit - tijdsgebrek (zorgen voor kind) - vermoeidheid - indringende reacties van man (verwachting om seks te hebben) - vaginale pijn - prenatale trauma - hormonaal onevenwicht |

Tabel 4: Seksuele problemen, daling van seksuele verlangens en impact op relatie

1. Spanningen in de relatie

Seksuele problemen vloeien mogelijk voort uit psychologische en fysische ongemakken door de bevalling en/ of borstvoeding. Op fysisch vlak kunnen seksuele problemen zich vertalen naar vaginale bloedingen en pijn, last van bekkembodem, minder seksuele opwindning,... Ook het psychologische kan een invloed hebben op seksualiteit. Een vrouw ervaart verschillende rollen: zorgen voor een kind, een partner, werknemer/ werkgever, zus,... De zes participanten voelen zich overvraagd door de veelheid aan rollen die ze zich toe-eigenen. Daardoor ervaren

de vrouwen een gebrek aan tijd en vermoeidheid. Daarnaast ondervinden vrouwen een hormonaal onevenwicht (zoals minder seksuele verlangens, minder goed voelen in hun eigen lichaam, lekkende borsten,...). Verder ervaren ze ook een angst en zijn ze gespannen om het seksueel verkeer te hervatten. Deze impact wordt als problematisch ervaren (in de relatie) waardoor dit hun seksualiteit beïnvloedt (zoals een verhindering van het seksueel leven). Dit geeft aanleiding tot frustraties vanuit de partner (verwachting om seks te hebben, vervelend dat de vrouw een geringe seksuele verlangens vertoont), maar ook spanningen vanuit de vrouw (nood om een emotionele relatie op te bouwen, nood om de man plezier te doen en zijn noden te vervullen, nood om terug te keren naar een seksueel leven als voor de zwangerschap). Voor een visuele ondersteuning verwijs ik graag naar tabel 4.

Bij het merendeel van de participanten zorgen de seksuele problemen voor spanningen in de relatie zowel bij de vrouw als bij de man. Mannen vragen naar seks na de bevalling omdat ze seksuele verlangens blijven hebben, volgens de participanten. Wanneer het geslachtsverkeer wordt verhinderd dan is de man *“lastiger”* (P4, F2), *“minder tolerant”* (P4, F2) naar de vrouw en emotioneel afstandelijker. Deze vrouwen daarentegen ervaren geen/ minder seksuele verlangens na de bevalling, maar hebben wel nood om emotionele intimiteit te creëren met hun partner. Via seksualiteit kunnen vrouwen een emotionele relatie weer doen heropleven met de partner. Deze visie werd gedeeld door de meeste vrouwen. De participanten percipiëren een verschil tussen vrouwen en mannen. Mannen zouden seks nodig hebben terwijl voor vrouwen een intense zoen of knuffel volstaan om tot een emotionele klik te komen. Dit brengt het koppel tot elkaar (*“bonding”* (P6, F1)), zeker na een zwangerschapsperiode waar er minder seksuele connecties waren. Ook is het leven met een kind helemaal anders. Zorgen voor een kind leidt tot meer emotionele afstand met de partner. Een *“emotionele verbinding”* zorgt dus voor het vermijden van escalaties binnen een relatie, zorgt voor minder afstand tussen de partners en zorgt voor een betere relatie. Een participant illustreerde als volgt: *“Als je voelt dat je terug die emotionele verbinding hebt, dan voel je weer die basis waarmee het ooit is begonnen.”* (P5, F2). Het lijkt erop dat participant 5 een verlangen heeft naar herconnectie en dit zou tot een drijfveer zorgen tot seksualiteit.

Daarnaast stemmen de participanten in met seks ondanks afwezigheid of geringe aanwezigheid van hun eigen seksuele verlangens. De meeste voelen zich ook ‘verplicht’ om seksueel verkeer met de partner te stimuleren; het is een *“moeten”*, een *“toegeving”* (P1, F3). De vrouwen worden gedreven door verschillende factoren die al dan niet samen aanwezig zijn: vanuit liefde voor hun partner, vanuit *“druk”* (P3, F2) die ze zichzelf opleggen volgens hun invulling van partnerschap, vanuit schuldgevoelens omdat ze hun partner niet kunnen geven wat die wil (*“Na mijn eerste bevalling hebben we geen seksuele activiteit gehad, zeker op een bepaald moment zei ik tegen hem: ‘Ik zou het oké vinden moest je efkes op een ander wil*

gaan.' (...) Ik kan u dat niet geven, ik kan u wel bevredigen op een andere manier, zonder zelf iets te krijgen ma ik zou u begrijpen en ik zou u vergeven moest je op een ander gaan" (P4, F1)), vanuit een verlangen naar hoe het was voor de zwangerschap ook al zijn er—tot hun frustratie—niet dezelfde seksuele verlangens, vanuit "commentaar" van hun partner ("Om verdere frustraties en commentaar te vermijden, get over it, zet uw angst misschien ook een beetje aan de kant" (P3, F3)). Het lijkt erop dat participant 3 angst vertoont om seksuele activiteiten te hervatten door bepaalde seksuele problemen die ze ervaart, waarbij de man de vraag heeft naar seksualiteit. Het citaat van participant 4 wijst erop dat de vrouw haar grenzen voorbij stelt en waarbij de noden van haar partner primeren. Dit kan vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel, vanuit de overtuiging dat zij, met haar lichaam in herstel, verantwoordelijk is voor het seksueel ongenoegen van haar partner,... Seksualiteit wordt hier heel strikt gezien waarbij geslachtsgemeenschap als graadmeter voor goede seks is. Dit zou iets kunnen zeggen over hoe sterk ingebakken normen zijn rond 'goede seks' en hoe beperkt daardoor de verbeelding wordt van wat leuk kan zijn.

Het is een vicieuze cirkel. Een verhindering van het seksueel leven zorgt voor een aantal spanningen in het nieuwe gezinsleven. De minder seksuele verlangens van een vrouw geeft aanleiding tot frustraties in de relatie, maar de "frustraties" van de man kunnen ook zorgen voor minder seksuele verlangens bij de vrouw (hoge druk). Participant 3 vermeldde dit als volgt: "Als je er zo achter vraagt en er zo gefrustreerd door bent, dan krijg ik nog minder zin..." (P3, F3). Dit zorgt op zijn beurt voor een ongezonde relatie op seksueel vlak.

Alle participanten waren het eens dat de bevestiging van vruchtbaarheid door succesvolle zwangerschap en bevalling bij de vrouw en een kinderwens, kunnen leiden tot meer seksuele verlangens bij de vrouw in vergelijking met de niet actieve kinderwensperiode. Dit is ook afhankelijk van hoeveel kinderen de vrouw wil. Desalniettemin lijkt het erop dat het zorgen voor een kind een reden is om niet opnieuw zwanger te willen worden, maar ook dat ze zichzelf een druk opleggen om deze taak vol te brengen ("Dat ligt ook aan je hormonen. Je lichaam vormt een fysieke barrière en zegt: Je moet je eerst bezig houden met je kindje dat nu op de wereld is gekomen, niet met een nieuw kindje." (P3, F2)).

II. Hervatting van het geslachtsgemeenschap

Voor de meerderheid van de vrouwen is zes weken na de bevalling nodig als buffer om geen seksueel geslachtsverkeer te hebben. Dit vanuit de fysieke problemen, maar ook vanuit angst om te hervatten. Eén participant heeft gedurende drie weken een prostaglandines-kuur gedaan om haar vagina minder atroof te maken, d.w.z. om de gescheurde vliesjes van de vagina meer te verzorgen en het slijmvlies te herstellen. Op die manier is de vagina minder sensitief. Deze kuur werd gedaan na de zes weken als doel om meer tijd voor zichzelf te

nemen op psychologisch vlak. De drempel om geslachtsgemeenschap te hervatten zou lager zijn omdat de behandeling voor meer seksueel plezier zou zorgen en minder angst zou teweegbrengen bij de vrouw. Aangezien de vrouw na zes weken van de bevalling weer seks mag hebben, geeft dit voor de man een “signaal” om het geslachtsverkeer te hervatten (*“En dan geef je aan die partner dat signaal van zes weken, en zo was dat letterlijk. Zes weken en het mag terug.” (P3, F1)*). De kuur en/of de zes weken helpen om de opmerkingen van de man te vermijden. Ook baby's in de kamer worden als buffer gebruikt om geen geslachtsverkeer te hebben. Deze vrouwen gaan vermoedelijk niet zelf actief op zoek naar buffers, deze komen meestal vanzelf (bv door medisch advies). Desalniettemin zijn ze mogelijks dankbaar om tot adem te komen. Weliswaar ervaren de meeste vrouwen begrip van hun partner, maar de participanten missen het gevoel om begrepen te worden vanuit de professionals.

Twee participanten hebben laatst een prenatale trauma gehad, waardoor tijdens de zwangerschapsperiode geslachtsverkeer afgeraden werd gedurende zes maanden om infecties te voorkomen. De prioriteit was toen het verzorgen van de baby waardoor de seksualiteit naar de achtergrond verdween. De man, daarentegen, toonde wel seksuele verlangens. Vanuit schuldgevoelens voor deze ‘onthouding’ voelden de vrouwen een druk (*“(…) het feit dat ik misschien een ontsteking zou kunnen hebben of iets, maar ik had zoiets van, dan is het dan maar, omdat het zo lang heeft geduurd” (P1, F3)*), een “moeten” om in de postnatale fase het geslachtsverkeer te hervatten (*“Ah ja, nu zijt ge bevallen, nu moeten we zes weken wachten en dan mogen we terug seks hebben. Dus die was daar zo heel erg naar uit aan het kijken naar die zes weken om dan te weten: dan mogen we terug seks hebben. Ja, voor mij was dat moeten, voor hem was dat mogen.” (P3, F1)*). Dit gaf het gevoel van angst voor mogelijks bedrog vanuit de partner (participant 3). Participant 1 voelde sindsdien geen behoefte meer aan seks en is overbezorgd voor haar kind in de postnatale fase (gevolgen op psychologisch vlak). De sterkte van een prenatale trauma in de postnatale fase is een open relatie opbouwen met de man waarbij de gevoelens van de vrouw op een respectvolle manier gedeeld kunnen worden in de relatie. Dit zorgt voor een betere en intieme relatie. In deze tijdsperiode, werd er vanuit professionals geen kadering gegeven over de gevolgen op seksueel vlak, terwijl ze daar wel nood aan hadden.

Het merendeel van de vrouwen had het heel moeilijk om het geslachtsverkeer te hervatten doordat ze angst voelden. De vrouwen zijn gespannen de eerste keer dat ze seksuele betrekkingen hebben na de bevalling. Ze lopen met een stemmetje in hun hoofd: Zal het pijn doen? Is het genezen? Dit zorgt ervoor dat het op psychologisch vlak heel moeilijk is om de stap te zetten tot geslachtsverkeer. Ze stellen het meestal uit, mogelijks doordat ze het niet meer initiëren, door avances van de partner af te wijzen, door middel van een gesprek met de

partner,... Hoe langer de tijd dat er geen geslachtsgemeenschap is, hoe moeilijker het is om te hervatten, hoe minder intimiteit en hoe emotioneel afstandelijker de seks voelt. De eerste keer seks na de bevalling kan vergeleken worden met een ontmaagding, vertellen de participanten. Het moet een paar keer gebeuren voordat de vrouwen seksueel plezier kunnen beleven. Een ontmaagding hoeft namelijk niet onplezierig te zijn. Het is nieuw, ja. het is spannend, waarschijnlijk. Het is zoeken, mogelijk, naar welke houdingen en waar elkaar aanraken en hoe rekening houden met de ander. Het is een soort van herontdekking van het lichaam en de beleving van seksualiteit. Niettemin is het seksueel leven niet meer zoals voor de zwangerschap. Er zijn geen regelmatige optimale seksuele activiteiten na de bevalling. Participant 5 illustreerde dit als volgt: *“Ons seksleven is wel nog ver van een ideale seksleven”* (P5, F3). Bovendien moet er, volgens de participanten, ook gezorgd worden voor de kinderen waardoor ze minder tijd ervaren om hun volledige aandacht te schenken op seksueel vlak. Het lijkt erop dat de vrouwen het zorgen voor hun kind als hun taak beleven waarbij hun partner hier minder verantwoordelijk voor is.

Ook hier kan er een vicieuze cirkel van gemaakt worden. Doordat de vrouw negatieve gedachten ervaart, zorgt dit voor een verhindering van het seksueel leven. De vrouw voelt zich gespannen en denkt teveel na of het geslachtsverkeer pijn zal doen. Daardoor heeft de vrouw effectief pijn waardoor ze geen seksueel plezier beleeft. Opnieuw zorgt dit voor negatieve gedachten: *“ik moet ontspannen”* (P5, F2). Dat *“proces om terug te hervatten”* (P6, F2) bevindt zich op psychologisch vlak.

III. Het herstelproces

Enkele vrouwen ervaren meer seksuele verlangens na hun laatste bevalling in vergelijking met hun vorige bevalling. Ze voelen zich meer ontspannen en kunnen hun lichaam spontaan loslaten. Daardoor beleven deze vrouwen minder seksuele pijn. Bij de tweede (en derde) bevalling ervaren ze meer kennis waardoor ze weten dat alles (seksuele problemen) terug goed zou komen. Daarom is er mogelijk een beter welbevinden op psychologisch vlak (bijvoorbeeld, minder angstig, met meer overgave, met meer vertrouwen, met meer emotionele connectie met de partner,...). In de meeste gevallen wordt seksualiteit een plezier in plaats van een verplichting. Via seksualiteit ontstaat er een wederzijdse betrokkenheid, met de seksuele behoeftes van een vrouw. Indien de vrouwen op bepaalde momenten geen behoefte hebben, dan is een knuffel voldoende om een emotionele relatie op te bouwen met de partner. De participanten die een knipje hebben gehad bleken meer hersteld te zijn op fysisch en psychologisch vlak bij hun tweede bevalling.

Er waren twee vrouwen die later zijn gestart met het geslachtsverkeer. Dit is vanwege het feit dat ze niet klaar waren op psychologisch vlak terwijl hun lichaam na zes weken klaar was om seksuele betrekkingen te hebben (dus geen fysieke ongemakken meer) (zie tabel 3). Iedereen

heeft een psychologisch herstelproces nodig, onafhankelijk van de manier van bevallen. Op psychologisch vlak is het hervatten van het geslachtsverkeer mogelijk lastiger, langer en moeilijker dan op fysisch vlak (door bijvoorbeeld gespannen te zijn). Op beide vlakken speelt borstvoeding een rol. Wanneer borstvoeding stopt dan is de vrouw op psychologisch en fysisch vlak volledig hersteld (meestal 6 maanden).

Lichaamsbeleving

Deze tabel geeft een overzicht weer van het herstelproces bij vrouwen op lichamelijk vlak.

| Participant 1 | Participant 2 | Participant 3 |
|---|--|---|
| <u>Bevalling 1</u> Fysiek en psychologisch herstel <u>Bevalling 2</u> Beter welbevinden op fysisch en psychologisch vlak, van zelf slank geworden door prenataal trauma => lichamelijk hersteld | <u>Bevalling 1</u> Fysiek en psychologisch herstel <u>Bevalling 2</u> Beter welbevinden op fysisch en psychologisch vlak => lichamelijk hersteld | <u>Bevalling 1</u> Nog in herstel zowel op fysisch vlak als op psychologisch vlak (3 maanden) |
| Participant 4 | Participant 5 | Participant 6 |
| <u>Bevalling 1</u> Fysiek en psychologisch herstel <u>Bevalling 2 en 3</u> Beter welbevinden op fysisch en psychologisch vlak, van zelf slank geworden door stress => lichamelijk hersteld | <u>Bevalling 1</u> Fysiek en psychologisch herstel <u>Bevalling 2</u> Beter welbevinden op fysisch en psychologisch vlak => lichamelijk hersteld | Lichamelijk hersteld zowel op fysisch als op psychologisch vlak (geen fysieke veranderingen, van zelf slank geworden) |

Tabel 5: Herstelproces op lichamelijk vlak

De interpretatie van het herstelproces op psychologisch en fysisch vlak wordt in deze tabel beschreven.

| Wat betekent een herstel op psychologisch vlak? | Wat betekent een herstel op fysisch vlak? |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - evenwicht vinden in de verschillende rollen als partner, moeder, vrouw, werkende, ... - uw identiteit terugvinden als voor de | <ul style="list-style-type: none"> - geen zwangerschapsklereen meer aandoen - minder striemen => na te streven doel |

| | |
|---|---|
| <p>zwangerschap</p> <ul style="list-style-type: none"> - uw zelfstandigheid en autonomie terugvinden als vrouw (moment voor de vrouw zelf) - zich goed voelen in een nieuw en eigen lichaam, met enkele blijvende veranderingen erbij <p><i>“...daar gebeurt er dan dat je zo stilaan uzelf terug voelt”</i> (P5, F3)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - geen bloedverlies meer - geen urineverlies meer (door bekkenbodem) - borsten terug normaal op gang, geen lekkende of pijnlijke borsten (hormonaal evenwicht) - geen last meer van littekens (bijvoorbeeld, keizersnede) - herstel van het eigen innerlijk lichaam: geen letsel meer, herstel van baarmoeder, geen pijn meer,... <p>=> geen pijn of last meer</p> |
|---|---|

Tabel 6: Herstelproces op psychologisch en fysisch vlak

In deze tabel worden de lichamelijke veranderingen van een vrouw na de bevalling weergegeven en de impact daarvan op eigen aantrekkelijkheid en die van de partner.

| Wat zijn de lichamelijke veranderingen? | Hoe kan het gevoel van eigen aantrekkelijkheid verhoogd worden? | Wat is er aantrekkelijk voor de man? |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Vermoeidheid (wallen onder de ogen, minder strakke huid,...) - bredere heupen - borsten (groter, voller, kleiner, slapper) - navel (kleur en vorm) - buikspieren niet in orde - striemen - haaruitval - meer pigment vlekken - spataders - slappe vagina - buik (vel hangt) - gewichtsverandering - probleem met bekkenbodem, urineverlies - stuwning van | <ul style="list-style-type: none"> - je goed voelen als vrouw-zijn (zie tabel 6 op psychologisch vlak) - zelf mooi maken - opfrissing - meer tijd voor zichzelf - gewichtsverlies - complimentjes krijgen van partner, aantonen dat hij zijn vrouw graag ziet (mogelijk door de veranderingen dat een vrouw ervaart) - selfies willen nemen - geen zwangerschapsonderbroeken/ zwangerschapskleding meer aandoen (mogelijk willen ze wel nog moeite doen om hun zwangerschapsbuikje weg te werken) - bewondering van het eigen lichaam <p>=> op psychologisch en fysisch vlak</p> | <ul style="list-style-type: none"> - volle borsten door borstvoeding - borst als seksuele functie: meer fysieke aantrekkelijkheid bij de man - bij één participant tijdens het geven van borstvoeding - bewondering van de man doordat de vrouw het kind voedt met haar lichaam <p>=> kunnen de seksuele verlangens van de man stimuleren</p> |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| borsten - gebrek aan tijd (zich niet wassen, vette haren, niet geschoren, in pyjama blijven, niet verzorgd) | => invloed op seksualiteit | <i>“Als die echt super vol steken, doet het mij ook een beetje denken aan valse borsten” (P2, F3)</i> <i>“Lichamelijke kenmerken waartoe je je aangetrokken voelt tot seksualiteit” (P6, F3)</i> |
|---|----------------------------|---|

Tabel 7: Lichamelijke veranderingen, eigen aantrekkelijkheid en die van de partner

1. Het herstelproces naar een nieuw en eigen lichaam

Voorbeelden van een fysisch herstel zijn: geen bloedverlies meer, hormonaal evenwicht, geen pijn meer,... Een herstel op psychologisch vlak betekent een evenwicht vinden in de verschillende rollen dat een vrouw zich oplegt (*“Elke dag stofzuigen, elke dag de afwasmachine uithalen. Oké, ik geef keigraag mijn eten aan mijn kindje, maar ik wil zo gewoon terug... ja.”* (P2, F3)), *“identiteit”* (P5, F3) en zelfstandigheid als vrouw terugvinden als voor de zwangerschap (*“Zo iets meer onafhankelijk of niet afhankelijk van u.”* (P6, F3)) en zich *“comfortabel”* (P4, F3)/ *“uwzelf”* voelen in een nieuw/ *“eigen”* (P3, F3) lichaam met de daarbij behorende veranderingen die aanwezig zijn na de bevalling (*“... daar gebeurt het dan dat je zo stilaan uzelf terug voelt (...) En dat je niet, ofwel dat kindje in u hebt ofwel dat kindje aan u hebt. (...) U heel even terug echt letterlijk alleen zijn. Want je bent bijna een jaar niet alleen, hè. Je bent negen maanden zwanger...”* (P5, F3)). Uit deze citaten kunnen we mogelijk afleiden dat vrouwen meer nood hebben aan zelfzorg zoals voor de zwangerschap (*“me-time”* (P3, F3)), naast de andere rollen die ze zich toe-eigenen (het zorgen voor het kind, huishouden, werken, partner rol,...). Voor een visueel overzicht verwijs ik graag naar tabel 6.

Het herstelproces op lichamen vlak kan duren van twee weken tot drie maanden na de bevalling. De meerderheid van de participanten ondervond een fysisch herstel rond zes weken postpartum. Op psychologisch vlak duurde dat vaak langer en/ of was het moeilijker dan het fysisch herstel, vooral tijdens bevalling 1. Behalve bij de eerste bevalling bij participant 2 is het fysisch en psychologisch herstel even groot door de last van haar bekkenbodemp (zie tabel 5). Participant 3 is nog steeds in herstel op beide vlakken. Vanuit de visie van de samenleving wordt er gezegd dat de vrouw hersteld is rond de zes weken na de bevalling, maar op psychologisch vlak is er nog een hele weg te gaan. Bij bevalling 2 is het herstel op fysisch en psychologisch vlak ongeveer gelijk. De periode van een lichamen herstel is ook afhankelijk van meerdere factoren.

Ten eerste kan de manier van bevallen een invloed uitoefenen op de periode van een

lichamelijk herstel. Ten tweede is de ervaring en beleving van meerdere bevallingen bij eenzelfde persoon anders. Opmerkelijk is er op psychologisch vlak een verschil waar te nemen bij bevalling 2. Bij de laatste bevalling weten de vrouwen dat alles *“terug goed”* (P2, F3) gaat komen waardoor ze meer zelfvertrouwen ervaren in hun eigen lichaam. In tegenstelling tot bevalling 2, is er tijdens bevalling 1 een *“minder zelfvertrouwen”* (P2, F3) en een lager zelfbeeld over de fysieke veranderingen die vrouwen ervaren in de postnatale fase. Ze zijn meer bezorgd of alles goed gaat verlopen: *“Wat is normaal? Hoe lang gaan de problemen lastig zijn?”* (P5, F3). De eerste keer dat een vrouw een kind krijgt, hebben de fysieke veranderingen een grotere impact zowel bij de vrouw als bij de man op psychologisch vlak. Dit wordt ook bevestigd door verschillende participanten: *“De shock is denk ik groter want ze gaan van een vrouw (...) een maatje 34 bij wijze van spreken hmm die mooi slank en altijd happy happy rondloopt (...) naar een vrouw die moe is en dikker wordt”* (P3, F3); *“Als je de eerste keer zwanger zijt (...) je zijt eigenlijk nog twee snullekes dat van niets weet”* (P1, F3); *“Tijdens de eerste zwangerschap was hij en ik totaal niet matuur (...) op vlak van seksualiteit of lichamelijkeid”* (P1, F3); *“Je vindt dat misschien erger als er dingen veranderen ofzo de eerste keer”* (P2, F3). Deze citaten zeggen iets over de intensiteit waarmee lichamelijke *“veranderingen”* binnenkomen (bijvoorbeeld, bredere heupen, striemen, buikverandering, vormverandering van borsten,...). Voor een visuele ondersteuning omtrent de verschillende lichamelijke veranderingen die vrouwen ervaren na een bevalling, verwijst ik graag naar tabel 7.

Bij de tweede bevalling heeft de vrouw een beter welbevinden op psychologisch vlak omdat ze (enkele) fysieke veranderingen (zie tabel 7) na de bevalling beter kan aanvaarden (*“ Voor mij ook, ik ga het veel meer kunnen plaatsen als ik dan 15 kilo's ben bijgekomen”* (P3, F3)). Dit omdat het een continuering (*“verderzetting”* (P6, F3)) is van de bestaande veranderingen tijdens bevalling 1. De fysieke veranderingen zijn kleiner vanaf het startpunt van de tweede bevalling.

De meeste participanten ondervonden dat borsten van vorm kunnen veranderen door borstvoeding. Bij het stoppen van borstvoeding, kunnen de borsten kleiner en/ of slapper worden (*“hangende”*, niet stevige borsten). Ook kunnen vrouwen volle, pijnlijke en lekkende borsten ervaren door stuwings. Er is een consensus dat de vrouwen constant van cupmaat veranderen (voor, tijdens en na de zwangerschap). Participant 1 lijkt de mogelijke borstveranderingen na borstvoeding te aanvaarden: *“Dat die misschien een beetje gaan hangen of dat die een beetje gaan, weet ik veel wat. Maar ik denk dat dat de normale gang is van zaken...”* (P1, II). Fysieke veranderingen (zie tabel 7) houden niet tegen om aan borstvoeding te doen. Ze hebben een *“bewondering”* over hoe hun lichaam werkt en de rol dat het lichaam kan spelen wat betreft de gezondheid van het kind. Dit zorgt voor een

verhoogd zelfbeeld en zelfvertrouwen. De voordelen voor een kind en de bewondering van het eigen lichaam wegen mogelijks meer dan het uiterlijk en de pijnbeleving van een vrouw.

II. Het gevoel van eigen aantrekkelijkheid

Verder kan het gevoel van eigen aantrekkelijkheid verhoogd worden door bijvoorbeeld zichzelf mooi te maken (*"me-time"* (P3, F3)), zich *"comfortabel"* (P4, F3) te voelen in het eigen lichaam op psychologisch vlak, een gewichtsverlies (als fysieke behoefte), complimentjes van de partner mogelijks door de *"minder zelfvertrouwen"* (P2, F3) van de lichamelijke veranderingen,... Dit heeft invloed op de seksualiteit van een vrouw want dit leidt mogelijk tot meer seksuele verlangens. Voor andere voorbeelden, zie tabel 7.

Borstvoeding heeft een invloed op het voedingsgedrag van een moeder. Als een vrouw aan borstvoeding doet, dan werkt het lichaam om het kind te kunnen voeden. Het lichaam verliest veel energie waardoor er een gewichtsverlies kan ontstaan bij moeders. Om de batterijen terug op te laden, zal de moeder veel meer eten. De meeste participanten ervaren een gewichtsverlies omdat ze niet volledig compenseren met het eten. Ze ervaren hierdoor mogelijks een hoger zelfbeeld en hebben het gevoel dat ze meer aantrekkelijk zijn. Doch eten alle participanten niet minder om *"slanker"* (P6, F2) te zijn, aangezien ze mogelijks realistische verwachtingen hebben.

De gevolgen dat borstvoeding teweeg kan brengen, werden niet meegedeeld aan de vrouwen, vertelden de participanten. Enkel de vroedvrouwen hebben dit gekaderd naar hun patiënten. De participanten hebben ervaring opgedaan doorheen hun moederschap en weten daardoor hoe ze het best daarmee moeten omgaan. Dit kan mogelijks zorgen voor minder bezorgdheden op lichamelijk en seksueel vlak. Niettemin zouden de vrouwen met verkeerde redenen beginnen aan borstvoeding, indien ze de gevolgen op voorhand zouden weten. De vrouwen zouden dan aan borstvoeding doen met gewichtsverlies als doel. Participant 6 verwoordt dit als volgt: *"Als je borstvoeding geeft, is je energieverbruik hoger dan normaal en kan het zijn dat dat mensen motiveert"* (P6, F2). Het zou het beeld van de samenleving versterken, namelijk terug naar het lichaam gaan als voor de zwangerschap. Deze redenering wordt gedeeld door alle participanten.

III. Impact van borstvoeding in de relatie

Het geven van borstvoeding kan gevolgen met zich meebrengen in de relatie tussen beide partners en het hele gezinssysteem. Borstvoeding kan mogelijks zorgen voor een uitsluiting van de partner. Zo geeft participant 4 aan dat ze even zelfstandig/ alleen wil zijn zonder iemand aan haar lichaam (*"Daardoor had ik momenten waarbij ik dacht: blijf even van mijn lijf af, het is goed geweest."* (P4, F2)). Er lijkt een behoefte te zijn om niet aangeraakt te worden

vanuit een overvraging, een langdurig “moeten” openstaan vanuit de keuze voor borstvoeding en geen ruimte meer kunnen maken voor andere aanrakingen, voor nog een aanwezigheid extra zo lichamelijk dichtbij. Ook ‘moet’ de vrouw ‘s nachts opstaan om het kind te voeden tijdens zes maanden (*“Doordat ik de eerst zes maanden borstvoeding heb gegeven, was die routine er al zes maanden.”* (P6, F2)). Het lijkt erop dat de vrouw zichzelf een druk oplegt op de keuze om borstvoeding te geven en dat ze deze taak niet kan/ wil loslaten. Dit kan zorgen dat de connectie tussen moeder en kind bevorderd wordt en bijgevolg kan dit mogelijks een emotionele afstand impliceren met haar partner. Dit kan mogelijks een invloed hebben op de seksuele relatie tussen beide partners. Niettemin kan de partner manieren vinden om emotionele verbinding te voeden in het gezinssysteem. Participant 3 illustreerde dit als volgt: *“Als ik nu borstvoeding geef, valt het mij op dat ik hem eerst aan hem geef, om hem over te laten. Zo kan ik me fatsoeneren en mijn borst weg kan steken en mezelf proper maken.”* (P3, F2). Opfrissing (zelfzorg) zorgt voor een hoger zelfbeeld waar hun “identiteit” (P5, F3) teruggevonden kan worden, waarbij de man dit lijkt te ondersteunen.

Samenlevingsdruk

1. De web van rollen en het evenwicht in verantwoordelijkheden

Er leeft een stereotiep beeld in de samenleving waarbij vrouwen worden verwacht om het huishouden te doen en thuis moeten blijven om voor het kind te zorgen en waarbij de vader moet werken of een avond met zijn vrienden mag weg blijven. Vandaag de dag wordt dit als “evidentie” (P4, F2) gezien in de samenleving door de vrouwen (zeker na een “routine van zes maanden” borstvoeding). Dat beeld leeft sterk in de hoofden van de participanten waarbij dit een invloed kan uitoefenen op hun seksualiteit (emotionele afstand) en lichamelijkheid, hoe ze zich “comfortabel” (P4, F3) kunnen voelen en naar wat ze moeten/ niet mogen/ niet kunnen en niet willen doen. Er wordt “te weinig aandacht gestoken” (P4, F1) aan de verschillende rollen (en de “evenwicht” (P4, F1) daarin) dat een vrouw ‘moet’ opnemen. Doordat de vrouw het merendeel van de tijd met de kinderen bezig is, voelt ze zich “schuldig” (P3, F1) wanneer ze tijd voor zichzelf neemt (bijvoorbeeld, zich wassen) en dus dat stereotiep beeld niet kan beantwoorden. Vrouwen vinden het moeilijk om hun taken los te laten, aangezien het “vanzelfsprekend” (P3, F2) is dat ze voor de kinderen moeten zorgen. Dit kan mogelijks een “druk” (P3, F2) vanuit de samenleving (bijvoorbeeld, familie en vrienden) vormgegeven worden, maar vrouwen leggen zichzelf ook een druk op. Enkel wanneer een man “geconfronteerd” wordt met het zorgen van het kind, zorgt het voor een bewustzijn bij de man dat dit geen evidente taak is. Participant 4 vertelde: *“Dat verbeterde wel met elk kind dat erbij kwam, maar toch zijn er nog van die momenten waarbij ik die moet confronteren. Of als ik dan terugkom van een weekendje weg, dat hij dan zegt: Ik ben blij dat je terug thuis bent. Ik kan dat niet zo goed als jij.”* (P4, F2). Het beeld dat de partner van hen heeft, dat zij het beter doen, wordt mogelijks gevoed en proberen ze in stand te houden.

Ook wordt er mogelijk verwacht van de samenleving dat de vrouw seksuele activiteiten heeft met haar partner. Het gevolg daarvan is dat o.a. participant 3 zich 'verplicht' voelt om deze te geven: *“Dat is ook een druk, want vanaf het moment dat hij slaapt, zegt hij: (...) Kom, we gaan naar boven. En dan denk ik: kan ik even in de zetel zitten.”* (P3, F2). Niettemin kan dit ook aangeven dat de partner nog aangetrokken is tot de vrouw ondanks de veranderingen in het gezinssysteem en het is misschien ergens wel fijn dat de partner initiatief blijft nemen voor seks. Dit kan meespelen op het lichaamsbeeld van de vrouw. De participanten voelen een *“maatschappelijke druk”* om een ideale vrouw te zijn voor de partner. Dit wordt bevestigd door een aantal participanten: *“Dat een vriendin dat tegen mij zei: (...) 'Oh, ja, heeft (naam man) al vier maand geen seks', en die vond dat dan zo erg”* (P1, F1); *“Maar dat is maatschappelijk de rol als partner.”* (P6, F1); *“Ik had de behoefte niet, maar toch zijt gij de hele tijd daarmee bezig, want dat is de maatschappelijke druk.”* (P4, F1). Het is indrukwekkend hoe de blik van buitenaf deze participanten continu bezighoudt, en misschien zelfs stuurt en losrukt van wat zij nodig voelen en trouw zijn daaraan.

II. Het nieuwe eigen lichaam

De ideaalbeelden van alle participanten worden in deze tabel weergegeven.

| Participant 1 | Participant 2 | Participant 3 |
|---|--|---|
| <p><u>Het ideaalbeeld</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - slank - geen haartjes - symmetrisch gezicht - dikke borsten <p>Aan de andere kant bewondert ze zich als vrouw, als moeder in de postnatale fase</p> <p><i>“Dat zeg ik omdat ik slank ben en daar niet veel heb voor moeten doen”</i> (P1, II)</p> <p><i>“Opzich zelfs hoe dat ik nu ben, ben ik heel gelukkig mee omdat ik weet dat ik heel veel geluk heb en dat ik nog altijd slank ben zelfs na twee kinderen, al is dat minder strak en iets meer rondingen”</i></p> | <p><u>Het ideaalbeeld</u></p> <p>Een verlangen naar een ideaalbeeld, maar je laat het soms los</p> <p>Te bereiken ideaalbeeld (laagdrempelig):</p> <ul style="list-style-type: none"> - basisbehoefes zoals douchen - opfrissing - zich goed en mooi voelen - evenwicht vinden in de verschillende rollen - naar de kapper gaan <p><i>“Een schoonheidsmassage kunt doen zonder dat er kindjes bij zijn.”</i> (P2, F2)</p> | <p><u>Het ideaalbeeld</u></p> <p>Een verlangen naar een ideaalbeeld: Er zijn verlangens om het lichaam als voor de zwangerschap te bereiken, maar weet dat het moeilijk is om deze te bereiken</p> <p><i>“Ik zou wel graag terug mijn lijf voor de zwangerschap, maar dat is een illusie.”</i> (P3, F2)</p> <p>Accepteren van de fysieke veranderingen na de bevalling (bijvoorbeeld, bredere heupen, ronder gezicht)</p> <p><i>“Dat is een beetje hetzelfde zoals die sociale media,</i></p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>(P1, II)</p> <p>Lichaamsbeeld opgelegd door de samenleving</p> <p>Vooral op fysisch vlak</p> | <p>Lichaamsbeeld niet opgelegd door de partner</p> <p>Vooral op psychologisch vlak</p> | <p><i>mama worden moet je allemaal een beetje relativieren.</i></p> <p>(P3, F2)</p> <p>Geen tijd en energie om het lichaam als voor de zwangerschap na te streven</p> <p><i>“Ik heb daar ook geen fut voor om nu uren in de fitness te staan. (...) Dat is moeilijk met een baby. Ik weet dat ik daar de moeite niet meer voor ga doen om dat terug te krijgen.”</i></p> <p>(P3, F2)</p> <p>Te bereiken ideaalbeeld: geen zwangerschapskieren meer aandoen</p> <p>Lichaamsbeeld niet opgelegd door de partner</p> <p>Op fysisch en psychologisch vlak</p> |
| <p>Participant 4</p> | <p>Participant 5</p> | <p>Participant 6</p> |
| <p><u>Het ideaalbeeld</u></p> <p>Een verlangen naar een ideaalbeeld:</p> <p><i>“Mijn ervaring is elke keer dat er een kindje bijkomt, leer je dat meer accepteren. Het is hoe dat het is en we maken er het beste van. Dat is ook met je lijf zo en de manier waarop jij je verzorgt. Je streeft er wel altijd naar om je goed en fris te voelen, maar je hebt dat losgelaten”</i></p> <p>(P4, F2)</p> | <p><u>Het ideaalbeeld</u></p> <p>Een verlangen naar een ideaalbeeld:</p> <p><i>“Ik ben wel bezig met mijn uiterlijk. Ik maak mezelf graag nog mooi en ik wil ook mooie kieren aandoen. Ik vind het belangrijk dat mijn haar is gewassen, maar het lukt niet altijd. Ik vind dat ook niet meer zo erg.”</i></p> <p>(P5, F2)</p> <p>Lichaamsbeeld niet opgelegd door de partner</p> | <p><u>Het ideaalbeeld</u></p> <p>Een verlangen naar een ideaalbeeld:</p> <p><i>“Ik zou hier ook liever fris en gewassen zitten, maar ik kom er niet toe. Ik heb geen tijd. Ik vind het dan ook niet dramatisch als dat dan niet gebeurt.”</i></p> <p>(P6, F2)</p> <p>Te bereiken ideaalbeeld: het lichaam hebben als voor de zwangerschap, een sportief lijf nastreven (niet slank lijf), meer sporten, sportief zijn, meer energie insteken</p> |

| | | |
|---|------------------------------|---|
| Lichaamsbeeld niet opgelegd door de partner Vooral op psychologisch vlak | Vooral op psychologisch vlak | Lichaamsbeeld niet opgelegd door de partner Op fysisch en psychologisch vlak |
|---|------------------------------|---|

Tabel 8: Ideaalbeelden

Het hele gezinssysteem groeit en ontwikkelt zich door ervaringen, kennis en *“maturiteit”* (*“Ik denk dat die samen met mij als met de kinderen mee gegroeid daarin (...) totaal niet matuur ook niet, maar dat is wel gekomen door de zwangerschap en door de kinderen”* (P1, F3)). Er is meer bewondering voor een vrouw/ moeder haar lichaam na de bevalling (*“de oerkracht”* (P1, F1)). De meerderheid van de vrouwen voelen de nood om de seksuele en fysieke veranderingen (zie tabel 7) te *“normaliseren”* (P4, F3). Dit wil mogelijk zeggen dat de veranderingen die afwijken van de norm als *“niet relevant”* worden beschouwd door de zes vrouwen (*“Je zijt zoveel wijzer nu precies (...) dingen ook gewoon niet echt super relevant lijken”* (P5, F3)). Vermoeidheid (of andere lichamelijke veranderingen) maakt deel uit van de bevalling. Door de beleving creëert er zich een andere, gewaardeerde blik op het lichaam (*“Allé, je hebt twee kinderen op de wereld gezet (...) je hebt dat gedragen, je bekijkt jezelf ook van de eerste keer anders, maar de tweede keer ook nog altijd allé anders”* (P2, F3)). Vrouwen zijn zich bewust dat er lichaamsveranderingen zijn na de bevalling en dat deze soms blijvend kunnen zijn. Niettemin ervaren sommige vrouwen een verlangen naar enkele fysieke behoeften (bijvoorbeeld, *“gewassen”* zijn (P5, F2)) waar ze wel nog moeite voor willen doen, maar kunnen het wel *“loslaten”* (P4, F2) als het zou blijven. Participant 3 illustreerde dit als volgt: *“Blijft er een buikje achter, dan is dat ook zo. Ik ga mij geen druk laten opleggen, om dan speciaal elke dag een marathon te gaan lopen (...) Nou, ik ga er wel wat moeite voor doen, maar ik ga mij niet alles ontzeggen”* (P3, F1). Het is het *“relativeren”* (P3, F2), om zichzelf niet te *“verliezen”* in de kijk en normen die anderen hebben over het lichaam (*“Dat is bewonderenswaardig, want soms heb je inderdaad niet door dat je jezelf daarin aan het verliezen bent.”* (P6, F2)). Hun realistisch ideaalbeeld bevindt zich vooral op psychologisch vlak waarbij de normen van de samenleving vervaagt worden (zie tabel 8). Ze zoeken naar een andere/ hernieuwde focus op het leven als iets dat helpt om thuis te komen in dat nieuwe eigen lichaam (mogelijk kan de andere focus de kinderen zijn). Volgens de participanten is hun lichaam een *“kracht”* (P3, F2) geworden: *“Uw lichaam heeft negen maanden lang een baby gedragen, die heeft ervoor gezorgd dat - op welke manier dan ook, via keizersnede of vaginaal - uw kind op de wereld is gezet en je die borstvoeding nog zo lang volhoudt. Uw lichaam heeft een zekere kracht, ondanks de gebroken nachten blijf je toch opstaan om het*

huishouden draaiende te houden en om uw baby te entertainen en verzorgen. Daarvoor besef je dat niet. “ (P3, F2).

Volgens de participanten wordt het ideaalbeeld van de samenleving gekenmerkt door: “dikke borsten” (P1, II), “sportief” (P6, F2), “mooi” (P4, F2), “slank” (P6, F2), “sexy” (P5, F2), “gedoucht” (P6, F2), “veeleisend” (P6, F2), “opgemaakt” (P6, F2),... Volgens de vrouwen is dat ‘perfecte’ ideaalbeeld ook heel onrealistisch (“illusie” (P3, F2)) en bovendien geeft het een hoge “druk” (P4, F2) bij vrouwen in de postnatale fase om deze te “moeten” (P4, F2) nastreven. Het ideaalbeeld van een vrouw voor de man, daarentegen, is mogelijks beïnvloed door de samenleving. De vrouwen hebben de indruk dat hun partner verlangt naar het lichaam voor de zwangerschap(en), maar dit heeft geen direct invloed op hun ideaalbeeld. Niettemin verandert de mentaliteit van hun partner na de bevalling, geven de vrouwen aan. Mannen zijn zich mogelijks meer bewust dat het streven van het ideaalbeeld van de samenleving “niet realistisch” (P2, F2) is. Er lijkt meer bewondering te zijn voor hun vrouw na het hebben van een kind, zelfs met de fysieke veranderingen (bijvoorbeeld, vette haren, bredere heupen,...). Deze ervaring zorgt voor bewustwording bij de partner, volgens de participanten (“Ik denk dat je pas weet wat het is om kinderen te hebben als je ze effectief hebt.” (P6, F2)). De vrouwen willen dat de maatschappij deze inzicht ook hebben: “Het zou mooi zijn als de maatschappij dat meer gaat waarderen in plaats dat uw buik weer snel plat moet zijn of uw borsten vol moeten zijn.” (P5, F2). De samenleving heeft een verkeerd beeld over de vrouwen in de postnatale fase. Dit ervaren alle vrouwen, zo geeft participant 1 aan: “Een zwangerschap en een bevalling als vrouw, je kunt niet vrouwelijker zijn dan dat.” Ja, maar dat is gewoon vrouwelijk, is niet perse sexy (...) wat de maatschappij nu sexy vindt” (P1, F1). Ook vanuit de sociale media moet alles heel mooi en perfect zijn, er wordt heel weinig gerelativeerd. Niettemin lijkt er ook een tegenbeweging te zijn waarbij de fysieke veranderingen van een vrouw na de bevalling worden getoond. Dit kan de jeugd tegenzin laten ontwikkelen om kinderen te krijgen, volgens de participanten. Participant 4 bespreekt het als volgt: “(...) sociale media. Het is inspirerend, maar het is ook ergens denigrerend.” (P4, F1).

III. Of toch niet helemaal “eigen” lichaam

In de samenleving wordt er veel “druk” (P4, F1) ervaren zowel op lichamelijk als op seksueel vlak, volgens de vrouwen. De omgeving is meer bezig met de fysieke veranderingen na de bevalling dan met de bleiving van de vrouw (“Het is toch niet gemakkelijk als man ook niet om opeens een dikkere vrouw te hebben” (P1, F3)). Er wordt verwacht dat de vrouw na de bevalling terug haar lichaam krijgt als voor de zwangerschap. Bovendien worden er negatieve opmerkingen gegeven aan de vrouw vanuit hun omgeving (vrienden, partner, familie,...) over hun lichaam waardoor hun laag zelfbeeld versterkt wordt, maar door complimenten van de omgeving kan dit verhoogd worden (bijvoorbeeld, bij een waarneembaar gewichtsverlies).

Partners kunnen weliswaar complimentjes geven aan de vrouw, zelfs met de fysieke veranderingen (een buikje, geen verzorging,...), maar de vrouwen geloven deze meestal niet. Eén participant heeft gedacht aan plastische chirurgie, indien ze zich slecht zou voelen als haar borsten zouden hangen door borstvoeding. Dit zou ze doen voor zichzelf, maar vooral voor haar partner om complimentjes te kunnen krijgen. Vrouwen leggen zichzelf een druk op: *“Binnen een maand moet ik terug gaan werken dus moet ik terug buiten komen en moet ik terug presentabel zijn voor mijn patiënten” (P3, F3)*. Dit zegt iets over hoe ze zelf hun *“best” (P5, F2)* doen om *“presentabel”* te zijn, om hun lichaam zodanig te presenteren dat het acceptabel is, alsof er een standaard is waaraan ze moeten beantwoorden. Er is bewondering voor het nieuwe eigen lichaam, maar er zijn ook eisen voor het lichaam om te beantwoorden aan een strenge, oordelende blik. Zo lijkt het erop dat de opmerkingen van buitenaf (bijvoorbeeld, haar partner) participant 3 bezighouden: *“Als ik dan voor de spiegel sta en die dan zegt: Ja daar zal toch wel wat af mogen. (...) Ja, ik heb redelijk wat striemen, op mijn buik, maar ook op mijn benen en op mijn poep en zo, van 'Ja ik zie dat uwe poep ook wat dikker is geworden, ja, ja, dat dat mag ook een beetje weggenomen, mag ook weer beginnen te sporten.' En dat wordt allemaal wel zo lacherig gezegd, maar daar zit ergens toch wel een toon in dat ik denk: dat heb ik nu niet echt nodig om dat te horen. (...) Maar het feit dat de andere mensen u daarop wijzen en vooral mijn partner dan, dat ik denk: ik moet er iets aan doen.” (P3, F1)*.

IV. De blik van buitenaf op borstvoeding

Deze tabel geeft de nadelen en voordelen van borstvoeding weer.

| Nadelen van borstvoeding | Voordelen van borstvoeding |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - transformatie borsten (pijnlijke, lekkende, hangende, slappe, kleine borsten) - andere voedingspatroon - hormonaal onevenwicht (slecht gezindheid, minder seksuele verlangens, minder oestrogeen en meer progesteron, vagina is droog en geeft een wit vocht af, tepels veranderen van kleur) - zich ongemakkelijk voelen of schaamte hebben door de kijk/mentaliteit van de maatschappij - meer stress, meer druk - eigen druk opleggen om borstvoeding te geven (door de vele voordelen) | <ul style="list-style-type: none"> - gewichtsverlies - borstvergroting - voeden van het kind - tegen obesitas, diabetes - natuurlijk concept - niets afwassen/ ontsmetten - op juiste temperatuur - je hebt het altijd bij, niet wachten dat het flesje warm is - kind gemakkelijk troosten - vrouw sneller in slaap vallen - tijdens borstvoeding: voor één participant zorgt borstvoeding voor geslachtsverkeer (door het vrijkomen van het hormoon oxytocine) - dankbaarheid van de partner dat de |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - geen aanvaarding vanuit de samenleving: vele opmerkingen vanuit de omgeving want borstvoeding heeft een negatieve connotatie (gevolg: liegen, schaamtegevoelens, verstoppen, verzwijgen,...) <p><i>"We hebben een bevriend koppel dat zwanger is en zij wilt geen borstvoeding geven, zij heeft ook letterlijk gezegd van: Dan voelt u zich toch een koe."</i> (P1, F1)</p> <p><i>"...kreeg ik al opmerking van, echt zo: een beetje vuile blik van: geeft jij altijd nog borstvoeding?!"</i> (P1, F1)</p> <p><i>"Ik heb twee kinderen aan de borst en mensen vinden dat afschuwelijk."</i> (P4, F1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychologische last: melkproductie kan makkelijker verlopen bij de ene kind dan de andere - moeilijke mindshift/ scheiding: het voelen van een kind aan de borst is anders dan een man aan de borst. Dit zorgt voor minder seksuele verlangens/ sfeer bij de vrouw tijdens borstvoeding | <p>vrouw borstvoeding wil doen voor de gezondheid van het kind</p> <p><i>"En die scherpste reacties van uw omgeving, worden eigenlijk al een beetje opgevangen door hem, omdat hij dan eigenlijk voor u opkomt."</i> (P4, F1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - lekkende borsten kunnen voor lachende momenten zorgen - samentrekking van de baarmoeder - versterking immuniteit van kind <p><i>"Anderzijds geeft borstvoeding bij mij op mijn lichaam op dit moment alleen maar voordelen"</i> (P1, F1)</p> |
|---|--|

Tabel 9: Nadelen en voordelen van borstvoeding

Verder is er een bepaald "taboe" (P1, F3) over het geven van borstvoeding in de samenleving. Participanten vertellen dat veel mensen borstvoeding niet geven vanwege de vele negatieve gevolgen dat borstvoeding veroorzaakt op seksueel en lichamelijk vlak (zie tabel 9). Het lijkt erop dat de afkeurende blik van buitenaf geen direct invloed vertoont op de keuze om borstvoeding te geven bij deze participanten, met de steun van hun partner dankzij hun bewondering voor borstvoeding. Borstvoeding geven wordt dus niet erkend in de samenleving want het *"overgrote deel zien dat van: oei een borst, dat is vulgair"* (P3, F3). Naast het feit dat borsten mannen kunnen opwinden, kunnen de borsten een kind voeden. Deze mindshift vinden de meeste participanten moeilijk. Dit omdat het voelen van een kind aan de borst anders is dan een man aan de borst. Dit kan zorgen voor minder seksuele verlangens bij de vrouw tijdens borstvoeding. Volgens de participanten, is het geven van borstvoeding een heel *"supernatuurlijk"* (P1, F3) en waardevol concept.

Alle participanten bewonderen hun lichaam omwille van de voeding die ze via hun borsten kunnen geven aan hun kind, ondanks de aanwezigheid van stemmen die ontblote borsten/borstvoeding afkeuren als iets wat omstaanders *“ongemakkelijk”* doet voelen (P2, F3) of iets simpelweg verboden (in de kerk, P6, F3) of borstvoeding zien als iets *“vies en raar”* (volgens vriendinnen van P1, F3) en *“afschuwelijk”* (volgens kenissen van P4, F1) of iets dat enkel een *“koe”* kan doen (P1, F1) of iets wat je *“lege zakjes”* oplevert na het stoppen (P6, F3). Participant 1 geeft meer aandacht aan haar eigen beleving van borstvoeding dan aan de blikken van haar vrienden en omgeving. Helaas brengen deze opmerkingen mogelijks ook innerlijke *“schaamte”* (P1, F3) en ongemak bij het geven van borstvoeding waardoor ze deze verzwijgt en/of verstopt (*“niet durven”* zeggen/ geven (P1, F3)). Participant 6 was verbaast over de reactie van haar schoonmoeder: *“Als jullie dan meekomen, geeft het niet van geen borstvoeding te geven aan tafel? Heb ik al in de meer dan 20 jaar dat ik in dat restaurantje kom, nog nooit gezien. Er is een overdekt terras en er zijn toiletten.”* (P6, F1). Door deze negatieve kijk had ze geen zin meer om een gezellige avond uit te eten, maar dit houdt haar niet tegen om aan borstvoeding te doen.

Verder is er een normerende lading over het geven van borstvoeding door de vele voordelen (zie tabel 9). Ongeacht het gegeven of de participanten borstvoeding geven of niet, komen de vrouwen in een circuit van *“schuld”* terecht *“Want als je wilt en kunt niet, dan voel je je schuldig. Wil je niet, maar kan je het wel, dan is het blame. Dan word je beschuldigd.”* (P6, F2). Dit kan mogelijk zorgen door zichzelf een *“druk”* (P6, F1) op te leggen om borstvoeding te geven. De borstvoeding kwaaltjes worden ook te veel als probleemloos gezien door de maatschappij. Er is dus nood aan een mindshift in de maatschappij waarbij de kijk op borstvoeding veranderd wordt.

Rol van professionals

De meeste vrouwen voelen de nood om over de gevolgen van de bevalling op lichamelijk en seksueel vlak te bespreken, maar aangezien ze nooit een *“uitnodiging”* (P4, F2) hebben gekregen is het een factor die het hun moeilijk maakt (mogelijks ondanks angst) om erover te durven praten en de eerste stap te kunnen zetten. De professionals (gynaecoloog, artsen,...) missen het emotioneel en het psychisch aspect: hoe voelen de vrouwen zich na een bevalling? Ze hebben, bijvoorbeeld, genoeg kennis over de voordelen van borstvoeding, maar geven/ communiceren de link niet met seksualiteit en hoe vrouwen/ partners daarmee kunnen omgaan. Het lijkt erop dat er een taboe gecreëerd is rond seksualiteit en lichamelijkheid na de bevalling. Een vroedvrouw, daarentegen, zit tussen het medische en het emotionele waardoor vrouwen meestal worden geholpen en informatie krijgen. Bij kind en gezin, bijvoorbeeld, is de *“drempel”* (P4, F2) hoger om over dat onderwerp te spreken, vertellen de participanten. Het gaat telkens over *“standaardvragen”* geconcentreerd op de gezondheid van de pasgeborene en geen verdiepende vragen over de seksuele en lichamelijke beleving van de vrouw.

Participant 3 legt uit hoe de *“standaardvragen moeten zijn”*: *“Ik vind dat ze dat eigenlijk standaard bij een huisbezoek zouden moeten vragen, van: Hoe is het met je? Hoe gaat het met de papa? Hoe is het tussen jullie als koppel?”* (P3, F2). Er is dus geen tijd bij kind en gezin om over gevoelens te spreken, er wordt enkel *“gescreend”* (P1, F1). Verder zien de vrouwen geen nut om vragen te stellen aangezien ze denken dat ze niet effectief geholpen zullen worden. Bovendien is er ook geen vertrouwelijke en respectvolle relatie om zomaar informatie te delen. Deze participanten durven hun kwetsbare gevoelens en gedachten niet volledig te uiten en gaan op die manier sociaal wenselijk antwoorden om problemen (*“stempel”* (P1,F1)) te vermijden in hun dossier. Ze willen zich enkel begrepen en (h)erkend voelen in hun moeilijkheden en krachten. In tegenstelling, ervaren ze een *“druk”* (P6, F1) om het ideaalbeeld te volgen en zich bijgevolg goed te voelen. Ook zijn er telkens wisselende professionals die een warme relatie belemmeren. Door zelf ervaring op te doen, is er meer kennis over de gevolgen van bevalling op lichamelijk en seksueel vlak. Bovendien maakt ouderschap je emotioneel (en *“milder”* (P5, F2)).

Volgens de participanten zorgt een adequate begeleiding voor een goede gezondheid op lichamelijk en seksueel vlak. Vrouwen willen dus goed begeleid worden in het proces van moederschap en dit op een empathische en emotionele manier. Ze hebben nood aan een normalisering over gevoelige informatie: het is *“normaal”* dat de vrouwen na zes weken geen geslachtsverkeer (willen/ kunnen) hebben met hun partner. Er moet meer gefocust worden op hoe de vrouw zich *“voelt”* (P6, F2) in plaats van te *“fixeren”* (P6, F2) op de exacte datum van de hervatting: *“Hoe voelen jullie en hoe is het tussen jullie?”* (P6, F2). Vrouwen moeten gehoord worden waarbij de ondersteuningsnoden van een vrouw in kaart worden gebracht. Een mogelijk open en veilige aanpak na de bevalling zonder taboe voor een professional vanuit de participanten, wordt als volgt weergegeven: *“Je moet daar nu nog niet over nadenken. Doet dat als je er klaar voor bent. Haal dat nog niet per se in huis. Op het moment dat je er klaar voor bent, praat er eerst over met ons. Weet dat het effect normaal is, als je dat dan na zes weken nog altijd niet wilt.”* (P3, F2).

Deze bovenstaande en voorgestelde aanpak van participant 3 zou de transitie naar anticonceptie vergemakkelijken. Na de bevalling wordt er direct een voorschrift gegeven aan de vrouw om een anticonceptie te nemen en dit is meestal de pil zonder het bespreken van andere anticonceptiemiddelen. Vrouwen voelen een druk om het geslachtsverkeer weer te hervatten na zes weken met nadruk om niet opnieuw zwanger te worden. Dit wordt als volgt weergegeven door participant 3: *“Ik vond de vraag niet verkeerd, maar wel de nuance die er in zat. Voor mij gaf dat het gevoel van: het is nu bijna zes weken, dus nu moet je iets nemen van anticonceptie, want je moet binnenkort terug seks hebben met uw man.”* (P3, F2). Participant 3 interpreteert het gesprek van anticonceptie als een bevestiging van de

verwachting om geslachtsgemeenschap te hebben. Desondanks blijft het de beslissing van de vrouw om al dan niet aan anticonceptie te beginnen. Volgens de professionals is alles vanaf zes weken genezen. Op psychologisch vlak is dat zeker niet het geval. Door de lichamelijke en seksuele gevolgen dat een bevalling teweegbrengt, hebben vrouwen geen aandacht om over anticonceptie te spreken na zes weken. Dit vormt ook een vertekend beeld vanuit de professionals. Andere vrouwen hebben daar wel nood aan, maar dit moet op een respectvolle manier gebeuren door de keuze van anticonceptie over te laten aan de vrouwen. Ook moet er geen druk gelegd worden om het seksueel leven te hervatten. Er is dus geen bewustwording vanuit de samenleving van wat een vrouw meemaakt na de bevalling.

Discussie en conclusie

Uitwisselingen van ervaringen en belevingen werden vanuit volgend onderzoeksvraag gecreëerd: Hoe ervaren vrouwen hun seksualiteit- en lichaamsbeleving tot een jaar na de bevalling en welke factoren spelen hierbij een rol?

De vier thema's die in de resultatensectie werden besproken zijn; intimiteitsbeleving, lichaamsbeleving, samenlevingsdruk en rol van professionals. Deze onderwerpen hangen aan elkaar samen en beïnvloeden elkaar constant. De bevalling van een vrouw heeft invloed op haar seksualiteitsleven en lichamelijke op psychologisch, fysisch en sociaal vlak in de postnatale fase (dit wordt ondersteund door o.a. Olsson et al., 2005; Barrett et al., 2000; Navidian et al., 2020;...). Vrouwen vinden het moeilijk om een evenwicht te zoeken in de verschillende rollen dat ze zich toe-eigenen. Ze zoeken hun identiteit en zelfstandigheid als voor de zwangerschap. Het is een ontdekkingsreis naar een nieuw en eigen lichaam.

Tegelijkertijd ervaren de participanten een druk in de postnatale fase vanuit de samenleving om aan het ideaalbeeld te voldoen zowel op lichamelijk als seksueel vlak. Rodgers et al. vermelden dat het lichaamsbeeld van vrouwen samenhangt met de idealen die er heersen in de samenleving (Rodgers et al., 2018). Desondanks konden de participanten zich daartegenover zetten en hun nieuw/ krachtig lichaam bewonderen dankzij ervaring van moederschap. Participanten hebben het gevoel dat professionals verwachten dat het lichaam en de seksualiteit van een vrouw hersteld is na zes weken van de bevalling, maar het laat zich nog wat afwachten psychologisch gezien. Barrett et al. (2000) geven aan dat vrouwen rond de zes weken het advies krijgen om een anticonceptie te nemen. Dit is nog niet aan de orde aangezien het intimiteitsleven (vaak) nog niet hervat is (Barrett et al., 2000). Het lichamelijk en seksueel herstel wordt vooral bepaald door de manier van bevallen, het aantal bevallingen en het geven van borstvoeding.

Uit deze studie kan er vastgesteld worden dat de vrouw zich vooral concentreert op de zorg van het kind waardoor het moeder-zijn voorop staat. Daardoor is er heel wat vermoeidheid vanuit de vrouw en heeft ze een gebrek aan tijd om zich bezig te houden met de partner en zichzelf. Doordat de prioriteiten bijgesteld zijn, heeft dit een negatieve invloed op hun seksualiteit en lichamelijkeheid. De meeste vrouwen kiezen, bijvoorbeeld, meer voor het slapen gaan dan het seksueel verkeer. Participant 6 formuleerde haar prioriteiten als volgt: *“Ik zelf zeg: Mijn kinderen, mijn werk, mijn partner en ik. Ik zou misschien egoïstischer moeten zijn, maar ik kan dat niet.”* (P6, F2). Een evenwicht vinden in de verschillende rollen na een bevalling is dus niet evident. Dit wordt ook bevestigd in het onderzoek van Olsson et al. (2005) waarbij het nieuwe gezinsleven na de bevalling een impact kan hebben en voor spanningen kan zorgen in de relatie.

Op basis van de belevingen van de vrouwen, kan er afgeleid worden dat het belangrijk is om goed te communiceren met de partner over hoe de vrouw zich voelt, want dit zal een gezonde relatie en minder spanningen in het gezinsleven bevorderen. Als de partners (in deze studie allemaal mannen) aandacht geven en emotionele steun bieden aan de seksuele problemen dat een vrouw ervaart, dan kunnen die deels met de tijd op psychologisch vlak verminderd worden. Bovendien moet dit kunnen genormaliseerd worden in de samenleving en dit moet ook zo gecommuniceerd worden naar professionals. In het onderzoek van Jaworski et al. (2019) wordt er ook aangegeven dat de steun van de partner een cruciale factor vormt in de seksuele beleving van de vrouw.

Mijn onderzoek kan iets betekenen voor zowel professionals als de vrouwen an sich. Artsen, bijvoorbeeld, kunnen de informatie uit mijn studie gebruiken om zich te kunnen inleven in de belevingen van vrouwen in de postnatale fase. Dankzij het onderzoek kunnen professionals adequater op de ondersteuningsnoden en vragen van de vrouwen beantwoorden. Verder kan er zich een groter bewustzijn in de bredere samenleving gevormd worden waarbij de moeilijkheden en de krachten van vrouwen na de bevalling beter begrepen kunnen worden. Mijn onderzoek kan een normaliserende en geruststellende blik bieden naar vrouwen. Bijgevolg kan een focusgroep ook gebruikt worden als interventie om op die manier ruimte te kunnen maken om over lichamelijkeheid en seksualiteit te spreken zonder taboe en met een realistische kijk.

Vervolgens kunnen groepsgesprekken een effect hebben op het gedrag van de vrouwen, dit omdat bepaalde informatie in de hoofden van de participanten blijven plakken. Een voorbeeld van een participant: *“Na het eerste gesprek hebben we er het een keer over gehad en dan zei hij: “Ja, het is misschien wel waar en ik zal er op letten om wat minder opmerkingen te maken.”*

(...) Ik was er van aan gedaan en dat bleef in mijn hoofd zitten, dus daarom had ik er wel een keer met hem over gepraat en hem gezegd dat het niet oké is. Hij beseft het ook.” (P3, F2).

Het was heel moeilijk om participanten te rekruteren door de gevoelige onderwerpen, maar ook omdat moeders beperkt zijn in tijd door de verschillende rollen die ze ‘moeten’ opnemen. De focusgroep bevat gelijkaardige mama’s (bijvoorbeeld, iedereen doet aan borstvoeding). De participanten misten personen die andere ervaringen hadden, die de diversiteit in de groep konden opwekken. Deze niet-bereikbare groep (bijvoorbeeld, aan vrouwen die hun lichaam niet zo graag meer zien, aan vrouwen die een postnatale depressie doormaken, aan vrouwen met traumatische ervaringen,...) die door de mazen van het net valt in de samenleving zijn vaak mensen die juist nood hebben om deel te nemen aan een focusgroep. Hoe kunnen deze mensen toch bereikt worden? Hoe kan een focusgroep meer laagdrempelig zijn zodat deze mensen zich met volle vertrouwen kunnen aanmelden?

Het stimuleren van de diversiteit werd ook in het onderzoek van Rodgers et al. aangehaald. Voor verder onderzoek wordt er aangewezen om een groep vrouwen te selecteren met een grotere diversiteit met een verschillend cultureel en financieel kapitaal. Vrouwen die heel fragiel zijn in de postnatale fase vormen een interessante groep voor dat onderwerp (Rodgers et al., 2018). Ook het land waar het onderzoek plaatsvindt, de periode van onderzoek, de leeftijden van bevallen en het aantal bevallingen kunnen de outcome van de studies beïnvloeden.

Niettemin was er één participant die niet veel moeilijkheden ervaart heeft in de postnatale fase waardoor ze zich niet op haar plaats voelde op sommige momenten, maar ze kon zich inleven in de verhalen van de andere vrouwen. Het leren luisteren van andere gedachten en gedragingen komt in de focusgroeps gesprekken ook aan bod en de terugkoppeling naar de eigen situatie is een leermoment. Fossey et al. (2002) tonen aan dat de wederzijdse interactie in een focusgroep waardevol is. Niettemin was deze participant wel bewust van de norm in de samenleving en wat dit veroorzaakte bij vrouwen in de postnatale fase. Ook creëerde zich een bewustzijn dat vrouwen bepaalde moeilijkheden ervaren na de bevalling. Daarnaast kon ze naast de beperkte moeilijkheden die ze ervaarde, ook krachten delen in de groep. Dat maakt dat er ook een (h)erkenning was van wat mooi is bij deze doelgroep. Bij sommige vrouwen verloopt het goed, andere minder en dit is oké. Alle vrouwen voelden zich ‘normaal’ in een focusgroep omdat er geen prestatiedruk was.

Bovendien bestaat een wetenschappelijk onderzoek niet zonder bias. In mijn onderzoek werd er ondervonden dat de participanten meer de neiging hadden om over hun kwetsbaarheden te spreken dan over hun krachten. Vrouwen ervaarden een zwaardere periode op lichamelijk

en seksueel vlak bij hun eerste bevalling. Dit kan zorgen voor een vertekend beeld op de onderzoeksvraag. Desondanks werden de laatste bevallingen en hun krachten ook benadrukt. Er kan ook een bias ontstaan vanuit mijn kant. Verhalen kunnen op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Er is een mogelijkheid dat de onderzoeker de verhalen heeft omgevormd naar een wenselijke situatie voor de studie. Om dit tegen te gaan, heeft de onderzoeker citaten gebruikt. De vragen naar de participanten kunnen op bepaalde momenten vertekend zijn om de gewenste resultaten te kunnen uitlokken. Niettemin heeft de onderzoeker zoveel mogelijk open vragen gesteld om deze bias te belemmeren. Verder, door de veelheid aan stemmen die met elkaar intrigeren tijdens de focusgroeps gesprekken, werd het thema lichaams- en seksualiteitsbeleving weliswaar zeer breed benaderd maar ook minder diep dan mogelijk met individuele gesprekken het geval zou zijn.

Daarnaast is het een aanrader voor verder onderzoek om de partners ook te integreren, vanuit inzichten in mijn eigen onderzoek. Het is van belang om de lens van de man te belichten omdat de postnatale fase duidelijk impact heeft op de relationele constructies en dynamieken. Deze visie wordt ook gedeeld in het onderzoek van Barrett et al. Door de vaders mee te betrekken in de studie kan dit een positieve impact hebben op het seksleven in de relatie aangezien deze beïnvloed wordt door beide partners (Barrett et al., 2000).

Vanuit de observaties, interpretaties en inzichten van dit onderzoek, kan mijn aanbeveling als volgt geformuleerd worden: ookal worden we geconfronteerd met moeilijkheden, kan er een gewaardeerde kijk op ons lichaam ontstaan. Dit is de kracht en de keuze van de mens.

Referentielijst

Bair, A., Steele, J. R., & Mills, J. S. (2014). Do These Norms Make Me Look Fat? The Effect of Exposure to Others' Body Preferences on Personal Body Ideals. *Body Image*, 11(3), 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.04.004>

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(2), 186–195. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x>

Blockmans, I. G. E. (2019). Manoeuvres in the dark : re-creating (new) stories about sexuality and the body within/by women with a spinal cord injury. *Biblio UGent*.

- Botros, S. M., Abramov, Y., Miller, J. J. R., Sand, P. K., Gandhi, S., Nickolov, A., & Goldberg, R. P. (2006). Effect of Parity on Sexual Function. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 765–770. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000207677.03235.76>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Calogero, R. M., Tylka, T. L., Siegel, J. A., Pina, A., & Roberts, T. A. (2021). Smile pretty and watch your back: Personal safety anxiety and vigilance in objectification theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 121(6), 1195–1222. <https://doi.org/10.1037/pspi0000344>
- Cast, A. D., Stewart, S. D., & Erickson, M. J. (2013). Why do men feel more attractive after childbirth? *Journal of Gender Studies*, 22(3), 335–343. <https://doi.org/10.1080/09589236.2012.750239>
- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science & Medicine*, 41(12), 1667–1676. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-s)
- Corrêa Junior, M., & Passini Júnior, R. (2016). Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 38(06), 301–307. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584942>
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson, L. (2002). Understanding and Evaluating Qualitative Research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 717–732. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01100.x>
- Gillen, M. M., Markey, C. N., Rosenbaum, D. L., & Dunaev, J. (2021). Breastfeeding, body image, and weight control behavior among postpartum women. *Body Image*. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.006>
- Jaworski, M., Panczyk, M., Królewicz, I., Belowska, J., Krasuski, T., & Gotlib, J. (2019). Partner's support during pregnancy as the mediator of women's sexual satisfaction after childbirth. *Sexual and Relationship Therapy*, 36(2–3), 142–156. <https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1575507>

McBride, H. L., Olson, S., Kwee, J., Klein, C., & Smith, K. (2016). Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(2), 147–158. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2016.1141818>

Navidian, A., Sheikhi, Z., & Rigi, M. (2020). Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 87. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_591_19

Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 381–387. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x>

Rodgers, R. F., O'Flynn, J. L., Bourdeau, A., & Zimmerman, E. (2018). A biopsychosocial model of body image, disordered eating, and breastfeeding among postpartum women. *Appetite*, 126, 163–168. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.007>

Shabot, S. C. (2020). Why 'normal' feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology. *Feminist Theory*, 22(3), 443–463. <https://doi.org/10.1177/1464700120920764>

Sultan, A., Thakar, R., Ismail, K., Kalis, V., Laine, K., Räisänen, S., & De Leeuw, J. (2019). The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 192–196. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.07.005>

WHO. (2006). Defining sexual health. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

Zamani, M., Latifnejad Roudsari, R., Moradi, M., & Esmaily, H. (2019). The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 17(1), 41. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i1.3819>

Zgliczynska, M., Zasztowt-Sternicka, M., Kosinska-Kaczynska, K., Szymusik, I., Pazdzior, D., Durmaj, A., Szlachta, M., Bartnik, P., & Wielgos, M. (2020). Impact of childbirth on women's sexuality in the first year after the delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(3), 882–892. <https://doi.org/10.1111/jog.14583>