



KATHOLIEKE HOGESCHOOL LEUVEN
Kapucijnenvoer 39
3000 LEUVEN
Tel. 016/33.67.17- 33.67.18 Fax. 016/22.13.74

Vaginisme en zwangerschap

Leen Trappeniers

EINDWERK AANGEBODEN TOT HET VERWERVEN VAN HET DIPLOMA VAN BACHELOR IN
DE VROEDKUNDE

ACADEMIEJAAR 2006-2007

WOORD VOORAF

Voor het realiseren van dit eindwerk heb ik hulp en steun gekregen van een aantal personen. Graag wil ik iedereen bedanken die mij met raad en daad hebben bijgestaan. Dit zijn om te beginnen mevr. Ruytjens, docente aan de Katholieke Hogeschool Leuven en tevens mijn promotor, en mevr. Loones, seksuologe en tevens mijn copromotor.. Zij hadden altijd een geduldig oor en kritisch oog voor mij klaar. Zij hebben mij beiden veel tips en informatie gegeven. Natuurlijk wil ik ook mijn familie bedanken, die mij de mogelijkheid gaven deze studies aan te vangen en met succes te beëindigen. Daarnaast bedank ik ook Kim Crosiers en Hannelore Collaerts, mijn klasgenoten. Zij zijn diegenen die mij de weg wezen wanneer ik door het bos de bomen niet meer zag. Zij brachten ook ontspanning tijdens lange uren typwerk.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor dit eindwerk.

Leuven, Juni 2007

INHOUD

INHOUD	3
1 INLEIDING	5
2 PROBLEEMSTELLING	6
2.1 Situering	6
2.2 Vraagstelling bij literatuurstudie	6
3 LITERATUURSTUDIE	6
3.1 Wat zijn de soorten vaginisme?	6
3.2 Wat zijn de oorzaken?	7
3.3 Waaruit bestaat de behandeling?	8
3.4 Wat is de rol van de pijn tijdens seksueel contact?	9
3.5 Welke spieren trekken juist samen en wanneer?	9
3.6 Doelstellingen/ praktische uitwerking	10
4 METHODOLOGIE	11
4.1 Hoe schrijf ik zelf een informatiebrochure?	11
4.2 Eigen aanpak	13
5 RESULTATEN	16
5.1 Brochure: ‘Vaginisme en zwangerschap: een onbevleete ontvangenis?’	16
5.1.1 Inleiding.....	16
5.1.2 Vaginisme.....	16
5.1.3 Vaginisme en kindwens.....	17
5.1.4 Zwangerschap.....	18
5.1.5 Rol en houding van de vroedvrouw.....	22
5.2 Verantwoording van de brochure	23
6 DISCUSSIE	24
7 CONCLUSIE	26
8 LITERATUURLIJST	27

9	BIJLAGEN	29
9.1	vragenlijst	30
9.2	Antwoorden vroedvrouwen	32
9.3	Brochure	35
9.4	Literatuurtabel	36

1 INLEIDING

We worden wekelijks geconfronteerd met seksuele gezondheid. Er wordt dezer dagen dan ook zeer veel belang gehecht aan contraceptie, conceptie en seksueel overdraagbare aandoeningen. Seksuele dysfuncties is een onderwerp dat ook meer en meer aan bod komt, maar waar toch nog weinig over geweten is. De laatste jaren is men dan ook aan een inhaalbeweging bezig en wordt er meer en meer aandacht geschonken aan deze problemen. Men kan zowel spreken van mannelijke als van vrouwelijke seksuele stoornissen. Vrouwelijke seksuele dysfuncties kunnen onderverdeeld worden in problemen van verlangens, opwinding, orgasme en seksuele pijn. Op stages, in de literatuur en in de media heb ik gemerkt dat men zich vooral focust op fertiliteitsproblemen, een verminderd libido en anorgasmie. In dit eindwerk ligt de nadruk op vaginisme, dit behoort tot de groep van seksuele pijnstoornissen. Vaginisme is het telkens terugkerend of hardnekkig onvrijwillig samentrekken van de perineale spieren in het buitenste derde van de vagina, wanneer men tracht met penis, vinger, tampon of speculum tot penetratie te komen. (American Psychiatric Association, 2000)

De aanleiding om voor dit onderwerp te kiezen, was het verhaal van een medestudent. Zij vertelde dat ze een vrouw met vaginisme tijdens de bevalling begeleidde. De vrouw had persweeën en begon mee te persen. Wanneer het hoofdje van de baby zich in het geboortekanaal bevond, panikeerde de vrouw en durfde ze niet meer mee te persen. Toen de studente me dan vertelde dat iedereen tegen de vrouw begon te schreeuwen dat ze moest persen en dat het kindje moest gereanimeerd worden, stond ik toch even versteld. Ik ken natuurlijk niet het hele verhaal, maar ik vroeg me af of er iets in de begeleiding tijdens de zwangerschap en de bevalling kon veranderd worden zodat mevrouw niet zo had gepanikeerd. Als vroedkundige in opleiding stelde ik me dan ook de vraag hoe deze mensen tot conceptie kwamen, wanneer penetratie niet mogelijk was. Ik ben eerst begonnen met een literatuurstudie te maken, zodat ik wist welke wetenschappelijke informatie er te vinden is over vaginisme en zwangerschap. Zo heb ik gemerkt dat de oorzaken en de behandeling de meest besproken aspecten zijn van vaginisme. Vervolgens werd er een brochure ‘Vaginisme en zwangerschap: een onbevleete ontvangenis?’ opgesteld voor vroedvrouwen, die in contact komen met vaginistische vrouwen.

2 PROBLEEMSTELLING

Over vaginisme is er in de literatuur veel te vinden. De basisstrategieën en methoden voor het vaststellen en behandelen van vaginisme werden al voorgesteld in de vroege twintigste eeuw en zijn in essentie nog niet veel veranderd. Over de oorzaken van vaginisme is men vaak van mening veranderd doorheen de jaren, maar de oorzaken zijn nooit empirisch bewezen. Toen ik mijn zoektocht begon dacht ik veel te vinden over vaginisme tijdens de zwangerschap en de geboorte. Ik ga er vanuit dat ook vrouwen met vaginisme een kindervens hebben. Ik kan me voorstellen dat een vrouw die vaginisme heeft de geboorte van haar kind anders beleeft dan een vrouw zonder vaginisme. Ik begon mijn zoektocht dan ook doorheen het aanbod van artikels, en hieruit moest ik concluderen dat hierover niet veel geweten is. Zoals eerder gezegd wordt er veel geschreven over de diagnose, de oorzaken en de behandeling van vaginisme. Over vaginisme tijdens zwangerschap en geboorte is er nog maar weinig evidence gepubliceerd. Voor de literatuurstudie heb ik me dan ook toegelegd op de vraag wat de rol is van pijn tijdens het seksueel contact. Zo weet ik toch al meer over een belangrijk aspect, pijn, dat ook voorkomt bij de geboorte. Ook heb ik me verdiept in welke spieren juist samentrekken tijdens de vaginistische reactie. Dit zou ons ook meer informatie kunnen geven voor bij de geboorte.

2.1 SITUERING

Over de incidentie van vaginisme is niet veel geweten. Read, King en Watson (1997) spreken van een prevalentie van 30% in de eerste lijnszorg. Een ander onderzoek geeft dan weer aan dat 10-20% van de vrouwen die professionele hulp zoekt voor een seksueel probleem, lijdt aan vaginisme. (Schnyder, Schnyder-Lüthi, Ballinari en Blaser, 1998) Toch hangt er nog altijd een taboesfeer rond dit onderwerp en dit zorgt er dan ook voor dat vrouwen niet snel overgaan tot professionele hulp. (Read et al., 1997) Ook wordt er vaak bij de diagnose geen verschil gemaakt tussen vaginisme, dyspareunie¹ en andere genitale pijn. Dit is wel noodzakelijk om tot een goede behandeling te komen.

2.2 VRAAGSTELLING BIJ LITERATUURSTUDIE

- Wat zijn de soorten vaginisme?
- Wat zijn de oorzaken?
- Waaruit bestaat de behandeling?
- Wat is de rol van pijn tijdens seksueel contact?
- Welke spieren trekken juist samen en wanneer?

3 LITERATUURSTUDIE

3.1 WAT ZIJN DE SOORTEN VAGINISME?

Vaginisme kan opgedeeld worden via drie verschillende criteria. Men kan vaginisme verdelen op basis van de graad van het vaginisme. De eerste graad van vaginisme is de

¹ Dyspareunie = persisterende genitale pijn gedurende geslachtsgemeenschap. (Coelho, 1997)

minst ernstige vorm en is het samentrekken van de m. levator ani², dat verdwijnt wanneer de patiënt is gerustgesteld. De tweede graad houdt in dat de m. levator ani samentrekt en dat dit wordt behouden gedurende het gynaecologische onderzoek. Vervolgens is er de derde graad waarbij de m. levator ani en de bilspier zich opspannen bij elke poging tot gynaecologisch onderzoek. Tenslotte heeft men de vierde en meest ernstige graad, de m. levator ani trekt samen, er ontstaat een milde neuronvegetatieve waarneming en de patiënte ontwikkelt een verdedigingmechanisme en trekt zich terug. (Ghazizadeh, Nikzad, 2004, Lamont, 1978)

Er is nog een tweede manier volgens Ghazizadeh et al. (2004) en Philips (2002) om vaginisme op te delen. Eerst en vooral is er het globaal vaginisme waarbij de vrouw niets in haar vagina kan inbrengen. Hier tegenover staat situationeel vaginisme, de vrouw kan hierbij wel een tampon en een vaginaal onderzoek ondergaan, maar kan geen seksuele gemeenschap hebben.

Een laatste indeling die naar voor wordt gebracht is het totaal en partieel vaginisme. Totaal vaginisme houdt in dat penetratie onmogelijk is en dat de vrouw ernstige brandende pijn heeft. Partieel vaginisme houdt in dat de vrouw enkel ernstig brandende pijn heeft bij seksueel contact. (Wijma, Jansson, Nilsson, Hallböök, Wijma, 2000)

3.2 WAT ZIJN DE OORZAKEN?

Vaginisme kan zich ontwikkelen door het verkrijgen van foute informatie, onwetendheid en zich schuldig voelen over seks. De seksuele schuldgevoelens zijn het gevolg van dieper liggende seksuele conflicten, leidend tot angst voor straffen en een sterk verdedigingsmechanisme. De foute informatie en onwetendheid zijn vaak te wijten aan de opvoeding, die al dan niet gebaseerd is op een orthodoxe religie. Ook banale, kleine pijnervaringen bijvoorbeeld het plaatsen van zepillen, kunnen volgens Reissing et al. (1999) en Shafik et al. (2002) de angst doen ontstaan waardoor de patiënt vaak in een vicieuze cirkel terechtkomt van angst en pijn. Ook het onderzoek van Philips (2000) bevestigt deze bevinding.

Verscheidene fysiologische pathologieën kunnen vaginisme in de hand werken. Dit zijn bijvoorbeeld abnormaliteiten van het hymen³, congenitale abnormaliteiten (bekken teveel naar voor gekanteld), operaties aan de vagina, endometriose⁴, vaginale letsels, littekenweefsel en tumoren (Reissing et al., 1999) Ook elk medisch probleem dat dyspareunie geeft kan resulteren in vaginisme. Daarom kan het belangrijk zijn een gynaecologisch onderzoek uit te voeren, onder algemene verdoving om deze pathologieën uit te sluiten. (Shafik et al., 2002)

² M. Levator ani is samengesteld uit verschillende delen: m. pubovaginalis, m. puborectalis, m. pubococcygeus, m. iliococcygeus en m. ischiococcygeus. M. pubovaginalis en puborectalis veroorzaken bij contractie een constrictie van het rectum en de vagina. Samen met m. pubococcygeus vormen ze een musculair diafragma dat de bekkeninhoud ondersteunt en meewerkt aan de buikpers. Naast deze functies helpen deze spieren ook bij de constrictie van de vagina tijdens coïtus, bevalling, mictie en defecatie. M. puborectalis werkt als aarsheffer en is essentieel voor de anale continentie. M. iliococcygeus drukt de rectumwand van buiten naar binnen samen en brengt ook de achterwand nader bij de voorwand. Deze spier is dus eerder een sfincter. (Loones, 2003)

³ Hymen= maagdenvlies (Coelho, 1997)

⁴ Endometriose zijn goedaardige woekeringen van functionerend baarmoederslijmvlies, al of niet vergezeld van glad spierweefsel op plaatsen waar het normaliter niet voorkomt. (Coelho, 1997)

Seksueel misbruik wordt volgens Reissing et al.(1999) beschouwd als de minst belangrijke oorzaak. Philips (2000) vindt dit dan weer een belangrijke oorzaak, niet enkel bij vaginisme maar bij veel verschillende seksuele dysfuncties.

De partner van de vrouw kan ook bijdragen tot het probleem van vaginisme. Men denkt hier vooral aan incompetent en angstige, te brave mannen. Deze mannen gedragen zich meestal passief en niet assertief genoeg. Vrouwen nemen vaak een partner als deze, als reactie op de dominante vader van in hun kindertijd. Dit maakt een normale seksuele relatie onmogelijk. (Reissing et al., 1999)

Er blijkt een basisovereenkomst te zijn, dat vaginisme een psychopathologische stoornis is met fobische elementen, die het resultaat zijn van actuele of ingebeelde negatieve ervaringen met seksualiteit of penetratie. Reissing et al.(1999) en Yitzchak, Khalifé (2004) concluderen dat de onvrijwillige bekkenspier samentrekkingen deel kunnen uitmaken van een algemeen verdedigingsmechanisme als antwoord op een bedreigende situatie.

3.3 WAARUIT BESTAAT DE BEHANDELING?

De behandeling van de onderliggende oorzaken is fundamenteel, maar zoals in chronische pijn aandoeningen zijn therapie en pijncontrole gerichte oefeningen essentieel. (Philips, 2000) De basistherapie bestaat uit drie pijlers die er op gericht zijn het onvrijwillig samentrekken van de vaginale spieren te verminderen of te laten verdwijnen.

De eerste stap bestaat er in de patiënte tijdens een onderzoek de spieren te laten samentrekken en opspannen rond de vinger die wordt ingebracht door de arts of patiënte zelf. Zo wordt progressieve spierrelaxatie aangeleerd. (Reissing et al., 2004, Shafik et al., 2002, Schnyder et al., 1998, Wijma et al., 2000, Ghazizadeh et al., 2004) Deze oefeningen noemt men doorgaans de kegeloefeningen. Vrouwen met vaginisme kunnen ook vaginale dilatatie bereiken door gebruik te maken van de commerciële dilatators of tampons met een verhoogde diameter en deze twee maal per dag 15 minuten in te brengen. Wanneer de patiënt uiteindelijk een dilatator, met vergelijkende grootte kan inbrengen, kan penetratie dor de partner mogelijk plaatsvinden. (Philips, 2000)

De tweede stap houdt vooral informatie en educatie in. Hiermee wil men vooral de kennis en gedachten van de vaginistische vrouwen over seksualiteit, veranderen en laten blijken dat het een natuurlijke, normale activiteit is. (Reissing et al., 2004, Shafik et al., 2002)

De derde en laatste pijler bestaat uit het elimineren van geassocieerde psychologische problemen zoals bijvoorbeeld fobische elementen, negatieve conditionering, schuldgevoelens en angst voor pijn. Dit gebeurt dan via psychotherapie of sekstherapie. (Reissing et al., 2004, Wijma et al., 2000)

Bij onbehandelbaar vaginisme, wanneer conventionele therapieën hebben gefaald, kan locale injectie van botulinum toxine⁵ aangeraden worden. Het verlamt de spieren door het vrijkomen van acetylcholine te blokkeren. De omvang van de verlamming hangt af van de hoeveelheid toxine die er wordt gebruikt. De neuromusculaire blokkade is permanent. In het onderzoek van Ghazizadeh et al. (2004) had deze behandeling bij 95.8% van de patiënten een positieve uitkomst. Ook Reissing et al. (1999) en Shafik et al. (2002) vonden dit een geschikte therapie.

⁵ Botulinum toxine is meer bekend onder de naam Botox®.

Verder gebruik van medicatie houdt in dat de patiënten verdovende crèmes, glijmiddelen, propranolol⁶ en alprazolam⁷ gebruiken. Dit heeft als effect dat de angst vermindert en is effectief gebleken, maar 10% van de behandelde patiënten reageert hier niet op. (Ghazizadeh et al., 2004)

3.4 WAT IS DE ROL VAN DE PIJN TIJDENS SEKSUEEL CONTACT?

Het is niet altijd duidelijk wat juist de hinder is bij de coïtus. Is het nu de fysieke barrière die wordt gevormd door ernstige spiersamentrekkingen of is het de verwachting en/of voelen van de pijn? (Reissing et al., 1999) Belangrijk is de oorzaak en/of gevolg relatie van pijn in vaginisme te bepalen. Is de pijn het resultaat van het samentrekken van de spieren of is de pijn secundair aan een factor, die niet de samentrekking van de spieren is? (Reissing et al., 1999)

In het stellen van de diagnose wordt er tot op heden geen rekening mee gehouden, dat pijn een criteria kan zijn voor vaginisme. (American Psychiatric Association, 2000) Toch blijkt uit het onderzoek van Reissing et al. (1999) dat pijn een groot deel van de ervaring van vaginisme inneemt. Er wordt echter ook geen onderscheid gemaakt tussen ongemak en pijn, alsook geen onderscheid gemaakt tussen pijn die het waarschijnlijk moeilijk maakt coïtus te kunnen hebben en pijn die het echt onmogelijk maakt gemeenschap te hebben.

Reissing et al.(1999) menen ook dat de pijn die geassocieerd wordt met een poging tot penetratie, de seksuele betrekkingen belemmert van de vrouw, en dat het niet de pijn is die wordt geassocieerd met de vermeende vaginale samentrekkingen. Ook Wijma et al.(2000), die vaginisme hebben onderzocht via een case report, kunnen concluderen dat de patiënte de brandende pijn als een geconditioneerd antwoord zag op de penetratie of de gedachte eraan.

3.5 WELKE SPIEREN TREKKEN JUIST SAMEN EN WANNEER?

In de literatuur zijn al veel verschillende stellingen weergegeven over welke spieren nu juist een aandeel hebben in vaginisme. De spieren die worden beschreven zijn: de spieren van het buitenste derde van de vagina, de circumvaginale en perivaginale spieren, de bekkenbodemspieren, de perineale spieren en dan meer gespecificeerd de m. bulbocavernosus⁸, m. levator ani en/of m. pubococcygeus⁹. (Reissing et al., 1999) Deze laatste drie spieren worden ook door Shafik et al. (2002) aangeduid als diegenen waar er meer activiteit is bij vaginistische vrouwen dan bij vrouwen zonder vaginisme. Ook Ghazizadeh et al. (2004) beschrijven de spieren die een rol spelen in vaginisme als de bekkenbodemspieren en perineale spieren. Zij vermelden wel dat in sommige gevallen van vaginisme de rest abdominis en de gluteus spieren ook samentrekken.

⁶ Propranolol behoort tot de groep van de geneesmiddelen die men bètablokkers noemt. Het verlaagt de bloeddruk, vertraagt de hartslag en verminderd de zuurstofbehoefte van het hart. Hier wordt het vooral gebruikt voor de extreme angstgevoelens en gespannenheid. (Wetenschappelijk instituut van Nederlandse apothekers (2006, april) *Propranolol*. Geraadpleegd op 20 april 2006, <http://www.apotheek.nl/templates/geneesmiddelen/contentmedicijnfarm.asp?medicijnID=94&merknaam=true>)

⁷ Alprazolam is een kalmeringsmiddel dat beter bekend is onder de naam Xanax®. Het remt bepaalde prikkels af inde hersenen en hierdoor nemen gevoelens van angst, spanning en rusteloosheid af. De spieren gaan zich minder opspannen. (Service apotheek (2006) *Alprazolam*. Geraadpleegd op 20 april 2006, www.serviceapotheek.nl/index.asp)

⁸De m. bulbocavernosus zorgt voor de afsluiting van de vaginale opening; trekt ritmisch samen tijdens het orgasme van de vrouw en de voorste vezels staan in voor de erectie van de clitoris, deze zorgen voor de compressie van de diepe dorsale vene.(Loones, 2003)

⁹ De m. pubococcygeus vormt samen met de m. pubovaginalis en puborectalis een musculair diafragma dat de bekkeninhoud ondersteunt en meewerkt aan de buikpers. (Loones, 2003)

Wanneer spieren juist opspannen verschilt bij vele vrouwen. Uit het onderzoek van Shafik et al. (2002) is gebleken dat bij de meerderheid van de patiënten, de spieren zich al opspannen wanneer de onderzoeker de perineale streek aanraakt met de dilatator. Bij andere patiënten kwam het vaginisme alleen de kop opsteken wanneer de dilatator in de vagina werd gebracht. Wanneer men in de buurt van de vagina kwam met een dilatator, maar de vaginale streek niet aanraakte bleven de spieren ontspannen, volgens de patiënten zelf. EMG registratie sprak dit echter tegen. Het toonde aan dat de vrouwen hun spieren wel opspannen tijdens de rust pauzes. Dit zou het gevolg kunnen zijn van een verhoogde reflex activiteit. Deze gestoorde reflex activiteit zou neuropathologisch zijn. Reissing et al.(2002) deden een soortgelijk onderzoek. Zij namen twee groepen van patiënten, een met vaginisme, de ander zonder vaginisme, en vergeleken hun reacties op een film. Bij films met een neutrale seksuele boodschap, was er geen verschil tussen de vaginistische vrouwen en de controlegroep. Zij lieten beiden hun spieren ontspannen. Wanneer de film echter bedreigende seksuele situaties liet zien, spanden beiden groepen hun spieren op. Hieruit kan men concluderen dat dit een algemeen verdedigingsmechanisme is op een bedreigende situatie. Ook is uit onderzoek gebleken dat vrouwen met vaginisme dezelfde controle hebben over hun spieren als vrouwen zonder vaginisme.

3.6 DOELSTELLINGEN/ PRAKTISCHE UITWERKING

Na het lezen van de literatuurstudie is het duidelijk dat er niet veel informatie te vinden is over zwangerschap en vaginisme. Een brochure voor zowel patiënten als voor vroedvrouwen is dus aangewezen. Er wordt gekozen voor een informatiebrochure voor vroedvrouwen. Deze brochure kan een eventuele rode draad zijn voor de begeleiding van vaginistische vrouwen tijdens de zwangerschap.

4 METHODOLOGIE

4.1 HOE SCHRIJF IK ZELF EEN INFORMATIEBROCHURE?

Het schrijven van een goed leesbare en begrijpbare brochure is een lange weg en bestaat uit verschillende stappen. Voor de theoretische ontwikkeling van de brochure heeft men zich voornamelijk gebaseerd op het artikel ‘Hoe schrijf ik zelf een folder of brochure’ (Mercx, 2002) en op het draaiboek ‘hoe ga je te werk om een patiënteninformatiebrochure te ontwikkelen’ (Buisse, 2004). Hoewel in dit draaiboek vooral wordt uitgelegd hoe je een brochure kan ontwikkelen voor patiënten, is deze informatie ook nuttig om een brochure te ontwikkelen voor hulpverleners, zoals vroedvrouwen. Ik beschrijf in deze paragraaf beknopt hoe men tot de ontwikkeling van een brochure komt (algemeen). In 4.2. beschrijf ik de eigen gevolgde methodologie.

Stap 1: Eerst wat denkwerk....

Vooraleer men begint met het ontwikkelen van een informatiebrochure, is het van belang om eerst een aantal belangrijke keuzes te maken: is een informatiebrochure wel de beste optie en welke andere mogelijkheden zijn er naast de brochure nog? De persoonlijke doelstellingen, de doelgroep, de gewenste inhoud en reeds de bestaand informatie over het onderwerp moeten mee bepalen welke keuze uiteindelijk gemaakt zal worden.

Stap 2: Kiezen voor een brochure

Een brochure als voorlichtingsmateriaal is geschikt om kennis van de doelgroep te verhogen en om de doelgroep enkele vaardigheden te leren. Een brochure heeft echter ook zijn nadelen. Hieronder volgt een kort overzicht van de voor- en nadelen van een brochure.

Voordelen van het gebruik van een brochure:

- Brochures zijn het leermiddel bij uitstek om kennis, ideeën en informatie over te brengen.
- Ze zijn handig van formaat en gebruiksvriendelijk.
- Men kan de brochures gemakkelijk bewaren en ze kunnen dienen als ondersteuning wanneer men aan iemand uitleg geeft. Doordat men de brochure kan bewaren kan men er ook altijd naar terug grijpen.

Nadelen van het gebruik van een brochure:

- Brochures zijn enkel effectief indien zij inderdaad gelezen en begrepen worden.
- Brochures geraken snel in de vergeethoek .

Stap 3: Verschillende fasen in het ontwikkelen van de brochure.

Fase 1: een multidisciplinaire werkgroep samenstellen

Bij het opstellen van een brochure is het belangrijk niet op solotoer te gaan. Men kan best een tijdelijke werkgroep samenstellen, waarin de direct betrokken disciplines vertegenwoordigd zijn. Het werk kan zo beter verdeeld worden en een enkeling wordt daardoor ook minder kwetsbaar. Ook worden er verschillende visies samengebracht.

Fase 2: Het ontwerpen van een informatiebrochure

- Bestaande brochures selecteren
Er moet zowel extern als interne op zoek gegaan worden naar nuttige documentatie. Alle informatie dient kritisch gelezen te worden, rekening houdend verschillende factoren zoals bijvoorbeeld commerciële belangen, inhoudelijke nuances, relevantie van de doelgroep,....
- Een basisschema voor een informatiebrochure kan uit volgende rubrieken bestaan:
 - ↗ Praktische informatie
 - ↗ Medische-technische informatie
 - ↗ Verder leefregels
 - ↗ Contact met medewerkers
 - ↗ Aanvullende informatie
- Schrijfadviezen voor een goede tekst
Criteria voor een goed leesbare brochure zijn:
 - ↗ Overzichtelijkheid d.m.v. stapsgewijze informatie; logische volgorde onderwerpen,...
 - ↗ Eenvoud d.m.v. korte woorden, korte zinnen, geen vakjargon bij patiënten...
 - ↗ Aantrekkelijkheid d.m.v. kleur, vlot leesbaar lettertype, schema's, foto's.

Fase 3: Pretesten

Men kan aan de multidisciplinaire werkgroep en anderen (vroedvrouwen, patiënten, artsen) vragen om de brochure kritisch te lezen en constructieve feedback te geven. Men kan dit doen aan de hand van een aantal gerichte vragen in een checklist.

Fase 4: Productie

Het vragen van een drukproef is belangrijk; zo kunnen later nog aanpassingen aangebracht kunnen worden. Hierna kan men dan aan de echte productie beginnen. Zorg ervoor dat er altijd genoeg brochures aanwezig zijn.

Fase 5: Post-testen

Het onderzoek naar het effect van de brochure is moeilijk en misschien tijdrovend maar is steeds de moeite waard. Enkele basisvragen moeten beantwoord worden:

- ↗ is de doelgroep duidelijk?
- ↗ Is de inhoud afgestemd op de doelgroep?
- ↗ In de inhoud helder en ondubbelzinnig?
- ↗ ...

Fase 6: Herwerken van de brochure

De brochure moet nu en dan aangepast worden. De uitgebrachte versie moet dus steeds gedateerd worden en de coördinaten van de schrijver en/of contactpersoon moeten duidelijk vermeld worden.

(Mercx, 2002; Buysse, 2004)

4.2 EIGEN AANPAK

Hieronder kan u een samenvatting lezen van het denkproces en de verschillende stappen die gevolgd werden.

Stap 1: Eerst wat denkwerk....

Wat zijn de persoonlijke doelstellingen?

De persoonlijke doelstelling is het overbrengen van de kennis en informatie die vergaard werd door middel van het opzoeken van literatuur en het maken van de literatuurstudie. Daarbij was het van belang uitdrukkelijk de opgedane kennis te vertalen naar de vroedkundige praktijk. In het begin was er wat twijfel over hoe we deze kennis op een goede manier konden overbrengen. Als eerste was er de keuze tussen het maken van een GVO-les of het maken van een brochure en als tweede moest de doelgroep bepaald worden: hulpverleners of zwangeren. In samenspraak met de promotor is er uiteindelijk beslist geweest om een brochure samen te stellen naar vroedvrouwen toe.

Bestaat er reeds informatie over het onderwerp?

Er werd getracht om zoveel mogelijk van de reeds bestaande informatie op te zoeken. Men kon besluiten dat er nog geen brochures over zwangerschap en vaginisme bestaan. Over de twee onderwerpen afzonderlijk werd wel veel informatie gevonden, zowel brochures als internetsites, wetenschappelijke artikels als boeken.

Voor wie is de informatie bedoeld?

We zijn binnen het bestek van dit eindwerk geen brochures op het spoor gekomen ivm zwangerschap en vaginisme tot bijna geen brochures ontwikkeld zijn i.v.m. vaginisme tijdens zwangerschap, bevalling en post partum, is de informatie bedoeld voor hulpverleners die met vaginistische vrouwen in contact komen. Er werd geopteerd om de brochure in de eerste plaats te richten naar vroedvrouwen, omdat zij in deze fasen met deze vrouwen in contact kunnen komen.

Welke verschillende mogelijkheden zijn er om de persoonlijke doelstelling te bereiken? Welke mogelijkheid is de beste optie?

De persoonlijke doelstelling kan zowel door het geven van de GVO-les als door het maken van een brochure bereikt worden. Het maken van een brochure leek in dit geval de beste oplossing. Op die manier kan er uitgebreide informatieoverdracht plaatsvinden en de informatie kan door de desbetreffende personen op eigen tempo gelezen en verwerkt worden. Verder kan een brochure ook steeds dienen als naslagwerk en als begeleidend materiaal bij het geven van een gezondheidsvoorlichting aan patiënten.

Welke adviezen en informatie wenst men mee te geven aan de groep?

Eerst wenst men in de brochure de term ‘vaginisme’ uit te leggen en te verbinden met conceptie en kindervens. Vervolgens wordt er aangegeven hoe men de vrouw best kan begeleiden tijdens zwangerschap, gynaecologisch onderzoek, arbeid en bevalling en het postpartum. De brochure wordt afgerond met hoe men zich als hulpverlener kan opstellen tegenover de vrouw en haar partner.

Stap 2: Een multidisciplinaire groep samenstellen

Er werd besloten om geen multidisciplinaire werkgroep samen te stellen. Ik werk voor dit eindwerk samen met mijn promotor en co-promotor, die beiden seksuoloog van opleiding zijn. Vooral mijn co-promotor komt veel in contact met mensen met vaginisme en kon veel tips geven over de begeleiding van personen met vaginisme. Verder keek ook de promotor er steeds op toe dat de belangrijkste aspecten van vaginisme en zwangerschap werden verwerkt in de brochure. Een consensus over inhoud en taalgebruik werd dus steeds bereikt in samenspraak met de promotor en co-promotor en dit tijdens meerdere bijeenkomsten of via emailcorrespondentie.

Stap 3: Het ontwerpen van de brochure

Bestaande brochures selecteren

Er zijn op heden nog geen brochures die handelen over vaginisme tijdens zwangerschap en bevalling. De eigen literatuurstudie 'Vaginisme', gebaseerd op verschillende wetenschappelijke artikels, werd als basis gebruikt voor het opstellen van de brochure.

Checklist voor de inhoud van de brochure

Er werd getracht om de inhoud als volgt te ordenen:

- Inleiding
- Vaginisme
- Vaginisme en kinderwens
- Zwangerschap
- Rol en houding van de vroedvrouw

Schrijfadviezen voor een goede tekst

Men heeft geprobeerd de informatie zo duidelijk en overzichtelijk mogelijk weer te geven. Dit gebeurt aan de hand van titels en subtitels. Deze titels geven goed de inhoud van het volgende onderwerp aan. Aandachtspunten werden extra in de kijker gezet door kleur en grootte.

Stap 4: de pretesten

Na het samenstellen van een voorontwerp van de brochure, werd in overeenkomst met promotor en copromotor besloten een brochure te maken hoofdzakelijk gericht op zwangerschap. Na het aanpassen van de brochure, werd een groep van 20 vroedvrouwen samengesteld, aan wie gevraagd werd om de brochure kritisch door te lezen en constructieve feedback te geven. Deze feedback kon genoteerd worden op een vooraf opgestelde vragenlijst, bestaande uit vier korte vragen. (bijlage 1) Ook de promotor en copromotor lazen de brochure nogmaals door. De antwoorden van de vroedvrouwen kwamen in het begin niet vlot binnen. Er werd dan een herinneringsmail gestuurd. Drie vroedvrouwen stuurden hun feedback terug.(bijlage 2) Na alle feedback te hebben verzameld werd de brochure nog eens aangepast.

Stap5: Productie

Na nog enkele aanpassingen aangebracht te hebben aan de brochure, werd een drukproef uitgevoerd. Nadien kon de definitieve versie in enkele exemplaren verspreid worden.

Stap 6: Post-testen

Volgende aspecten werden even overlopen, alvorens de brochure uitgeprint werd:

☞ Wordt voldoende duidelijk gemaakt van wie de informatie uitgaat?

In het begin van de brochure staat vermeld dat de brochure een afstudeerproject is van Leen Trappeniers

☞ Is de brochure helder en overzichtelijk?

Er werd getracht om de brochure zo helder en overzichtelijk mogelijk te maken.

☞ Is de inhoud afgestemd op de doelgroep?

De brochure bevat zoveel mogelijk specifiek informatie voor vroedvrouwen.

Stap 7: Herwerken van de brochure

Er wordt gestreefd naar het regelmatig aanpassen van de brochure, zodat ze up-to-date blijft.

5 RESULTATEN

5.1 BROCHURE: ‘VAGINISME EN ZWANGERSCHAP: EEN ONBEVLEKTE ONTVANGENIS?’

5.1.1 INLEIDING

“Ik heb aan mijn vroedvrouw uitgelegd hoe het zat bij mij: ‘geen inwendig onderzoek, we zien het vanzelf wel als het eruit komt.’ Dat heeft ze geaccepteerd, ze heeft gewoon gewacht tot ik persdrang had. Ik lag met mijn ogen dicht en mijn vroedvrouw zei: ‘kijk, het hoofdje is er al uit.’ Ik dacht: ‘maak dat de kat wijs.’ Toen keek ik en ja hoor, daar kwam hij al.

Bij de tweede ging het jammer genoeg een beetje anders. Die kwam een maand te vroeg en op zondag. Mijn vroedvrouw was er niet, antwoordapparaat. Weekendarts gebeld en die zei: ‘ik moet je even onderzoeken, want ik wil weten of je al begonnen bent, je bent een maand te vroeg.’ Toen heb ik gejankt. Hij deed twee vingers naar binnen: ‘ja u bent begonnen.’ Ik zei tegen die man: ‘ik lig hier te janken omdat u twee vingers naar binnen doet en ik heb een jaar geleden een kind gekregen zonder ook maar “au” te zeggen.”

Uit Van Gils, C., Bezemer, W., (1994). *De gesloten vrouw*. (zevende druk)
Amsterdam: Anthos

Uit deze situatie blijkt dat het gedrag van vroedvrouwen en artsen een grote rol speelt bij de beleving van zwangerschap en geboorte bij vrouwen. Bij vrouwen die met vaginisme kampen is dit aspect nog veel belangrijker. Deze brochure is dan ook bedoeld als leidraad voor vroedvrouwen die in contact komen met vaginistische vrouwen. In deze brochure wordt eerst vaginisme kort uitgelegd, vervolgens wordt de kinderwens bij deze koppels besproken. Hierna volgt een diepere kijk op vaginisme en zwangerschap en men en tenslotte bespreken we de rol en houding van de zorgverlener.

5.1.2 VAGINISME

‘Ik wil wel gemeenschap, we proberen het ook, telkens weer maar het lukt niet. Ik heb het gevoel dat de penis er niet in kan.’ Dit kan een uitspraak zijn van één van jouw patiënten. Deze patiënt kan vaginistisch zijn of vaginistisch reageren.

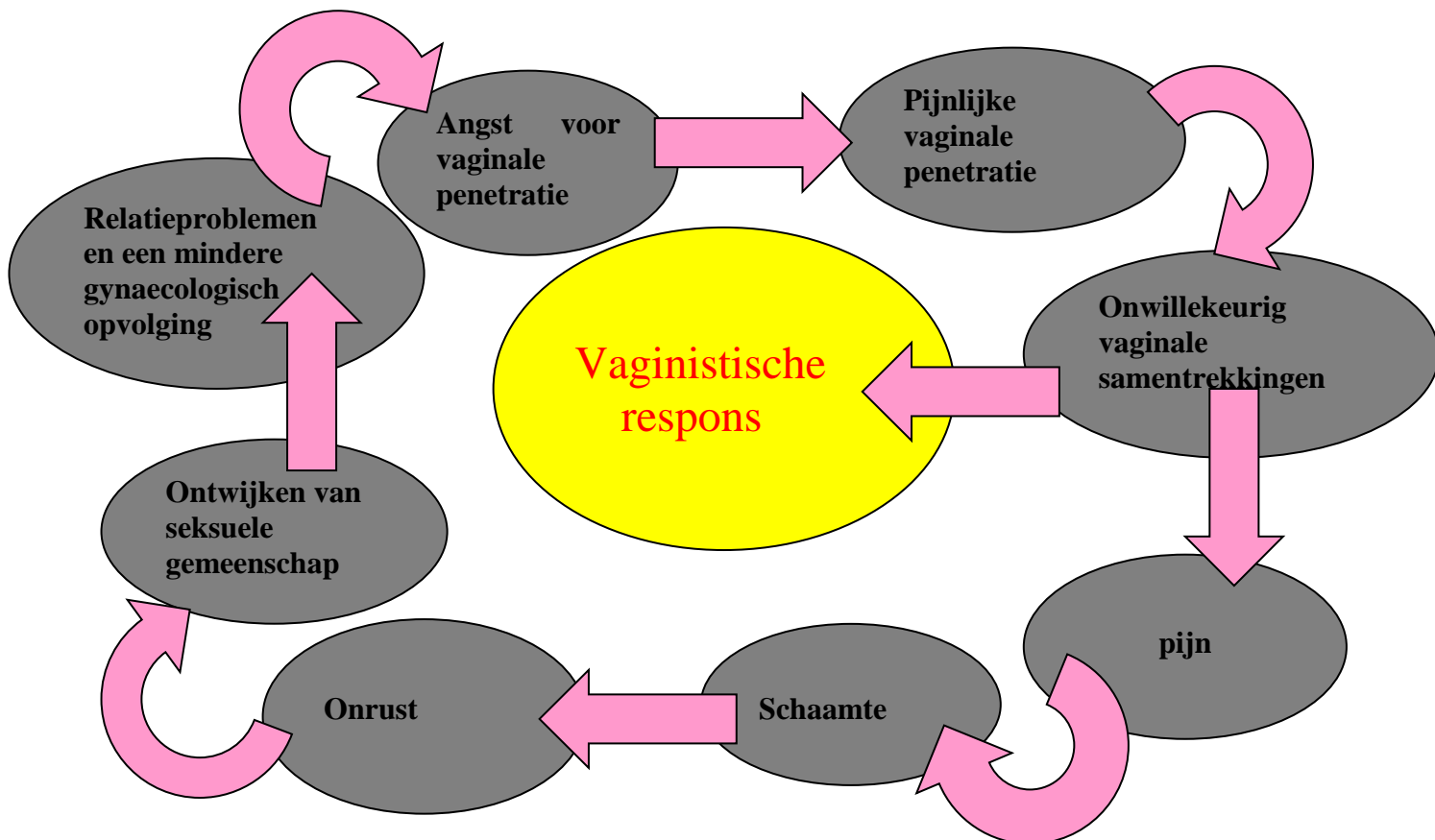
Vaginisme is het onwillekeurig samentrekken van de spieren van de bekkenbodem wanneer iets de vagina nadert of wanneer de vagina wordt aangeraakt. Spieren rondom de vagina spannen, maar ook de bovenbeen-, de buik- en bilspieren. Vaak komen onderbenen, rug en nek daar ook bij.

Oorzaken van vaginisme:

- Foute informatie gekregen tijdens opvoeding (orthodoxe religie)
- Onwetendheid
- Zich schuldig voelen over seks
- Kleine pijnvaringen
- Fysieke of fysiologische pathologie(ën)
- Seksueel misbruik

Vaginisme valt op te delen in globaal en situationeel vaginisme. Eerst en vooral is er het globaal vaginisme waarbij de vrouw niets in haar vagina kan inbrengen. Hier tegenover staat situationeel vaginisme, vaginisme in een bepaalde situatie, vaak is dit bv. enkel bij seksuele gemeenschap. Een tampon inbrengen en vaginaal onderzoek zijn dan wel mogelijk.

Door de reactie van de spieren ontstaat er een vicieuze cirkel:



Bron: Butcher, J., (1999), ABC of sexual health, Female sexual problems II: sexual pain and sexual fears, *BMJ*, 318, 110– 112.

5.1.3 VAGINISME EN KINDERWENS

Vroeger en soms ook nog vandaag wordt nog gedacht dat vagijnistische vrouwen geen kinderen willen. Niets is minder waar. Ook hulpverleners denken dit wel eens. Dit kan voor problemen zorgen wanneer een vrouw hulp komt zoeken bij jou omdat ze aan kinderen wil beginnen. De vrouw kan zich schuldig voelen, want tussen de regels door wordt haar aangewreven dat ze wel zegt dat ze kinderen wil, maar dat dit helemaal niet waar is. Met andere woorden dat ze haar man voor de gek houdt. Dit kan voor moeilijkheden zorgen tussen het koppel. Het vaginisme gaat nu nog een grotere rol spelen tussen het koppel dan in het begin. De hele toekomst, van vrouw én man, de gezinsvorming is er nu mee verbonden.

De volgende vraag die dan bij velen opkomt: hoe geraken zij dan zwanger?

Vooreerst kan men aangeven dat deze vrouwen, alvorens ze een heel dringende kinderwens hebben, best eerst contact opnemen met een seksuoloog of gespecialiseerde kinesitherapeut. De bekkenbodemspierbehandeling heeft bij puur lichamelijk vaginisme vaak een heel gunstige prognose en heeft als doel vaginale coïtus mogelijk te maken. Zo wordt het koppel de kans gegeven om toch op een natuurlijke manier zwanger te raken. Als de vrouw echter aangeeft, dat dit om één of andere reden niet binnen haar mogelijkheden ligt, kan men overgaan tot de ZIE-techniek. Hier bestaan vele variaties op. De techniek wordt aangepast naargelang de wensen van het koppel.

Als vroedvrouw is het belangrijk dat men de koppels vertelt dat ze niet onmiddellijk teleurgesteld moeten zijn, wanneer ze de procedure enkele maanden moeten herhalen vooraleer ze zwanger zijn aren die wel gemeenschap hebben moeten vaak ook langer dan een jaar werken aan hun zwangerschap.

De ZIE techniek (Zelf Inseminatie met Eigen Zaad) of Bedside Insemination gebeurt door met behulp van een spuitje het sperma van de man in de vagina van de vrouw binnen te brengen. De vrouw leert haar ovulatie te detecteren (via mucus- of temperatuurmethode, LH-thuis-urine test,...). De man dient enkele dagen onthouding toe te passen voor inseminatie. Hij vangt het sperma op in een niet met zeep afgewassen glazen potje. Nadat dit sperma zo'n 10-15 minuten bij kamertemperatuur is vervloeid, kan het worden opgezogen in een plastic injectiespuitje van 2, 5 of 10 cc zonder naald. Het spuitje wordt best zo diep mogelijk door de vrouw zelf of haar partner ingebracht in de vagina (maar er is zeker ook kans op bevruchting bij een minder diepe intromissie). De vrouw blijft na zelfinseminatie een korte tijd liggen met een kussen onder zich. Al naar gelang de gebruikte ovulatiedetectie-methode dient deze behandeling een aantal keer per cyclus van de vrouw te gebeuren. Dit is een techniek die kan overwogen worden bij heel sterke kinderwens waarbij een natuurlijke bevruchting (coïtus) onmogelijk is.

Vaak wordt op het spuitje ook een slangetje aangezet zodat de vrouw het sperma makkelijker kan insemineren.

Men kan het sperma ook met de vingers inbrengen tussen de binnenste schaamlippen.

Wanneer de partner met de penis tegen de binnenste schaamlippen kan klaarkomen, kan men ook dit proberen als techniek. Het sperma vindt meestal zijn weg naar binnen.

5.1.4 ZWANGERSCHAP

5.1.4.1 DE NOODZAAK VAN INWENDIG/VAGINAAL/GYNAECOLOGISCH ONDERZOEK

Lichamelijk verloopt de zwangerschap niet anders dan bij vrouwen die wel gemeenschap hebben. Vaak lukken lichamelijke onderzoeken tijdens de zwangerschap beter. Gevoelsmatig zijn de onderzoeken ten behoeve van de zwangerschap immers iets heel anders dan het hebben van gemeenschap.

Vaginaal onderzoek wordt vaak systematisch toegepast bij prenatale consultaties in vele Europese landen. De voordelen van deze onderzoeken zijn echter niet bewezen. Bij vrouwen met vaginisme beperkt men deze dan ook tot het minimum, zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de arbeid.

Wanneer men toch beslist om een vaginaal onderzoek te doen (met of zonder speculum) worden volgende aandachtspunten best in het achterhoofd gehouden:

Overloop het gynaecologisch onderzoek met de vrouw.: Neem het kleinste speculum dat je hebt en toon het aan de vrouw. Leg uit hoe het werkt en hoe het wordt ingebracht. Vertel ook welke geluiden ze kan verwachten wanneer je het speculum opent. Je kan vervolgens met je linkerhand een goede vuist maken en het speculum in de vuist duwen. Geef vervolgens de uitleg dat je vuist de opening is van de vagina. Je kan zien dat het speculum niet gemakkelijk ingebracht kan worden omdat de vagina te gespannen is. Vervolgens ontspan je de vuist en laat je het speculum in de vuist glijden. Dit kan ervoor zorgen dat de vrouw iets meer ontspannen is.

De houding: raad de vrouw aan, haar benen goed op te trekken en naar buiten te laten vallen. Zo kunnen de spieren die samentrekken bij een vaginistische reactie ook minder goed aanspannen. Laat de vrouw haar bekken wat op lichten door een kussentje of haar vuisten onder het bekken te plaatsen.

Goede voorbereiding: wanneer alles klaar ligt, moet de vrouw minder lang wachten. Dit brengt anders alleen maar meer zenuwen en angst met zich mee.

Kies voor het gepaste speculum. Men onderzoekt best eerst manueel en men kan dan een speculum kiezen aan de hand van bevindingen.

Ademhaling van de vrouw: vraag de vrouw om tijdens het onderzoek aandacht te besteden aan de ademhaling. Zo kan zij zich hier op concentreren en denkt ze minder aan de pijn.

Het fysieke contact dat er zou kunnen worden opgebouwd tussen cliënte en vroedvrouw kan in verschillende stappen gebeuren;

- Bv:
- hand van de vroedvrouw op dij van de cliënte
 - hand van de vroedvrouw hoger op bovenbeen
 - hand van de vroedvrouw dicht bij vagina

Een gynaecologisch onderzoek bij vrouwen met vaginisme vraagt meer tijd dan bij een vrouw die wel gemeenschap kan hebben. Hou hier dan ook rekening mee!

Geef volgende tips mee aan de patiënte:

- Vertel aan elke onderzoeker dat je vaginistisch bent
- Wanneer de arts, vroedvrouw of gynaecoloog je probleem bagatelliseert of minder tijd wil nemen, is dit niet de goede persoon voor het onderzoek. Zoek dan een andere arts of vroedvrouw die tijd voor je neemt en je problemen begrijpt.
- Neem de houding aan op de onderzoekstafel waar jij het best bij voelt: in de beensteunen of je knieën opgetrokken.
- Concentreer je op ontspanning over je hele lichaam in de mate van het mogelijke. Let op de buikademhaling en laat de armen en benen hangen.

5.1.4.2 MULTIDISCIPLINARITEIT

Wanneer de vrouw al in therapie is bij een seksuoloog, neemt men best contact op met hem of haar. Zo kunnen enkele vragen beantwoord worden die de zwangere zelf niet kan beantwoorden. Bv. Wat is de graad van bekkenbodemspansing? Zijn er speciale bevindingen bij de vrouw? Wanneer het vaginisme ontstaan is door seksueel misbruik is het

contact met de behandelende seksuoloog onmisbaar. De seksuoloog kan aangeven welke oefeningen de vrouw hiervoor al geleerd heeft en welke informatie nuttig is voor tijdens de arbeid. Wanneer de vrouw niet in behandeling is, kan men contact opnemen met een kinesitherapeut. Deze kan oefeningen aanbieden om de bekkenbodem te ontspannen en te controleren.

5.1.4.3 BEKKENBODEM LEREN ONTSPANNEN

Volgende oefeningen kunnen worden aangegeven om de spieren van de bekkenbodem te leren ontspannen. Het moet warm genoeg zijn en de ademhaling moet best rustig en gelijkmatig zijn. Het is aangewezen om geen knellende kleding te dragen. De oefening 1 of 2 maal per dag uitvoeren is beter dan een half uurtje per week intens te oefenen.

Oefening 1: opduwen van de vagina

Met de oefening kan de vrouw uitzoeken hoe ze precies haar spieren van de bekkenbodem spant en ontspant. Belangrijk is te vermelden dat men deze oefening nooit mag doen wanneer men aan het urineren is. Tijdens de mictie, spant de sluitspier van de blaas zich samen, terwijl de urether ontspant. Wanneer men dit proces te veel herhaalt, kan dit op lange termijn zenuwaantasting veroorzaken bij het urinesysteem, met incontinentie tot gevolg. De patiënt kan deze oefening bijvoorbeeld doen wanneer ze bepaalde muziek hoort of telkens wanneer ze wacht op de bus, niemand merkt het.

Oefening 2: vervolg op oefening 1

Leg aan de patiënt uit dat ze er vanaf nu eens moet opletten hoe de spieren van de geslachtsdelen voelen al je gewone dingen doet zoals lopen, zitten, hardlopen en dansen. Spant ze ze dan op? Raad haar dan aan, dit alles dan ook een keer te doen zonder de bekkenbodemspieren te spannen.

Oefening 3: bekken losmaken

De patiënte legt zich neer op de mat, op de rug met knieën opgetrokken en met de voeten plat op de grond. De vrouw moet nu op en neer gaan met het bekken op de vloer. De patiënte moet al het werk doen met de beenspieren zodat het bekken los en ontspannen is. Het beste is om ook de schouders en borst ontspannen te houden en een regelmatige ademhaling te bereiken.

Oefening 4: bewustwording

Laat de patiënte op de grond liggen met de benen omhoog tegen de muur in een hoek van 90 graden. De billen moeten dus tegen de plint liggen. Als de vrouw een goede houding heeft gevonden, spreid ze de benen zo ver mogelijk, maar zo dat het geen pijn doet. Vertel haar de benen, haar buik, haar billen en haar bekken te ontspannen en rustig te ademen. Als ze dan ontspannen ademhaalt, kan ze voelen dat het gebied rond haar bekken ontspant terwijl ze 'open staat'.

De twee voornaamste behandelingen van vaginisme zijn bekenbodemspiertherapie (kegeltherapie) en oefenen met fantoompjes. De twee therapieën kan je starten tijdens de zwangerschap maar het meest aangewezen is om dit ervoor al te starten. Kegeltherapie richt zich enkel op de algemene controle en versterking van de bekkenbodemspieren en is voor elke vrouw belangrijk tijdens de zwangerschap. Met fantoomoefeningen zorgt men ervoor dat de vaginale opening terug 'ruimer' gemaakt wordt. Deze twee behandelingen worden door seksuologen of gespecialiseerde kinesitherapeuten begeleid.

Deze oefening, in tegenstelling tot de kegeloefeningen, worden niet gebruikt bij niet-vaginistische vrouwen. Het verhoogde risico op irritatie en infecties is natuurlijk best te vermijden tijdens de zwangerschap, aangezien er bij beide therapieën toch telkens iets vaginaal wordt ingebracht.

Vaginismetherapie doet men dus best vóór de zwangerschap en na de bevalling.

Tijdens de zwangerschap kan de klassieke bekkenbodemptherapie gestart worden met specifieke opvolging en zachte aanpak.

5.1.4.4 VOORBEREIDEN OP BEVALLING

Bij prenatale consultaties is continuïteit een belangrijke factor. Een vrouw met vaginisme hecht enorm veel belang aan het vertrouwen dat ze heeft in de vroedvrouw. Dat dezelfde vroedvrouw dan ook altijd de prenatale consultaties doet bij deze vrouw is een aandachtspunt. De vroedvrouw kent de vrouw dan ook en kan dan beter voldoen aan haar noden en wensen.

Het is aan te raden dat het koppel, zeker bij een eerste zwangerschap, prenatale lessen volgt. Deze lessen kunnen meer geruststelling geven over het verloop van de arbeid en geboorte.

Vaginisme zal meestal het geboorteprocess niet beïnvloeden, maar het is daarom niet minder stresserend voor de moeder. Het hormoon relaxine wordt geactiveerd tijdens de vaginale bevalling en hierdoor ontspannen de spieren veel beter. De geboorte wordt meestal als normaal ervaren. Veel vaginistische vrouwen vinden de volgende beschrijving gepast: ‘Van buiten naar binnen is iets heel anders dan van binnen naar buiten’.

Toch kan een vrouw nog angst hebben voor de bevalling, zeker bij een primigravida. Laat de vrouw altijd uitleggen waar ze bang voor is. Vaak zijn vrouwen bang voor de pijn of hebben ze angst dat de bevalling niet normaal kan verlopen. Geef aan dat er voor de pijn verschillende pijnstillingsmethoden zijn zoals epidurale analgesie, de bal, warmwaterkruik, massage,... Veel vrouwen met vaginisme vinden het een grote opluchting te kunnen bevallen met een epidurale, ze kunnen hun perineale en vaginale spieren dan goed ontspannen. Toch is dit niet verplicht voor vaginistische vrouwen! Goede voorlichting en begeleiding van deze vrouwen tijdens arbeid en bevalling zijn erg belangrijk.

Een keizersnede omwille van vaginisme wordt meestal niet gedaan.

Tijdens de arbeid moet er aandacht besteed worden aan het opvangen van de contracties. Vrouwen met vaginisme spannen zich, uit reflex, op wanneer ze pijn voelen. Bij contracties kan dit ook het geval zijn. Wanneer men zich te veel opspant, kan dit voor een langere ontsluitingsfase zorgen. Deze vrouwen dienen dus goede ontspanningsoefeningen te leren bij kinesisten of vroedvrouwen, liefst al tijdens de zwangerschap.

Geef volgende tips mee aan de vrouw:

- Ga angsten voor de geboorteprocess tegen met feiten. Leg je angsten voor aan de vroedvrouw of arts.

- Blijf weg van mensen die het noodzakelijk vinden om hun ‘horror’ geboorte verhalen aan iedereen te vertellen.
- Wanneer pijn een blijvende angst is, vergeet dan niet dat epidurale verdoving aanwezig is en je dit zelf kan kiezen of je dit neemt of niet.
- Behoudt een positieve ingesteldheid: “Vrouwen bevallen elke dag, als zij dit kunnen, kan ik dit ook.”

5.1.4.5 NA DE BEVALLING

Vaginisme lost zich niet op door het uitrekken van de vagina bijvoorbeeld na een geboorte. Onopgelost vaginisme komt meestal terug na de geboorte. Sommige vrouwen ontdekken door de geboorte dat de vagina heel wat meer aan kan dan ze dachten, soms lost deze ontdekking het vaginisme wel op. Wanneer de vrouwen bekkenbodemspieroefeningen doen tijdens hun zwangerschap, kunnen zij wel verbetering zien in het controleren van de bekkenbodemspieren. Hierdoor verminderen soms de symptomen van vaginisme. Andere vrouwen zullen dan weer minder vooruitgang zien na de bevalling.

Soms kan vaginisme worden veroorzaakt door de bevalling. De meeste vrouwen vinden zwangerschap en bevalling een heel natuurlijke zaak en kunnen na verloop van tijd terug pijnvrij vrijen na de bevalling. In sommige gevallen echter, bv. bij een verwonding aan de vagina, is de gemeenschap pijnlijk. De schede is enorm uitgerekt en het perineum kan geknipt of ingescheurd zijn. Hoewel het weefsel van de vagina zich bijzonder snel herstelt, gaat er wel eens iets mis. Een gehechte episiotomie of scheur, een langdurig herstel of ontsteking van het perineum kunnen de cirkel starten van vaginisme. Als bescherming tegen de pijn, gaat de vrouw haar bekkenbodemspieren opspannen. Een scheur kan voorkomen worden door perineummassage. Door het masseren of het gewoon aanbrengen van olie die o.a. tarwekiemolie bevat, wordt het perineum soepeler.

Post-partum kinesitherapie moet bij deze vrouwen zeker gevolgd worden. Deze oefeningen geven meer steun aan de bekkenbodem. Zo krijgt de vrouw ook een betere controle over haar spieren.

5.1.5 ROL EN HOUDING VAN DE VROEDVROUW

KIJK, SPREEK EN COMMUNICEER!

Communicatie is heel belangrijk. Het doel van de communicatie tijdens de begeleiding en onderzoeken is het verminderen van angst en spanning, het geven van informatie en het betrekken van de onderzochte vrouw bij onderzoek.

Wanneer er een handeling wordt gesteld, leg dan altijd uit waarom men dit doet, hoe het gaat verlopen en wat de vrouw kan verwachten. Pijn die wordt verwacht is minder erg dan onverwachte pijn. Als pijn of ongemak worden aangegeven wordt in elk geval even gepauzeerd om de vrouw de gelegenheid te geven om duidelijk te maken wat zij precies voelde; op deze wijze kan de diagnostische betekenis van de pijnsensatie worden geëvalueerd en wordt het vertrouwen niet geschonden.

Het onderhouden van zoveel mogelijk oogcontact tijdens een onderzoek of gesprek heeft niet alleen een positief effect op de kwaliteit van het contact en op de effectiviteit van

verbale communicatie, maar heeft vooral ook een diagnostische betekenis en is noodzakelijk voor het registreren van pijn, ongemak en emotionele reacties. Ook het letten op andere non-verbale signalen als spierspanning, blozen, zweten etc. is in dit kader van belang.

Wanneer er bepaalde dingen worden uitgelegd, vermijdt dan vakjargon. De vrouw kan door het gebruik van vele medische termen in de war raken, en angst krijgen. Ook de formulering van bepaalde bevindingen kan tot misverstanden leiden.

Zorg voor een vertrouwensband met de vrouw. Zij zal veel makkelijker dingen aan u overlaten en zo kan ze veel onspannender de zwangerschap en bevalling tegemoet gaan. Het vertrouwen in een goede afloop kan vergroot worden door de vrouw het gevoel te geven dat zij de situatie tot op zeker hoogte zelf kan inrichten en controleren. Dit kan door opties aan te bieden ten aanzien van de aanwezigheid van derden bij prenatale raadplegingen, door duidelijk te maken dat er niets tegen haar wil zal gebeuren en door af te spreken dat zij een onderzoek op elk gewenst moment kan stoppen.

Bij een vaginaal onderzoek of gynaecologisch onderzoek is men best wat terughoudend met het stellen van anamnestiche vragen, deze vragen kunnen beter voor of als het onderzoek daar aanleiding toe geeft, erna gesteld worden. Met name vragen waarbij gerefereerd wordt aan seksualiteitsbeleving dienen tijdens het onderzoek vermeden worden. Als er al een aanleiding is om een verband te zien met mogelijk seksuele problematiek, dan kan men daar beter in een gesprek achteraf op terugkomen.

5.2 VERANTWOORDING VAN DE BROCHURE

Omdat sommige vroedvrouwen zelfs niet weten wat vaginisme is, ben ik vertrokken vanuit de definitie van vaginisme. De oorzaken en de vicieuze cirkel die hierbij ontstaat zijn onontbeerlijk voor het begrijpen van vaginisme. Wanneer iemand niet tot penetratie kan komen, vraagt men zich vaak af hoe er dan een bevruchting kan plaats vinden. Daarom ben ik me vervolgens gaan toespitsen op de kinderwens en hoe vaginistische vrouwen zwanger kunnen raken zonder penetratie. Wanneer een vrouw dan uiteindelijk zwanger is geworden, moet deze zwangerschap regelmatig opgevolgd worden zoals bij elke zwangerschap. Tijdens de prenatale onderzoeken en de arbeid wordt er vaak een vaginaal onderzoek gedaan om te kijken of er eventueel al ontsluiting is. Wanneer ik een arbeid volg op stage sta ik er vaak versteld van hoe vaak men aan vaginaal onderzoek doet. Is dit wel allemaal nodig? Daarom dat het belangrijk is eerst na te gaan of een vaginaal toucher wel noodzakelijk is. Wanneer een vaginaal toucher zich opdringt is het belangrijk de vrouw voor te bereiden. Hierbij heb ik enkele tips meegegeven. Bij een vaginaal onderzoek is het belangrijk dat de vrouw haar bekkenbodemspieren goed ontspant, daarom werden er in de brochure oefeningen meegedeeld waarmee de vrouw haar bekkenbodem leert ontspannen. Vaak denken mensen dat het vaginisme zich vanzelf oplost na de bevalling, dit is echter niet bij alle patiënten het geval. Enkele aandachtspunten voor het postpartum werden dan ook in acht genomen. Tenslotte kunnen we besluiten dat een vroedvrouw een grote rol speelt bij de beleving van de arbeid en bevalling, zowel bij vaginistische als niet-vaginistische vrouwen. De rol en houding van de vroedvrouw worden in de brochure dan nog eens aangehaald.

6 DISCUSSIE

Ik ben vertrokken vanuit de definitie van de American Psychiatric Association. Zij beschrijven vaginisme als het telkens terugkerend of hardnekkig onvrijwillig samentrekken van de perineale spieren in het buitenste derde van de vagina, wanneer men tracht met penis, vinger, tampon of speculum tot penetratie te komen. Hieruit kun je afleiden dat het enige criterium voor de diagnose van vaginisme het samentrekken van de vaginale spieren is. Maar uit mijn onderzoek naar de rol van pijn is gebleken dat pijn een belangrijke factor is in de beleving van vaginisme. Toch moet ook hier nog veel onderzoek naar gedaan worden. Er worden nog veel te veel veronderstellingen weergegeven en nog te veel vragen gesteld.

Over de prevalentie van vaginisme is niet zoveel geweten. Read et al.(1997) spreken van een prevalentie van 30% in de eerste lijnszorg. De huisartsen meldden hiervoor dat ze weinig met vaginisme te maken hadden. Het onderzoek van Schnyder et al. (1998) geeft dan weer aan dat 10-20% van de vrouwen die professionele hulp zoekt voor een seksueel probleem, lijdt aan vaginisme. Maar vaak is er heel wat moed nodig om over te stappen tot professionele hulp. Vaginisme moet eerst en vooral uit de taboesfeer komen, zo zullen veel meer mensen hulp zoeken. Ook is gebleken dat een seksueel probleem zich niet altijd alleen voordoet, maar dat er vaak meerdere problemen zijn.

Er zijn maar drie onderzoeken die een classificatie weergeven van vaginisme. (Ghazizadeh et al., 2004, Philips, 2002, Wijma et al., 2000) Een classificatie is op het eerste zicht misschien niet zo belangrijk, maar het geeft toch veel informatie over de ernst van het vaginisme. Zo kan men ook een gerichte behandeling geven. Wijma et al.(2000) geven een classificatie aan die steunt op het al dan niet penetreren. Totaal vaginisme houdt in dat penetratie onmogelijk is en dat de vrouw ernstige brandende pijn heeft. Partieel vaginisme houdt in dat de vrouw enkel ernstig brandende pijn heeft bij seksueel contact. Maar is dit laatste geen omschrijving van dyspareunie? Dyspareunie wordt omschreven als persisterende genitale pijn gedurende geslachtsgemeenschap. (Coelho, 1997)

De oorzaken van vaginisme zijn heel verschillend. Het is dan ook nodig om de patiënten een grondig fysiek en psychologisch onderzoek te laten ondergaan zodat een aangepaste behandeling kan toegepast worden.

Voor de behandeling van vaginisme is er een basisplan uitgewerkt waarmee 90% van de patiënten geholpen wordt. Dit is goed als rode draad in een behandeling. Voor de andere 10%, waar de conventionele therapie niet de nodige resultaten behaalt, is er medicatie en botulinum toxine injectie. Toch moet men hier opletten met de verslavingsmogelijkheden bij de medicatie. Bij botulinum toxine injectie stel ik me de vraag of dit verantwoord is, omdat uit de onderzoeken blijkt dat men nog niet juist weet welke spieren zich juist samentrekken bij vaginisme.

In de wetenschappelijke literatuur is veel te vinden over vaginisme en haar oorzaken en behandeling. Maar wanneer ik verder zoek naar vaginisme tijdens zwangerschap, bevalling en post-partum is hier zeer weinig over te vinden. Toch is dit een vraag die bij vele mensen opkomt wanneer men denkt aan vaginisme en zwangerschap. Hoe wordt men zwanger en hoe verloopt het erna?

Bij het samenstellen van de brochure ben ik dan vertrokken van de kindervens en geëindigd bij de post-partum periode. Al lijkt dit een logische volgorde voor de brochure, toch had ik

moeilijkheden met een degelijke onderverdeling van de brochure. Ik heb de brochures tijdens de testfase naar vroedvrouwen gestuurd ipv naar vrouwen met vaginisme. De vroedvrouwen waren een breder publiek dat beter bereikbaar was. Indien ik meer antwoord had gekregen van mijn test publiek, kon ik mijn brochure beter aanpassen. 3 van de 20 vroedvrouwen hebben geantwoord. Deze testfase is dus niet echt representatief.

Over de inhoud van de brochure ben ik vrij tevreden, alhoewel ik soms het gevoel had dat ik elementen beschreef die behoren tot de normale vroedkundige praktijk. Bijvoorbeeld zoals het hoofdstuk: 'Rol en houding van de vroedvrouw.' Maar toch wou ik dit nog eens benadrukken omdat dit toch een belangrijk aspect is van het vroedvrouw zijn. Ik heb tijdens de uitwerking veel informatie uit de praktijk moeten gebruiken omdat er over 'vaginisme en zwangerschap' amper wetenschappelijk literatuur bestaat.

7 CONCLUSIE

Pijn wordt niet gezien als een criteria voor de diagnose van vaginisme. Toch blijkt uit de onderzoeken dat dit een grote rol speelt bij de beleving ervan. In de literatuur weet men nog altijd niet of pijn nu de oorzaak van het samentrekken van de spieren is of het gevolg van de samentrekking. De pijn die voor belemmeringen zorgt in het seksuele leven, verbinden de patiënten met de pijn van de penetratie en niet met de samentrekkingen van de spieren. Het is dus belangrijk deze vicieuze cirkel te doorbreken en ervoor te zorgen dat vrouwen deze connectie niet meer leggen.

De spieren die samentrekken tijdens het vaginisme worden niet altijd duidelijk benoemd. Enkele onderzoekers geven wel weer dat de m. bulbocavernosus m. levator ani en/of m. pubococcygeus de grootste rol spelen bij vaginisme. (Reissing et al., 1999, Shafik et al., 2002) Een verder specificatie van de betrokken spieren is nodig in volgende onderzoeken. Over het algemeen trekken alle vrouwen hun spieren samen wanneer ze zich in een bedreigende situatie bevinden, ook niet vaginistische vrouwen. Afhankelijk van patiënte tot patiënte spannen de spieren zich op wanneer de perineale streek wordt aangeraakt of wanneer men een dilatator inbrengt in de vagina.

Door het samenstellen van mijn brochure ben ik tot het besluit gekomen dat er voor vrouwen met vaginisme een hoge nood is aan informatie omtrent de zwangerschap. Ze hebben vaak veel vragen over conceptie en het verloop van de zwangerschap. Als toekomstige vroedvrouw stel ik dan ook voor om meer onderzoek uit te voeren naar vaginisme tijdens zwangerschap en bevalling. Dit zou een groot hulpmiddel zijn voor zowel patiënten als vroedvrouwen. Een aangepaste begeleiding bij deze vrouwen is zeker aangewezen.

8 LITERATUURLIJST

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4^{de} editie, Washington DC: American psychiatric Association.
- Buysse, L. (2004). *Hoe ga je te werk om een patiënteninformatiebrochure te ontwikkelen?* Geraadpleegd op 12 november 2006, <http://www.urobel.be/literature/index.asp?lang=nl&navid=201&id=205&kwd=&mod=literature>.
- Coelho, (1997). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*, 25^{ste} editie, Arnhem, Elsevier: PBNA
- Ghazizadeh, S., Masoomeh, N. (2004). Botulinum Toxin in the treatment of refractory vaginismus. *Obstetrics en gynaecology*, 104, 922-925.
- Hughes, B. (2003). How can I make a woman comfortable during a pelvic exam? *Medscape nurses*, New York.
- Lamont, J.A. (1987). Vaginismus. *American journal of obstetrics en gynaecology*, 131, 632-636°
- Loonse, L. (E-mail, 23 november 2006)
- Loones, L. (2003) *Seksuele factoren en problemen bij patiënten met eetstoornissen, een specifieke belichting van vaginisme*. Niet gepubliceerde doctoraatsdissertatie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Loones, L. (2005). *Vaginisme*. Geraadpleegd op 10 november 2006, www.vaginisme.be
- Mercx, M. (2002). Hoe schrijf ik zelf een folder of brochure? *Tijdschrift voor gezondheidsvoorlichting*. Geraadpleegd op 12 november 2006, www.nigz.nl/inc/getdocument.cfm?filename=upload/2002_07_zelfschrijven.pdf
- Philips, A. (2000). Female sexual dysfunction: evaluation and treatment, *American family physician*.62, 127-36, 141-142.
- Quilligant, E., Zuspan, F. (2000). *Current therapy in Obstetrics and gynaecology*. 5^{de} editie, Philadelphia, Saunder company.
- RCN, Gynaecological Nursing forum, (2006) *Vaginal and pelvic exam. Guidance for nurses and midwives*. Londen: royal college of nursing
- Read, S., King, M., Watson, J. (1997). Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence characteristics and detection by the general prationer, *Journal of publi health medicine*. 19(4): 387-91
- Reissing, E., Binik, Y., Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *The journal of nervous and mental disease*, 187(5): 261-274.

- Reissing, E., Binik, Y., Khalifé, S., Cohen, D., Amsel, R. (2004), Vaginal spasm, pain and behaviour: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of sexual behaviour*. 33(1): 5-17.
- Royal college of obstetricians and gynaecologists, (2002). *Gynaecological examinations guidelines for specialist practice*. Londen, RCOG press.
- Schnyder, U., Schnyder-Lüthi, C., Ballinari, P., Blaser, A. (1998). Therapy of vaginismus: in vivo versus in vitro desensitisation. *Canadian journal of psychiatric*, 43, 941-944.
- Service apotheek (2006). *Alprazolam*. Geraadpleegd op 20 april 2006, www.serviceapotheek.nl/index.asp
- Shafik, A., El-Sibai, O. (2002). Study of pelvic floor muscles in vaginismus: a concept of pathogenesis. *European Journal of Obstetrics en Gynecology and Reproductive Biology*. 105, 67-70.
- Van Gils, C., Bezemer, W., (1994). *De gesloten vrouw*, Amsterdam: Anthos.
- Van Lunsen, H. (1986). *Wie is er bang voor het gynaecologisch onderzoek?* Lannoo, Brussel.
- Wetenschappelijk instituut van Nederlandse apothekers (2006, april) *Propranolol*. Geraadpleegd op 20 april 2006, <http://www.apotheek.nl/templates/geneesmiddelen/contentmedicijnfarm.asp?medicijnID=94&merknaam=true>
- Wijma, B., Jansson, M. Nilsson, S. Hallböo, O., Wijma, K. (2000). Vulvar Vestibulitis Syndrome and vaginismus. A case report. *The journal of reproductive medicine*, 45, 219-223.
- *Vaginisme* (2006), Geraadpleegd op 10 november 2006, www.vaginisme-info.nl

9 BIJLAGEN

9.1. Vragenlijst

9.2. Antwoorden vroedvrouwen

9.3. Brochure 'Vaginisme en zwangerschap: een onbevleete ontvangenis?'

9.4. Literatuurtabel

9.1 VRAGENLIJST

Beste,

Ik ben Leen Trappeniers en zit in mijn derde en laatste jaar vroedkunde in de Katholieke Hogeschool Leuven. Mijn eindwerk handelt over ‘vaginisme en zwangerschap’. Omdat deze mensen toch een iets andere begeleiding nodig hebben tijdens zwangerschap en bevalling, heb ik ervoor gekozen hierover een informatiebrochure samen te stellen. Deze brochure is specifiek gemaakt voor vroedvrouwen.

Om de kwaliteit van mijn brochure na te gaan, stuur ik deze brochure naar enkele vroedvrouwen, waaronder u dus. Ik vond uw adres via de website van de VLOV. Wil u even de tijd nemen om deze brochure door te nemen en eventuele opmerkingen en suggesties te geven? Om het u gemakkelijk te maken heb ik enkele vragen opgesteld. (zie bijgevoegde lijst)

Indien u de tijd en zin zou vinden om te antwoorden, mag u dit terugsturen via post voor eind januari :

Leen Trappeniers
Terschurenstraat 17
3080 Tervuren

Of via email naar: leen.trappeniers@student.khleuven.be

Alvast heel erg bedankt!

Leen Trappeniers

- Komt u vaak in contact met vaginistische vrouwen?
- Voldoet deze brochure aan een nood in het werkveld?
- Kan de inhoud van de brochure u helpen in uw dagelijkse praktijk?
- Zijn er nog extra elementen die u persoonlijk zou opnemen in de brochure, eventuele aanbevelingen of opmerkingen?

9.2 ANTWOORDEN VROEDVROUWEN

9.3 BROCHURE

9.4 LITERATUURTABEL

Auteur	Jaartal	Titel	Onderzoeksvraag	Design	Steekproef (n=)	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
Read Simon, King Michael en Watson James	1997	Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner.	Nagaan van het voorkomen, de karakteristieken en de detectiegraad van seksuele problemen.	Kwantitatief	N= 104 vrouwen	Afh. varia: seksuele disfuncties Onafh. varia: demografie, medicijnen	vragenlijsten	30% van de vrouwen had vaginisme
Ghazizadeh Shirin en Masoomah Nikzad	2004	Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus.	De doeltreffendheid van de botulinum toxine injectie bij het behandelen van vrouwen met matig en hevig vaginisme.	kwalitatief	n=24 met derde en vierdegraads vaginisme	Afh. varia: werking van injectie Onafh. varia: Dosis en injectieplaats	Gynaeco. onderzoek interview	23 patiënten hadden een positief resultaat en konden overgaan tot penetratie.
Wijma Barbro, Jansson Maria, Nilsson Sanna, Hallböök Olof en Wijma Klaas	2000	Vulvar vestibulitis syndrome and vaginismus.	Leiden vrouwen met het vulvar vestibulitis syndroom altijd aan vaginisme?	Kwantitatief Case report via longitudinaal onderzoek	n=1	Afh. varia: vaginisme Onafh. varia: de therapie	interview, gynaeco. onderzoek,	Verschillende moeilijkheden in de differentiële diagnose tussen VVS en vaginisme.

Schnyder Ulrich, Schnyder-Lüthi Christine, Ballinari Pietro en Blaser Andreas	1998	Therapy for vaginismus: in vivo versus in vitro desensitization.	Nagaan van de effectiviteit van ongevoelig-makende oefeningen met dilatators in de behandeling van vaginisme, door het vergelijken van twee verschillende instructie procedures bij de oefeningen.	Kwantitatief, vergelijkende studie	N=44 vrouwelijke patiënten n= 21 in vivo, n= 23 in vitro	Afh. varia: stoppen van vaginisme Onafh. varia: In vivo, in vitro therapie	Gynaeco. onderzoek:	43 patiënten konden na de behandeling tot seksuele gemeenschap hebben
Shafik Ahmed, El-Sibai Olfat	2002	Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: a concept of pathogenesis.	De spieren die betrokken zijn bij vaginisme bepalen en hun rol in de pathogenese van vaginisme.	Kwantitatief aan de hand v/e controlegroep	n= 7 vaginistische vrouwen Controlegroep n=7 gezonde vrouwen overeenkomstig in leeftijd	Onafh. varia.: De spieren die een rol spelen bij vaginismus	EMG registratie	EMG activiteit bij LA, PR en BC is hoger bij vaginistische vrouwen.
Nancy Philips	2000	Female sexual dysfunction: evaluation and treatment.	Hoe de diagnose stellen van seksuele problemen bij vrouwen en de behandeling er van?	/	/	/	/	/
Reissing Elke, Binik Yitzchak, Khalifé Samir, Cohen Deborah, Amsel	2004	Vaginal spasm, pain, and behaviour: an	De rol van vaginale Spasmen, pijn en gedrag in vaginisme	Kwantitatief aan de hand van een	n= 87 vrouwen met vermoedelijk	Afh. varia: rol van vaginale	Interviews, gynaecologis ch	Vaginistische vrouwen hadden meer problemen

Rhonda		empirical investigation of the diagnosis of vaginismus.	en de mogelijkheid van het eens zijn over de diagnose van vaginisme door verschillende artsen.	controlegroep	vaginisme n= 29 vaginisme n=29 dyspareunie n= 29 controle groep (geen pijn)	samentrekkingen, pijn en gedrag bij vaginisme	onderzoek, fysiotherapeutische evaluatie, psychologische diagnose, EMG evolutie	in hun penetratie geschiedenis. Vaginitische vrouwen hebben meer spiersamentrekkingen dan de controlegroepen
--------	--	---	--	---------------	--	---	---	--