

INSTITUUT VOOR FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

Seksualiteit onder druk.

Een kwalitatief onderzoek naar de
seksualiteitsbeleving van vrouwen met
dyspareunie.

Promotor: prof. dr. Paul Enzlin

Faculteit Geneeskunde

Departement Neurowetenschappen

Instituut voor Familiale en Seksuologische
Wetenschappen

Jade Hulsman

Masterproef aangeboden tot het behalen van de
graad van Master in de seksuologie

juni 2025

© Copyright by KU Leuven

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde Campus gasthuisberg ON2, Herestraat 49 - bus 400, 3000 Leuven. Telefoon +32 (0)16 37 76 68.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Jade Hulsman, Seksualiteit onder druk. Een kwalitatief onderzoek naar de seksualiteitsbeleving van vrouwen met dyspareunie.

Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de Seksuologie, mei 2025.

Promotor: prof. dr. Paul Enzlin

In deze masterproef wordt onderzocht hoe vrouwen met dyspareunie hun seksualiteitsbeleving ervaren. Hoewel de wetenschappelijke aandacht voor genitopelviene pijnstoornissen de afgelopen jaren is toegenomen, blijft de psychoseksuele impact van dyspareunie vaak onderbelicht. Deze kwalitatieve studie beoogt inzicht te bieden in de wijze waarop vrouwen met pijn tijdens het vrijen betekenis geven aan hun seksuele ervaringen, identiteit en relaties. Er werd gebruikgemaakt van een beschrijvende fenomenologische onderzoeksbenadering, met individuele semigestructureerde interviews als dataverzamelings-methode. In totaal namen zeven vrouwen deel aan het onderzoek. De data werd geanalyseerd via een thematische analyse (Braun & Clarke, 2006).

Uit de analyse kwamen vijf centrale thema's naar voren. (1) De 'beleving van de seksuele relatie' beschrijft hoe dyspareunie de intimiteit en communicatie tussen partners beïnvloedt, en hoe relationele co-regulatie als buffer kan fungeren. (2) De 'beleving van de seksuele activiteit' omvat de uiteenlopende wijzen waarop vrouwen pijn, verlangen, vermijding en coping ervaren binnen seksuele interacties. (3) De 'seksuele identiteit' verwijst naar de impact van dyspareunie op het zelfbeeld, vrouwelijke eigenheid en erotische *agency*. (4) De 'impact op het dagelijks leven' toont hoe pijn doorwerkt op psychosociaal vlak, inclusief gevoelens van onbegrip, schaamte en isolatie. (5) 'Omgaan met dyspareunie' gaat in op hulpzoekgedrag, de rol van lichaamsgerichte therapieën en de zoektocht naar herstel. De resultaten tonen dat vrouwen met dyspareunie vaak geconfronteerd worden met een complexe verwevenheid van lichamelijke pijn, emotionele spanning en relationele kwetsbaarheid. De bevindingen sluiten nauw aan bij bestaande literatuur over seksuele pijnstoornissen, lichaamsgeheugen, vrouwelijke seksuele socialisatie en copingstrategieën. Tegelijkertijd bieden de ervaringen van de deelnemers aanvullende inzichten, bijvoorbeeld over het belang van veilige partnerrelaties en herinterpretatie van vroegere seksuele ervaringen als katalysator voor herstel.

Hoewel deze studie zich beperkte tot een kleine, homogene groep (hoofdzakelijk heteroseksuele vrouwen), benadrukken de resultaten het belang van een multidisciplinaire en empathische benadering van dyspareunie. De erkenning van de subjectieve betekenisverlening rond seksualiteit is essentieel in therapeutische contexten. Verder onderzoek is aangewezen om de diversiteit in ervaringen, coping en behandelbehoeften verder te verkennen, idealiter via een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden. Tot slot is het noodzakelijk om in toekomstig onderzoek blijvend aandacht te besteden aan de ethische complexiteit van seksuologisch onderzoek binnen kwetsbare doelgroepen.

Jade Hulsman, Sexuality Under Pressure. Qualitative research into the sexual experiences of women with dyspareunia.

Master thesis presented to obtain the degree of Master in de Seksuology, May 2025.

Promotor: prof. dr. Paul Enzlin

This master's thesis explores how women with dyspareunia experience their sexuality. Although scientific interest in genito-pelvic pain disorders has increased in recent years, the psychosocial and sexual impact of dyspareunia often remains underexplored. This qualitative study aims to provide insight into the ways in which women with persistent pain during intercourse make sense of their sexual experiences, identity, and relationships. A descriptive phenomenological approach was used, with individual semi-structured interviews serving as the primary method of data collection. A total of seven women participated in the study. The data were analysed using thematic analysis (Braun & Clarke, 2006).

The analysis revealed five central themes. (1) *The experience of the sexual relationship* describes how dyspareunia influences intimacy and communication between partners, and how relational co-regulation can function as a buffer. (2) *The experience of sexual activity* includes the various ways in which women encounter pain, desire, avoidance, and coping strategies during sexual interactions. (3) *Sexual identity* refers to the impact of dyspareunia on self-image, female embodiment, and erotic agency. (4) *The impact on daily life* shows how pain extends into the psychosocial domain, including feelings of misunderstanding, shame, and isolation. (5) *Coping with dyspareunia* addresses help-seeking behaviour, the role of body-oriented therapies, and the pursuit of healing. The results indicate that women with dyspareunia are often confronted with a complex interplay of physical pain, emotional distress, and relational vulnerability. The findings closely align with existing literature on sexual pain disorders, body memory, female sexual socialisation, and coping strategies. At the same time, the participants' narratives offer additional insights, for example, on the importance of secure partner relationships and the retrospective reinterpretation of early sexual experiences as a catalyst for recovery.

Although this study was limited to a small, relatively homogenous group (primarily heterosexual women), the results underscore the importance of a multidisciplinary and empathic approach to dyspareunia in clinical practice. Recognising the subjective meaning-making around sexuality is essential within therapeutic contexts. Further research is needed to explore the diversity of experiences, coping styles, and treatment needs, ideally through a combination of qualitative and quantitative methods. Finally, it remains crucial that future research continues to address the ethical complexity of sexological studies involving vulnerable target populations.

Woord vooraf

Voor u ligt het onderzoeksverslag van mijn masterproef, een werk waarin ik de afgelopen jaren met toewijding en passie aan heb gewerkt. Het proces van onderzoek doen, schrijven en reflecteren was uitdagend, verrijkend en soms ook emotioneel. Mijn doel met dit verslag is om inzicht te bieden in het thema dat mij zo heeft gegrepen en waarvan ik hoop dat het anderen kan inspireren en aanzetten tot verdere reflectie en dialoog.

Dit onderzoek zou niet mogelijk zijn geweest zonder de steun en begeleiding van velen. Allereerst wil ik mijn promotor, professor Paul Enzlin, hartelijk bedanken. Zijn deskundige adviezen, kritische blik en aanmoedigingen hebben mij geholpen om mijn onderzoek te verbeteren. Zijn betrokkenheid en kennis zijn voor mij van zeer grote waarde geweest.

Daarnaast wil ik mijn familie en vrienden bedanken, die mij gedurende dit traject onvoorwaardelijk hebben gesteund. Hun geduld, bemoedigende woorden en soms broodnodige afleiding hebben een grote rol gespeeld in het volbrengen van deze masterproef. Een bijzonder woord van dank gaat uit naar mijn ouders, die altijd in mij hebben geloofd en mij op alle mogelijke manieren hebben ondersteund. Ook wil ik mijn dank uitspreken naar alle participanten die bereid waren hun verhalen met mij te delen. Hun openhartigheid en vertrouwen hebben dit onderzoek mogelijk gemaakt. Hun waardevolle bijdrage en ondersteuning zijn van grote waarde gebleken voor de totstandkoming van deze masterproef. Tot slot draag ik dit werk op aan iedereen die zich herkent in de thematiek van dit onderzoek. Moge dit verslag bijdragen aan meer begrip, erkenning en ondersteuning voor hen die met deze ervaringen geconfronteerd worden.

Met veel dankbaarheid en trots presenteer ik u hierbij mijn masterproef.

Jade Hulsman, mei 2025

Inhoudsopgave

LIJST VAN FIGUREN	10
INLEIDING	11
OVERZICHT VAN DE LITERATUUR	12
SEKSUALITEIT ALS FUNDAMENTEEL ASPECT VAN HET MENSELIJK BESTAAN	12
SEKSUALITEITSBELEVING VAN VROUWEN MET PIJN TIJDENS HET VRIJEN	15
SEKSUEEL, RELATIONEEL EN PSYCHOLOGISCH WELZIJN	17
LICHAAMSBELEVING VAN VROUWEN MET DYSPAREUNIE	19
DE ERVARING VAN VERLIES OF ROUW VAN DE SEKSUELE VRIJHEID MET PIJN BIJ HET VRIJEN.....	21
RELEVANTE THEORIEËN EN MODELLEN	24
<i>De seksuele scripttheorie</i>	<i>24</i>
<i>Het Biopsychosociale model</i>	<i>25</i>
<i>Grounded theory of origins of sexual pain and difficulties with intercourse</i>	<i>26</i>
<i>Geïntegreerd model van betekenisgeven</i>	<i>27</i>
<i>Vicieuze cirkel van pijn en VVS/LPV</i>	<i>28</i>
DEZE STUDIE.....	29
METHODEN	30
KWALITATIEF ONDERZOEK EN HET HUIDIG ONDERZOEK	30
PROCEDURE	33
<i>Steekproef en Participanten</i>	<i>33</i>
<i>Geïnformeerde toestemming.....</i>	<i>35</i>
GELOOFWAARDIGHEID, TRANSPARANTIE EN TRANSFERABILITEIT	35
POSITIE ALS ONDERZOEKER.....	36
THEMATISCHE ANALYSE	36
RESULTATEN	37
VERLOOP VAN HET DIEPTE-INTERVIEW	37
ANALYSE VAN DE RESULTATEN.....	38
1. <i>Lichamelijke ervaring van pijn</i>	<i>38</i>
2. <i>Emotionele impact en zelfbeeld.....</i>	<i>40</i>
3. <i>Relationele dynamiek en communicatie</i>	<i>41</i>
4. <i>Copingstrategieën en hulpzoekgedrag</i>	<i>43</i>
5. <i>Seksueel verlangen en opwinding.....</i>	<i>45</i>
6. <i>Traumaverwerking en eerste seksuele ervaringen</i>	<i>46</i>
7. <i>Vrouwelijkheid en betekenisgeving</i>	<i>48</i>
DISCUSSIE.....	49
TERUGKOPPELING NAAR ONDERZOEKSVRAGEN EN THEORIE	49
<i>Herbeleving van seksualiteit en welzijn: spanning tussen pijn en verlangen.....</i>	<i>50</i>

<i>Lichaamsvervreemding en herdefiniëring van vrouwelijkheid</i>	<i>50</i>
<i>Seksuele vrijheid, verlieservaring en rouw.....</i>	<i>51</i>
<i>De nood aan holistische benadering en empathische zorg</i>	<i>52</i>
<i>Conclusie.....</i>	<i>52</i>
BEPERKING ONDERZOEK EN VOORSTEL VERVOLGONDERZOEK.....	53
REFERENTIES	55
APPENDIX A: TOESTEMMINGSFORMULIER.....	59
APPENDIX B: INTERVIEWPROTOCOL	69
APPENDIX C: LEIDRAAD VOOR EEN DIEPTE-INTERVIEW OVER DE ‘SEKSUALITEITSBELEVING BIJ VROUWEN MET PIJN TIJDENS HET VRIJEN’	70
APPENDIX D: UITNODIGINGSBERICHT	71
APPENDIX E: CODEBOOM.....	72
APPENDIX F: TOESTEMMING COMMISSIE ETHIEK	73

Lijst van figuren

Figuur 1	<i>The Biopsychosocial Model door Berry en Berry (2013).</i>	p. 25
Figuur 2	<i>Grounded theory of origins of sexual pain and difficulties with intercourse door Koops en Briken (2021).</i>	p. 27
Figuur 3	<i>Geïntegreerd model van betekenisgeven van Park (2010).</i>	p. 28

Inleiding

Seksualiteit is een fundamenteel aspect van het menselijk functioneren en levert een substantiële bijdrage aan het fysieke, psychische en relationele welzijn van individuen (WHO, 2019). Een positieve seksuele gezondheid omvat meer dan de afwezigheid van seksuele stoornissen; het behelst ook het vermogen om seksuele verlangens te beleven op een bevredigende, veilige en respectvolle manier. In de praktijk blijkt echter dat veel vrouwen geconfronteerd worden met pijn tijdens seksuele activiteit, wat de mogelijkheid tot een positieve seksualiteitsbeleving aanzienlijk bemoeilijkt. Een van de meest ingrijpende vormen van seksuele pijn is dyspareunie, ofwel pijn tijdens of na vaginale penetratie. Deze aandoening treft een substantieel aandeel vrouwen, maar blijft desondanks vaak ondergerapporteerd, ondergediagnosticeerd en miskend (Reisman et al., 2012). De pijnklacht wordt sinds de herziening van de DSM-5 geclassificeerd binnen de bredere diagnose van genito-pelviene pijn- of penetratiestoornis, waarbij zowel lichamelijke als psychologische componenten erkend worden (Alizadeh & Farnam, 2021). Hoewel dyspareunie aanzienlijke invloed heeft op het seksueel functioneren van vrouwen, blijft vooral de psychoseksuele impact ervan onderbelicht. Het wordt duidelijk dat dyspareunie samenhangt met bredere psychologische, somatische en relationele processen. Vrouwen die met seksuele pijn leven, ervaren vaak gevoelens van schaamte, frustratie en verwarring. Deze emoties worden versterkt door een maatschappelijk discours dat vrouwelijke seksualiteit vaak reduceert tot beschikbaarheid voor penetratie, en waarin afwijkingen van dit script zelden besproken worden (Perel, 2014). Daarnaast voelen vrouwen zich regelmatig onvoldoende gehoord of erkend door zorgverleners, die zich terughoudend opstellen in het bespreken van seksuele pijnklachten (Donaldson & Meana, 2011; Reisman et al., 2012). De ervaring van dyspareunie heeft gevolgen die verder reiken dan het louter lichamelijke domein.

Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen hun zelfbeeld, hun vrouw-zijn, en hun relationele dynamiek herdefiniëren in het licht van pijn (IJff, 2016; Donaldson & Meana, 2011). Verschillende vrouwen geven aan te worstelen met een verlies van seksuele autonomie, het gevoel van falen binnen een seksuele relatie, en een moeizame connectie met het eigen lichaam, met name de vulva, vagina en clitoris, die de bron van zowel verlangen als afkeer kunnen worden. De interne spanning tussen enerzijds het verlangen naar intimiteit en anderzijds de angst voor pijn, creëert een complex spanningsveld dat diepe sporen nalaat in het seksueel functioneren. Gebaseerd op een uitgebreide literatuurstudie, richt dit onderzoek zich op de seksualiteitsbeleving van vrouwen die pijn ervaren tijdens seksuele activiteit. Het onderzoekt hoe deze vrouwen hun seksualiteit ervaren binnen de context van pijn, welke emoties en gedachten hierbij een rol spelen, en hoe deze ervaringen hun relaties en zelfbeeld beïnvloeden. Door deze aspecten te analyseren, beoogt dit onderzoek niet alleen een bijdrage

te leveren aan de wetenschappelijke kennis over seksualiteit en pijn, maar ook aan de ontwikkeling van een meer empathische en geïntegreerde klinische praktijk.

Overzicht van de literatuur

Seksualiteit als fundamenteel aspect van het menselijk bestaan

Seksualiteit vormt een intrinsiek en onlosmakelijk onderdeel van het menselijk bestaan. Het vervult een centrale rol in onze identiteit, verbondenheid en levenskwaliteit, en is verweven met fysieke, emotionele, psychologische en sociale factoren (Reisman et al., 2012). Seksuele gezondheid maakt hierbij een essentieel onderdeel uit van een optimale seksualiteitsbeleving. Seksuele gezondheid gaat daarbij verder dan de afwezigheid van seksuele disfuncties: het omvat ook het vermogen om seksuele relaties aan te gaan die gekenmerkt worden door plezier, veiligheid, intimiteit en wederzijds respect. Toch blijkt uit onderzoek dat seksuele klachten frequent voorkomen en bij een aanzienlijk deel van de bevolking een negatieve invloed hebben op het welzijn, zelfvertrouwen, lichaamsbeeld en de relationele verbondenheid (Reisman et al., 2012). Binnen deze klachten nemen seksuele pijnstoornissen, zoals dyspareunie, een bijzondere plaats in. Deze aandoening wordt nog te frequent onderbelicht of gebanaliseerd, ondanks haar ingrijpende gevolgen voor de seksuele en emotionele ervaring van vrouwen. Volgens het *Education Committee van de European Society for Sexual Medicine* (ESSM) ervaart tussen de 25% en 63% van de vrouwen in hun leven seksuele pijn, waaronder dyspareunie (Reisman et al., 2012). Desondanks blijven deze klachten regelmatig onbesproken, zowel binnen medische consultaties als in bredere sociale contexten. Shepardson et al. (2021) benadrukken dat zorgprofessionals zich menigmaal ongemakkelijk voelen om seksuele gezondheid aan te kaarten, wat bijdraagt aan onderrapportage en onvolledige zorg. Patiënten ervaren een drempel om seksuele problemen te benoemen vanwege schaamte, onzekerheid of het gevoel dat er geen ruimte voor is. Tegelijkertijd blijkt dat artsen en andere hulpverleners onvoldoende geschoold zijn in het bespreekbaar maken van seksualiteit, of simpelweg tijdsgebrek ervaren om dit thema aan te kaarten (Reisman et al., 2012). Het gevolg is een structureel patroon van onderdiagnose en onderbehandeling, waarbij vele vrouwen met seksuele pijnklachten geen passende hulp krijgen. De seksuele geneeskunde beoogt dit patroon te doorbreken door middel van een multidisciplinaire en integratieve aanpak die aandacht heeft voor de medische, psychologische én relationele aspecten van seksuele gezondheid (Reisman et al., 2012). De nood aan een breder perspectief wordt tevens erkend door de *World Health Organization* (WHO). In haar definitie van seksuele gezondheid benadrukt de WHO het belang van positieve en respectvolle benaderingen van seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid om plezierige en

veilige seksuele ervaringen te beleven, vrij van dwang, discriminatie en geweld (World Health Organization [WHO], 2019). Seksuele gezondheid betreft volgens de WHO niet alleen seksuele activiteit, maar ook thema's als seksuele expressie, genderidentiteit, voortplanting, seksuele rechten en psychoseksueel welzijn. De negatieve aspecten die met seksualiteit gepaard kunnen gaan, waaronder seksueel geweld, ongewenste zwangerschap, seksueel overdraagbare aandoeningen, genitale verminking en seksuele dysfuncties, worden binnen dit kader expliciet erkend. Dyspareunie valt dan ook binnen een breder spectrum van seksuele gezondheidsproblemen waarbij zowel lichamelijke als psychosociale factoren een rol spelen.

Dyspareunie, gedefinieerd als pijn tijdens of na seksuele activiteit, is een seksuele pijnstoornis die ingrijpt op het seksueel functioneren van vrouwen. Donaldson en Meana (2011) beschrijven de beleving van jonge vrouwen met dyspareunie als complex en veelgelaagd. De fysieke pijn is slechts één aspect van de ervaring; de psychosociale gevolgen zijn minstens even zwaarwegend. Vrouwen met dyspareunie rapporteren gevoelens van verwarring, schuld, angst en frustratie. Ze hebben geen duidelijk inzicht in de oorzaak van hun pijn, voelen zich onbegrepen door hun omgeving en ervaren een gebrek aan ondersteuning vanuit de medische wereld. Deze negatieve emoties worden verder versterkt door culturele taboes rond vrouwelijke seksualiteit en pijn. Donaldson en Meana (2011) benadrukken dat dyspareunie niet enkel beschouwd mag worden als een lichamelijk probleem. De pijn beïnvloedt diepgaand de seksuele identiteit, het zelfbeeld en de relationele dynamiek van vrouwen. Ze voelen zich geïsoleerd in hun ervaring, vermijden seksuele contacten uit angst voor herhaling van de pijn, of ervaren conflicten binnen hun relatie door de afname van intimiteit. De auteurs pleiten voor een holistische benadering waarbij zowel de fysieke als de emotionele en sociale dimensies van de klacht worden erkend. Zonder die integrale visie dreigt de behandeling fragmentarisch te blijven, met beperkte impact op het werkelijk ervaren lijden van de vrouw. Ook binnen de medische classificatie wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van dyspareunie. IJff (2016) onderscheidt hierbij oppervlakkige en diepe dyspareunie. Oppervlakkige dyspareunie wordt gevoeld aan de ingang van de vagina, meestal bij penetratie, en wordt regelmatig veroorzaakt door vaginale droogte, infecties, hormonale veranderingen of verhoogde spierspanning in de bekkenbodem. Diepe dyspareunie daarentegen manifesteert zich dieper in het bekken of de onderbuik en wordt vaak geassocieerd met aandoeningen zoals endometriose, bekkenontstekingsziekte of littekenweefsel als gevolg van operaties of bevallingen. De aard van de pijn kan variëren van een doffe, trekkende sensatie tot scherpe, snijdende pijn. De intensiteit van de klachten wordt beïnvloed door zowel lichamelijke als psychologische factoren (IJff, 2016). Deze medische indeling sluit aan bij bredere discussies over de classificatie van dyspareunie als seksuele stoornis. Binik (2005) stelt dat dyspareunie in de DSM-classificatie onvoldoende recht doet

aan de klinische complexiteit van de stoornis. Hij pleit voor een herziening van de diagnostische criteria die zowel somatische als psychologische componenten erkent. Dyspareunie komt zelden geïsoleerd voor. Veel vrouwen met seksuele pijnklachten ervaren ook een verstoring van seksueel verlangen, verminderd genot, gevoelens van schaamte of van afwijzing binnen hun relatie, en een negatief lichaamsbeeld. IJff (2016) wijst in dit verband op de innerlijke strijd tussen het verlangen naar intimiteit enerzijds en de angst voor pijn anderzijds. Dit spanningsveld kan leiden tot een vicieuze cirkel van vermijding, frustratie en schuldgevoelens. De impact van dyspareunie reikt daarmee verder dan het lichamelijke; ook het affectieve en relationele welzijn van de vrouw wordt aangetast. Een effectieve benadering van dyspareunie vereist dan ook een geïntegreerde visie, waarin zowel lichamelijke oorzaken als psychosociale copingstrategieën en relationele communicatie een plaats krijgen. Heim (2001) benadrukt in dit kader het belang van een systematische en grondige differentiaal-diagnose. Door het brede scala aan mogelijke onderliggende oorzaken, waaronder vulvodynie, endometriose en bekkenbodempdisfunctie, is het essentieel dat zorgprofessionals deze nauwkeurig onderscheiden om tot een passende behandeling te komen.

In dat verband biedt het werk van Perel (2014) belangrijke inzichten. In haar studie naar seksualiteit binnen langdurige relaties benadrukt het onderzoek de invloed van emotionele barrières, culturele scripts en relationele spanningen op de seksuele beleving. Zij stelt dat verlangens binnen relaties afnemen naarmate voorspelbaarheid en veiligheid toenemen. Deze spanning tussen nabijheid en verlangen wordt door Perel (2014) omschreven als een fundamentele paradox: waar relaties rust en geborgenheid bieden, heeft verlangen nood aan mysterie, afstand en het gevoel van keuzevrijheid. Vooral bij vrouwen kunnen maatschappelijke verwachtingen rond vrouwelijkheid, zoals het centraal stellen van zorg voor de ander en het onderdrukken van eigen behoeften, leiden tot een verstoorde relatie met het eigen seksuele verlangen. Perel (2014) wijst erop dat veel vrouwen in langdurige relaties kampen met gevoelens van prestatiedruk, schaamte of angst om afgewezen te worden, wat hun seksuele vrijheid en expressie belemmert. Hoewel haar werk zich niet specifiek richt op fysieke seksuele klachten zoals dyspareunie, zijn de onderliggende dynamieken sterk vergelijkbaar. Vrouwen met pijn bij het vrijen ervaren immers steeds eenzelfde gevoel van vervreemding van hun seksuele zelf, waarbij pijn niet alleen een fysiek symptoom is, maar ook een symbool wordt voor conflicten rond autonomie, zelfzorg en seksuele expressie. Perel (2014) pleit dan ook voor een relationele en emotionele benadering van seksualiteitsbeleving, waarin ruimte is voor open communicatie, het herontdekken van verlangen en het herdefiniëren van intimiteit. Ondanks de groeiende aandacht voor seksuele dysfuncties in onderzoek en kliniek, blijft de subjectieve ervaring van vrouwen met dyspareunie opvallend onderbelicht. De meeste studies richten zich op medische oorzaken, behandelprotocollen of

epidemiologische gegevens. Wat echter ontbreekt, is inzicht in hoe vrouwen deze problematiek zelf beleven: hoe zij omgaan met pijn, hoe zij hun seksualiteit definiëren binnen de context van lijden, hoe zij relaties en intimiteit ervaren en welke betekenis zij geven aan hun seksuele identiteit binnen een soms pijnlijk lichaam. Zonder deze ervaringskennis blijft onze kijk op dyspareunie onvolledig.

Seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn tijdens het vrijen

In hun onderzoek erkennen Alizadeh en Farnam (2021) dat seksuele pijn, of dyspareunie, een veelvoorkomend probleem vormt met ingrijpende gevolgen voor de partnerrelatie. De eerdere diagnoses *dyspareunie* en *vaginisme*, zoals opgenomen in de vierde editie van het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), zijn in de DSM-5 samengevoegd tot één overkoepelende stoornis: de genito-pelviene pijn- of penetratiestoornis (GPPPD). Alizadeh en Farnam (2021) baseren hun diagnostische criteria voor GPPPD op de richtlijnen uit de DSM-5. Volgens deze classificatie wordt de stoornis vastgesteld wanneer er gedurende ten minste zes maanden sprake is van aanhoudende of terugkerende moeilijkheden met betrekking tot ten minste één van de volgende symptomen, gepaard gaand met klinisch significante psychische belasting (*distress*): (1) moeite met vaginale penetratie tijdens geslachtsgemeenschap; (2) uitgesproken vulvovaginale of bekkenpijn tijdens vaginale gemeenschap of penetratiepogingen; (3) intense angst of bezorgdheid over de verwachte of ervaren pijn bij penetratie; en/of (4) opvallende spierspanning of contractie van de bekkenbodemspieren bij pogingen tot vaginale penetratie (Alizadeh & Farnam, 2021). *Seksuele distress* is een centraal diagnostisch criterium bij de vaststelling van *Genitopelvic Pain/Penetration Disorder* (GPPPD) en verwijst naar negatieve emoties zoals angst, frustratie en gevoelens van falen die gepaard kunnen gaan met seksuele interacties (Alizadeh & Farnam, 2021). Deze emotionele belasting heeft een aanzienlijke invloed op het algemeen welzijn en de levenskwaliteit (Ayling & Ussher, 2007). Hoewel GPPPD theoretisch zowel bij mannen als vrouwen kan worden gediagnosticeerd, komt het in de praktijk zelden voor bij mannen (Binik, 2005). De evaluatie van seksuele stoornissen in de context van seksuele gezondheid vereist een holistische benadering, waarbij rekening wordt gehouden met zowel lichamelijke als psychologische factoren, aangezien *seksuele distress* vaak voortkomt uit een complex samenspel van diverse invloeden (Stephenson & Meston, 2010; Ford et al., 2021). Volgens Bancroft et al. (2003) zijn fysieke componenten van de vrouwelijke seksuele respons, zoals opwinding en orgasme, zwakke voorspellers voor het ervaren van seksuele *distress*. In plaats daarvan spelen subjectieve factoren een doorslaggevende rol. King et al. (2007) benadrukken het belang van de eigen perceptie van vrouwen, waarbij zij aangeven dat de definitie van een seksueel probleem sterk afhankelijk is van persoonlijke waarden, wensen en seksuele kennis, zowel van de vrouw zelf als van haar

partner. Seksuele problemen, evenals de beleving van fysieke affectie, worden dus gekleurd door individuele percepties en copingstrategieën. Om deze reden is een holistische benadering essentieel om inzicht te verkrijgen in de seksualiteitsbeleving van vrouwen. In lijn met deze visie tonen Watson et al. (2016) aan dat de behoefte aan fysieke affectie sterk varieert tussen individuen. Waar sommigen fysieke affectie vereenzelvigen met seksueel contact of penetratie, hechten anderen meer waarde aan affectieve uitingen zoals knuffels of kussen. Hun onderzoek benadrukt dat fysieke affectie niet slechts op diverse manieren wordt geïnterpreteerd, maar tevens een fundamentele rol vervult in het bevorderen van intimiteit. Seksualiteit en intimiteit zijn in deze context nauw met elkaar verweven en vormen een unieke vorm van verbondenheid die de partnerrelatie onderscheidt van andere sociale relaties, zoals die met familie of vrienden. Uit het onderzoek van Alizadeh en Farnam (2021) blijkt dat diverse beschermende factoren een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van seksuele distress en conflicten binnen de seksuele relatie. Copingstrategieën nemen hierin een centrale positie in. Intrapersoonlijke variabelen, zoals een sterk zelfvertrouwen en een positief lichaamsbeeld, dragen bij aan het verminderen van seksuele problematiek. Tegelijkertijd blijken interpersoonlijke factoren, waaronder ervaren intimiteit en seksuele tevredenheid, eveneens essentieel te zijn voor het bevorderen van seksueel welzijn. Seksuele tevredenheid kan bovendien toenemen wanneer partners openstaan voor het exploreren van alternatieve seksuele activiteiten die niet gericht zijn op penetratie. Dergelijke benaderingen kunnen bijdragen aan het reduceren van angst voor dyspareunie. Intimiteit fungeert hierbij als een sleutelcomponent, doordat zij niet alleen de seksuele communicatie tussen partners versterkt, maar ook ruimte schept voor gezamenlijke beslissingen omtrent seksuele beleving (Alizadeh & Farnam, 2021). Bovendien benadrukken Bancroft et al. (2003) het belang van een emotioneel ondersteunende partnerrelatie als een van de sterkste voorspellers van het al dan niet ervaren van seksuele distress. Dit benadrukt de cruciale invloed van de partner binnen het therapeutisch traject. In lijn hiermee pleiten Alizadeh en Farnam (2021) voor een integrale benadering van seksuele pijn of angst voor geslachtsgemeenschap, waarin niet alleen medische of therapeutische interventies worden ingezet, maar ook aandacht wordt besteed aan psychoseksuele ondersteuning. Zij benadrukken het belang van het versterken van zelfvertrouwen, het bevorderen van een positief lichaamsbeeld, het verdiepen van seksuele tevredenheid en het intensiveren van partnerintimiteit. Deze beschermende factoren dragen bij aan een verhoogde pijntolerantie en een afname van seksuele distress. Tevens wijzen zij op de essentiële rol van de partner in het verlichten van seksuele pijn, waarbij adequate steun en open communicatie binnen de relatie als fundamenteel worden beschouwd (Alizadeh & Farnam, 2021).

Seksueel, relationeel en psychologisch welzijn

Seksuele tevredenheid wordt gedefinieerd als de subjectieve evaluatie van zowel positieve als negatieve aspecten van de seksuele relatie, inclusief de daaruit voortvloeiende emotionele beleving van het individu (Stephenson & Meston, 2010). Uit onderzoek blijkt dat seksuele tevredenheid sterk gecorreleerd is met relatietevredenheid, de stabiliteit van de partnerrelatie en de algemene kwaliteit van leven. Stephenson en Meston (2010) stellen bovendien dat seksuele tevredenheid niet alleen samenhangt met de frequentie van seksuele activiteit, maar ook met het ervaren seksueel functioneren. In hun studie maakten zij gebruik van de *Sexual Satisfaction Scale for Women* (SSS-W), ontwikkeld door Meston en Trapnell (2005), een meetinstrument bestaande uit dertig items verdeeld over vijf domeinen: tevredenheid, communicatie, seksuele compatibiliteit, persoonlijke zorg en relationele zorg. Het doel van het onderzoek was om de mate van onafhankelijkheid tussen seksuele tevredenheid en seksuele *distress* bij vrouwen te verkennen. De bevindingen toonden aan dat deze twee concepten slechts gedeeltelijk overlappen en in zekere mate onafhankelijk van elkaar functioneren. Deze vaststelling heeft belangrijke implicaties voor de evaluatie van interventies bij seksuele disfuncties. De auteurs pleiten dan ook voor een benadering waarin seksuele tevredenheid en seksuele *distress* niet als synoniemen worden beschouwd, maar als twee onderling verbonden doch afzonderlijke dimensies van seksueel welzijn. Dit benadrukt het belang van een holistisch kader bij zowel diagnostiek als behandeling, waarbij aandacht is voor de veelzijdige en subjectieve aard van seksuele beleving. Seksueel welzijn betreft een positieve en bevredigende ervaring van seksualiteit en seksuele relaties, die naast lichamelijke gezondheid ook emotionele, psychologische en sociale aspecten omvat. In dit kader benadrukken Pazmany et al. (2014) het belang van open communicatie binnen een seksuele relatie. Wanneer partners open zijn over hun seksuele voorkeuren, ervaren zij niet alleen een verhoogd seksueel welzijn, maar ook een betere dyadische afstemming. Gebrekkige communicatie, daarentegen, wordt geassocieerd met minder bevredigende seksuele ervaringen, relationele onzekerheden en een lagere relatietevredenheid. Personen die onzekerheid ervaren binnen hun relatie zijn geneigd om seksuele onderwerpen te vermijden, uit angst om de relatie te belasten of afwijzing te veroorzaken (Pazmany et al., 2014). Seksuele communicatie speelt aldus een centrale rol in het onderhouden van een gezonde seksuele dynamiek, wat ondersteund wordt door eerdere bevindingen van MacNeil en Byers (1997), die vaststelden dat seksuele communicatie verband houdt met zowel algemene als seksuele tevredenheid binnen de relatie. Bij koppels waarin één partner kampt met dyspareunie, komt de kwetsbaarheid van seksuele communicatie sterk naar voren. In hun onderzoek vergeleken Pazmany et al. (2014) koppels met en zonder dyspareunie en stelden ze vast dat vrouwen met pijnklachten significant minder dyadische communicatie rapporteerden. Een mogelijke

verklaring ligt in de neiging van deze vrouwen om seksuele thema's te vermijden, uit angst hun partner te verliezen of te verontrusten (Pazmany et al., 2014; Donaldson & Meana, 2011). Donaldson en Meana (2011) beschrijven hoe vrouwen met dyspareunie gevoelens van verwarring, frustratie en schaamte ervaren, en frequent vergeefs zoeken naar een oorzaak of oplossing. De impact op hun welzijn is aanzienlijk: ze vermijden fysieke intimiteit, ervaren emotionele afstand, en voelen zich beschadigd of abnormaal. Relationale spanningen nemen toe, en negatieve gevoelens zoals schuld, verdriet en boosheid komen frequent voor. Het bespreken van seksuele klachten in de zorgcontext blijkt eveneens problematisch. Reisman et al. (2012) stellen dat zowel patiënten als zorgverleners moeite hebben om seksualiteit aan te kaarten. Professionals geven aan onvoldoende opleiding te hebben ontvangen rond seksuele gezondheid, terwijl patiënten aangeven dat er geen ruimte is om seksuele klachten te bespreken, of dat ze vrezen niet serieus genomen te worden. Donaldson en Meana (2011) wijzen bovendien op het stigma dat rond seksuele pijn bestaat, en dat vrouwen terughoudend zijn om hulp te zoeken uit schaamte of het gevoel dat hun probleem niet legitiem is. Deze factoren leiden ertoe dat vrouwen met dyspareunie menigmaal in stilte blijven lijden, zonder toegang tot adequate ondersteuning.

Naast dyspareunie verdienen ook andere seksuele gezondheidsproblemen aandacht, zoals *Persistent Genital Arousal Disorder* (PGAD) of *genitopelvic dysesthesia* (GPD), zoals beschreven door Mooney et al. (2021). Deze relatief nieuw erkende aandoeningen worden gekenmerkt door aanhoudende fysiologische opwindingssensaties in de afwezigheid van subjectief seksueel verlangen, en treffen vooral vrouwen. De symptomen hebben een negatieve impact op het dagelijks functioneren en leiden tot seksuele, relationele en psychologische spanningen. Sommige vrouwen vermijden seksuele prikkels om verergering te voorkomen, wat kan leiden tot relationele afstand, terwijl anderen net seksuele activiteit opzoeken als manier om verlichting te vinden (Mooney et al., 2021). In beide gevallen komt het relationeel evenwicht onder druk te staan, en worden gevoelens van angst, depressie en seksuele distress gerapporteerd. De studie benadrukt dat seksuele moeilijkheden, ongeacht hun aard, diep ingrijpen in het psychosociale functioneren van individuen. Deze bevindingen sluiten aan bij bredere observaties in de literatuur, waaruit blijkt dat seksuele klachten, zoals genitale pijn, lage opwinding of erectiestoornissen, frequent samengaan met relationele en psychologische moeilijkheden (Mooney et al., 2021). De auteurs benadrukken dat seksuele gezondheid en seksueel welzijn niet los kunnen worden gezien van hun bredere context. Seksuele disfuncties hebben niet enkel fysieke implicaties, maar kunnen ook leiden tot gevoelens van isolement, onzekerheid en het verlies van verbondenheid binnen intieme relaties. Het werk van Moore en Sitron (2024) biedt verdiepende inzichten in het seksueel welzijn van vrouwen die chronische vaginale pijn ervaren tijdens seksuele activiteit. Hun

onderzoek richt zich op de rol van seksuele zelfdiscrepanties, oftewel de discrepantie tussen het actuele en het ideale seksuele zelfbeeld, en de relatie daarvan met seksueel welzijn. Uit hun bevindingen blijkt dat vrouwen die zichzelf niet herkennen in het beeld van een “goede” of “gewenste” seksuele partner over het algemeen een lager niveau van seksueel welzijn rapporteren. Hoewel deze discrepanties geen significante voorspellers bleken te zijn in statistische zin, wijzen Moore en Sitron (2024) op andere belangrijke beïnvloedende factoren, waaronder seksuele frequentie en relationele intimiteit. Hun resultaten suggereren dat een hogere frequentie van seksuele activiteit geassocieerd is met een groter seksueel welzijn, zelfs bij vrouwen die pijnklachten ervaren. Dit wijst op de complexiteit van seksuele beleving, waarbij pijn niet per definitie hoeft te leiden tot negatieve uitkomsten, mits andere beschermende factoren aanwezig zijn. Relationele verbondenheid blijkt hierbij een centrale rol te spelen. De aanwezigheid van emotionele nabijheid, open communicatie en affectie binnen een partnerrelatie fungeert als buffer tegen de negatieve impact van pijn op het seksuele zelfbeeld en welzijn. Deze bevindingen sluiten aan bij bredere literatuur waarin dyspareunie wordt erkend als een onder gerapporteerd probleem met zowel lichamelijke als psychologische dimensies. Hill en Taylor (2021) benadrukken dat dyspareunie veel voorkomt onder vrouwen en onvoldoende wordt herkend en besproken in klinische *settings*. Dit benadrukt de noodzaak van een biopsychosociale benadering waarin niet alleen fysieke symptomen, maar ook beleving, zelfbeeld en relationele factoren worden meegenomen. Binnen deze context is het duidelijk dat seksuele disfuncties zoals dyspareunie niet uitsluitend begrepen kunnen worden vanuit een medisch standpunt. De impact op het relationele leven, het psychologisch welzijn en de seksuele identiteit van vrouwen is groot. De terughoudendheid om seksualiteit te bespreken, zowel in relaties als in de zorg, vergroot de complexiteit van de problematiek. Open communicatie, erkenning van subjectieve ervaringen en aandacht voor de sociale context zijn cruciale elementen om tot een betekenisvolle ondersteuning te komen. De literatuur wijst dan ook in één richting: effectieve benadering van seksuele pijnklachten vereist een multidimensionale, empathische en multidisciplinaire aanpak die ruimte laat voor de geleefde ervaring, de relationele dynamiek en de psychologische impact van seksualiteitsproblemen.

Lichaamsbeleving van vrouwen met dyspareunie

Dyspareunie, ofwel pijnlijke geslachtsgemeenschap, heeft aanzienlijke psychosociale gevolgen voor vrouwen, hun sociale netwerken en vaak ook hun partners. Vulvodynie, een specifieke vorm van dyspareunie gekarakteriseerd door chronische vulvapijn zonder duidelijke fysieke oorzaak, draagt bij aan langdurige seksuele dysfunctie en psychologische stress. De gevolgen hiervan zijn onder andere een verminderd zelfbeeld, relationele problemen en een verhoogd risico op angst, depressie en sociale isolatie (Donaldson & Meana, 2011; Ghysbrecht & Claerhout, 2022). Vrouwen die lijden aan vulvodynie rapporteren vaak

gevoelens van schaamte en frustratie, wat hun algemene levenskwaliteit kan verslechteren (Ayling & Ussher, 2007; Both et al., 2022). Onderzoek van Ayling en Ussher (2007) toont aan dat vrouwen met vulvodynie zichzelf vaak als "inadequaats" beschouwen, wat wordt gekoppeld aan een falen in vrouwelijkheid en het onvermogen om hun partner seksueel te bevredigen. Dit zelfbeeld kan leiden tot gevoelens van schaamte en schuld, alsmede een verminderd seksueel verlangen. Bovendien wordt penetratie door veel vrouwen gezien als de enige manier om een romantische verbinding aan te gaan, waarbij de bevrediging van de partner en de nadruk op penetratie centraal staan (Ayling & Ussher, 2007). Katz (1995) rapporteert dat een vrouw negatieve gevoelens beleefde waaronder gevoelens van isolatie, seksuele onbekwaamheid, verlies van vrouwelijkheid, schuld, schaamte, verlies van eigenwaarde en gebrek aan zelfvertrouwen. Deze bevindingen benadrukken dat het hanteren van een multifactorieel model cruciaal is voor het begrijpen van dyspareunie en de beleving van vrouwen, en dus dat de biomedische benadering ontoereikend is (Katz, 1995). Ayling en Ussher (2007) identificeerden een breed scala aan emotionele kwesties die ervaren werden in verband met pijn tijdens geslachtsgemeenschap. Het voornaamste thema met betrekking tot de seksualiteit was de perceptie van vrouwen als ontoereikende seksuele partner en ontoereikende vrouw. De vrouwen in deze studie, die zichzelf als niet in staat beschouwden om aan de veronderstelde seksuele behoeften van hun partner te voldoen, ervoeren zichzelf als 'niet normaal', 'kapot', 'waardeloos', 'nutteloos', 'gebroken' en 'disfunctioneel' (Ayling & Ussher, 2007). Dit gevoel van ontoereikendheid, versterkt door de ervaring van seksuele pijn, leidt vaak tot een verminderd zelfbeeld en kan gevoelens van schaamte, frustratie en falen veroorzaken, wat de psychologische belasting vergroot (Donaldson & Meana, 2011; Ghysbrecht & Claerhout, 2022).

Bovendien blijkt uit het werk van IJff (2016) dat de negatieve zelfperceptie die deze vrouwen ervaren, niet alleen hun seksuele identiteit aantast, maar ook hun algemene levenskwaliteit beïnvloedt. De vrouwen in deze studie beschouwen 'echte seks' als geslachtsgemeenschap waarbij de penis de vagina penetreert, wat de nadruk legt op een normatieve en vaak beperkende visie op seksualiteit (Both et al., 2022). Kaler (2006) onderzocht de ervaring van vrouwen met chronische vulvaire pijn, waarbij ze de overlap van deze ervaringen met dominante discoursen over heteroseksualiteit en gender verkende. Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen met pijn tijdens het vrijen, vulvodynie, zichzelf met regelmaat karakteriseren als 'geen echte vrouw'. De vrouwelijke identiteit is direct gekoppeld met hun vermogen om een man aan te trekken en hem tevreden te stellen. Daarnaast stelt Kaler (2006) dat vrouwen hun eigen behoeften blijven onderdrukken om aan de vermeende behoeften van hun partner te voldoen. Deze constatering wordt bevestigd door Ussher (1997) waarin de 'goede vrouw' werd beschreven als seksueel passief of ontvankelijk, en tevens als zorgzaam

en koesterend ten opzichte van mannen. Vrouwen gebruikten ook de discoursen over vrouwelijkheid en de 'goede vrouw' om de seksuele behoeften van hun partner boven hun eigen behoeften of hun recht op pijnvrije seks te stellen (Ussher, 1997). Ayling en Ussher (2007) hun onderzoek constateerde dat wanneer vrouwen zichzelf als 'voldoende' positioneren en ook zo worden gezien door hun mannelijke partner, ze zich niet langer gedwongen voelen om pijnlijke geslachtsgemeenschap te ondergaan of zichzelf te verwijten voor hun normatieve tekortkoming. Dit vermindert gevoelens van angst, wrok, schuld, schaamte, isolatie en voortkomt de positionering van zichzelf en hun lichaam als gebrekkig (Ayling & Ussher, 2007). In hun werk stellen Moore en Sitron (2024) dat vrouwen die chronische vaginale pijn ervaren tijdens geslachtsgemeenschap geregeld een verhoogde zelfdiscrepantie vertonen. Deze vorm van discrepantie doelt op het verschil tussen iemands eigen seksuele zelfbeeld, verwachtingen of ideale seksuele zelf en de werkelijke seksuele ervaringen of gevoelens. Het individu vergelijkt de eigen beleving met het ideaalbeeld van seksualiteit, wat kan leiden tot gevoelens van ontevredenheid, stress of spanning met betrekking tot de seksueel identiteit en relaties. Deze discrepantie kan ook optreden bij het ideaalbeeld dat seks moeiteloos plezierig en vrij is van pijn, terwijl de vrouw met dyspareunie wel pijn en ongemak ervaart (Moore & Sitron, 2024).

De ervaring van verlies of rouw van de seksuele vrijheid met pijn bij het vrijen

In het onderzoek van Berrocal et al. (2022) wordt de *seksuele dubbele standaard* (SDS) gehanteerd, de SDS is een fenomeen dat verwijst naar het verschillend beoordelen van mannen en vrouwen voor gelijkaardig seksueel gedrag. Deze SDS kan worden toegepast bij het onderzoeken van verschillende domeinen, waaronder seksueel gedrag, seksuele vrijheid en seksuele verlegenheid. Seksuele vrijheid wordt gedefinieerd als het recht en de mogelijkheid voor individuen om hun seksualiteit vrij en openlijk uit te drukken, rekening houdend met de rechten van anderen en binnen een kader van bescherming tegen discriminatie (Álvarez-Muelas et al., 2022, Berrocal et al., 2022). Een traditionele SDS impliceert een houding waarbij seksuele vrijheid meer wordt gewaardeerd bij mannen dan bij vrouwen, wat inhoudt dat vrijheid en openheid in seksuele expressie voor mannen gunstiger worden beoordeeld (Zaikman & Marks, 2016). Berrocal et al. (2022) ontdekten echter dat er ook een omgekeerde seksuele dubbele standaard bestaat, waarbij een hoge seksuele activiteit positiever wordt gewaardeerd bij vrouwen dan bij mannen. Deze omgekeerde standaard suggereert dat seksuele vrijheid gunstiger wordt beoordeeld door vrouwen, waarbij een hoge seksuele activiteit meer sociaal aanvaardbaar wordt geacht voor vrouwen dan voor mannen. Het onderzoek van Álvarez-Muelas et al. (2022) toont aan dat individuele en contextuele factoren van invloed zijn op de naleving van de SDS en de verschillende typologieën ervan. Deze typologieën werpen licht op de complexiteit van de seksuele dubbele standaard. De traditionele SDS waardeert een verhoogde seksuele vrijheid voor mannen

boven vrouwen, terwijl de omgekeerde SDS een positievere kijk heeft op verhoogde seksuele activiteiten bij vrouwen. Daarnaast is er de egalitaire houding waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen mannen en vrouwen in seksueel gedrag. Acceptatie van seksuele vrijheid en de normativiteit rondom dit concept blijken van invloed te zijn op de mate waarin mensen zich houden aan de traditionele of omgekeerde SDS. Bovendien speelt ook genderidentiteit een rol in de houding ten opzichte van seksuele vrijheid en de SDS, waarbij vrouwen over het algemeen een meer egalitaire houding aannemen (Berrocal et al., 2022). Het begrijpen van de SDS in relatie tot seksuele vrijheid is van cruciaal belang voor het bevorderen van gendergelijkheid en het verminderen van gendergerelateerde vooroordelen op het gebied van seksualiteit. Door individuele en normatieve factoren te onderzoeken die van invloed zijn op de SDS, kunnen interventies de acceptatie van seksuele vrijheid vergroten en de ongelijkheid in seksuele normen tussen mannen en vrouwen verminderen (Álvarez-Muelas et al., 2022, Berrocal et al., 2022, Zaikman & Marks, 2016).

Seksuele vrijheid en seksueel welzijn zijn nauw met elkaar verbonden. Terwijl vrijheid ruimte biedt voor expressie, vormt welzijn de basis voor gezonde en bevredigende seksuele ervaringen. Bij het conceptueel definiëren van seksueel welzijn benadrukken Lorimer et al. (2019) dat dit niet uitsluitend gebaseerd mag zijn op individuele ervaringen, maar dat het moet worden benaderd als een fenomeen dat sociaal en structureel beïnvloed wordt. Dit omvat ook het beoordelen van seksueel welzijn in termen van vrijheid; seksuele vrijheid impliceert dat elk individu de vrijheid heeft om seksueel welzijn te bereiken. Daarnaast kan seksueel welzijn erkend worden als individuele subjectieve beoordeling van affecten en tevredenheid, maar er werd ook rekening gehouden met mogelijke belangrijke determinanten of invloeden vanuit de sociale en omgevingscontext. Een sociale norm kan de vrijheid van een individu om seksueel welzijn te bereiken beïnvloeden (Lorimer et al., 2019). Om de invloeden van sociaal-culturele aspecten op seksueel welzijn te omvatten en mogelijke beperkingen voor seksueel welzijnsvrijheid te onderzoeken, wordt door Lorimer et al. (2019) de focus gelegd op de conversiefactoren zoals persoonlijk kenmerken, de omgeving en het sociale klimaat. Deze conversiefactoren worden beschouwd als invloed op het seksueel welzijn en niet als kenmerk ervan. Lorimer et al. (2019) benadrukken dat het vastleggen van de echte vrijheden om seksueel welzijn te bereiken verder gaat dan simpelweg registreren wat individuen rapporteren. Hun onderzoek toont aan dat het onderzoeken van sociale invloeden inzicht biedt in de beperkingen op seksuele vrijheid, inclusief genderongelijkheid. Het is cruciaal om niet alleen oppervlakkige indicatoren van tevredenheid te onderzoeken, maar ook de diepere sociale structuren die onze mogelijkheden en vrijheden beïnvloeden (Lorimer et al., 2019).

In het werk van Ford et al. (2021) worden seksuele rechten beschouwd als een subset van mensenrechten die van essentieel belang zijn voor het bereiken van seksuele gezondheid.

Door de bestaande mensenrechten toe te passen op seksualiteit en seksuele gezondheid, worden seksuele rechten gevormd. Deze rechten waarborgen het recht van alle individuen om hun seksualiteit te uiten, te beleven en van seksuele gezondheid te genieten, met inachtneming van de rechten van anderen en binnen een kader van bescherming. Ford et al. (2021) bevestigen dat het recht om seksueel plezier te ervaren en van seksualiteit te genieten tegenwoordig formeel erkend wordt door internationale, regionale en nationale mensenrechteninstanties, gerechtelijke en wetgevende instanties. De Wereldassociatie voor Seksuele Gezondheid of *World Association for Sexual Health* (WAS), bevestigt de bevinding dat seksuele rechten essentieel zijn voor het bereiken van de hoogst haalbare seksuele gezondheid (WAS, 2014). De normen die gelden bij seksuele rechten pleiten voor autonome en geïnformeerde besluitvorming over seksualiteit, reproductieve keuzes, toegang tot seksuele gezondheidsinformatie en -educatie en de mogelijkheid om seksualiteit uit te drukken zonder discriminatie of stigma. Daarnaast bevestigt WAS (2014) in hun Verklaring van Seksuele Rechten dat seksualiteit een integraal onderdeel is van de persoonlijkheid van elke mens, ongeacht de keuze om al dan niet voort te planten. Ford et al. (2021) benadrukken dat seksueel genot net zo cruciaal is als de andere basisbehoeften voor een gezond, gelukkig en productief leven. De formele structuur van seksuele rechten zijn noodzakelijk om de omstandigheden te bieden voor het ervaren en nastreven van een bevredigend seksueel leven. Naast de formele structuur van seksuele rechten kan ook het driehoeksmodel van seksuele gezondheid, seksuele rechten en seksueel genot worden gebruikt. Dit model benadrukt de onderlinge verbondenheid van de drie factoren en pleit voor een holistische aanpak van seksualiteit, waarbij niet alleen de afwezigheid van ziekte of dysfuncties worden nagestreefd, maar ook de bevordering van positieve seksuele ervaringen en het recht op seksueel genot worden erkend en ondersteund.

Volgens Stroebe et al. (2017) is rouw geen ziekte, maar een verlieservaring die medische aandacht vereist. Verlies en rouw worden beschreven als de emotionele reactie en het aanpassingsproces dat volgt op het verlies van een geliefde, een belangrijke relatie, een levensstijl, of andere significante veranderingen in iemands leven. Het omvat een breed scala aan psychologische, sociale en fysiologische reacties, waaronder verdriet, pijn, ontkenning, woede, angst, schuldgevoelens en een gevoel van leegte. Rouw is een natuurlijke en normale reactie op verlies, waarbij individuen proberen het verlies te verwerken, betekenis te geven aan hun ervaringen en zich aan te passen aan een leven dat is veranderd door het verlies (Stroebe et al., 2007). Stroebe et al. (2017) benadrukken dat het nog niet duidelijk is hoe de risicofactoren zoals, situationele, interpersoonlijke en intrapersonlijke coping de gezondheidsresultaten beïnvloeden en hoe ze met elkaar interageren. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen adaptieve en maladaptieve rouwverwerking, aanhoudende

ruminatieve verwerking, waarbij de laatste wordt gezien als een vermijdende reactie. Adaptieve rouwverwerking verwijst naar het vermogen van een persoon om op een gezonde manier met het verlies om te gaan. Deze verwerkingsmethode omvat de confrontatie met de emoties en gedachten die gepaard gaan met het verlies, het actief verwerken van de ervaring en het vinden van copingstrategieën om met de verlieservaring om te gaan en het leven te hervatten, zij het op een gepaste manier. De maladaptieve, aanhoudende ruminatieve verwerking daarentegen betekent dat iemand vast blijft zitten in een patroon van herhaaldelijk piekeren en terugkeren naar de gedachten en gevoelens met betrekking tot het verlies. Deze verwerkingsmethode kan leiden tot een negatieve spiraal van emotioneel lijden en het kan het moeilijk maken om het verlies te verwerken en verder te gaan (Stroebe et al., 2017). De negatieve gezondheidsproblemen die Stroebe et al. (2007) geïdentificeerd hebben bij verschillende mentale en fysieke uitkomsten en voor verschillende vormen van rouw is er een vrij consistent patroon terug te vinden. Tegelijkertijd wordt er benadrukt dat rouw een normaal en natuurlijk proces is na een verlies (Stroebe et al., 2007).

Relevante theorieën en modellen

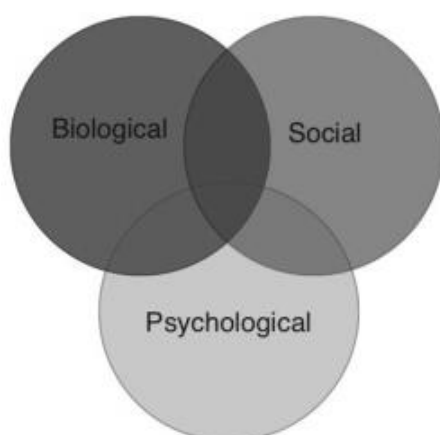
De seksuele scripttheorie

De seksuele scripttheorie van Simon en Gagnon (1986) postuleert dat individuen binnen een specifieke culturele context, in zekere mate, hun gedrag baseren op sociaal aanvaarde scripts. Deze scripts manifesteren zich op intrapsychisch en interpersoonlijk niveau. Deze theorie biedt een sociaalwetenschappelijke benadering om te begrijpen hoe seksueel gedrag binnen een culturele context wordt geleerd, uitgevoerd en begrepen binnen een culturele context. Volgens deze benadering worden seksuele interacties geleid door “scripts”, wat verwijst naar sociale normen, verwachtingen en patronen die individuen internaliseren en volgen bij seksueel gedrag. Deze scripts kunnen variëren afhankelijk van factoren zoals cultuur, religie, geslacht, leeftijd en andere sociale en individuele kenmerken (Simon & Gagnon, 1986, Gagnon & Simon, 1975). Simon en Gagnon (1986) identificeerden vier fundamentele elementen van seksuele scripts: culturele scripts, interpersoonlijke scripts, intrapsychische scripts en interactionele scripts. Culturele scripts omvatten de normen, waarden en verwachtingen die het seksueel gedrag binnen een samenleving bepalen. Interpersoonlijke scripts verwijzen naar de verwachtingen en patronen binnen persoonlijke relaties, zoals die tussen partners, vrienden en familieleden. Intrapsychische scripts zijn de specifieke stappen en processen die tijdens seksuele interacties worden gevolgd, inclusief de verwachtingen van elk individu en hun wederzijdse reacties. Deze elementen van seksuele scripts werken samen om het seksueel gedrag en de beleving van individuen te vormen en te beïnvloeden. Ze ondergaan voortdurende evolutie en aanpassing binnen verschillende culturele contexten, waarbij ze een cruciale rol spelen bij het begrijpen van seksueel gedrag

binnen die contexten. Door deze scripts te onderzoeken en te begrijpen, kunnen we inzicht krijgen in de complexe dynamiek van seksuele interacties en de wijze waarop ze door sociale en individuele factoren worden gevormd (Simon & Gagnon, 1986, Gagnon & Simon, 1975).

Het Biopsychosociale model

The Biopsychosocial Model (Berry et al., 2013) (Zie Figuur 1) biedt een holistisch kader voor het begrijpen en behandelen van seksuele dysfuncties, doordat de rekening houdt met biologische, psychologische en sociale invloeden. In het artikel geschreven door Berry et al. (2013) “*Contemporary Treatment of Sexual Dysfunction: Reexamining the Biopsychosocial Model*” wordt dit model uitvoerig onderzocht en toegepast op de complexe aard van seksuele dysfuncties. De biologische aspecten van seksuele dysfuncties omvatten hormonale onevenwicht, neurologische aandoeningen, bijwerkingen van medicatie en anatomische afwijkingen. Een grondige medische evaluatie is essentieel om deze biologische factoren te identificeren en specifieke interventies voor te stellen. Naast de biologische aspecten, spelen psychologische componenten ook een cruciale rol bij seksuele dysfuncties. Angst, depressie, traumatische ervaringen, stress, spanning, relationele problemen en negatieve attitudes ten opzichte van seksualiteit kunnen allemaal bijdragen aan problemen met seksuele gezondheid. Naast de biologische en psychologische factoren spelen de sociale factoren ook een belangrijke rol in de seksuele gezondheid. Sociale factoren, zoals culturele normen, religieuze overtuigingen, sociale steun en stigma rond seksualiteit hebben allemaal invloed op hoe mensen seksualiteit ervaren. Het is van groot belang om een ondersteunende omgeving te creëren en partners en gezinnen te betrekken bij de behandeling. Doordat het model zowel de biologische factoren, de psychologische factoren en de sociale factoren omvat biedt dit model een bredere kijk op de seksuele gezondheid en het seksueel welzijn (Berry & Berry, 2013).

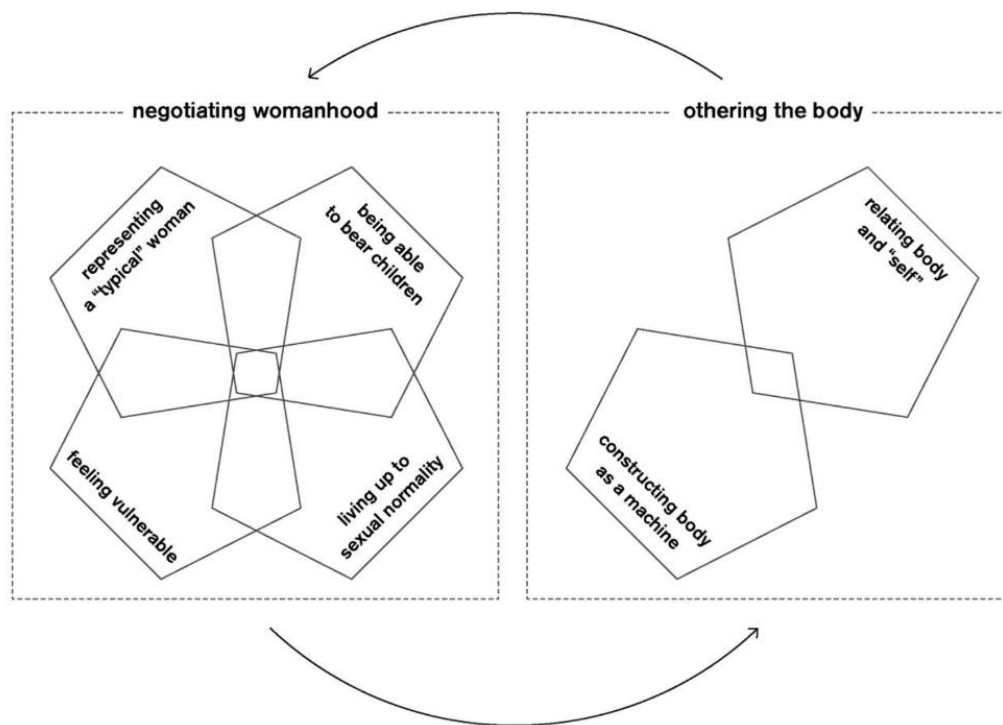


Figuur 1: *The Biopsychosocial Model* door Berry en Berry (2013).

Grounded theory of origins of sexual pain and difficulties with intercourse

Grounded theory of origins of sexual pain and difficulties with intercourse (zie Figuur 2) of de gegroundveste theorie die de oorsprong van seksuele pijn en moeilijkheden van geslachtsgemeenschap weergeeft van Koops en Briken (2021). In de studie van Koops en Briken (2021) werden er zes processen geïdentificeerd die verband houden met de oorsprong van ervaringen van pijnlijke en/of onmogelijke geslachtsgemeenschap. Deze zes processen kunnen worden gegroepeerd in vier samenhangende en twee samenhangende processen die elkaar overlappen, hieruit zijn twee overkoepelende processen gekomen: het onderhandelen over vrouwelijkheid en het beschouwen van het lichaam als 'vreemd. Zowel vrouwen met ervaringen van vaginale pijn als vrouwen met ervaringen van moeilijkheden met geslachtsgemeenschap vertonen overeenkomsten in deze zes processen, hoewel er geen specifieke associatie is tussen een beleving en een bepaald proces. Er zijn elementen van processen die inhoudelijk overlappen, wat het maken van een strikte scheiding bemoeilijkt. Het proces van onderhandelen over vrouwelijkheid omvat vier deelprocessen die zowel de beleving van de vrouw over de oorsprong van hun seksuele moeilijkheden beïnvloeden als hun zelfperceptie als vrouw. Deze vier processen omvatten de representatie van een 'typische' vrouw, het vermogen om kinderen te baren, het ervaren van kwetsbaarheid en het voldoen aan seksuele 'normaliteit'. De representatie van een 'typische' vrouw verbindt het ervaren van seksuele moeilijkheden rechtstreeks met vrouwelijkheid, terwijl het vermogen om kinderen te baren wordt gezien als een uniek kenmerk van vrouwelijkheid dat met het ideaalbeeld van een moeder wordt geassocieerd. Het ervaren van kwetsbaarheid houdt in dat vrouwen worden beschouwd als meer vatbaar voor schade, zowel fysiek als psychologisch en vrouwen worden geconfronteerd met sociale normen en verwachtingen om te voldoen aan de veronderstelde normen van normale seksualiteit (Koops & Briken, 2021). Het concept van "het lichaam als 'vreemde'" omvat de verschillende percepties van vrouwen die seksuele moeilijkheden ervaren, die voortkwamen uit zowel fysieke als mentale oorzaken. De moeilijkheden zijn onderverdeeld in fysieke en mentale problemen. Volgens dit model vertrekken mentale processen vanuit het individu, terwijl lichamelijke processen buiten de individuele controle vallen. Fysieke veranderingen voor problemen worden beschouwd als autonome entiteiten, in staat om zelfstandig te handelen. Vrouwen identificeerden hun lichaam als een machine, met verschillende onderdelen en functies die synchroon moeten verlopen. Bij gebruik voor seksuele activiteit moet het lichaam worden "opgewarmd" en na verloop van tijd soepel functioneren. Veranderingen in lichamelijke functies worden regelmatig beschreven aan de hand van mechanische termen, wanneer de functie is aangetast moesten er onderdelen vervangen worden (Koops & Briken, 2021). De gegroundveste theorie die de oorsprong van seksuele pijn en moeilijkheden van geslachtsgemeenschap weergeeft van Koops en Briken

(2021), biedt een diepgaand inzicht in de verschillende processen die ten grondslag liggen aan seksuele pijn en moeilijkheden bij geslachtsgemeenschap. Dit model identificeert belangrijke elementen, zoals onderhandelen over vrouwelijkheid, het beschrijven van het lichaam als 'vreemd' en de constructie van 'normale' seksualiteit, die de seksuele ervaringen van vrouwen beïnvloeden. Bovendien biedt dit model inzicht in de complexe processen die bijdragen aan het ervaren van genitale pijn of moeilijkheden tijdens seks of andere seksuele handelingen.

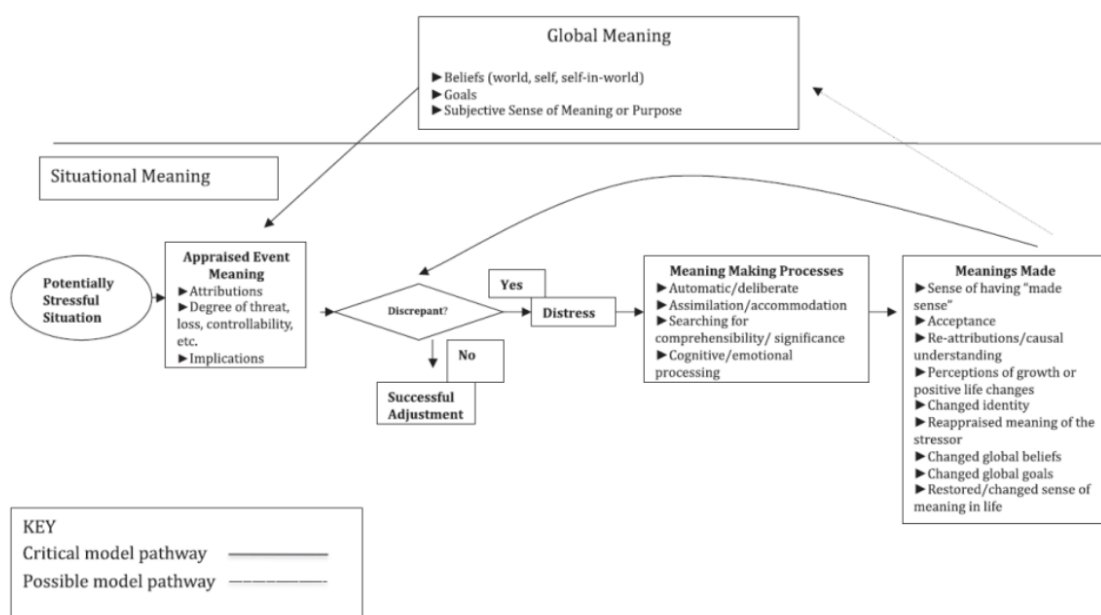


Figuur 2: *Grounded theory of origins of sexual pain and difficulties with intercourse door Koops en Briken (2021).*

Geïntegreerd model van betekenisgeven

Een belangrijk psychologisch mechanisme in het omgaan met ingrijpende ervaringen, zoals chronische seksuele pijn, is betekenisgeving. Volgens Park (2010) vormt betekenisgeving een essentieel onderdeel van het adaptatieproces na een stressvolle gebeurtenis. Het *Geïntegreerd model van betekenisgeven* (zie Figuur 3) definieert betekenisgeving als een mentale representatie die verbanden legt tussen gebeurtenissen en de bredere context van overtuigingen, doelen en waarden. Deze betekenissen fungeren als cognitieve verbindingen die mensen helpen hun ervaringen te begrijpen en te plaatsen binnen hun bestaande wereldbeeld. Wanneer vrouwen geconfronteerd worden met dyspareunie, pijn tijdens of na seksuele activiteit, ontstaat er een discrepantie tussen de betekenis die zij aan seksualiteit toekenden vóór het ontstaan van de pijn en de nieuwe, vaak negatieve ervaring van seksualiteit. Volgens Park (2010) streven individuen ernaar om deze discrepantie te

verkleinen, wat kan gebeuren via assimilatie (de pijnervaring inpassen binnen bestaande overtuigingen) of via accommodatie (het aanpassen van overtuigingen aan de nieuwe realiteit). Vrouwen met dyspareunie kunnen bijvoorbeeld hun opvattingen over seksualiteit, vrouwelijkheid of intimiteit herzien om hun pijnervaringen te integreren in hun zelfbeeld en levensverhaal. Dit proces van betekenisgeving verloopt zowel cognitief als emotioneel. Cognitief wordt geprobeerd om de ervaring begrijpelijk te maken (“Waarom overkomt mij dit?” of “Wat betekent dit voor mijn relatie?”), terwijl emotionele verwerking betrekking heeft op het omgaan met gevoelens van frustratie, verdriet, schuld of schaamte die met seksuele pijn gepaard gaan. De mate waarin vrouwen erin slagen betekenis te geven aan hun ervaring met dyspareunie, beïnvloedt hun psychologische veerkracht, seksuele zelfbeeld en relationeel functioneren. In dat opzicht biedt het model van Park (2010) een waardevol kader om te begrijpen hoe vrouwen hun seksuele pijn kunnen verwerken, hervormen en uiteindelijk integreren binnen hun bredere identiteit.



Figuur 3: Geïntegreerd model van betekenisgeving van Park (2010).

Vicieuze cirkel van pijn en VVS/LPV

Volgens IJff (2016) ervaart een aanzienlijk aantal vrouwen met dyspareunie symptomen die passen bij *vulvaire vestibulaire syndromen* (VVS), tegenwoordig beter bekend als *gelokaliseerde, geprikkelde vulvodynie* (LPV). Deze herclassificatie werd mede mogelijk gemaakt door het werk van Moyal-Barracco en Lynch (2004), die pleitten voor een duidelijke nosologische indeling van vulvodynie als aparte entiteit binnen de seksuele pijnstoornissen.

Deze aandoening wordt gekarakteriseerd door pijn bij het aanraken of inbrengen van iets in de vulva, waarbij de pijn vooral gelokaliseerd is in het voorhof van de vagina (vestibulum). Hoewel de exacte oorzaak van VVS of LPV nog niet volledig begrepen is, wijst IJff (2016) op het mogelijke bestaan van een vicieuze cirkel, waarbij angst voor pijn leidt tot een verhoogde spierspanning in de bekkenbodem. Deze spierspanning speelt een cruciale rol in zowel het ontstaan als het in stand houden van de klachten. De vicieuze cirkel van pijn bij VVS/LPV is een complex proces waarin fysieke, psychologische en gedragsmatige factoren elkaar continu versterken. Dit proces begint herhaaldelijk met de eerste ervaring van pijn bij seksuele activiteit, wat leidt tot angst voor herhaling van deze pijn. Deze angst is op haar beurt fysiologisch merkbaar doordat de bekkenbodemspieren zich gaan samentrekken, wat de pijnintensiteit verhoogt en de gevoeligheid in het getroffen gebied vergroot (IJff, 2016). Deze verhoogde spierspanning maakt de vulva en vagina nog gevoeliger voor pijn bij toekomstige seksuele activiteit, waardoor de angst toeneemt. De vicieuze cirkel is nu volledig geactiveerd, waarbij elke poging tot seksuele activiteit, zelfs bij minimaal contact, de angst en pijn verder in stand houdt. Daarnaast speelt de psychologische component een grote rol in deze cirkel. Vrouwen met VVS/LPV ontwikkelen dikwijls negatieve verwachtingen van seksuele activiteit, waarbij ze deze associëren met pijn en ongemak. Deze negatieve verwachting verhoogt de ervaren pijn doordat het zenuwstelsel gevoeliger wordt voor pijnprikkels, een fenomeen dat bekendstaat als pijnsensitisatie. Wanneer deze psychologische factoren gecombineerd worden met verhoogde bekkenbodemspansing, ontstaat er een hardnekkige vicieuze cirkel die het herstel bemoeilijkt. Iedere keer dat de vrouw probeert seksuele activiteit te ondernemen, kan dit de cirkel opnieuw aansteken, waardoor de pijn chronisch kan worden. Het doorbreken van deze vicieuze cirkel vereist een integrale benadering, waarbij zowel de fysieke als psychologische aspecten van de aandoening worden aangepakt. Fysiotherapeutische behandelingen die gericht zijn op het ontspannen van de bekkenbodemspieren, evenals psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie om de angst te verminderen, zijn veelbelovende methoden om de vicieuze cirkel te doorbreken en de klachten te verlichten (IJff, 2016).

Deze studie

In deze masterproef zal de focus liggen op de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen. Ten eerste wordt er dieper ingegaan op hoe vrouwen met dyspareunie hun seksualiteit beleven en welke impact dit heeft op hun psychologisch, relationeel en seksueel welzijn. De eerste onderzoeksvraag luidt daarom als volgt: "Hoe beleven/ervaren vrouwen met pijn bij het vrijen hun seksualiteit en hoe verbinden vrouwen dat met hun seksueel, relationeel en psychologisch welzijn?" Daarnaast zal er verdiept worden in hoe de lichaamsvervreemding van de vulva, clitoris en de vagina de seksualiteit van vrouwen beïnvloedt. De tweede

onderzoeksvraag luidt als volgt: “Hoe beleven vrouwen met pijn bij het vrijen hun vulva, clitoris en de vagina en hoe ervaren ze dat dit samenhangt met hun seksualiteit?”

Methoden

Dit hoofdstuk bespreekt de methodologie van deze masterproef, die vertrekt vanuit de centrale onderzoeksvraag: *Wat is de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen?* Eerst wordt de keuze voor een fenomenologische benadering toegelicht, met aandacht voor de achterliggende principes van kwalitatief onderzoek. Vervolgens worden de samenstelling van de doelgroep en de wervingsprocedure voor de interviews uiteengezet. Daarna wordt ingegaan op de verwerking van de gegevens, met nadruk op transferabiliteit, transparantie, geloofwaardigheid en anonimiteit. Tot slot komen de ethische aspecten aan bod, in relatie tot thema's zoals seksualiteitsbeleving, seksuele vrijheid, lichaamsbeleving, emotieregulatie, verlies, interne copingmechanismen, welzijn, dyspareunie en vrouwelijke ervaringen.

Kwalitatief onderzoek en het huidige onderzoek

Kwalitatief onderzoek is gericht op het doorgronden van menselijke ervaringen, standpunten en sociale processen binnen hun natuurlijke omgeving. Maso (1987) behandelt in zijn boek *Kwalitatief onderzoek* een grondige analyse van de theoretische en methodologische basis van deze aanpak. Hij legt de nadruk op het feit dat kwalitatief onderzoek zich niet richt op het vaststellen van oorzaken, maar op het beschrijven en interpreteren van fenomenen. Deze benadering is in lijn met het interpretatieve paradigma, dat zich richt op de persoonlijke ervaring van de werkelijkheid. Een van de fundamentele principes die Maso (1987) behandelt, is de filosofische fundamenteën van kwalitatief onderzoek. Hij legt de nadruk op het feit dat deze aanpak sterk verankerd is in fenomenologische en hermeneutische tradities. Deze stromingen onderzoeken hoe mensen hun ervaringen betekenis toekennen en benadrukken dat onderzoekers niet alleen neutrale observatoren zijn, maar ook actief betrokken zijn bij het proces van betekenisgeving. De onderzoeker moet zich voortdurend realiseren wat zijn rol en invloed in het onderzoeksproces zijn (Maso, 1987). De onderzoeker beweert dat dat het voornaamste hulpmiddel is voor kwalitatief onderzoek. Dit houdt in dat reflexiviteit, met name dat je kritisch nadenkt over je eigen opvattingen en hun impact op het onderzoek, een cruciale vaardigheid is. De persoonlijke betrokkenheid van de onderzoeker vormt niet alleen een uitdaging, maar kan ook als een voordeel worden beschouwd, aangezien deze betrokkenheid helpt bij het verkrijgen van een grondig inzicht in de onderzochte fenomenen. De nadruk ligt tegelijkertijd op hoe essentieel transparantie en systematiek zijn in het onderzoeksproces, zodat subjectiviteit kan worden gecontroleerd en de geloofwaardigheid van de uitkomsten gewaarborgd blijft. Maso (1987) benadrukt hoe cruciaal

het is om flexibel te zijn in de opzet van kwalitatief onderzoek. Tijdens het onderzoeksproces geven methoden zoals participatieve observatie en diepte-interviews de kans om zich aan te passen aan onverwachte inzichten die voortkomen uit het proces. Een zorgvuldig opgestelde onderzoeksstrategie moet ervoor zorgen dat deelnemers nieuwe thema's en invalshoeken kunnen verkennen. Maso (1987) richt zich op de analyse van kwalitatieve gegevens en karakteriseert dit proces als iteratief: de onderzoeker interpreteert gegevens voortdurend opnieuw op basis van nieuwe inzichten. Systematische methoden, zoals coderen en categoriseren, zijn essentieel om patronen en thema's te herkennen zonder de context of subtiliteit van de gegevens te verliezen. Daarnaast benadrukt Maso het belang van triangulatie om de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek te vergroten. Door verschillende methoden voor dataverzameling of theoretische invalshoeken te combineren, wordt de validiteit van de onderzoeksresultaten versterkt.

In aansluiting hierop omschrijven Denzin en Lincoln (1994) kwalitatief onderzoek als een complex en multimethodisch onderzoeksdomein, gericht op het begrijpen van sociale en culturele fenomenen vanuit het perspectief van de betrokken actoren. Een belangrijk kenmerk van kwalitatief onderzoek is het gebruik van diverse technieken, zoals interviews, observaties en documentanalyse, waarbij de keuze van methoden afhankelijk is van de onderzoeksvraag en de context. Dit benadrukt de veelzijdigheid van kwalitatieve benaderingen. Tevens stellen Denzin en Lincoln (1994) dat de onderzoeker zelf een instrument vormt voor zowel dataverzameling als -analyse. Kwalitatief onderzoek richt zich op het contextualiseren van kennis door sociale verschijnselen in hun natuurlijke context te bestuderen, waarbij de nadruk ligt op de wijze waarop sociale realiteiten worden geconstrueerd en begrepen door de betrokkenen. Een ander belangrijk aspect dat Denzin en Lincoln (1994) benadrukken, is het emancipatoire en transformatieve potentieel van kwalitatief onderzoek. Kwalitatieve studies overstijgen een louter beschrijvende aanpak doordat zij bijdragen aan sociale verandering, bijvoorbeeld door het versterken van de stem van gemarginaliseerde groepen en door aandacht te besteden aan structurele ongelijkheden. Deze benadering wordt mogelijk gemaakt door de creativiteit en flexibiliteit die kwalitatieve methoden kenmerken. Onderzoekers worden aangemoedigd om innovatieve methodologische keuzes te maken, mits deze zorgvuldig worden verantwoord. Bovendien beschrijven Denzin en Lincoln (1994) kwalitatief onderzoek als een hermeneutisch en interpretatief proces, waarbij betekenis wordt gegeven aan data binnen bredere sociale, culturele en historische contexten. Door deze elementen te combineren, biedt hun handboek een rijke theoretische en methodologische basis die onderzoekers inspireert tot diepgaand, kritisch en creatief wetenschappelijk werk. Ook Hyett et al. (2014) benadrukken het belang van methodologische zorgvuldigheid in kwalitatief onderzoek. In hun kritische review van kwalitatieve casestudierapporten benadrukken zij dat

de kwaliteit van dergelijk onderzoek sterk afhankelijk is van de mate waarin onderzoekers hun methodologische keuzes en definities expliciteren. Transparantie in de onderzoeksopzet is essentieel om de geloofwaardigheid en reproduceerbaarheid van kwalitatieve studies te waarborgen. Hyett et al. (2014) maken daarbij een duidelijk onderscheid tussen methodologie en methode: methodologie verwijst naar het bredere filosofische en conceptuele kader dat het onderzoek stuurt, terwijl methode betrekking heeft op de specifieke technieken en procedures die worden gebruikt voor dataverzameling en -analyse. Uit hun analyse blijkt dat kwalitatieve casestudies regelmatig tekortschieten in het expliciet beschrijven van hun methodologische uitgangspunten, wat kan leiden tot verwarring over de validiteit van de resultaten en aanleiding kan geven tot kritiek. Door methodologische transparantie consequent na te streven, kunnen onderzoekers de kwaliteit en geloofwaardigheid van kwalitatieve casestudies aanzienlijk versterken. Een belangrijk aandachtspunt in het werk van Hyett et al. (2014) is de noodzaak van gedetailleerde definiëring en rechtvaardiging binnen kwalitatief onderzoek. Onderzoekers dienen niet alleen te verduidelijken wat zij onder een kwalitatieve casestudy verstaan, maar ook hoe en waarom deze benadering geschikt is voor hun specifieke onderzoeksvraag. Dit vereist een expliciete koppeling tussen de gekozen methodologie, de onderzoeksvraag en de methoden die worden ingezet voor dataverzameling en -analyse. Door deze zorgvuldige verantwoording kan het onderzoeksproces transparant worden geëvalueerd en wordt de validiteit van de conclusies versterkt. Daarnaast benadrukken Hyett et al. (2014) dat kwalitatieve casestudies bij uitstek geschikt zijn om complexe fenomenen binnen hun natuurlijke context te onderzoeken. De geloofwaardigheid van dergelijke studies is echter sterk afhankelijk van de mate waarin onderzoekers de context gedetailleerd beschrijven en inzichtelijk maken hoe deze context de onderzoeksresultaten beïnvloedt. Het doel van kwalitatieve casestudies is niet slechts beschrijvend, maar ook interpretatief: onderzoekers dienen de bredere betekenis van hun bevindingen te duiden en deze te relateren aan bestaande theorieën of andere relevante contexten. Verder wijzen de auteurs op het belang van reflexiviteit en participatie van de onderzochte actoren bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Reflexiviteit, waarbij onderzoekers kritisch reflecteren op hun eigen rol en invloed binnen het onderzoeksproces, draagt substantieel bij aan de geloofwaardigheid van kwalitatief onderzoek. Het betrekken van deelnemers bij de interpretatie bevordert bovendien een genuanceerder en authentieker begrip van de onderzochte fenomenen. Samenvattend pleiten Hyett et al. (2014) voor strikte methodologische zorgvuldigheid in kwalitatieve casestudies. Door expliciete definiëring, een gedegen verantwoording van methodologische keuzes, en door aandacht te schenken aan context en reflexiviteit, kunnen kwalitatieve studies hun potentieel als krachtige en geloofwaardige onderzoeksmethoden volledig realiseren.

Een belangrijke methode binnen kwalitatief onderzoek is het gebruik van diepte-interviews om inzicht te krijgen in de perspectieven, ervaringen en betekenissen die mensen toekennen aan hun realiteit. Diepte-interviews stellen onderzoekers in staat om complexe, persoonlijke en context specifieke gegevens te verzamelen, en zijn bijzonder waardevol voor het bestuderen van sociale processen en de impact van structurele krachten op individuen. Volgens Lareau (2021) worden deze interviews gekenmerkt door een sterke nadruk op luisteren, zowel tijdens het verzamelen van gegevens als in de fase van interpretatie en analyse. Luisteren houdt in dat onderzoekers voortdurend hun aannames herzien, fouten opsporen en hun benadering aanpassen om diepere inzichten te verkrijgen. Dit maakt diepte-interviews bij uitstek geschikt voor het blootleggen van emotionele dynamieken en subtiele sociale invloeden die in kwantitatieve benaderingen menigmaal onzichtbaar blijven. Daarnaast benadrukt Lareau (2021), in lijn met Hyett et al. (2014), het belang van reflexiviteit en een zorgvuldig analyseproces, zoals systematisch coderen, om patronen te herkennen zonder de rijkdom van de context te verliezen. Reflexiviteit, waarbij onderzoekers kritisch reflecteren op hun eigen rol en invloed, versterkt de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek. Ook het betrekken van deelnemers bij de interpretatie van gegevens draagt bij aan de authenticiteit van de bevindingen. Kwalitatief onderzoek is daarbij een iteratief en constructief proces, waarin methoden en interpretaties voortdurend worden aangepast om zo een diepgaand en genuanceerd begrip van sociale fenomenen te ontwikkelen (Lareau, 2021; Hyett et al., 2014).

Procedure

Voor deze masterproef is er gekozen voor een kwalitatieve benadering met diepte-interviews, ondersteund door een vooraf opgestelde vragenlijst. Er wordt gestreefd naar het afnemen van minimaal acht interviews. Dit aantal is geselecteerd om een voldoende brede basis te bieden voor de diversiteit aan ervaringen en perspectieven omtrent de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen. Door de keuze voor diepte-interviews is het mogelijk om gedetailleerde en genuanceerde inzichten te verkrijgen om zo een representatief beeld te krijgen. Tijdens de afname van het interview blijft er ruimte voor spontane aanvullingen en doorvragen op relevante onderwerpen die tijdens het gesprek aan bod komen.

Steekproef en Participanten

Om een representatief beeld te verkrijgen, wordt er gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef. Dit houdt in dat deelnemers worden geselecteerd op basis van specifieke criteria, zoals de ervaring van pijn tijdens het vrijen en het biologische geslacht vrouw. De keuze voor het biologische geslacht als selectie criterium in dit onderzoek is gemaakt om specifiek te kunnen focussen op vrouwen die geboren zijn met deze geslachtskenmerken en hun beleving hiervan. Dit is essentieel om consistente en vergelijkbare ervaringen te

onderzoeken, gezien de relevantie van de aangeboren vrouwelijk reproductieve anatomie voor dit onderzoek. Hierdoor kan het onderzoek nauwkeuriger inzicht bieden in hoe de vagina, vulva en de clitoris beleefd worden bij dyspareunie. Daarnaast wordt er gestreefd naar diversiteit van ervaringen binnen eenzelfde leeftijdgebonden selectie. De leeftijdscategorie betreft vrouwen tussen de 20 en 42 jaar, ongeacht hun relatie of moederstatus, met ervaring van pijn bij het vrijen, zowel met als zonder een specifiek medische diagnose, zoals vulvodynie, VVS, vaginisme of andere aandoeningen. Deze aanpak richt zich op het onderzoeken van de beleving van seksualiteit bij vrouwen die secundaire dyspareunie hebben. De exclusiecriteria voor het verwerven van deelnemers omvatten individuen die de Nederlandse taal niet machtig zijn, personen met cognitieve beperkingen, diegenen die (recentelijk) een chirurgische ingreep aan de geslachtsorganen hebben ondergaan en deelnemers die aan een klinische interventiestudie deelnemen voor pijn bij het vrijen. Bovendien worden personen met andere oorzaken van pijn bij het vrijen, zoals medicatiegebruik, gynaecologische aandoeningen zoals cysten in of op de eierstokken en endometriose, ook uitgesloten. Het ervaren van pijn als gevolg van allergische reacties door gebruik van glijmiddel, latex condooms of zelfs het sperma van de partner zijn ook opgenomen als uitsluitingscriterium. Deze exclusiecriteria behouden de interne validiteit en voorkomen mogelijke vertekening van de resultaten, daardoor wordt de focus behouden op de eigen beleving van de participanten. Naast het hanteren van een doelgerichte steekproef wordt er gebruik gemaakt van een *convenience sample* gezien de aard van het onderzoek, waarbij de specifieke omvang van de populatie niet bekend is en het verwerven van deelnemers op een toegankelijke manier wordt uitgevoerd.

In dit onderzoek worden de deelnemers gerekruteerd via een combinatie van verwervingsmethoden om een diverse en representatieve steekproef te waarborgen. De primaire wervingsstrategie omvat het verspreiden van flyers (Zie Appendix D) op relevante locaties, zoals praktijken van gynaecologen, seksuologen, bekkenbodemspecialisten of kinesisten, daarnaast zal de flyer ook terug te vinden zijn op sociale media om direct potentiële deelnemers te bereiken. Ten slotte zal er een post verspreid worden op sociale media door de zelfhulpgroep 'Vulva Stories' over mijn onderzoek en de uitnodiging tot deelname. De populatie voor dit onderzoek betreft een kwetsbare groep, namelijk vrouwen die pijn ervaren tijdens het vrijen. Daarom is gekozen voor gecombineerde wervingsmethoden, zoals flyers en sociale media, om deze groep op een laagdrempelige en veilige manier te bereiken. Deze benadering zorgt ervoor dat vrouwen die zich mogelijk niet comfortabel voelen om hun ervaringen te delen of om direct hulp te zoeken, toch de mogelijkheid hebben om deel te nemen. Bovendien biedt deze methode flexibiliteit en openheid, wat cruciaal is voor het vergroten van het vertrouwen en de bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek binnen deze gevoelige doelgroep.

Geïnformeerde toestemming

De participanten ontvingen een geïnformeerde toestemming (zie Appendix A) die ze dienden te ondertekenen, de geïnformeerde toestemming is essentieel voor het onderzoek. Alle deelnemers werden volledig op de hoogte gesteld van het doel en de procedure van de studie vooraleer ze instemmen. Dit ondersteunde de waarborging van autonomie, privacy en het welzijn van de deelnemers. De geïnformeerde toestemming bevatte de informatie over het onderzoek en de onderzoeker zelf alsook de vrijheid van de deelnemer om op elk moment in het onderzoek de deelname terug te trekken zonder bijkomende gevolgen. In appendix A is de algemene blanco versie van de geïnformeerde toestemming opgenomen.

Geloofwaardigheid, transparantie en transferabiliteit

Deze masterproef heeft tot doel om op een geloofwaardige en diepgaande wijze inzicht te verwerven in de seksualiteitsbeleving van vrouwen die pijn ervaren tijdens het vrijen. Binnen kwalitatief onderzoek wordt niet gestreefd naar generaliseerbare uitspraken, maar eerder naar een rijk, contextueel begrip van individuele ervaringen. Het onderzoek is exploratief van aard en kan een basis vormen voor mogelijk vervolgonderzoek, waaronder kwantitatieve studies. De gekozen methode van diepte-interviews sluit nauw aan bij deze doelstelling. De persoonlijke en vertrouwelijke aard van deze methode stelt respondenten in staat om hun ervaringen in detail te verwoorden. Hierdoor ontstaat een genuanceerd en diepgaand beeld van hun beleving, wat bijdraagt aan de geloofwaardigheid van de resultaten. Geloofwaardigheid – een kwaliteitscriterium binnen kwalitatief onderzoek – wordt versterkt door een transparante en consistente aanpak in zowel dataverzameling als analyse. Het gebruik van een gestandaardiseerde interviewleidraad, die thematisch aansluit bij de centrale concepten rond seksualiteit en pijn, draagt bij aan de consistentie in dataverzameling. Tegelijk blijft er ruimte voor flexibiliteit om in te spelen op unieke perspectieven van deelnemers. Dit bevordert de diepgang van de verkregen informatie en beperkt interpretatiebias. De systematische benadering van data-analyse, waaronder het coderen en thematiseren van patronen, verhoogt de transparantie en traceerbaarheid van de onderzoeksbevindingen. Wat transferabiliteit betreft is er gestreefd naar variatie in de steekproef om een breed scala aan ervaringen te kunnen belichten. Hoewel de resultaten niet bedoeld zijn om statistisch generaliseerbaar te zijn, kan de rijke beschrijving van contexten en ervaringen andere onderzoekers of zorgprofessionals wel handvatten bieden voor herkenning of toepassing in soortgelijke situaties. Samenvattend draagt dit onderzoek bij aan een verdiepend begrip van de ervaringen van vrouwen met dyspareunie, waarbij gestreefd wordt naar geloofwaardige, transparante en contextueel rijke inzichten.

Positie als onderzoeker

Binnen kwalitatief onderzoek is de reflexiviteit van de onderzoeker van cruciaal belang om transparantie en geloofwaardigheid in de analyse van de resultaten te waarborgen. Als vrouwelijke onderzoeker die seksuologie studeert, breng ik een persoonlijke en professionele achtergrond mee die onvermijdelijk invloed heeft gehad op het onderzoeksproces. Mijn bestaande kennis over dyspareunie en eerdere blootstelling aan verhalen van vrouwen met pijn tijdens het vrijen hebben mijn begrip van de problematiek verdiept, maar mogelijk ook mijn verwachtingen en interpretaties gekleurd. Daarnaast ervoer ik empathie en sympathie voor de deelnemers, wat enerzijds het vertrouwen en de openheid tijdens de interviews kon bevorderen, maar anderzijds de objectiviteit van mijn analyse uitdaagde. Mijn persoonlijke ideeën over pijn en seksualiteit hebben ongetwijfeld geleid tot specifieke vraagstellingen en aandachtspunten, die wellicht andere thema's minder prominent maakten. Deze bewustwording van mijn eigen positie en mogelijke vooringenomenheden heb ik actief geprobeerd te integreren door middel van reflectieve notities en het kritisch toetsen van mijn interpretaties aan bestaande literatuur. Door deze reflexieve houding streef ik naar een zo genuanceerd mogelijke representatie van de ervaringen van vrouwen met dyspareunie, waarbij mijn rol als onderzoeker niet wordt ontkend, maar expliciet meegenomen in de onderzoeksresultaten.

Thematische analyse

Aansluitend op de kwalitatieve onderzoeksbenadering en de nadruk op methodologische zorgvuldigheid, werd een thematische analyse toegepast volgens het stappenplan van Braun en Clarke (2006) om systematisch terugkerende patronen en thema's in de data te identificeren en te interpreteren. Deze benadering biedt een flexibel maar systematisch kader voor het analyseren van kwalitatieve gegevens en sluit aan bij de eerder beschreven nadruk op reflexiviteit, contextgevoeligheid en diepgang (Hyett, Kenny, & Dickson-Swift, 2014; Lareau, 2021). De analyse verliep via zes opeenvolgende fasen. In de eerste fase, het vertrouwd raken met de data, werden de interviews zorgvuldig getranscribeerd en herhaaldelijk doorgelezen. Dit proces ondersteunde het ontwikkelen van initiële indrukken, opvallende patronen te signaleren en de complexiteit van de gegevens te overzien. De tweede fase bestond uit het genereren van eerste codes. Relevante fragmenten uit de transcripties werden geïdentificeerd en systematisch gecodeerd. Hierbij werd een inductieve benadering gehanteerd, waarbij de codes voortkwamen uit de data zelf, zonder vooraf vastgestelde categorieën. Deze werkwijze bevorderde een open en exploratieve analyse. In de derde fase werden de gegenereerde codes gegroepeerd en samengebracht tot bredere thema's. Door gebruik te maken van visuele hulpmiddelen, zoals het ontwikkelen van een codeboom, werden relaties tussen codes zichtbaar gemaakt en de thematische structuur verder uitgewerkt. Er

werd ook gebruik gemaakt van verschillende kleuren om de codes in de getranscribeerde interviews visueel aan te duiden. Deze kleuraanwijzing vergemakkelijkte het proces van het organiseren en visualiseren van de data, waardoor verbanden tussen codes sneller herkend konden worden en de thematische structuur helderder werd gepresenteerd.

Tijdens de vierde fase, het herzien van de thema's, werden de voorlopige thema's kritisch geëvalueerd en afgezet tegen de volledige dataset. Waar nodig werden thema's aangescherpt, samengevoegd of opgesplitst, zodat zij de verzamelde gegevens nauwkeurig en coherent weerspiegelden. In de vijfde fase werden de thema's gedefinieerd en benoemd. Elke thematische categorie werd voorzien van een duidelijke omschrijving, waarin de kernbetekenis werd toegelicht en de samenhang met andere thema's en de theoretische implicaties werd verduidelijkt. De zesde en laatste fase bestond uit het schrijven van het onderzoeksverslag, waarin de uiteindelijke thema's uitgebreid werden beschreven en ondersteund met relevante citaten uit de interviews. De bevindingen werden geïnterpreteerd in het licht van de onderzoeksvraag en de onderliggende theoretische kaders. Door deze gestructureerde en reflexieve werkwijze bood de thematische analyse een krachtig middel om diepgaande en context specifieke inzichten te verkrijgen in de onderzochte fenomenen (Braun & Clarke, 2006).

Resultaten

Verloop van het diepte-Interview

Het aantrekken van deelnemers was een grote uitdaging. Hoewel er herhaaldelijk en via verschillende manieren geprobeerd is om deelnemers te vinden, is het uiteindelijk gelukt om zeven deelnemers te betrekken. De wervingsstrategieën omvatten onder meer het verspreiden van flyers in praktijken van gynaecologen, huisartsen en multidisciplinaire centra

, en het publiceren van oproepen op sociale media. Bovendien werd de flyer verspreid binnen de lotgenotengroep Vulva Stories. Hoewel er veel moeite is gedaan, bleef het aantal geïnteresseerde deelnemers beperkt. Tijdens de gesprekken werd veel nadruk gelegd op het bieden van een warme en veilige omgeving. De deelnemers kregen te horen dat hun deelname volledig vrijwillig was en dat ze het interview op elk moment mochten onderbreken of beëindigen zonder een expliciete reden. Om een open en ondersteunende interactie te stimuleren, werden zowel verbale middelen (zoals instemmende geluiden zoals “aha, ja” en “uhu”) als non-verbale communicatiemiddelen (zoals knikken, glimlachen en een open houding) toegepast. Uiteindelijk zijn alle interviews online doorgegaan en is er enkel een audio-opname gemaakt. Dit had verschillende voordelen, waaronder flexibiliteit en toegankelijkheid

voor de deelnemers, maar deze aanpak bracht ook beperkingen met zich mee, zoals een mogelijk minder natuurlijke interactie dan bij persoonlijke interviews.

Analyse van de resultaten

Deze resultatensectie is gebaseerd op een thematische analyse van zeven kwalitatieve interviews met vrouwen die dyspareunie ervaren. De interviews zijn geanalyseerd op basis van een vooraf gedefinieerde codeboom, met aandacht voor lichamelijke symptomen, emotionele impact, relationele dynamieken, seksuele beleving en copingstrategieën. Voor een gedetailleerd overzicht van de thematische codeboom die gebruikt is bij de data-analyse, verwijs ik naar Appendix E. In lijn met de fenomenologische benadering is het doel van deze analyse om inzicht te verwerven in hoe vrouwen hun seksualiteit beleven in een context van pijn, en hoe zij daar betekenis aan geven.

1. Lichamelijke ervaring van pijn

Dyspareunie komt bij de geïnterviewde vrouwen tot uiting in diverse lichamelijke sensaties. Opvallend is dat de pijn zelden eenduidig wordt ervaren. Integendeel, zij beschrijven het als een wisselend en onvoorspelbaar fenomeen dat zich lichamelijk op uiteenlopende wijzen manifesteert, afhankelijk van de context, emotionele gesteldheid en lichamelijke spanning.

1.1. Soorten en locaties van pijn

De geïnterviewde vrouwen beschrijven dyspareunie in termen van uiteenlopende pijnervaringen, waarvan de meest voorkomende gelokaliseerd is rond de vaginale opening, met name tijdens of direct na penetratie. Deze pijn werd frequent omschreven als stekend, brandend of als een gevoel alsof er iets scheurde. Een van de participanten verwoordde dit als volgt: “Het voelde alsof er iets in mij trok, iets dat niet opende. Soms dacht ik echt: als ik doorga, gaat het bloeden” (P1). Naast deze oppervlakkige pijn meldden andere vrouwen een dieper gelegen pijn, gelokaliseerd in het bekkengebied of de onderbuik. Een deelnemer verklaarde: “Ik voelde het tot in mijn onderrug. Alsof er iets vast zat diep vanbinnen, en dat het uitstraalde naar mijn heupen” (P6). De aard van de pijn varieerde van scherp en plotseling tot dof en slepend, en was in sommige gevallen langdurig aanwezig na de seksuele activiteit.

1.2. Onvoorspelbaarheid en grilligheid

Wat als bijzonder belastend werd ervaren, was de onvoorspelbaarheid van de pijn. De intensiteit ervan wisselde per keer, zonder duidelijke oorzaak. Dit leidde bij veel vrouwen tot gevoelens van onzekerheid en controleverlies. Eén van hen merkte op: “Soms ging het relatief goed, en dacht ik: zie je wel, het gaat beter. En de keer daarna was het gewoon niet te doen. Dan stort je weer in” (P3). Deze grilligheid ondermijnt het vertrouwen in het eigen lichaam en leidt tot anticipatorische spanning vóór seksuele activiteit.

1.3. Spierspanning, reflexmatige contractie en angst

Een veelvuldig terugkerend lichamelijk aspect in de interviews was onbewuste spierspanning. Meerdere vrouwen meldden dat hun bekkenbodem zich reflexmatig aanspande, herhaaldelijk al vóór enige fysieke aanraking of penetratie had plaatsgevonden. Deze onwillekeurige contractie bleek moeilijk te reguleren en versterkte de pijnervaring. Zoals één van de vrouwen het verwoordde: “Voor ik het wist zat alles al op slot. En dan kon ik niet meer ontspannen. Dan wist ik: dit gaat weer fout lopen” (P5). De verwachting van pijn leidde in sommige gevallen tot paniekachtige reacties nog voor aanvang van seksuele activiteit, wat de centrale rol van anticipatorische angst in het ontstaan en onderhouden van seksuele pijn. De ervaring werd gekenmerkt door een gevoel van lichamelijke onmacht, waarbij het lichaam leek te reageren zonder bewuste instemming: “Het lichaam reageerde vóór ik er zelf iets over kon beslissen” (P5).

1.4. Het lichaam als bron van frustratie en verdriet

De lichamelijke pijn werd meermaals niet losgekoppeld van de emotionele beleving. Vrouwen gaven aan dat de pijn een confrontatie vormde met hun grenzen, gepaard ging met teleurstelling en verlies van spontaniteit in de seksuele ervaring. Eén van de participanten stelde: “Je wil gewoon genieten, opgaan in het moment. Maar je lichaam zegt: stop. Dat breekt iets in je” (P7). Deze ervaringen leidden bij sommige vrouwen tot gevoelens van lichamelijke rouw: het verdriet om een deel van de seksualiteit dat niet langer functioneerde zoals voorheen of zoals verwacht werd. Zoals een deelnemer het omschreef: “Ik rouwde precies om iets dat ik verloren was. Alsof ik afscheid moest nemen van mijn vroegere lijf, van hoe het ooit werkte” (P4). Dergelijke verlieservaringen worden zelden erkend binnen medische contexten, maar maken vormen een essentieel onderdeel van hoe mensen seksualiteit, lichamelijkheid en intieme relaties beleven. Deze bevindingen illustreren dat seksuele pijn niet enkel als klinisch symptoom moet worden benaderd, maar ook als een diep persoonlijke en existentiële ervaring.

1.5. Lichamelijke hulp en herstelervaringen

Tegelijkertijd benoemden verschillende vrouwen positieve ervaringen met lichaamsgerichte interventies, zoals bekkenbodetherapie, ademhalingsoefeningen en fysieke bewustwording. Deze benaderingen hielpen sommigen om opnieuw regie te ervaren over hun lichaam. Een deelnemer verwoordde dit als volgt: “Door die oefeningen begreep ik eindelijk wat er gebeurde in mijn bekken. Dat gaf me het gevoel dat ik weer iets in handen had” (P1). De bevindingen ondersteunen de noodzaak van een multidisciplinaire benadering die niet enkel gericht is op symptoombestrijding, maar tevens ruimte biedt voor emotionele verwerking en lichamelijk herstel.

2. Emotionele impact en zelfbeeld

Dyspareunie heeft niet alleen fysieke consequenties, maar beïnvloedt vrouwen ook diepgaand op emotioneel en psychologisch niveau. Alle geïnterviewde vrouwen rapporteerden gevoelens van frustratie, schaamte, verdriet en onzekerheid als gevolg van hun pijnervaringen. De seksuele pijn werd zelden als een op zichzelf staand probleem ervaren, maar veeleer als een aantasting van hun gevoel van identiteit, eigenwaarde en autonomie.

2.1. Schaamte, falen en zelfverwijt

Schaamte bleek een consistent aanwezig thema in alle interviews, hetzij expliciet benoemd, hetzij impliciet aanwezig in de beleving van de vrouwen. De respondenten gaven aan zichzelf te zien als 'niet normaal' of als tekortschietend, zowel als vrouw als partner. Eén van de participanten verwoordde het als volgt: "Ik voelde me kapot. Alsof mijn lichaam het liet afweten. Seks was plots geen leuk ding meer, maar iets beschamends. En ik was degene die het kapotmaakte" (P3). Een ander vergeleek haar ervaring met dominante maatschappelijke beelden van passie en plezier: "Je hoort verhalen over mensen die passie hebben, plezier. En dan kijk ik naar mezelf en denk: wat is er mis met mij? Waarom lukt het bij mij niet?" (P6). Deze uitspraken illustreren hoe dyspareunie leidt tot een gevoel van persoonlijke tekortkoming en falen, wat bijdraagt aan een negatieve spiraal van zelfverwijt.

2.2. Affectieve vervreemding van het lichaam

Meerdere vrouwen rapporteerden een affectieve vervreemding van hun eigen lichaam. De plaats waar normaal gesproken genot of verlangen ontstaat, werd een bron van spanning, frustratie en angst. Eén respondent verklaarde: "Het was alsof ik een lichaam had dat niet van mij was. Ik zat erin, maar ik had geen controle. Het weigerde gewoon mee te werken" (P2). Deze ontkoppeling tussen lichaam en beleving raakte niet alleen het seksuele functioneren, maar beïnvloedde ook het bredere zelfbeeld. Zo gaf P4 aan: "Door die pijn voelde ik me minder aantrekkelijk. Alsof ik niet meer de vrouw was die ik vroeger was. Ik begon zelfs anders naar mezelf te kijken in de spiegel." Deze ervaringen kunnen begrepen worden binnen het kader van lichamelijke vervreemding, waarbij het lichaam niet langer als vertrouwd of veilig wordt ervaren, maar eerder als een obstakel of tegenstander. In afwezigheid van erkenning of begrip vanuit de sociale of medische context, wordt deze ervaring van lichamelijke vervreemding verder versterkt.

2.3. Emotionele isolatie en eenzaamheid

Een ander terugkerend thema in de interviews was het gevoel van emotionele isolatie. Veel vrouwen gaven aan dat zij hun klachten niet deelden met hun sociale omgeving, uit angst voor onbegrip of schaamte. P5 verwoordde dit als volgt: "Ik heb vriendinnen die alles kunnen bespreken, maar dit... dit zeg je niet zomaar. Wat als ze denken dat ik raar ben? Of ze

beginnen lachen? Ik zweeg gewoon.” De ervaring van eenzaamheid werd ook zichtbaar binnen partnerrelaties. Vrouwen voelden zich schuldig tegenover hun partner en vreesden dat openheid over hun pijn zou leiden tot afwijzing of afstand. Eén van hen vertelde: “Ik durfde het hem niet te zeggen, want wat als hij me dan niet meer wil?” (P7). Deze angst voor relationele vervreemding verhoogt de druk om te blijven ‘presteren’ in seksuele interacties, ondanks fysieke pijn. Dit veroorzaakt een innerlijk conflict tussen authenticiteit en het verlangen om aan verwachtingen te voldoen, wat de emotionele belasting aanzienlijk vergroot.

2.4. Innerlijke tweestrijd en kwetsbaarheid

Opvallend in de verhalen van de respondenten is de voortdurende innerlijke tweestrijd die zij ervaren: tussen de wens tot nabijheid en de angst voor pijn; tussen het beeld van zichzelf als partner en de realiteit van lichamelijke beperkingen. Deze psychologische spanning leidde bij verschillende vrouwen tot emotionele uitputting. Zoals P1 toelichtte: “Ik wil intimiteit, echt waar. Maar het idee alleen al dat het weer pijn zal doen... dat maakt me bang. En dan voel ik me schuldig omdat ik hem telkens afwijs.” Deze uitspraken benadrukken dat dyspareunie niet uitsluitend een lichamenlijk symptoom is, maar leidt tot een psychoseksuele disbalans die het emotioneel welzijn ondermijnt.

3. Relationele dynamiek en communicatie

De impact van dyspareunie strekt zich uit tot de relationele sfeer en beïnvloedt niet alleen het seksuele maar ook het emotionele en communicatieve functioneren binnen partnerrelaties. Bij alle geïnterviewde vrouwen bleek dat de aanwezigheid van pijn gepaard ging met gevoelens van schuld, onzekerheid en teleurstelling, wat zijn weerslag had op de intimiteit en verbondenheid binnen de relatie.

3.1. Schuldgevoel en terugtrekking

Veel participanten gaven aan zich emotioneel terug te trekken uit angst hun partner teleur te stellen of af te wijzen. Hoewel sommige partners ondersteunend en begripvol reageerden, bleef open communicatie doch moeizaam. Zoals P5 beschreef: “Hij is heel lief en begripvol, maar ik durf het niet altijd te zeggen. Soms hoop ik gewoon dat het vanzelf beter zal gaan” (P5). Deze uitspraak illustreert een patroon van vermijding, hoop en stilzwijgen dat bij meerdere participanten voortkomt uit een intens schuldgevoel. Vrouwen gaven aan moeite te hebben met het stellen van grenzen en voelden zich verantwoordelijk voor het seksuele welzijn van hun partner. Dit schuldgevoel beïnvloedde hun gedrag: “Ik voelde me schuldig als ik ‘nee’ zei. Alsof ik hem iets onthield dat hij verdiende. En dan trok ik me terug. Ik vermeed zelfs knuffels soms” (P3).

3.2. Subtiele signalen en niet uitgesproken pijn

Een deel van de vrouwen gaf aan hun pijn niet expliciet te benoemen tijdens seksuele interactie, maar eerder te hopen dat hun partner de signalen zou opvangen. P6 gaf aan: “Als het pijn doet, zeg ik meestal niets. Maar dan gebruik ik ineens wat glijmiddel, dan merkt hij het hopelijk wel” (P6). Evenzo beschreef P2 dat ze bewust minder initiatief nam, in de hoop dat haar partner de impliciete boodschap zou begrijpen: “Ik dacht: als ik minder initiatief neem, snapt hij het wel. Maar hij wist van niets. We praatten langs elkaar heen” (P2). Dit patroon van indirecte communicatie bemoeilijkt wederzijds begrip en kan bijdragen aan wederzijdse frustratie. Een gebrek aan open communicatie over seksuele pijn vormt een significante belemmering voor herstel en intimiteitsherstel. Vrouwen raken verstrikt in de dubbele opdracht om zowel zichzelf als hun partner te beschermen, wat constructieve dialoog in de weg staat.

3.3. Partnerrespons en gezamenlijke coping

Ondanks de uitdagingen die dyspareunie met zich meebrengt, beschreven meerdere vrouwen ook voorbeelden van constructieve samenwerking binnen hun relatie. In enkele gevallen bleek de partner actief betrokken bij het behandeltraject, onder meer door samen bekkenbodemoefeningen te doen of door expliciet tijd te maken voor niet-penetratieve vormen van intimiteit. P1 verwoordde het gevoel van verbondenheid als volgt: “Mijn vriend stelde voor om die oefeningen van de kinesist samen te doen. Dat gaf mij zo’n veilig gevoel. Alsof ik er niet alleen voor stond” (P1). Daarnaast rapporteerde P6 dat haar partner zich verdiept had in de problematiek van vaginisme en haar grenzen respecteerte zonder deze ter discussie te stellen: “Hij zei: ‘We zijn samen een team, en als jouw lichaam rust nodig heeft, dan nemen we die rust.’ Zo’n dingen helpen zó veel” (P6). Deze ervaringen illustreren hoe responsieve en empathische partners een cruciale rol kunnen spelen in het herstelproces. Partnergedrag dat gekenmerkt wordt door actief luisteren, erkenning van grenzen en het gezamenlijk zoeken naar alternatieven draagt bij aan een gevoel van veiligheid en emotionele nabijheid.

3.4. Relatie als co-regulerend systeem

De bovenstaande getuigenissen benadrukken het belang van een dyadische benadering van seksualiteit. Seksuele gezondheid moet niet uitsluitend worden beschouwd als een individuele aangelegenheid, maar als een relationele verantwoordelijkheid waarin beide partners actief participeren. Wanneer koppels erin slagen om op een open en wederzijds afgestemde manier te communiceren over pijn, grenzen en behoeften, ontstaat er ruimte voor alternatieve vormen van intimiteit en affectieve verbinding. Deze relationele flexibiliteit en veerkracht blijken van groot belang voor vrouwen met dyspareunie, die zich herhaaldelijk geïsoleerd of onbegrepen voelen binnen hun relatie. Een treffend voorbeeld van relationele co-regulatie werd aangereikt door P4, die beschreef hoe zij en haar partner gezamenlijk een nieuw evenwicht vonden door middel van open communicatie: “We hebben op een bepaald

moment echt alles uitgesproken. Ik zei: 'Het lukt mij niet zoals vroeger.' En hij zei gewoon: 'Dat geeft niet. Wat lukt er wel? Wat wil jij proberen?' Dat was het moment waarop ik me voor het eerst écht veilig voelde" (P4). Deze vorm van co-regulatie – waarbij beide partners actief bijdragen aan het benoemen, delen en afstemmen van emoties, verwachtingen en grenzen – blijkt een krachtige hefboom voor herstel. Niet alleen wordt hierdoor de druk om te 'presteren' verminderd, ook ontstaat er een hernieuwde verbondenheid waarin seksualiteit op een veilige en authentieke wijze herontdekt kan worden. Deze vorm van gezamenlijke regulatie bevordert niet enkel het seksuele herstel, maar versterkt het eveneens de algemene relationele kwaliteit.

4. Copingstrategieën en hulpzoekgedrag

De wijze waarop vrouwen omgaan met de fysieke en psychologische impact van dyspareunie blijken sterk uiteen te lopen. De interviews tonen aan dat coping een dynamisch en contextafhankelijk proces is, waarbij vrouwen voortdurend schakelen tussen verschillende strategieën. Factoren zoals de ernst van de klachten, relationele dynamiek en eerdere ervaringen met hulpverlening beïnvloeden deze keuzes. Binnen de narratieve van de participanten kwamen vijf dominante copingmechanisme naar voren: vermijding, zelfzorg, actief hulpzoekend gedrag, cognitieve herstructurering en sociale steun.

4.1. Vermijding en terugtrekking als eerste reflex

Voor veel vrouwen was vermijding de meest directe en intuïtieve reactie op pijn. Deze strategie manifesteerde zich niet enkel in het vermijden van seksuele activiteiten, maar ook in het terugtrekken uit fysiek contact uit vrees dat dit verwachtingen zou oproepen. P2 getuigde hierover: "Als ik voel dat hij me wil aanraken, trek ik me soms terug. Niet omdat ik dat niet wil, maar omdat ik schrik heb dat het zal eindigen in pijn. En dan wil ik liever niets" (P2). Hoewel deze vorm van vermijding begrijpelijk is, kan ze op langere termijn bijdragen aan relationele vervreemding en emotionele isolatie. Vermijdingsgedrag leidt tot een verminderd aantal positieve seksuele ervaringen, wat de angst voor pijn versterkt en een vicieuze cirkel creëert.

4.2. Zelfzorg en begrenzing

Naast vermijding ontwikkelden sommige vrouwen in de loop der tijd copingstrategieën die meer gericht waren op zelfzorg en het respecteren van hun fysieke grenzen. Deze strategieën kwamen tot uiting in het actief herkennen van lichamelijke signalen en het durven aangeven van grenzen. Zoals P6 beschreef: "Vroeger ging ik door, gewoon omdat ik dacht dat dat moest. Nu durf ik 'stop' te zeggen, ook al is dat moeilijk. Dat is al een overwinning op zich" (P6). Deze assertieve vorm van coping weerspiegelt een herstel van seksuele autonomie en zelfregulatie. Het vermogen om adequaat op het eigen lichaam te reageren draagt bij aan het hervinden van controle en vertrouwen, wat essentieel is in het herstelproces.

4.3. Actieve hulpzoekende coping

Een aantal vrouwen koos voor een actieve benadering en ging op zoek naar professionele hulp. Dit gebeurde herhaaldelijk pas na een lange periode van stilzwijgen of na eerdere negatieve ervaringen binnen de eerstelijnszorg. P5 deelde haar frustratie hierover: “Ik ben bij drie huisartsen geweest voor ik iemand vond die me serieus nam. De eerste zei: ‘Probeer wat glijmiddel en relax.’ Dat was alles” (P5). Desondanks vonden sommige vrouwen uiteindelijk wel gehoor bij gespecialiseerde hulpverleners, zoals seksuologen, gynaecologen of bekkenbodemptherapeuten. P1 gaf aan dat inzicht in haar lichamelijke processen haar enorm hielp: “De kinesiste legde mij uit wat er fysiek gebeurde. Dat alleen al hielp mij enorm. Het was alsof ik eindelijk grip kreeg op mijn lichaam” (P1). Deze bevindingen benadrukken het belang van lichamelijk geïnformeerde zorg. Psycho-educatie, anatomisch inzicht en gerichte oefeningen kunnen hierbij bijdragen aan het herwinnen van controle en het verminderen van angst.

4.4. Cognitieve herstructurering en normalisering

Naast gedragsmatige strategieën gaven sommige vrouwen aan dat zij hun mentale kaders rond seksualiteit en prestatiedruk actief bijstelden. Ze leerden hun verwachtingen te herzien en meer mildheid toe te laten. P3 reflecteerde op dit veranderingsproces: “Ik dacht vroeger dat seks altijd gepassioneerd en perfect moest zijn. Nu weet ik dat het oké is als het gewoon zacht en rustig is. En als het niet lukt, is dat ook niet erg” (P3). Deze cognitieve herstructurering sluit aan bij de copingstrategieën zoals, herinterpretatie. Door dominante en schadelijke scripts te vervangen door realistischere, positievere opvattingen, wordt seksuele distress verminderd en ruimte gecreëerd voor herstel en acceptatie.

4.5. Sociale steun en lotgenotencontact

Hoewel slechts een beperkt aantal vrouwen aangaf actief contact te hebben met lotgenoten, werd deze vorm van steun als bijzonder waardevol ervaren. P4 beschreef het gevoel van herkenning en validatie als een belangrijke doorbraak: “Toen ik iemand sprak die ook last had van dyspareunie, viel er echt een last van mijn schouders. Eindelijk iemand die begreep wat ik bedoelde” (P4). Deze vorm van gedeelde ervaring draagt bij aan het doorbreken van het sociaal isolement dat met regelmaat gepaard gaat met seksuele pijnproblematiek. Lotgenotenondersteuning kan helpen om de klachten te normaliseren en het psychologisch herstel te bevorderen bij chronische pijn en seksuele disfunctie.

5. Seksueel verlangen en opwinding

Dyspareunie beïnvloedt niet alleen het fysieke aspect van seksuele interactie, maar reikt diep in het emotionele en psychologische domein van seksueel verlangen en opwinding. Uit de interviews blijkt dat de relatie tussen verlangen en pijn bij veel vrouwen complex en gelaagd is: verlangen is frequent latent aanwezig, maar wordt ondermijnd door anticipatie-angst, onzekerheid en lichamelijke kwetsbaarheid. Deze spanningsvelden vertalen zich in uiteenlopende ervaringen van opwinding en het vermogen om seksueel genot te ervaren.

5.1. Blokkade van mentaal verlangen ondanks fysieke opwinding

Een opmerkelijke bevinding is dat sommige vrouwen lichamelijk nog steeds opgewonden raken - door aanraking, visuele prikkels of fantasieën - terwijl het mentale verlangen geblokkeerd wordt door pijnverwachting. P4 beschreef dit als volgt: "Fysiek kan ik opgewonden raken, echt waar. Maar als het dan moet gebeuren, blokkeer ik. Mijn hoofd zegt: dit gaat pijn doen. En dan is het weg" (P4). Deze ervaring benadrukt het onderscheid tussen lichamelijke seksuele respons en subjectieve seksuele beleving. Seksuele opwinding bij vrouwen is sterk afhankelijk van contextuele factoren zoals veiligheid, emotionele connectie en ontspanning, factoren die bij dyspareunie verstoord zijn. Het bestaan van fysieke opwinding zonder overeenkomstig verlangen wijst op een verstoorde integratie tussen lichaam en geest, wat het seksuele functioneren negatief beïnvloedt.

5.2. Verlangen als slachtoffer van anticipatie-angst

Bij veel vrouwen bleek seksueel verlangen onderdrukt te worden door de anticipatie op pijn. De vrees voor teleurstelling of fysieke schade overschaduwde het ontstaan van spontaan verlangen. P2 gaf aan: "Het verlangen komt soms op, maar dan komt ook die gedachte: wat als het pijn doet? Wat als het mislukt? En dan sluit alles zich af" (P2). Deze interne spanningsboog tussen verlangen en angst is bekend binnen het veld van seksuele pijnstoornissen. Verlangen floreert in een context van speelsheid en onvoorspelbaarheid, terwijl controle, vermijding en angst het juist onderdrukken. In zulke situaties wordt het verlangen opgeofferd om het lichamelijke en emotionele zelf te beschermen.

5.3. Geconditioneerd vermijden van seksuele prikkels

Een verdergaande strategie bij sommige vrouwen was het (bewust of onbewust) onderdrukken van seksueel verlangen als een manier om confrontatie met pijn te vermijden. P5 verwoordde dit als volgt: "Ik zette mijn verlangen gewoon uit. Als ik mezelf toesta om er zin in te hebben, weet ik dat ik weer teleurgesteld ga zijn. Dus dan voel ik liever niets" (P5). Deze vorm van coping kan worden gezien als een vorm van seksuele anesthesie: een demping van erotische impulsen om psychologische of fysieke pijn te vermijden. Op de lange termijn kan dit leiden tot een vervreemding van het seksuele zelf, een verlies van seksuele identiteit en

verbondenheid met het eigen verlangen. Het verlangen wordt niet alleen getemperd, maar ook gedeactiveerd als beschermingsmechanisme.

5.4. Herdefiniëring van seksualiteit en intimiteit

Tegelijkertijd vonden meerdere vrouwen handelingen om hun seksuele leven opnieuw vorm te geven, los van penetratie. Zij spraken over de waarde van affectieve nabijheid, lichamelijke intimiteit en niet-doelgerichte aanraking. Zoals P6 verwoordde: “Seks hoeft voor mij niet meer per se penetratie te zijn. Als we gewoon samen liggen, elkaar aanraken, verbinden... dat is ook seks. Op een andere manier” (P6). Deze herdefiniëring van seksualiteit weerspiegelt een positieve en creatieve vorm van coping, waarbij vrouwen hun seksuele script herschrijven op basis van persoonlijke behoeften en grenzen. Door afstand te nemen van maatschappelijke normen rond seksuele prestatie, ontstaat ruimte voor verbinding, genot en herstel binnen een veilig kader.

5.5. Ambivalentie tussen hoop en rouw

In meerdere interviews kwam een onderliggende ambivalentie naar voren: enerzijds was er rouw om het verlies van een spontaan seksueel leven, anderzijds ook hoop en veerkracht in het zoeken naar nieuwe vormen van beleving. P3 verwoordde deze dualiteit als volgt: “Ik mis de spontaniteit. Vroeger dacht ik niet na. Nu moet ik altijd eerst nadenken: lukt het vandaag? Heb ik pijn? Heb ik energie? Maar ik geef het niet op” (P3). Deze balans tussen hoop en rouw weerspiegelt de psychoseksuele complexiteit van leven met dyspareunie. Verlangen blijft in sommige gevallen aanwezig, maar wordt hervormd binnen nieuwe realiteiten. Wanneer vrouwen erkend en ondersteund worden in dit proces, kunnen zij opnieuw toegang vinden tot hun seksuele zelf, zij het op een andere, rijkere manier.

6. Traumaverwerking en eerste seksuele ervaringen

Bij meerdere participanten bleken de huidige pijnklachten niet los te staan van eerdere negatieve of grensoverschrijdende seksuele ervaringen. In sommige gevallen ging het om expliciet seksueel trauma, terwijl in andere gevallen sprake was van seksueel contact zonder volledige toestemming, met gebrekkige communicatie of uit sociale druk. Deze ervaringen beïnvloedden niet alleen de relatie tot seksualiteit, maar ook de lichaamsbeleving, zelfwaarde en perceptie van pijn.

6.1. Seksueel trauma en lichaamsgeheugen

Twee participanten rapporteerden een expliciet traumatische eerste seksuele ervaring, die zij omschreven als verwarrend, schokkend of als een vorm van misbruik. P2 deelde: “Mijn eerste keer was eigenlijk deels een verkrachting. Ik zei geen nee, maar ik wilde het ook niet. Ik denk dat mijn lichaam dat nooit is vergeten” (P2). Deze getuigenis weerspiegelt het

concept waarbij traumatische ervaringen zich vastzetten in het lichaam en zich uiten via fysieke symptomen zoals spierspanning, dissociatie of pijn.

6.2. Gebrek aan seksuele autonomie bij eerste ervaringen

Ook in afwezigheid van expliciet trauma vertelden meerdere vrouwen over eerste seksuele ervaringen die zich kenmerkten door emotionele onveiligheid, gebrek aan toestemming of sociale druk. P4 verwoordde dit als volgt: “Ik dacht dat ik moest. Iedereen rondom mij had al seks gehad. Dus ik deed het, maar ik was er niet klaar voor. En het deed pijn, veel pijn” (P4). Deze ervaringen tonen aan hoe een eerste seksuele ervaring zonder autonomie of emotionele afstemming een negatieve imprint kan achterlaten.

6.3. Zelftwijfel en internalisatie van schuld

Een terugkerend thema in de verhalen van de vrouwen was de internalisatie van schuldgevoelens na negatieve seksuele ervaringen. Vrouwen vroegen zich af of zij iets verkeerd hadden gedaan of de pijn ‘hun eigen fout’ was. P6 verklaarde: “Ik dacht altijd dat het aan mij lag. Dat ik iets verkeerd deed. Ik wist ook niet wat normaal was. Dus ik dacht dat pijn erbij hoorde” (P6). Deze vorm van zelftwijfel is schadelijk voor het zelfbeeld en belemmert het hulpzoekgedrag. Vrouwen die zichzelf verantwoordelijk achten voor hun pijn, ervaren meer drempels om klachten te erkennen of om assertieve stappen richting hulpverlening te zetten. Dit schuldgevoel kan voort komen uit een seksuele opvoeding met weinig ruimte voor nuance, zelfzorg en heldere communicatie over toestemming.

6.4. Herinnering, herinterpretatie en herstel

Toch blijkt uit de interviews ook een proces van retrospectieve herinterpretatie. Vrouwen gingen in de loop van hun behandeling of therapie opnieuw naar hun eerste seksuele ervaringen kijken, waarbij zij deze in een nieuw licht begonnen te plaatsen. Dit leidde tot mildheid en inzicht. P3 verwoordde dit proces als volgt: “Vroeger vond ik mezelf naïef, dom. Maar nu zie ik dat ik gewoon niet wist hoe het moest. Ik had geen taal, geen grenzen, geen model. Nu begrijp ik beter waar dat allemaal vandaan kwam” (P3). Dergelijke herinterpretaties impliceren geen overname van slachtofferschap, maar vormen veeleer een essentiële stap in het proces van integratie van vroegere seksuele ervaringen. Vrouwen met dyspareunie heroverwegen regelmatig hun seksuele biografie, waarbij gevoelens van schaamte en zelfverwijt geleidelijk plaatsmaken voor meer inzicht, empathie en betekenisgeving. In dit proces verliest het verleden niet zijn aanwezigheid, maar wel zijn overheersende kracht. Het erkennen van gemiste informatie, het gebrek aan affectieve veiligheid en de afwezigheid van keuzevrijheid tijdens vroege seksuele ervaringen, blijkt cruciaal voor de verwerking van seksuele pijn en de heropbouw van seksuele autonomie.

7. Vrouwelijkheid en betekenisgeving

In alle interviews kwam het thema vrouwelijkheid als onderliggende rode draad naar voren. Voor veel vrouwen betekende het ervaren van seksuele pijn meer dan een fysieke beperking: het bracht een fundamentele verstoring teweeg in hoe zij zichzelf als vrouw zagen. Maatschappelijke normen rond seksualiteit, beschikbaarheid en vrouwelijke prestatie bleken diep verankerd in de persoonlijke beleving. Hierdoor werd pijn meermaals geïnterpreteerd als een vorm van tekort of falen.

7.1. “Ik ben geen echte vrouw meer” – Gevoelens van tekortschieten

Meerdere participanten beschreven gevoelens van tekortschieten, waarbij hun vrouwelijke identiteit onder druk kwam te staan. Vrouwelijkheid werd in hun beleving impliciet gekoppeld aan het vermogen om penetratieve seks te geven en te ontvangen. Zoals P2 aangaf: “Een vrouw hoort seks te kunnen hebben met haar man. Punt. En als dat niet lukt, dan voel je je minderwaardig. Dan ben je precies niet af” (P2). P3 deelde een soortgelijk gevoel: “Het feit dat ik hem moest teleurstellen... dat ik geen seks kon geven zoals vroeger... dat raakte iets heel diep in mij. Alsof ik faalde als partner, als vrouw, als mens bijna” (P3). Deze ervaringen weerspiegelen de invloed van culturele seksuele scripts, waarin heteroseksualiteit en penetratie vaak centraal staan in het beeld van ‘normale’ vrouwelijkheid. Wanneer hieraan niet voldaan kan worden, ontstaan gevoelens van schaamte en zelfverwijt.

7.2. Lichaamsvervreemding en verlies van agency

Bij veel vrouwen leidde de pijnervaring tot een gevoel van vervreemding van het eigen lichaam. Het verlies van vertrouwen in het lichaam werd ervaren als een verlies van vrouwelijke eigenheid. P1 beschreef: “Ik vertrouwde mijn lichaam niet meer. Het leek alsof mijn vagina iets was dat tegen mij werkte, als een soort vijand. Hoe kan je je dan nog vrouw voelen?” (P1). Ook P5 sprak over fysieke en emotionele blokkades: “Ik voelde mij geblokkeerd, fysiek én emotioneel. Mijn lichaam luisterde niet meer. Ik was nog jong, maar voelde mij oud en kapot” (P5). Deze uitspraken zijn in lijn met het concept van lichamelijke dissociatie en het verlies van seksuele agency. Vrouwen ervaren hun lichaam vaak als onbetrouwbaar en vijandig, wat hun seksuele identiteit en gevoel van vrouw-zijn ontwricht. Dyspareunie kan bovendien leiden tot gevoelens van lichamelijke blokkade, controleverlies en verminderd zelfvertrouwen, waardoor vrouwelijkheid niet alleen als sociaal construct, maar ook als lichamelijke ervaring onder druk komt te staan.

7.3. Herdefiniëring van vrouwelijkheid en seksuele identiteit

Tegelijkertijd vertoonden de interviews ook processen van herdefiniëring. Vrouwen die langer met dyspareunie leefden, ontwikkelden alternatieve betekenissen van vrouwelijkheid en seksualiteit. P6 reflecteerde: “Vroeger dacht ik dat seks iets was dat moest. Iets wat je gaf.

Nu zie ik het als iets van mij, iets dat ik zelf kies. En dat ik mag zeggen wat ik wil en niet wil” (P6). P4 benadrukte het belang van authenticiteit: “Ik voel mij nu vrouwelijk wanneer ik mezelf kan zijn. Wanneer ik niet moet doen alsof. Wanneer ik liefde kan voelen zonder dat mijn lichaam moet meewerken op een manier die pijn doet” (P4). Hieruit blijkt een verschuiving van passieve naar actieve vrouwelijkheid, waarbij zelfzorg, affectie en communicatie centraal komen te staan.

7.4. *Vrouwelijkheid als kracht, niet als prestatie*

Voor sommige vrouwen betekende herstel ook het loslaten van een onrealistisch ideaalbeeld. P7 beschreef dit als volgt: “Ik heb lang gedacht dat ik gebroken was. Maar door therapie en praten met mijn partner zie ik nu dat vrouwelijkheid voor mij gaat over zachtheid, openheid, en soms ook: grenzen stellen. Ik ben niet kapot. Ik ben anders. En dat is oké” (P7). P1 gaf aan dat zij afscheid had genomen van het beeld van de ‘altijd beschikbare vrouw’: “De vrouw uit films, die altijd zin heeft, nooit pijn, altijd beschikbaar... die bestaat niet. En dat hoeft ook niet meer voor mij. Ik mag mijn eigen versie zijn” (P1). Deze narratieve tonen hoe betekenisgeving kan leiden tot transformatie: van een tekortverhaal naar een zelfgekozen script waarin vrouwelijkheid geen prestatie is, maar een persoonlijke kracht.

7.5. *Emotionele integratie*

Tot slot benoemden enkele vrouwen een existentiële dimensie in hun proces van betekenisgeving. P3 reflecteerde: “Het heeft mij veranderd. Niet alleen mijn seksleven, maar mijn hele kijk op mezelf. Ik moest leren mild zijn voor mijn lichaam. Het leerde mij geduld, zachtheid, ook voor andere vrouwen” (P3). In dergelijke reflecties komt naar voren dat seksualiteit niet langer als een geïsoleerd domein wordt ervaren, maar als verweven met zelfbeeld, zingeving en verbondenheid. Dyspareunie, hoewel pijnlijk, werd zo in sommige gevallen ook een katalysator voor persoonlijke groei en een hernieuwde relatie tot het eigen lichaam en vrouw-zijn.

Discussie

Terugkoppeling naar onderzoeksvragen en theorie

Deze masterproef had als doel inzicht te verwerven in de seksualiteitsbeleving van vrouwen met dyspareunie. Vanuit een kwalitatieve invalshoek werd nagegaan hoe vrouwen hun seksualiteit ervaren binnen de context van pijn, en welke impact dit heeft op hun seksueel, relationeel en psychologisch welzijn. Daarnaast werd onderzocht hoe lichaamsbeleving, in het bijzonder de relatie tot vulva, vagina en clitoris, zich verhoudt tot hun seksuele identiteit. In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen teruggekoppeld aan de theoretische bevindingen en onderzoeksvragen die dit onderzoek hebben gestuurd.

Herbeleving van seksualiteit en welzijn: spanning tussen pijn en verlangen

De eerste onderzoeksvraag luidde: *“Hoe beleven/ervaren vrouwen met pijn bij het vrijen hun seksualiteit en hoe verbinden vrouwen dat met hun seksueel, relationeel en psychologisch welzijn?”* De resultaten tonen aan dat dyspareunie op meerdere niveaus ingrijpt in de seksuele identiteit van vrouwen. De fysieke ervaring van pijn leidt tot onzekerheid, vermijding van seksuele interactie, en gevoelens van falen of ontoereikendheid (Donaldson & Meana, 2011). Vrouwen rapporteren frequent een afname van seksueel verlangen, niet louter als gevolg van pijn, maar ook door de anticipatie op pijn en de emotionele belasting die daarmee gepaard gaat (IJff, 2016). De vicieuze cirkel tussen pijn, angst en spanning, zoals beschreven door IJff (2016), werd in de interviews duidelijk bevestigd. Angst voor pijn leidt tot verhoogde spierspanning, wat de pijnervaring intensiveert en resulteert in een toegenomen vermijdingsgedrag, waardoor intimiteit onder druk komt te staan. Seksueel welzijn, zoals gedefinieerd door Stephenson en Meston (2010), is een combinatie van seksueel functioneren, tevredenheid en de afwezigheid van seksuele distress. In de bevindingen wordt duidelijk dat deze componenten onderling beïnvloed worden: het verminderen van seksuele activiteit door pijn leidt tot een lager gevoel van seksuele eigenwaarde, wat op zijn beurt het relationeel functioneren bemoeilijkt. Relatieproblemen ontstaan niet enkel door de afwezigheid van seks, maar door het gebrek aan open communicatie hierover (Pazmany et al., 2014). Zoals ook MacNeil en Byers (1997) eerder vaststelden, is seksuele communicatie een essentiële factor voor het ervaren van relationele én seksuele tevredenheid. In koppels waar seksuele problemen niet bespreekbaar zijn, wordt afstand gecreëerd, en voelen vrouwen zich geïsoleerd in hun ervaring. Seksualiteitsbeleving blijft echter niet statisch: sommige vrouwen ontwikkelen copingstrategieën en zoeken naar alternatieve vormen van intimiteit (Alizadeh & Farnam, 2021). Hierbij wordt het klassieke script van seksuele activiteit – waarbij penetratie centraal staat – uitgedaagd. Deze bevinding sluit aan bij de seksuele scripttheorie van Simon en Gagnon (1986), die stelt dat seksuele gedragingen sociaal geconstrueerd zijn en onderhevig aan herinterpretatie. Vrouwen herschrijven hun seksuele scripts wanneer deze botsen met hun lichamelijke realiteit. In plaats van seksuele passiviteit nemen ze het initiatief om grenzen te stellen, alternatieven te zoeken, en seksualiteit opnieuw te kaderen als iets wat breder is dan coïtus.

Lichaamsvervreemding en herdefiniëring van vrouwelijkheid

De tweede onderzoeksvraag *“Hoe beleven vrouwen met pijn bij het vrijen hun vulva, clitoris en de vagina en hoe ervaren ze dat dit samenhangt met hun seksualiteit?”* belicht het thema van lichaamsbeleving. Uit de data blijkt dat dyspareunie kan leiden tot gevoelens van vervreemding van het eigen lichaam. Vrouwen beschrijven hun vulva of vagina als "niet functionerend", "gesloten" of "oncontroleerbaar", wat duidt op een negatieve

lichaamsperceptie en internalisatie van disfunctioneren (Ayling & Ussher, 2007). Deze vrouwen ervaren hun lichaam niet als bron van plezier, maar als oorzaak van teleurstelling en verdriet. Koops en Briken (2021) identificeren in hun grounded theory twee centrale processen bij vrouwen met seksuele pijn: het onderhandelingsproces rond vrouwelijkheid, en het ervaren van het lichaam als vreemd of defect. Beide processen kwamen sterk naar voren in de interviews. Vrouwelijkheid werd herhaaldelijk gekoppeld aan het vermogen om seksuele bevrediging te bieden of om penetratie mogelijk te maken. Vrouwen die hier niet aan voldeden, rapporteerden gevoelens van schaamte, schuld en minderwaardigheid, hetgeen eerder ook werd beschreven door Katz (1995) en Kaler (2006). Desondanks bleken sommige vrouwen in staat om deze scripts actief te bevragen en opnieuw vorm te geven. Door psycho-educatie, gesprekken met de partner of via therapie ontstond bij sommigen een meer genuanceerd vrouwbeeld. Seksuele autonomie, grenzen stellen en het loslaten van prestatiegerichte seks werden elementen van een hernieuwde lichaamsbeleving. Hierbij ontstaat een wisselwerking tussen betekenisgeving (Park, 2010) en lichamelijke ervaring: door nieuwe betekenissen toe te kennen aan het lichaam, ontstaat ruimte voor herstel van het seksueel zelfbeeld.

Seksuele vrijheid, verlieservaring en rouw

Een centraal en terugkerend thema in de interviews is het verlies van seksuele vrijheid, dat door meerdere vrouwen werd omschreven in termen van rouw. Deze ervaring sluit aan bij het werk van Stroebe et al. (2007), waarin rouw wordt gedefinieerd als een reactie op verlies in brede zin, niet uitsluitend op overlijden. Voor vrouwen met dyspareunie betekent dit verlies vaak het wegvallen van spontane en onbezorgde seksualiteit, evenals het vertrouwen in het eigen lichaam. Deze vorm van verlies gaat gepaard met rouwreacties zoals verdriet, boosheid en pogingen tot acceptatie, maar ook met vermijdingsgedrag en piekeren, wat Stroebe et al. (2017) typeren als vormen van maladaptieve rouwverwerking. Verschillende vrouwen beschreven hoe zij zich vervreemd voelden van hun seksuele zelf, wat kan leiden tot een identiteitscrisis. Zij gaven aan zichzelf niet langer te zien als een 'volwaardige seksuele vrouw', vooral wanneer zij hun ervaringen afzetten tegen normatieve en idealiserende beelden van vrouwelijke seksualiteit (Moore & Sitron, 2024). Deze zelfdiscrepanties worden versterkt door culturele discoursen waarin de 'goede vrouw' wordt voorgesteld als seksueel beschikbaar, zorgend en passief (Ussher, 1997). De onmogelijkheid om aan deze impliciete verwachtingen te voldoen leidt tot innerlijke conflicten en gevoelens van falen. Dit spanningsveld resoneert met de seksuele dubbele standaard (SDS), zoals besproken door Berrocal et al. (2022) en Álvarez-Muelas et al. (2022), waarbij vrouwen enerzijds worden aangespoord om aantrekkelijk en seksueel beschikbaar te zijn, maar anderzijds gestigmatiseerd worden wanneer zij niet aan deze standaard voldoen. De interviews tonen aan dat deze culturele scripts het bemoeilijken om persoonlijke grenzen te stellen, openlijk over seksuele problemen te spreken, of zonder

schaamte professionele hulp te zoeken. Een kritische reflectie op deze normen is essentieel voor genderbewuste en empathische zorgverlening.

De nood aan holistische benadering en empathische zorg

De bevindingen van dit onderzoek onderstrepen het belang van een holistische, biopsychosociale benadering bij de behandeling van dyspareunie, zoals bepleit door Berry en Berry (2013). Dyspareunie is een complex fenomeen dat niet uitsluitend vanuit een biomedisch perspectief kan worden benaderd. De impact ervan overstijgt de fysieke pijn en raakt aan diepere lagen van de persoonlijke beleving, waaronder identiteit, zelfbeeld, intimiteit en existentiële zingeving (Ayling & Ussher, 2007; Binik, 2005). Om de vicieuze cirkel van pijn, angst en vermijding te doorbreken, is een integrale aanpak noodzakelijk. Deze omvat bekkenbodetherapie, psychologische begeleiding, relationele ondersteuning, seksuele educatie en vooral erkenning van de subjectieve ervaring van pijn (IJff, 2016; Both, Ter Kuile & Laan, 2022). Cruciaal hierbij is de rol van empathie en erkenning door zorgverleners. Donaldson en Meana (2011) benadrukken dat vrouwen met dyspareunie behoefte hebben aan een veilige context waarin zij hun verhaal zonder oordeel kunnen delen en regie kunnen behouden over hun behandeling. Ook in deze studie werd bevestigd dat het serieus genomen worden door zorgprofessionals van grote waarde is voor het behandeltraject. Tegelijkertijd vormt het gebrek aan open communicatie over seksuele problemen binnen de reguliere gezondheidszorg een belangrijke barrière. Zoals ook Reisman et al. (2012) signaleren, leidt deze stilte tot vertraging in het zoeken van hulp, gevoelens van schaamte en het ervaren van onbegrip. Een empathische benadering, ingebed in een interdisciplinair zorgmodel, is dan ook essentieel om recht te doen aan de complexiteit van dyspareunie.

Conclusie

De ervaringen van vrouwen met dyspareunie tonen een complexe verwevenheid van lichamelijke pijn, culturele normen, emotionele verwerking en relationele dynamiek. Binnen deze gelaagdheid staat niet de klacht centraal, maar de geleefde ervaring. Het lichaam is niet louter een locus van pijn, maar ook een betekenisvol en sociaal geladen terrein waarop verwachtingen, normen en identiteiten worden geprojecteerd. Dyspareunie treft niet enkel het genitaal gebied, maar reikt tot in de diepste lagen van het zelfbeeld, het verlangen en de relationele verbondenheid. Vrouwen beschrijven hoe hun seksualiteitsbeleving wordt ondermijnd door een dubbele belasting: enerzijds de fysieke pijn, anderzijds het emotionele en sociale gewicht van het niet voldoen aan het dominante seksuele script. Door dyspareunie te benaderen als een geleefde ervaring, in plaats van een louter klinische diagnose, ontstaat ruimte voor een meer empathische, contextgevoelige en holistische praktijk. De klassieke

benadering – die de klacht reduceert tot een functioneel seksueel probleem – schiet tekort in het vatten van de existentiële dimensies die vrouwen ervaren. Deze studie bevestigt dat dyspareunie gepaard gaat met gevoelens van schaamte, falen en isolatie, maar ook met een diepgaande herdefiniëring van vrouwelijke identiteit en seksuele autonomie. De vrouwen in dit onderzoek zoeken actief naar manieren om opnieuw verbinding te maken met hun lichaam en seksualiteit, ondanks – en soms zelfs via – de pijn die zij ervaren.

In deze heronderhandeling van seksualiteit herschrijven vrouwen hun seksuele scripts, los van dominante verwachtingen rond penetratie, beschikbaarheid en vrouwelijk functioneren. Vrouwelijkheid wordt niet langer uitsluitend gekoppeld aan seksuele prestaties of genitale functionaliteit, maar krijgt nieuwe betekenissen binnen een lichaam dat verandert, weerstand biedt of grenzen stelt. Vrouwen zoeken naar alternatieve vormen van intimiteit, naar andere talen van verlangen, en naar partners die kunnen meegroeien in dit proces. De aanwezigheid van een begripvolle, steunende partner blijkt hierin een cruciale beschermende factor, terwijl afwijzing of onbegrip juist bestaande kwetsuren kan verdiepen. Deze zoektocht naar seksuele integratie binnen een veranderde lichamelijke realiteit is er één van voortdurende zingeving, waarbij vrouwen hun pijn trachten te contextualiseren binnen bredere biografische en relationele kaders. Het Geïntegreerd Model van Betekenisgeving (Park, 2010) biedt hierbij een bruikbaar kader: vrouwen passen hun overtuigingen, verwachtingen en doelen aan om hun seksuele pijn te integreren in een hernieuwd zelfbeeld. Dit proces is niet lineair, maar dynamisch en vaak ambivalent, gekenmerkt door verlies én herstel, door rouw én groei. Daarom vereist de benadering van dyspareunie erkenning, ondersteuning en dialoog – niet alleen binnen de therapeutische context, maar ook binnen de bredere samenleving. Seksuele pijn moet bespreekbaar worden gemaakt, ontdaan van stigma, en herkend worden als een legitieme ervaring die om zorg en begrip vraagt. De medische en psychoseksuele zorgverlening dient hiervoor multidisciplinair te zijn, met aandacht voor de unieke ervaringen van elke vrouw, haar culturele context, seksuele geschiedenis en relationele realiteit. Tot slot benadrukt dit onderzoek het belang van luisteren naar vrouwen in hun eigen woorden, vanuit hun eigen perspectief. Het zijn hun verhalen, niet enkel hun symptomen, die richting kunnen geven aan een meer humane en effectieve benadering van seksuele pijn. Binnen deze verhalen schuilt niet alleen lijden, maar ook veerkracht, creativiteit en het potentieel tot transformatie.

Beperking onderzoek en voorstel vervolgonderzoek

Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten biedt in de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn tijdens het vrijen, kent het enkele methodologische beperkingen die de interpretatie van de bevindingen beïnvloeden. Een eerste beperking betreft de beperkte steekproefgrootte. Met slechts zeven participanten dienen de resultaten met de nodige voorzichtigheid te worden

geïnterpreteerd. In kwalitatief onderzoek is het streven naar diepgang belangrijker dan statistische generaliseerbaarheid, maar een kleine en relatief homogene groep kan de diversiteit aan perspectieven beperken (Patton, 2015). Dit heeft gevolgen voor de geloofwaardigheid van het onderzoek, aangezien het onzeker blijft of de gepresenteerde thema's ook naar voren zouden komen in een bredere groep vrouwen met dyspareunie. Daarnaast is er mogelijk sprake van een selectiebias. Vrouwen die bereid zijn deel te nemen aan onderzoek over seksualiteit en pijn beschikken wellicht over meer openheid of ervaring in het verwoorden van hun beleving. Hierdoor kunnen vrouwen die minder comfortabel zijn met het bespreken van deze thema's ondervertegenwoordigd zijn, wat een vertekening van de resultaten tot gevolg kan hebben (Fisher, 1993; Both et al., 2022). Seksualiteit blijft een gevoelig onderwerp, en ondanks de vertrouwelijke setting van een interview kunnen sociale wenselijkheid en zelfpresentatie de manier beïnvloeden waarop ervaringen worden gedeeld (Fisher, 1993). Verder zijn kwalitatieve interviews gebaseerd op persoonlijke verhalen en subjectieve interpretaties. De betekenis die vrouwen geven aan pijn en seksualiteit wordt mede gevormd door hun taalgebruik, culturele context en eerdere ervaringen. Tegelijkertijd kan de gesprekscontext — inclusief de houding en achtergrond van de interviewer — invloed uitoefenen op wat en hoe iets wordt verteld (Braun & Clarke, 2021; Patton, 2015). Dit benadrukt het belang van transparantie in het onderzoeksproces, bijvoorbeeld door het documenteren van beslissingen tijdens de analyse en het reflecteren op de invloed van de onderzoeker (Braun & Clarke, 2021). Hoewel de diepte-interviews rijke inzichten opleveren, blijven sommige aspecten van seksualiteitsbeleving mogelijk onbesproken. Gevoelige of moeilijk te verwoorden gevoelens kunnen buiten beeld blijven, mede door schaamte, taboe of beperkte verbale vaardigheden (Both et al., 2022). Om deze beperkingen te ondervangen, is het zinvol om in vervolgonderzoek alternatieve dataverzamelmethode te overwegen. Het gebruik van dagboeken of longitudinale zelfrapportages kan meer zicht geven op de fluctuatie en ontwikkeling van pijn en seksuele beleving over tijd (Both et al., 2022). Daarnaast kunnen focusgroepen een aanvulling vormen op individuele interviews. In groepsverband voelen sommige vrouwen zich gesteund en herkennen zij zich in de verhalen van anderen, wat kan leiden tot gedeelde inzichten en verdere verdieping (Patton, 2015).

Tot slot is het aanbevelenswaardig om vervolgonderzoek uit te voeren met een meer diverse steekproef. Vrouwen met verschillende culturele, sociaaleconomische en relationele achtergronden kunnen andere betekenissen geven aan pijn en seksualiteit. Dit bevordert de transferabiliteit van de bevindingen, doordat de resultaten beter toepasbaar worden in uiteenlopende contexten (Both et al., 2022).

Referenties

- Alizadeh, A., & Farnam, F. (2021). Coping with dyspareunia, the importance of inter and intrapersonal context on women's sexual distress: a population-based study. *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01206-8>
- Álvarez-Muelas, A., Berrocal, C., Osorio, D., Noé-Grijalva, M., & Sierra, J. C. (2022). Sexual double standard: A cross-cultural comparison of young adults Spanish, Peruvian, and Ecuadorian people. *Sexuality Research & Social Policy*, 20(2), 705–713. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00714-x>
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2007). "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 294–304. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193–208. <https://doi.org/10.1023/a:1023420431760>
- Berrocal, C., Moyano, N., Álvarez-Muelas, A., & Sierra, J. C. (2022). Sexual double standard: A gender-based prejudice referring to sexual freedom and sexual shyness. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1006675>
- Berry, M., & Berry, P. D. (2013). Contemporary Treatment of Sexual Dysfunction: Reexamining the Biopsychosocial Model. *The Journal Of Sexual Medicine*, 10(11), 2627–2643. <https://doi.org/10.1111/jsm.12273>
- Binik, Y. M. (2005). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, 34(1), 11–21. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-0998-4>
- Both, S., Ter Kuile, M., & Laan, E. (2022). Seksuele pijn en verlangen: Diagnostiek en behandeling. In E. Laan & M. ter Kuile (Eds.), *Seksuologie* (pp. 175–189). Bohn Stafleu van Loghum.
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (1994). *Handbook of qualitative research*. SAGE Publications.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). (2000). In *American Psychiatric Association eBooks*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>

- Donaldson, R. L., & Meana, M. (2011). Early dyspareunia experience in young women: Confusion, consequences, and help-seeking barriers. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 814–823. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02150.x>
- Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 303–315. <https://doi.org/10.1086/209351>
- Ford, J. V., Corona-Vargas, E., Cruz, M. L., Fortenberry, J. D., Kismödi, E., Philpott, A., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2021). The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide. *International Journal Of Sexual Health*, 33(4), 612–642. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2023718>
- Gagnon, J. H., & Simon, W. H. (1975). Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality. *Contemporary Sociology*, 4(3), 226. <https://doi.org/10.2307/2063183>
- Ghysbrecht, C., & Claerhout, F. (2022). Vulvodynie: een uitdaging voor artsen. *Tijdschrift Voor Geneeskunde*. <https://doi.org/10.47671/tvg.78.22.135>
- Heim, L. J. (2001). Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *American Family Physician*, 63(8), 1535–1544. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11327429>
- Hill, D. A., & Taylor, C. A. (2021). Dyspareunia in women. *American Family Physician*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983001>
- Hyett, N., Kenny, A., & Dickson-Swift, V. (2014). Methodology or method? A critical review of qualitative case study reports. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-being*, 9(1), 23606. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23606>
- IJff, M. (2016). *Sexcounseling: Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Van Gorcum.
- Kaler, A. (2006). Unreal women: Sex, gender, identity and the lived experience of vulvar pain. *Feminist Review*, 82(1), 50–75. <https://doi.org/10.1057/palgrave.fr.9400262>
- Katz, S. R. (1995). *The experience of chronic vulvar pain: psychosocial dimensions and the sense of self*. <https://www.ulethbridge.ca/lib/ematerials/handle/123456789/2647>
- King, M., Holt, V. L., & Nazareth, I. (2007). Women's views of their sexual difficulties: Agreement and disagreement with clinical diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 36(2), 281–288. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9090-y>
- Koops, T., & Briken, P. (2021). “A woman should still be a woman” – A grounded theory of the origins of sexual pain and difficulties with intercourse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(7), 707–720. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1942348>
- Lareau, A. (2021). Listening to People: A Practical Guide to Interviewing, Participant Observation, Data Analysis, and Writing It All Up. In *The Writer (Boston)* (Vol. 134, Number 8, pp. 6–6). Madavor Media LLC.

- Lorimer, K., DeAmicis, L., Dalrymple, J., Frankis, J., Jackson, L., Lorgelly, P., McMillan, L., & Ross, J. (2019). A Rapid Review of Sexual Wellbeing Definitions and Measures: Should We Now Include Sexual Wellbeing Freedom? *The Journal Of Sex Research/The Journal Of Sex Research*, 56(7), 843–853. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1635565>
- MacNeil, S., & Byers, E. S. (1997, 22 december). *The relationships between sexual problems, communication, and sexual satisfaction*. Document - Gale Academic OneFile. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA20297069&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=11884517&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E50a6342&aty=open-web-entry>
- Maso, I. (1987). *Kwalitatief onderzoek*. Boom.
- McDonald, E., Gartland, D., Small, R., & Brown, S. (2015). Dyspareunia and childbirth. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 70(5), 319–320. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000466340.51108.12>
- Meston, C. M., & Trapnell, P. D. (2005). ORIGINAL RESEARCH—OUTCOMES ASSESSMENT: Development and Validation of a Five- Factor Sexual Satisfaction and Distress Scale for Women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS- W). *The Journal Of Sexual Medicine*, 2(1), 66–81. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20107.x>
- Mooney, K. M., Poirier, É., & Pukall, C. F. (2021). Persistent Genital Arousal in Relationships: A Comparison of Relationship, Sexual, and Psychological Well-Being. *The Journal Of Sexual Medicine*, 19(2), 234–248. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.10.009>
- Moore, E., & Sitron, J. A. (2024). Sexual Self Discrepancies, Sexual Satisfaction, and Relationship Satisfaction in a Cross-Sectional Sample of Women Who Experience Chronic Vaginal Pain during Sexual Intercourse. *Healthcare*, 12(7), 798. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070798>
- Moyal-Barracco, M., & Lynch, P. (2004). 2003 ISSVD Terminology and Classification of Vulvodynia: A historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine*, 49(10), 772–777. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15568398>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). SAGE Publications.
- Pazmany, E., Bergeron, S., Verhaeghe, J., Van Oudenhove, L., & Enzlin, P. (2014). Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosexual well-being in premenopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: A controlled study. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(7), 1786–1797. <https://doi.org/10.1111/jsm.12518>

Perel, E. (2014). *Erotische intelligentie*.

Peters, D. (2014). The application of systems thinking in health: Why use systems thinking? *Health And Quality Of Life Outcomes*, 12(1), 51. https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-51_old

Reisman, Y., ESSM Executive Committee, & Educational Committee. (2012). *Education Committee mission statement*. European Society for Sexual Medicine. https://www.essm.org/wp-content/uploads/education/Education_Committee_Mission_Statement.pdf

Shepardson, R. L., Mitzel, L. D., Trabold, N., Crane, C. A., Crasta, D., & Funderburk, J. S. (2021). Sexual dysfunction and preferences for discussing sexual health concerns among veteran primary care patients. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(2), 357–367. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.02.200326>

Simon, W. H., & Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 97–120. <https://doi.org/10.1007/bf01542219>

Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010). Differentiating components of sexual well-being in women: Are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *The Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2458–2468. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01836.x>

Stroebe, M., Schüt, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61816-9)

Stroebe, M., Stroebe, W., Schüt, H., & Boerner, K. (2017). Grief is not a disease but bereavement merits medical awareness. *Lancet*, 389(10067), 347–349. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30189-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30189-7)

Ussher, J. M. (1997). *Fantasies of Femininity: Reframing the Boundaries of Sex*. https://openlibrary.org/books/OL676576M/Fantasies_of_femininity

WAS Declaration on Sexual Rights 2014 | World Association for Sexual Health (WAS). (z.d.). World Association Fo. <https://www.worldsexualhealth.net/was-declaration-on-sexual-rights>

Watson, W. K., Stelle, C., & Bell, N. J. (2016). Older women in new romantic relationships. *The International Journal of Aging and Human Development*, 85(1), 33–43. <https://doi.org/10.1177/0091415016680067>

World Health Organization: WHO. (2019, 27 augustus). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Zaikman, Y., & Marks, M. J. (2016). Promoting theory-based perspectives in sexual double standard research. *Sex Roles*, 76(7–8), 407–420. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0677-z>

Appendix A: toestemmingsformulier

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: De seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen
Onderzoeksinstelling: KU Leuven
Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*
Onderzoekers: *Jade Hulsman, Master in de Seksuologie, jade.hulsman@student.kuleuven.be*
Professor Paul Enzlin, paul.enzlin@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen. De primaire doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in hoe vrouwen met pijn tijdens het vrijen hun seksualiteit beleven en in welke mate deze beleving invloed heeft op hun psychologisch, relationeel en seksueel welzijn.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, MP030282
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie onderzoekt de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u een vrouw bent tussen de 20 en 42 jaar, u pijn beleeft tijdens het vrijen, u in een cis-gender vrouw bent in een heteroseksuele relatie en u Nederlandstalig bent.

Aan deze studie zullen ongeveer 8 personen deelnemen. De studie richt zich op vrouwen tussen de 20 en 42 jaar, die pijn ervaren tijdens het vrijen en hiervoor al dan niet een medische diagnose hebben gekregen.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar uw seksualiteitsbeleving en uw beleving van pijn tijdens het vrijen. Deelname aan het interview zal ongeveer 1 uur van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden online of op een fysieke neutrale locatie die in samenspraak afgesproken zal worden. Tijdens het interview worden er beeld- en geluidsopnames gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na het uitschrijven van de interviews zullen alle opnames vernietigd worden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Deelname aan de studie zou echter een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Indien u dit wenst, kan u steeds bij een zorgverlener terecht voor een ondersteunend gesprek. Paul Enzlin, paul.enzlin@kuleuven.be

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan deze Masterproef.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Jade Hulsman via jade.hulsman@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker (Professor Enzlin) via het telefoonnummer +3216374750 (werkdagen tussen 08 en 17 uur) of via e-mail paul.enzlin@kuleuven.be

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag/ Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Hulsman Jade onderzoeker/ Student Master Seksuologie, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn¹.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke

1 Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren².

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die **NIET plaatsvinden in UZ Leuven**: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: (verduidelijken). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

² De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Exemplaar voor de onderzoeker

Titel van de studie: De seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers: Jade Hulsman, Master in de Seksuologie, jade.hulsman@student.kuleuven.be

Professor Paul Enzlin, paul.enzlin@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen. De primaire doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in hoe vrouwen met pijn tijdens het vrijen hun seksualiteit beleven en in welke mate deze beleving invloed heeft op hun psychologisch, relationeel en seksueel welzijn.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, MP030282
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie onderzoekt de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u een vrouw bent tussen de 20 en 42 jaar, u pijn beleeft tijdens het vrijen, u in een cis-gender vrouw bent in een heteroseksuele relatie en u Nederlandstalig bent.

Aan deze studie zullen ongeveer 8 personen deelnemen. De studie richt zich op vrouwen tussen de 20 en 42 jaar, die pijn ervaren tijdens het vrijen en hiervoor al dan niet een medische diagnose hebben gekregen.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar uw seksualiteitsbeleving en uw beleving van pijn tijdens het vrijen. Deelname aan het interview zal ongeveer 1 uur van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden online of op een fysieke neutrale locatie die in samenspraak afgesproken zal worden. Tijdens het interview worden er beeld- en geluidsopnames gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na het uitschrijven van de interviews zullen alle opnames vernietigd worden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Deelname aan de studie zou echter een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Indien u dit wenst, kan u steeds bij een zorgverlener terecht voor een ondersteunend gesprek. Paul Enzlin, paul.enzlin@kuleuven.be

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan deze Masterproef.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

➤ Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

➤

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Jade Hulsman via jade.hulsman@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker (Professor Enzlin) via het telefoonnummer +3216374750 (werkdagen tussen 08 en 17 uur) of via e-mail paul.enzlin@kuleuven.be

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag/ Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Hulsman Jade onderzoeker/ Student Master Seksuologie, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn³.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke

³ Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren⁴.

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die **NIET plaatsvinden in UZ Leuven**: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: (verduidelijken). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

⁴ De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Appendix B: Interviewprotocol

Onderzoeksvragen

De seksualiteitsbeleving van vrouwen met dyspareunie. Hoe beleven vrouwen met pijn bij het vrijen hun seksualiteit, en hoe verbinden zij deze ervaring met hun seksueel, relationeel en psychologisch welzijn? Hoe beleven vrouwen met pijn bij het vrijen hun vulva, clitoris en vagina, en hoe ervaren zij dat deze lichaamsdelen samenhangen met hun seksualiteit?

Procedures

Voor interview: Voorafgaand aan het interview stelt de onderzoeker zich voor aan de deelnemer en bedankt haar voor haar bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek. De onderzoeker licht toe dat dit interview onderdeel is van een masterproef die zich richt op de seksualiteitsbeleving van vrouwen die pijn ervaren tijdens het vrijen. Het doel van dit gesprek is om een genuanceerd en persoonlijk inzicht te verkrijgen in deze ervaringen, waarbij de inbreng van de deelnemer van grote waarde is. Vervolgens wordt meegedeeld dat het interview naar verwachting ongeveer één uur zal duren, met ruimte voor flexibiliteit indien nodig. De deelnemer wordt geïnformeerd dat het interview een open karakter heeft, waarbij haar persoonlijke verhaal en ervaringen centraal staan. Er wordt expliciet benadrukt dat deelname volledig vrijwillig is, dat het gesprek enkel wordt opgenomen met toestemming van de deelnemer, en dat zij te allen tijde het interview mag onderbreken, beëindigen of ervoor kan kiezen bepaalde vragen niet te beantwoorden. Het welzijn en comfort van de deelnemer staan gedurende het volledige interview voorop. Tot slot wordt nagegaan of alle vooraf verstrekte informatie duidelijk is en of er nog vragen zijn. Indien de deelnemer akkoord gaat, wordt het informed consent-formulier ondertekend en wordt gestart met de geluidsopname.

Interview: Het interview vangt aan met een open, verkennende vraag zoals: “*Kan u iets over uzelf vertellen?*” Dit dient als rustige binnenkomer en helpt de onderzoeker een beter beeld te krijgen van de achtergrond van de deelnemer. Van daaruit wordt verder ingezoomd op de persoonlijke beleving van seksualiteit, pijnervaringen tijdens seksuele activiteiten, en de impact daarvan op het psychisch, relationeel en seksueel welzijn. Het gesprek volgt een open en thematisch opgebouwde leidraad, waarbij thema's als seksuele geschiedenis, het begin en verloop van de pijn, ervaringen met opwinding, behandeling of hulpverlening, lichaamsbeleving, gevoelens van vrouwelijkheid en zelfbeeld, en de invloed op relaties en dagelijks leven aan bod kunnen komen. De deelnemer krijgt alle ruimte om af te wijken, stil te staan bij bepaalde ervaringen, of zaken toe te voegen die voor haar belangrijk zijn.

Einde interview: Tegen het einde van het interview wordt de deelnemer gevraagd of zij graag nog iets wil toevoegen dat nog niet aan bod is gekomen, dan wel of zij eerdere antwoorden wenst aan te vullen of te nuanceren. De onderzoeker bedankt vervolgens de deelnemer uitdrukkelijk voor haar openheid en het geschonken vertrouwen, waarna de geluidsopname wordt beëindigd. De deelnemer wordt erop gewezen dat zij bij eventuele vragen steeds contact kan opnemen, telefonisch of via e-mail. Tevens wordt haar de mogelijkheid geboden om op de hoogte te worden gehouden van de onderzoeksresultaten. Indien gewenst, kan zij ook een samenvatting van het interview ontvangen. Het gesprek wordt afgesloten met een warme dankbetuiging voor haar waardevolle bijdrage aan het onderzoek.

Topiclijst (globale weergave van onderwerpen die aan bod komen)

Persoonlijke achtergrond, seksuele geschiedenis en ervaringen, pijn klachten, ervaring van pijn, seksualiteitsbeleving, opwinding, seksueel verlangen, seksuele handelingen, dyspareunie, eerste seksuele ervaringen met pijn, dagelijks leven, seksuele identiteit, lichaamsbeleving, hulpverleningstraject, lichamelijke klachten, vrouwelijkheid, lichaamsvertrouwen, seksuele en romantische relaties, relationeel welzijn, seksueel welzijn, psychologisch welzijn, (seksuele) verwachtingen of noden, pijnlijke momenten, bevrediging, emotionele impact, copingstrategieën.

Appendix C: Leidraad voor een diepte-interview over de ‘Seksualiteitsbeleving bij vrouwen met pijn tijdens het vrijen’

Welkom en bedankt voor jouw deelname aan dit interview. Dit onderzoek richt zich op de seksualiteitsbeleving van vrouwen die pijn ervaren tijdens het vrijen. Jouw persoonlijke ervaringen zijn van groot belang om een completer beeld te krijgen van de seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn tijdens het vrijen. Het is belangrijk om even te herhalen dat je op elk moment het interview kunt stoppen als u dat wenst. U bent niet verplicht om op elke vraag te antwoorden; als u zich ergens ongemakkelijk bij voelt of liever niet wenst te antwoorden, kan u dit aan mij aangeven. Tijdens dit gesprek staan jouw welzijn en comfort voorop. Nogmaals dank voor jouw bereidheid om deel te nemen en jouw ervaringen te willen delen met mij.

1. Introductie en context
 - Kan je iets over jezelf vertellen?
 - Hoe zijn jouw seksuele ervaringen verlopen? Hoe ziet jouw seksuele geschiedenis eruit?
 - Heeft u altijd pijn gehad tijdens het vrijen of is er ook een pijnvrije periode geweest?
 - Wanneer is de pijn begonnen?
 - Hoe heeft pijn uw benadering van seksuele activiteiten beïnvloed?
2. Beleving van seksualiteit
 - Hoe ervaart/beleeft u uw seksualiteit?
 - Is er een verschil in ervaring met of zonder aanwezige pijn?
 - Is er een verschil in opwindendheid met of zonder aanwezige pijn?
 - Kunt u beschrijven hoe u zich voelde toen u voor het eerst pijn ervaarde tijdens het vrijen of een andere seksuele activiteit?
 - Wat is uw ervaring bij dyspareunie? (dyspareunie is de term die gebruikt wordt om pijn tijdens het vrijen te benoemen)
 - Hoe heeft deze ervaring van pijn invloed op uw dagelijks leven?
 - Hoe ervaart u pijn tijdens het vrijen?
 - Heeft u al hulp/behandeling gezocht voor het pijnprobleem en wat is uw ervaring hiermee?
 - Wat is uw seksualiteitsbeleving op dit moment?
3. Relatie met fysieke aspecten
 - Kunt u vertellen over eventuele ervaringen die u heeft gehad met bekkenbodemp Problemen?
 - Op welke manier heeft de ervaren pijn uw gevoel van vrouwelijkheid beïnvloed?
 - Hoe ervaart u uw vulva, clitoris en de vagina?
 - Op welke manier hangt dit samen met uw seksualiteitsbeleving?
 - Moest het pijnprobleem niet aanwezig zijn, waaraan zou je dit merken tijdens seksuele activiteiten?
4. Relatie met welzijn
 - Wat is uw beleving van uw relationeel, psychologisch en seksueel welzijn?
 - Hoe beïnvloed uw seksuele ervaringen de relatie met de partner?
 - Hoe beïnvloed uw seksuele ervaring uw psychologisch welzijn en andersom?
 - Hoe beïnvloed uw seksuele ervaring uw seksueel welzijn en andersom?
 - Wat verwacht u van uw bedpartner wanneer u pijn ervaart tijdens seksuele activiteiten?
5. Extra vragen
 - Wat doet u als u pijn tijdens seksuele activiteiten ervaart?
 - Heeft de pijn tijdens seksuele activiteiten uw seksuele verlangens of opwindendheid aangetast?
 - Wat ervaart u als bevredigend of opwindend, of juist opwindend verlagend tijdens seksuele activiteiten?
 - Hoe zou u merken dat het pijnprobleem niet aanwezig is tijdens seksuele activiteiten?
 - Hoe gaat u om met de emotionele impact van de pijn?
6. Tot slot
 - Wilt u graag nog iets toevoegen dat nog niet besproken is?
 - Wilt u aan een van uw antwoorden nog iets toevoegen of weglaten?

Dank u wel voor jouw openheid en tijd tijdens dit interview. Jouw gedeelde ervaringen zijn van grote waarde voor ons onderzoek. Als u dat wenst, stuur ik u graag een samenvatting van ons gesprek toe. Uw input zal mij helpen beter te begrijpen hoe vrouwen hun seksualiteit beleven in de context van pijn tijdens het vrijen, en zal bijdragen aan mijn Masterproef. Nogmaals hartelijk dank!

Appendix D: Uitnodigingsbericht

Oproep voor deelname aan onderzoek!

Ben je een vrouw tussen 20 en 42 jaar en ervaar je pijn tijdens het vrijen?

Wil je jouw verhaal met mij delen en zo bijdragen aan mijn onderzoek naar de seksualiteitsbeleving van vrouwen met dyspareunie?

Ben je geïnteresseerd of heb je vragen?

Neem contact met mij op via jade.hulsman@student.kuleuven.be

Alvast bedankt voor je hulp bij mijn onderzoek!

GEZOCHT
VROUWELIJKE DEELNEMERS TUSSEN DE 20 EN 42 JAAR

Bevestig je deelname of stel bijkomende vragen via
jade.hulsman@student.kuleuven.be

Onderzoek
De seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen.

Onderzoeksmethode
Diepte interview

Deelname online of in samenspraak overeen te komen

Inclusie criteria

- Pijn tijdens het vrijen
- Hetero seksuele vrouwen
- Cis-gender vrouwen
- 20 - 42 jaar
 - Ongeacht de relatie of moederstatus
- Met en zonder specifieke diagnose zoals vulvaïr vestibulitis syndroom, vulvodynie, vaginisme, etc.
- Secundaire dyspareunie
 - (= er was een periode waarin de pijn niet aanwezig was)
- Nederlandse taal machtig

Duur van het onderzoek: Geschat op 60 minuten

Student onderzoeker: Jade Hulsman
Masterproef promotor: Professor Paul Enzlin

KU LEUVEN
FACULTEIT GENEESKUNDE
FACULTY OF MEDICINE

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische
Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven
MP033660

Appendix E: Codeboom

Codeboom van thema's en subthema's

1. Lichamelijke ervaring van pijn
 - 1.1 Soorten en locaties van pijn
 - 1.2 Onvoorspelbaarheid en grilligheid
 - 1.3 Spierspanning, reflexmatige contractie en angst
 - 1.4 Het lichaam als bron van frustratie en verdriet
 - 1.5 Lichamelijke hulp en herstelervaringen
2. Emotionele impact en zelfbeeld
 - 2.1 Schaamte, falen en zelfverwijt
 - 2.2 Vervreemding van het lichaam
 - 2.3 Emotionele isolatie en eenzaamheid
 - 2.4 Innerlijke tweestrijd en kwetsbaarheid
3. Relationale dynamiek en communicatie
 - 3.1 Schuldgevoel en terugtrekking
 - 3.2 Subtiele signalen en niet uitgesproken pijn
 - 3.3 Partnerrespons en gezamenlijke coping
 - 3.4 Relatie als co-regulerend systeem
4. Copingstrategieën en hulpzoekgedrag
 - 4.1 Vermijding en terugtrekking als eerste reflex
 - 4.2 Zelfzorg en begrenzing
 - 4.3 Actieve hulpzoekende coping
 - 4.4 Cognitieve herstructurering en normalisering
 - 4.5 Sociale steun en lotgenotencontact
5. Seksueel verlangen en opwinding
 - 5.1 Blokkade van mentaal verlangen ondanks fysieke opwinding
 - 5.2 Verlangen als slachtoffer van anticipatie-angst
 - 5.3 Geconditioneerd vermijden van seksuele prikkels
 - 5.4 Herdefiniëring van seksualiteit en intimiteit
 - 5.5 Ambivalentie tussen hoop en rouw
6. Traumaverwerking en eerste seksuele ervaringen
 - 6.1 Seksueel trauma en lichaamsgeheugen
 - 6.2 Gebrek aan seksuele autonomie bij eerste ervaringen
 - 6.3 Zelftwijfel en internalisatie van schuld
 - 6.4 Herinnering, herinterpretatie en herstel
7. Vrouwelijkheid en betekenisgeving
 - 7.1 "Ik ben geen echte vrouw meer" – Gevoelens van tekortschieten
 - 7.2 Lichaamsvervreemding en verlies van agency
 - 7.3 Herdefiniëring van vrouwelijkheid en seksuele identiteit
 - 7.4 Vrouwelijkheid als kracht, niet als prestatie
 - 7.5 Emotionele integratie

Appendix F: toestemming commissie ethiek

Toetsing referentie	Onderwerp	Student(en)	Promotor	Copromotor	Begeleider	Status	Acties
Search Toetsing refe	Search Onderwerp	Search Stud	Search Prc	Search Copro	Search Beg	Filter	v
MP033660	De seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen	Hulsman Jade	Paul Enzlin			Goedgekeurd door OBC	

Ons kenmerk: MP033660

Uw kenmerk: Masterproef studie: De seksualiteitsbeleving van vrouwen met pijn bij het vrijen
Leuven, 28-11-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor professor Paul Enzlin
Geachte Jade Hulsman

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 28-11-2024