



# Bachelor in de vroedkunde

## Seksualiteit na de bevalling

### Na de bevalling opnieuw tussen de lakens

#### **Auteurs**

Mégane Baeten  
Rani Calle  
Eva Straus  
Babette Vandenbroeck

#### **Procesbegeleider**

Mevr. K. De Boelpaep

#### **Copromotor**

Mevr. H. Van Den Bogerd

Academiejaar 2017-2018



# Voorwoord

In kader van het behalen van het diploma in de Bachelor Vroedkunde aan University College Leuven - Limburg (UCLL) werd deze bachelorproef geschreven. Er werd een heel academiejaar gewerkt aan een literatuurstudie omtrent de factoren die de seksualiteit bij pas bevallen moeders in het eerste jaar postpartum beïnvloeden. Uiteraard zijn er enkele mensen die we graag willen bedanken voor hun hulp en inzet tijdens dit project.

Graag zouden we onze procesbegeleider, mevrouw Katrin De Boelpaep, willen bedanken voor haar feedback en de tips die ze gaf gedurende het volledige academiejaar. Ze was altijd bereid om op alle vragen en e-mails te antwoorden en leidde ons in goede banen om zo tot een mooi eindproduct te komen. Doorheen onze opleiding was ze ook een docent waar we veel van geleerd hebben. Dankzij haar mogen we trots zijn op dit mooie eindresultaat.

Daarnaast willen we ook graag onze copromotor, Heleen Van Den Bogerd, vroedvrouw en seksuoloog, bedanken voor het goede advies en de lekkere koffietjes. Zij begeleidde ons in elke stap van de weg en stond steeds klaar met bemoedigende woorden. Niet alleen gaf ze goed advies over hoe we dit project inhoudelijk moesten aanpakken, ook zat ze regelmatig met ons samen om de stand van zaken te bespreken en ons in de juiste richting te sturen. Daarbij bedanken we graag haar dochtertje Sien voor haar enthousiaste glimlach en haar vrolijke aanwezigheid.

Ook onze lector 'Family Planning', Karoline Lenaers, verdient een bedankje. Naast haar interessante en aansluitende lessen omtrent seksualiteit in de zwangerschap/postpartum, beantwoordde ze met plezier onze vragen en hielp ze ons met het vinden van wetenschappelijke artikels en contactpersonen omtrent ons onderwerp.

Tot slot willen we graag onze medestudenten, vrienden en familie bedanken. Als we vragen of zorgen hadden omtrent ons project konden we altijd bij hen terecht en met plezier voerden ze de nodige spellingscontroles uit.

*Onderstaanden dragen de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze literatuurstudie.*

*Mégane Baeten, Rani Calle, Eva Straus en Babette Vandenbroeck.*

*Leuven, 4 juni 2018*

# Abstract

**Titel:** Welke factoren beïnvloeden de seksuele beleving van de vrouw na de partus tot één jaar postpartum?

**Studenten:** Mégane Baeten, Rani Calle, Eva Straus, Babette Vandenbroeck

**Procesbegeleider:** Mevr. K. De Boelpaep

**Copromotor:** Mevr. H. Van Den Bogerd

Anno 2018 wordt er steeds makkelijker over seksualiteit gesproken, toch blijkt praten over seksualiteit in het postpartum nog een heikel punt. Zowel vrouwen als vroedvrouwen vinden het moeilijk om het gesprek hieromtrent op te starten. Bovendien is de kennis bij vroedvrouwen rond dit onderwerp eerder beperkt waardoor ze zich onzeker voelen om hun belangrijke counselingsfunctie op zich te nemen. In deze literatuurstudie wordt er een antwoord geformuleerd op volgende onderzoeksvraag: 'Welke factoren beïnvloeden de seksuele beleving van de vrouw na de partus tot één jaar postpartum?'. Seksualiteit en zijn beïnvloedende factoren worden in deze studie vanuit obstetrisch, hormonaal, lichamelijk en psychologisch vlak bekeken. Met de MeSH-termen 'sexuality', 'childbirth', 'postpartum', 'dyspareunia', 'counseling', 'oxytocin', 'psychological' en 'midwife' werden twaalf wetenschappelijke artikels gevonden in de databank Pubmed en zoekmachines Limo en Google Scholar. Zowel systematische reviews, cohortonderzoeken en kwalitatief beschrijvend onderzoek werd gebruikt. Vrouwen met een majeur perineaal trauma (derde en vierde graad) of een instrumentele bevalling hebben meer kans op dyspareunie in het postpartum. Hoe groter het perineaal trauma, hoe meer pijn er wordt ervaren. Vanaf zes maanden postpartum treedt er een algemene verbetering op in het seksleven van iedere vrouw. Omtrent de invloed van een sectio op het seksleven bestaat nog geen consensus. Primipara hebben een hogere kans op dyspareunie. Externe stimuli, zoals het zien of horen van (eigen) kinderen, beïnvloeden het hormoon oxytocine waardoor het gehalte in het bloed stijgt. Dit zorgt voor een hogere seksuele respons. Een lager testosteron- en oestrogeengehalte, door pijn of stress, beïnvloedt het libido van de vrouw negatief. Door obstetrische en hormonale invloeden in het postpartum kunnen verschillende ongemakken optreden. Zo kunnen bijvoorbeeld dyspareunie, langdurig bloedverlies, melkverlies, gevoelige borsten en vaginale droogte de kwaliteit van het seksleven beïnvloeden. Angst voor pijn bij de seksuele activiteit kan een vicieuze cirkel vormen waarin beiden elkaar versterken. Vermoeidheid, stress en onzekerheid door alle veranderingen en de nieuwe gezinsstructuur kan de seksuele beleving beïnvloeden. De invloed en ondersteuning van de partner speelt een belangrijke rol. De brede betekenis van het begrip seksualiteit werd onderverdeeld in deze vier deeldomeinen en zorgt

ervoor dat de vroedvrouw tijdens haar counseling mogelijke problemen kan situeren en zo gepast advies kan geven.

## Lijst met afkortingen

|       |  |
|-------|--|
| EPDS  | Edinburgh Postnatal Depression Scale   |
| FSFI  | Female Sexual Function Index           |
| NAC   | Nucleus Accumbens                      |
| SF-36 | Short-Form-36 health survey            |
| SSRIs | Selectieve serotonine-heropnameremmers |
| VTA   | Ventraal tegmentale activatie          |
| UCLL  | University College Leuven-Limburg      |
| UZ    | Universitair Ziekenhuis                |

# Inhoudsopgave

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Voorwoord .....                      |    |
| Abstract .....                       |    |
| Lijst met afkortingen .....          |    |
| Inhoudsopgave .....                  |    |
| Inleiding.....                       | 1  |
| Methodologie.....                    | 2  |
| Resultaten .....                     | 5  |
| 1. Obstetrische aspecten.....        | 5  |
| 2. Hormonale aspecten .....          | 9  |
| 3. Lichamelijke ongemakken .....     | 11 |
| 4. Psychologische aspecten.....      | 16 |
| 5. De taak van de vroedvrouw .....   | 20 |
| Discussie.....                       | 23 |
| Conclusie .....                      | 28 |
| Bibliografie .....                   | 30 |
| Bijlagen.....                        | 32 |
| Praktische implementatie .....       | 34 |
| Verantwoording poster .....          | 36 |
| Verantwoording educatieve fiche..... | 39 |

# Inleiding

Seksualiteit na de bevalling is vandaag de dag nog steeds een onderwerp waar te weinig aandacht aan wordt geschonken. Dit vonden ook een aantal onderzoekers aan het Universitair Ziekenhuis van Gent (UZ Gent) (Lagaert, Weyers, Van Kerrebroeck & Elaut, 2017). Zij deden immers al eerder dit academiejaar een studie omtrent dit onderwerp wat uiteindelijk de aanleiding was voor deze literatuurstudie. Na de publicatie van het onderzoek uit het UZ Gent (2017) bleef de media-aandacht echter beperkt. Misschien is seksualiteit in het postpartum een maatschappelijk taboe?

Hoewel Maslow al in 1943 in zijn behoeftespiramide verwees naar het feit dat seks een primaire biologische behoefte van de mens is, vinden velen het nog steeds moeilijk om hier open over te praten. Onder die 'velen' bevinden zich ook pas bevallen moeders. Hoewel seksualiteit niet meteen het eerste is waar men aan denkt na de bevalling, komt er een moment waarop hier wel terug behoefte aan is. Gedurende het postpartum raden vroedvrouwen en gynaecologen een periode van ongeveer zes weken aan voor fysiek herstel, nadien kan de seksuele activiteit hernomen worden. Maar is dit wel een realistische tijdsperiode? Is een vrouw na zes weken, zowel lichamelijk als psychologisch, klaar om terug te vrijen? Welke factoren beïnvloeden dit? En ervaart de vrouw dit nog steeds zoals voorheen?

Deze literatuurstudie onderzoekt de verschillende factoren die de seksualiteit na de bevalling beïnvloeden, tot één jaar postpartum. Hierbij wordt zowel gezocht naar relevante en kwaliteitsvolle informatie over de beleving van de kraamvrouw als over seksuologische counseling door vroedvrouwen.

De onderzoeksvraag luidt als volgt: 'Welke verschillende factoren beïnvloeden de seksuele beleving van de vrouw tot één jaar postpartum?'. Omdat er zoveel verschillende factoren zijn die allemaal een invloed hebben op het brede begrip en de betekenis van 'seksualiteit', werd de literatuurstudie opgedeeld in vier delen: obstetrische factoren, hormonen, lichamelijke ongemakken en psychologie.



Obstetrische factoren omvatten de impact van verloskundig ingrijpen op het lichaam van de vrouw. Verschillende zwangerschaps- en borstvoedingsgerelateerde hormonen en hun invloed op de seksualiteit komen aan bod. Obstetrische en hormonale factoren kunnen leiden tot verschillende lichamelijke ongemakken in het postpartum die worden opgesomd en toegelicht in deze studie. Vervolgens worden de psychologische aspecten van het 'mama-worden' en de nieuwe plaats voor seksualiteit binnen de relatie besproken. Ten slotte wordt de taak van de vroedvrouw uitvoerig in beeld gebracht om zo een houvast te bieden in de postpartale, seksuologische counseling.

# Methodologie

Er werd gekozen voor een brede onderzoeksvraag omdat seksualiteit immers niet beïnvloed wordt door slechts één factor. Daar waar andere onderzoeken zich vaak beperken tot enkel de medische aspecten, probeert deze studie een holistisch beeld te schetsen waarbij alle factoren belicht worden.

Door verschillende databanken en zoektermen te combineren, werd een uitgebreide hoeveelheid aan informatie verzameld. De gegevensverzameling werd beperkt door vooraf bepaalde inclusie- en exclusiecriteria. Volgende algemene inclusiecriteria werden weerhouden: het artikel mag maximum 10 jaar oud zijn (2007-2017) en enkel Engels-, Frans- en Nederlandstalige artikels werden geselecteerd. Origineel onderzoek, (systematische) reviews, meta-analyses, gerandomiseerd onderzoek en evidence based guidelines (EB-guidelines) kwamen in aanmerking. Wanneer er na het toepassen van de standaard inclusiecriteria nog teveel zoekresultaten werden bekomen, werden er extra inclusiecriteria aan toegevoegd, bijvoorbeeld 'peer-reviewed'. Wat de exclusiecriteria betreft, werden artikels zonder relevante titels/abstracten en artikels waarvan de volledige tekst niet online beschikbaar was, uitgesloten. Er werden verschillende Medical Subject Headings Terms (MeSH) gebruikt om zo het aanbod aan kwaliteitsvolle artikels te vergroten en een antwoord te vinden op elke deelvraag.

Bij het zoeken naar artikels, werden er zowel zoekmachines zoals Google Scholar en Limo als één databank, namelijk Pubmed gebruikt. Ook werd er gebruikt gemaakt van de sneeuwbal methode: belangrijke referenties in de reeds geselecteerde artikels werden nagetrokken om zo meer artikels te bekomen omtrent hetzelfde onderwerp.

Via de vrouwenkliniek van het UZ Gent werd de recente Belgische studie omtrent dyspareunie in het postpartum bekomen. In de zoekmachine Limo werd met volgende termen gezocht: [sexuality] en [breastfeeding]. Dit gaf 4454 resultaten. Op basis van de aansprekende titel werd het tweede artikel uit deze lijst bekeken. In de bronnenlijst van deze masterproef werd door middel van de sneeuwbal methode, na selectie op basis van de titels en het hanteren van de hierboven vermelde inclusie- en exclusiecriteria, het vijftiende artikel geselecteerd. Dit artikel is relevant omwille van de gedetailleerde bespreking van borstvoeding en hormonen en hun verband met de seksuele beleving. Ook de aanbevelingen naar het werkveld toe zijn nuttig voor dit onderzoek.

Na het invoeren van de termen [childbirth] en [sexuality] in Limo samen met de algemene inclusiecriteria en de criteria 'review' en 'peer-reviewed journals' werden er 349 resultaten bekomen. Op basis van de titel en het abstract werd het eerste artikel gekozen. Dit is een zeer relevant artikel omwille van de overkoepelende kracht van de resultaten van een systematische review. Het deel over het postpartum binnen dit artikel sluit goed aan bij de onderzoeksvraag en onderzoekt zelfs een breder kader.

Zoekmachine Limo geeft na het invoeren van de termen [sex after childbirth] en het aanduiden van 'peer-reviewed journals' 27 066 resultaten. Het abstract van het eerste artikel in de lijst was erg relevant omdat het een brede hoeveelheid aan informatie geeft op een kwaliteitsvolle, wetenschappelijk onderbouwde manier. Tips naar de praktijk worden meegegeven en een brede waaier aan onderwerpen komt aan bod.

Als laatste werden na het gebruik van de MeSH-termen [postpartum AND sexuality AND dyspareunia AND pain] en na afbakening met de optie 'peer-reviewed' 87 resultaten bekomen. Het tweede artikel werd geselecteerd omwille van de 42 onderzoeken die er in aan bod komen en omdat het seksuele stoornissen in het postpartum bespreekt. Dit onderzoek beantwoordt zowel de deelvraag omtrent obstetrie als de psychologische deelvraag zoals eerder uitgelegd.

Door middel van het toepassen van de sneeuwbal methode op bovenstaand onderzoek, werd er na het openen van dit onderzoek op de site Science Direct een ander onderzoek met een sprekende titel aanbevolen dat nauw aansluit bij de deelvraag omtrent lichamelijke ongemakken. Het artikel beschrijft uitgebreid het begrip dyspareunie tot en met achttien maanden en de verschillende factoren die hier een invloed op hebben. Op die manier kan doorheen deze literatuurstudie pijn beschreven worden volgens dit artikel.

Bij gebruik van de tweede databank Pubmed werd er een reeks nieuwe artikels gevonden. Volgende MeSH-termen werden ingevoerd: [mode AND delivery AND sexual AND function]. Er waren 49 resultaten en na het lezen van de titels, het abstract en hanteren van de inclusie- en exclusiecriteria werd er gekozen voor artikel dertien. De deelvraag 'obstetrische factoren' wordt in dit onderzoek uitgebreid besproken. De onderzoekspopulatie bestond uit 264 vrouwen en er werd gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten om de resultaten te bekomen.

Het volgende artikel werd gevonden door gebruik van volgende MeSH-termen: [oxytocin AND postpartum AND women AND sexual]. De algemene inclusiecriteria worden gehanteerd. Er waren vier resultaten waarvan artikel één gekozen is. Dit omwille van relevantie voor de onderzoeksvraag, deelvraag 'hormonen' en de uitgebreide, wetenschappelijke onderbouwing. Het onderzoek beschrijft uitgebreid de neurologische invloed van oxytocine op de hersenen van de vrouw en maakt de vergelijking tussen pre- en postpartum.

Met deze MeSH-termen werd een nieuw artikel gevonden: [psychological AND sexuality AND after AND childbirth]. De algemene inclusiecriteria werden gehanteerd. Pubmed gaf hierbij negentien resultaten waarvan artikel dertien gekozen werd na het lezen van de titel en het abstract. Het onderzoek benadert seksualiteit als een multifactorieel begrip waarbij een brede waaier aan factoren besproken wordt en ook het sociale en relationele aspect aan bod komt. Door middel van een online vragenlijst bij 304 vrouwen werd de informatie verzameld.

Het laatste artikel via Pubmed werd met de volgende MeSH-termen gevonden: [sexual AND dysfunctions AND first AND year AND postpartum]. Er waren vier resultaten, waarvan uiteindelijk artikel vier gekozen werd omwille van de relevante titel en abstract. Het onderzoek geeft extra informatie over kleine zaken die in de andere artikels niet besproken werden zoals bijvoorbeeld de invloed van menstruatie na de bevalling, contraceptie en borstgevoeligheid.

In de laatste zoekmachine Google Scholar werden de MeSH-termen [pelvic AND floor AND childbirth] ingegeven. Dit gaf 17 500 resultaten. Het derde artikel werd gekozen op basis van de sprekende titel en relevantie voor de deelvraag omtrent lichamelijke ongemakken. Het onderwerp 'bekkenbodem' komt uitgebreid aan bod wat relevant is voor deze literatuurstudie. De hoge respons en het gebruik van gevalideerde vragenlijsten verhoogt de transparantie en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Het laatste artikel werd op Google Scholar gevonden aan de hand van de MeSH-termen: [postpartum AND sexuality AND midwife AND counseling]. Er werden 18 200 resultaten gevonden. Dit artikel was het vijfde artikel in de zoekresultaten en werd gekozen omwille van het feit dat het al eerder geciteerd werd in 437 andere artikels. Deze kwalitatieve studie geeft een grote hoeveelheid informatie met betrekking tot het psychologisch aspect van de onderzoeksvraag. Het postpartaal counselen omtrent seksualiteit wordt door middel van focusgroepen met vroedvrouwen besproken en onderzocht. Deze informatie is uiterst interessant voor de toepassing van de resultaten

van deze studie in het werkveld. Deze twaalf artikels vormen de basis voor deze literatuurstudie.

# Resultaten

Elke vrouw in het postpartum ervaart seksualiteit anders. Verschillende factoren hebben hier een duidelijke invloed op. Deze factoren worden in deze studie achtereenvolgens onderverdeeld en uitgelegd binnen vier deeldomeinen: de obstetrische aspecten, hormonale aspecten, lichamelijke ongemakken en psychologische aspecten. Het begrip 'seksualiteit in het postpartum' wordt in deze literatuurstudie vanuit allerlei verschillende perspectieven bekeken om zo een brede waaier aan mogelijke oorzaken en oplossingen te bieden wanneer problemen zich voordoen.

## 1. Obstetrische aspecten

Op verloskundig of obstetrisch vlak zullen volgende factoren besproken worden die een invloed hebben op de seksuele beleving van de vrouw in het postpartum: de wijze van bevalling, de eventuele schade van het perineum en het verschil tussen een primipara versus multipara.

### *1.1 Wijze van bevallen*

Een vrouw kan op drie verschillende manieren bevallen: een spontane vaginale bevalling, een vaginale instrumentele bevalling of kunstverlossing (ventouse/forceps), en een operatieve sectio. Vanzelfsprekend lijkt het dat deze drie manieren een verschillende impact zullen hebben op het seksuele leven van de vrouw. Hierover zijn veel verschillende onderzoeksresultaten beschikbaar.

Een prospectieve cohort studie van De Souza, Dwyer, Charity, Thomas, Ferreira & Schierlitz (2015) met een onderzoekspopulatie van 264 primigravida onderzocht dit topic aan de hand van de Female Sexual Function Index (FSFI). Hierbij wordt door middel van een vragenlijst het seksueel functioneren onderzocht, onderverdeeld in zes domeinen: lubricatie, opwinding, verlangen, pijn, orgasme en algemene, seksuele tevredenheid. In het algemeen werd er op twaalf maanden postpartum geen significant verschil gevonden tussen de wijze van bevalling en het seksueel functioneren. Wel

werden er kleinere verschillen opgemerkt door de onderzoekers op vlak van de verschillende deeldomeinen van de FSFI-score.

Zo werd op zes maanden postpartum ondervonden dat vrouwen die een sectio hadden, minder dyspareunie ervaarden ten opzichte van vrouwen met een spontane vaginale bevalling. Deze bevinding werd ook bevestigd in de review van Leeman en Rogers (2012), met de belangrijke kanttekening dat het enkel de pijn is die vermindert en dat niet het volledige seksueel functioneren verbetert.

Tussen zes en twaalf maanden was er volgens het onderzoek van De Souza et al. (2015) een algemene verbetering van het orgasme in de drie groepen en ook het deeldomein 'opwinding' was bij iedereen hoger op twaalf maanden dan op zes maanden postpartum. Welke verbetering er exact plaatsvond, werd, zowel op vlak van orgasme als opwinding, niet gespecificeerd. Geen enkele FSFI-score was hoger antenataal dan op twaalf maanden. Uit het onderzoek blijkt dat er in het algemeen bij vrouwen pas vanaf zes maanden gesproken kan worden over een verbetering van het seksueel functioneren. Bij de overgrote meerderheid van de vrouwen zal op twaalf maanden postpartum het seksueel functioneren volledig terug hersteld zijn, het is alleen de weg daar naartoe die verschilt.

Dat de weg naar deze 'bevrijdende' twaalf maanden verschillend kan zijn afhankelijk van de wijze van bevalling, bewijzen meerdere onderzoeken. Daarin worden de verschillen tijdens het eerste jaar postpartum besproken. In de review van Leeman en Rogers (2012) werd duidelijk beschreven dat een instrumentele vaginale bevalling tweeënhalf keer meer kans geeft op dyspareunie op zes maanden postpartum vergeleken met een spontane vaginale bevalling. Ook in de review van Abdool, Thakar en Sultan (2009) werd aangetoond dat een bevalling met een ventouse of een forceps meer perineale pijn geeft op acht, zestien en 24 weken postpartum. Dit negatief seksueel functioneren, hangt nauw samen met de verhoogde kans op een perineaal of zelfs anaal sfincter trauma door de manipulatie bij een kunstverlossing. Dit perineaal trauma zorgt ervoor dat de bekkenbodemp meer tijd nodig heeft om zich terug te herstellen en daardoor automatisch ook de timing van het hervatten van seksuele activiteit later doet plaatsvinden. De dyspareunie bij een vaginale instrumentele bevalling houdt langer aan vergeleken met een spontane vaginale bevalling, maar de intensiteit van de pijn is niet hoger volgens het onderzoek van McDonald, Gartland, Small en Brown (2016).

Hierboven werd reeds de impact van een sectio op het seksueel functioneren besproken. Het Belgische onderzoek van Lagaert, Weyers, Van Kerrebroeck en Elaut (2017) gaat hier verder op in. Vaak denken vrouwen dat een sectio een preventief effect heeft op hun seksueel functioneren omdat de bekkenbodemp gespaard blijft van mechanische schade. Volgens bovenstaand onderzoek blijkt echter van niet.





Er werd gebruik gemaakt van de achtdelige Short-Form-36 health survey (SF-36) om de kwaliteit van het leven te onderzoeken. In dit onderzoek werd de SF-36 gehanteerd om na te gaan of een sectio zorgt voor een algemeen slechtere score op deze vragenlijst. Er werd een significant lagere score gevonden op vlak van energie en vermoeidheid bij de sectiopatiënten. Ook hadden zij lagere scores op vlak van mentale gezondheid, fysisch functioneren en algemene gezondheid. Deze lagere scores worden gewijd aan het langetermijneffect van de niet te onderschatten operatie. In een andere studie van Abdool et al. (2009) worden deze bevindingen ook beaamd. Echte concrete uitspraken omtrent het hervatten van de seksualiteit bij een sectio en de intensiteit van dyspareunie, kunnen er nog niet gedaan worden. Dit omwille van te weinig onderzoek waarin onderscheid gemaakt wordt tussen de verschillende situaties waarin een sectio uitgevoerd wordt (primaire of secundaire sectio) vermeld McDonald et al. (2016). Wel is het belangrijk om de reeds beschikbare informatie mee te nemen in het counselen van vrouwen die een sectio wensen.

## *1.2 Toestand van het perineum*

Perineale schade kan ontstaan door het plaatsen van een episiotomie of door een spontane ruptuur van de huid, subcutaan weefsel, bekkenbodemspieren, vaginawand of zelfs de anale sfincter. De schade kan voorkomen in vier verschillende graden waarbij respectievelijk enkel de huid (graad één), de huid en de bekkenbodemspieren en vaginawand (graad twee), tot aan de anale sfincter (graad drie) of doorheen de anale sfincter (graad vier) er zich een scheur voordoet. Volgens de retrospectieve cohortstudie met 626 primipara uit de review van Abdool et al. (2009) is de pijn die ervaren wordt door aanwezige perineale schade afhankelijk van de graad waarin deze voorkomt. Hoe groter de scheur/episiotomie, hoe meer pijn.

Op drie maanden hebben vrouwen met een intact perineum een verhoogd seksueel functioneren met een goede tevredenheid en sensatie in vergelijking met vrouwen met een niet intact perineum. Vrouwen met een tweedegraads ruptuur hebben 80% meer kans op dyspareunie. Daarenboven hebben vrouwen met een derde- of vierdegraads ruptuur 270% meer kans op dyspareunie, vergeleken met vrouwen met een intact perineum. Vrouwen met een episiotomie hebben volgens Leeman en Rogers (2012) meer kans op dyspareunie dan vrouwen met een intact perineum of spontane scheur.

Over het moment waarop de seksuele activiteit terug hervat wordt in relatie tot de perineale schade, zijn geen eenduidige resultaten beschikbaar. Wel is zeker dat vrouwen met een ruptuur ter hoogte van de vagina, het perineum, de anale sfincter of het rectum, een hoger risico hebben om later in het postpartum de seksuele activiteit te hervatten. Volgens dit onderzoek vermindert het gebruik van synthetische draad de pijn. Bovendien is resorbeerbare draad nog beter omdat dan de pijn vermeden wordt die ontstaat wanneer de draadjes verwijderd moeten worden. Ook de manier waarop een perineaal trauma gehecht kan worden heeft een invloed: er wordt aangeraden niet doorheen de huid te hechten maar net onder de rand van de huid te steken.

De graad van ruptuur heeft ook een invloed op de nood aan affectiviteit die vrouwen ervaren. Vrouwen met een majeur trauma (vanaf eerstegraads ruptuur die gehecht moet worden) hebben minder verlangen om vastgehouden, aangeraakt en gestreeld te worden door hun partner. Vrouwen met een mineur trauma (eerstegraads ruptuur die niet gehecht moet worden) hebben dit probleem niet.

De Souza et al. (2015) geeft aan dat de frequentie van een orgasme volgens de FSFI-score lager is bij vrouwen met een episiotomie of derdegraads ruptuur. Tijdens de eerste zes maanden postpartum stijgt de graad van opwinding bij vrouwen met een intact perineum tot tweedegraads ruptuur, terwijl bij vrouwen met zwaardere perineale schade (derdegraads of vierdegraads ruptuur of episiotomie) de opwinding juist daalt.

### *1.3 De pariteit*

De laatste pijler is het verschil van de seksuele beleving tussen primipara en multipara. Volgens het prospectief onderzoek van Lagaert et al. (2017) ervaren vrouwen na de bevalling van hun eerste kindje meer dyspareunie zowel op zes weken als op zes maanden. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat primipara een verhoogd risico hebben op een episiotomie, een spontane ruptuur of een instrumentele bevalling. Daarnaast kunnen ze ook onrealistische verwachtingen hebben over het postpartum en de seksualiteit hierbinnen. Volgens Abdool et al. (2009) is de factor 'primipara' een risicofactor voor pijn. Multipara daarentegen zijn meer ervaren en daardoor vaak zelfzekerder in hun moederrol waardoor ze ook in hun seksueel leven minder problemen ervaren. Toch hebben multipara volgens dit onderzoek op zes weken een slechtere score op algemene gezondheidstoestand (hoe de vrouw zich in het algemeen voelt) vergeleken met primipara.

Samengevat zijn primipariteit, vaginale kunstverlossing en een niet-intact perineum risicofactoren die een negatieve impact kunnen hebben op de seksuele beleving in het postpartum.

## 2. Hormonale aspecten

Na de bevalling heerst er in het vrouwelijke lichaam een chaos in de hormonale huishouding door het stijgen en dalen van hormoonconcentraties in het bloed. Er zijn veel externe stimuli in de omgeving van de moeder die een invloed hierop uitoefenen en dit zorgt ervoor dat de seksuele beleving na de bevalling ook beïnvloed wordt. Hieronder worden deze verschillende hormonen besproken en in combinatie met welke externe factoren deze een rol spelen in de seksuele beleving.

### 2.1 Oxytocine

Het meest gekende hormoon is oxytocine, ook wel het knuffelhormoon genoemd. Het onderzoek van Leeman en Rogers (2012) haalt aan dat oxytocine verantwoordelijk is voor de toeschietreflex en dat de afgifte hiervan wordt beïnvloed door het zien, ruiken, horen of voelen van de baby. Dit hormoon zorgt ook voor het samentrekken van de baarmoeder tijdens de arbeid of tijdens een orgasme. Daardoor kunnen er naweeën ontstaan tot ongeveer twintig minuten na een borstvoedingsmoment. Oxytocine zorgt voor een gelukkig en voldaan gevoel én minder stress. Volgens La Leche League (z.d.) kunnen deze natuurlijke effecten van oxytocine voor borstvoedende vrouwen als erotisch ervaren worden en kunnen ze een sensatie geven die lijkt op een orgasme, door de intense uteruscontracties die veroorzaakt worden door dit hormoon.

Een studie in Amerika van Cheng, Gregory, Rupp, Sengelaub en Heiman (2015) onderzocht de invloed van oxytocine op het ventrale tegmentale gebied (VTA) en op de Nucleus Accumbens (NAc), dit zijn gebieden in de hersenen die onder andere deel uitmaken van het beloningssysteem en de hypothalamus. Deze gebieden spelen eveneens een rol in de seksuele beleving, met name bij het orgasme en intense emoties. Het grootste resultaat is dat deze gebieden nog sterker worden geactiveerd wanneer er externe stimuli zijn, zoals kinderen in de nabijheid die lachen/huilen of foto's van (eigen) kinderen, en zo extra oxytocine wordt aangemaakt. Ook is er een activatie van deze gebieden bij seksuele stimuli, zijnde erotische gedachten of erotische foto's.



Het hormoon oxytocine verhoogt deze activering nog eens extra, waardoor het beloningssysteem verzadigd is en oxytocine zodanig een positieve invloed heeft op de seksuele beleving van de vrouw.

## *2.2 Testosteron en oestrogeen*

Volgens Abdool et al. (2009) zijn testosteron en oestrogeen twee hormonen die van groot belang zijn voor het libido, zowel bij de man als bij de vrouw. Deze hormonen worden gestuurd door de hypofyse en kunnen dus ook door middel van externe factoren beïnvloed worden. Denk maar aan erotische gedachten of beelden die de aanmaak positief beïnvloeden, of pijn en stress die de aanmaak negatief beïnvloeden. Een lager testosterongehalte geeft een lager libido. Het hormoon oestrogeen wordt later meer in detail besproken.

Deze studie geeft ook aan dat borstvoedende vrouwen minder seksuele interesse hebben dan flesvoedende vrouwen. Dit zou hormonaal geregeld zijn. Zo hebben vrouwen die borstvoeding geven duidelijk een lager gehalte aan testosteron en androstenedione (het voorhormoon van testosteron) in hun bloed zitten. Daarnaast zou deze verminderde seksuele interesse te wijten kunnen zijn aan pijn, stress, vermoeidheid of lichamelijke ongemakken, deze zullen later nog aan bod komen.

## *2.3 Prolactine en oestrogeen*

Leeman en Rogers (2012) hebben het ook over prolactine, dit is een hormoon dat aangemaakt wordt in de adenohipofyse, de voorkwab van de hypofyse. Na de bevalling schiet dit hormoon de lucht in, terwijl andere hormonen dalen. Dit fenomeen, dalen en stijgen van verschillende hormonen, zorgt ervoor dat de pas bevallen moeder in staat is om haar kind de meest natuurlijke voeding te geven: borstvoeding.

De aanwezigheid van prolactine zal daarentegen de ovaria minder stimuleren. Zonder deze ovariële stimulering wordt de androgene secretie volgens Leeman en Rogers (2012) onderdrukt. Hierdoor blijven bepaalde hormonen, zoals oestrogeen en testosteron die beiden deel uitmaken van de vrouwelijke seksuele respons, laag. Bijgevolg zorgt een laag gehalte aan oestrogeen ervoor dat de vaginale lubricatie vermindert en dat er een atrofie van het vaginaal epitheel plaatsvindt.

La Leche League (z.d.) geeft aan dat dit uiteindelijk zal leiden tot een bemoeilijkte, seksuele opwinding en lichamelijke ongemakken.

## 3. Lichamelijke ongemakken

De eerder genoemde obstetrische en hormonale aspecten leiden vaak tot verschillende lichamelijke ongemakken. Deze ongemakken worden in dit hoofdstuk uitgebreid besproken, zonder in herhaling te vallen over hun oorzaak. Ook worden enkele externe factoren die de seksuele beleving kunnen beïnvloeden, zoals tijdsdruk en leeftijd, kort besproken. Telkens worden er ook praktijktips en oplossingen voor verschillende ongemakken aangeboden.

### *3.1 Pijn*

#### *3.1.1 Prevalentie*

Pijn bij het vrijen of dyspareunie is één van de meest voorkomende klachten bij vrouwen tijdens de eerste drie tot zes maanden postpartum. Zo zou volgens Leeman et al. (2012) 55% van de vrouwen de penetratie als pijnlijk beschouwen bij een bevraging op twee maanden postpartum. Volgens McDonald et al. (2016) zou de meerderheid van de vrouwen pijn hebben bij het voor het eerst hervatten van seks in het postpartum. In het verdere postpartum gaven 44,7% van de vrouwen aan op drie maanden nog last hebben van dyspareunie, 43,4% op zes maanden, 28,1% op twaalf maanden en 22,6% op achttien maanden. Na anderhalf jaar heeft meer dan één op vijf vrouwen dus nog steeds pijn. De meerderheid van de vrouwen zeggen dit preconceptioneel of prenataal niet te hebben meegemaakt. Ook wordt er geen associatie gevonden tussen intense dyspareunie en preconceptionele dyspareunie, op zes maanden postpartum. Volgens de prospectieve cohortstudie van Lagaert et al. (2017) is er wel een verband tussen de score van dyspareunie op zes weken en zes maanden postpartum. De hevigheid van de pijn op zes weken postpartum is een indicator voor de pijnscores op zes maanden.

### 3.1.2 Soorten vaginale pijn

McDonald et al. (2016) maakt een onderscheid in de intensiteit van dyspareunie. Dit kan gaan van 'geen pijn' – 'milde pijn' – 'oncomfortabel' – 'leed' – 'verschrikkelijk' tot 'onuitstaanbaar'. Naarmate het aantal maanden postpartum nam die intensiteit vaak af, maar 10% van de vrouwen bleef de pijn bij ieder meetmoment als 'onuitstaanbaar' beschrijven. Ook noemden ze de pijn 'brandend', 'stekend' en 'scherp', vrouwen met minder pijn beschreven de pijn eerder als 'gevoelig'. Aan de hand van deze termen kan de pijn beter worden ingeschat door de zorgverlener.

Tot slot vond McDonald et al. (2016) vier patronen van dyspareunie in het postpartum:

- Geen dyspareunie op elk moment in de studie (33%)
- Dyspareunie die afneemt doorheen de tijd (21,8%)
  - Pijn op drie maanden postpartum, niet meer op zes maanden postpartum
  - Pijn op drie en zes maanden postpartum, niet meer op twaalf maanden postpartum
- Episodische dyspareunie: een variërend patroon van dyspareunie dat één of twee keer voorkomt (23,6%)
- Persistente dyspareunie: dyspareunie komt in drie tot vier tijdsperiodes (3-6-12-18 maanden postpartum) voor (21,6%).

Volgens de systematische review van Jawed-Wessel en Sevick (2017) gaven de meeste vrouwen aan last te hebben van pijn bij het vrijen op twaalf weken postpartum. Zes maanden na de geboorte zou dit aantal verminderd zijn. Vrouwen met een intact perineum beschreven de vaginale pijn die ze voelden vaak niet als ernstig. Hun pijn is eerder te wijten aan vaginale droogte. Volgens McDonald et al. (2016) is de belangrijkste invloed op de seksualiteit afkomstig van obstetrisch ingrijpen bij de bevalling, zoals eerder beschreven.

Ook blijken standjes met een eerder oppervlakkige penetratie en waarbij de vrouw de controle heeft, aangenamer volgens Convery, Spatz en Shearer (2009). Verder kan ook het gebruik van een glijmiddel op waterbasis een oplossing bieden tegen irritatie van pijnlijke plaatsen in de vagina, geven Leeman en Rogers (2012) aan.

## *3.2 Borstvoeding en seksualiteit*

De hormonale veranderingen die gepaard gaan met borstvoeding, hebben verschillende effecten op de seksualiteit. Algemeen werd er gevonden dat borstvoedende vrouwen de seksuele activiteit gemiddeld later hervatten dan vrouwen die geen borstvoeding geven. Ook is er volgens Jawed-Wessel en Sevick (2017) bewijs dat de gemiddelde frequentie van coïtus bij borstvoedende vrouwen lager zou liggen. Bij zowel borstvoedende als flesvoedende vrouwen verlopen de eerste weken postpartum gelijkaardig. Na zes weken nemen de seksuele moeilijkheden bij flesvoedende vrouwen af, terwijl borstvoedende vrouwen aangeven last te hebben van verschillende borstvoedingsgerelateerde kwaaltjes, zoals gevoelige tepels, vaginale droogte en lekkende melk, volgens Convery et al. (2009).

Wanneer borstvoedende en niet-borstvoedende vrouwen worden vergeleken, rapporteren borstvoedende vrouwen volgens Abdool et al. (2009) vaker een gebrek aan seksueel verlangen. Ook slapen borstvoedende vrouwen vaker met hun baby op de kamer. Dit beïnvloedt de partnerintimiteit, zegt Acele et al. (2012).

### *3.2.1 Lekken van borsten*

Niet alleen tijdens de borstvoeding, maar ook tijdens partnerintimiteit komt er oxytocine vrij. Hierdoor kan er tijdens seksueel contact een toeschietreflex opkomen wat kan leiden tot het lekken van de borsten. Zowel door partners als door moeders kan dit als vervelend of beschamend worden beschouwd. Het is een afleiding en ongemak tijdens de seksuele activiteit. Een beha of T-shirt over de borsten dragen kan de schaamte verminderen en melk opvangen. Ook met de handen op de borsten duwen bij een orgasme kan dit verminderen. Verder kan voeden net voor de seksuele activiteit ook een oplossing bieden. In het onderzoek van Leeman en Rogers (2012) wordt wel aangegeven dat dit dan weer voor de externe factor tijdsdruk zou kunnen zorgen, wat op zijn beurt weer een negatieve invloed op de seksualiteit zou kunnen hebben.

### *3.2.2 Borstgevoeligheid, tepelgevoeligheid en borstgroei*

Volgens Convery et al. (2009) kan borstvoeding een invloed hebben op de gevoeligheid van de borsten en de tepels. Zo kunnen vormen van intimiteit waarbij de borsten en tepels een grote rol spelen, plots niet meer als erotisch worden ervaren. Hierbij kan het koppel afspreken om van de borsten een "hands-off" zone te maken bij gevoeligheid. Communicatie is hierbij erg van belang.



Daartegenover staan ook vrouwen die deze verandering in gevoeligheid positief vinden en juist meer opwinding voelen bij borststimulatie. Verder kunnen Leeman en Rogers (2012) en Abdool et al. (2009) dit bevestigen. Ze geven aan dat de vergrote borsten ook een boost kunnen geven aan het zelfbeeld van de kraamvrouw, wat de seksualiteit positief kan beïnvloeden.

### *3.2.3 Vaginale droogte*

Leeman en Rogers (2012) geven aan dat door de hypo-oestrogene staat van de vrouw bij het borstvoeden heel wat vrouwen last hebben van vaginale droogte. Hierbij zou het gebruik van een glijmiddel op waterbasis een oplossing kunnen bieden. Er zijn daartegenover ook vrouwen die aangeven een toename te bemerken in de lubricatie van de vagina.

### *3.2.4 Te veel aan fysiek contact*

Hipp et al. (2012) rapporteert dat vrouwen vaak aangeven dat de nood aan fysiek contact al wordt vervuld door het contact met hun kind. Ze geven aan daarom minder nood te hebben aan fysiek contact met hun partner. Dit is minder vaak het geval bij vrouwen die al eens borstvoeding gaven bij een eerder kind. Hipp et al. (2012) suggereert dan ook dat enige aanpassingstijd een positief effect kan hebben op de seksuele frequentie en beleving. Volgens Convery et al. (2009) kan de partner gevoelens van jaloezie ervaren door deze veranderde rollen. Hij kan het gevoel krijgen dat er meer aandacht is voor de baby en hij buitengesloten wordt in de moeder-kind relatie. Hij is immers niet betrokken bij de borstvoeding. De taak van de vroedvrouw is het koppel te leren dat de partner ook op andere manieren kan deelnemen aan de zorg voor de nieuwe baby. Dit kan door te helpen met luiers, koken of gewoon de moeder aanmoedigen en ondersteunen. Convery et al. (2009) raadt dan ook aan het gesprek met het koppel open te trekken omtrent verminderde opwinding en interesse in seks. Zo is het goed het koppel te informeren over de hormonale veranderingen die plaatsvinden. Het is belangrijk het koppel aan te moedigen om goed te communiceren en andere vormen van intimiteit, zoals knuffelen, aan te halen.

### *3.3 Andere beïnvloedende factoren*

Naast de effecten van pijn en borstvoeding op de seksuele beleving, zijn er nog enkele andere externe factoren die de seksuele beleving kunnen beïnvloeden.

#### *3.3.1 Leeftijd*

Uit de systematische review van Jawed-Wessel en Sevick (2017) blijkt dat de maternale leeftijd een rol speelt in het hernemen van de seksuele activiteit. Zo blijkt dat vrouwen van 35 jaar of ouder gemiddeld tweeënhalve week langer zouden wachten met het hernemen van de seksuele activiteit, dan vrouwen die jonger zijn dan 25 jaar. Dit wordt bevestigd door de studie van Acele et al. (2012) waarbij men vond dat de leeftijd van de moeder en het risico op seksuele problemen in het postpartum op gelijke voet stijgen. De literatuurstudie van Convery et al. (2009) spreekt dit dan weer tegen. Hier wordt vermeld dat oudere moeders met een hogere pariteit sneller de seksuele activiteit hernemen dan jongere moeders en primipara. Ook vond McDonald et al. (2016) dat vrouwen, ouder dan 35 jaar, minder kans hebben op intense dyspareunie.

#### *3.3.2 Incontinentie en bloedverlies*

Incontinentie heeft volgens Leeman en Rogers (2012) ook een invloed op de seksualiteit. Zowel een prolaps van de bekkenorganen als urine- en/of stoelgangincontinentie beïnvloeden het seksuele functioneren negatief. Bekkenbodetraining tijdens de zwangerschap en het postpartum zouden deze incontinentie kunnen verminderen.

Verder geeft Acele et al. (2012) aan dat ook het bloedverlies tijdens de eerste zes weken postpartum de seksualiteit zou kunnen beïnvloeden. In andere studies wordt dit niet aangehaald.

#### *3.3.3 Orgasmes en masturbatie*

Jawed-Wessel en Sevick (2017) concluderen in hun studie dat heel wat vrouwen minder orgasmes ervaren bij seksuele activiteit na de bevalling. Na twaalf maanden postpartum geven vrouwen aan terug het niveau van voor de zwangerschap bereikt te hebben.

De frequentie van masturbatie bereikt sneller terug het niveau van voor de zwangerschap dan seksuele gemeenschap. Dit is volgens Jawed-Wessel en Sevick (2017) het resultaat van verschillende factoren: zo vinden vrouwen dit gemakkelijker dan geslachtsgemeenschap, de partner kan ondertussen toezicht houden op het kind en angst voor pijn bij penetratie is niet nodig.

## 4. Psychologische aspecten

Een pasbevallen vrouw ondergaat heel wat veranderingen. Zowel op lichamelijk als op obstetrisch vlak veranderen er zaken die daarmee ook een invloed hebben op de psychologische beleving van de postpartum-periode. De borstvoeding zorgt bijvoorbeeld enerzijds voor vermoeidheid door de nachtvoedingen, anderzijds zorgen de borstvoedingshormonen voor een verminderde lubricatie en daarmee samenhangende dyspareunie, omschrijft Abdool et al. (2009). Al deze lichamelijke ongemakken hebben een directe invloed op hoe de vrouw zich voelt.

Volgens La Leche League (z.d.) kunnen veranderingen in de seksuele gezondheid en het seksueel functioneren, negatieve gevolgen hebben op de kwaliteit van het leven en het zelfbeeld van de vrouw. Tevens kan het haar relatie met haar partner beïnvloeden. Het moment waarop de eerste seksuele betrekking plaatsvindt na de bevalling, is volgens Acele et al. (2012) enerzijds afhankelijk van het fysiek herstelproces van de vrouw en anderzijds of de vrouw hier mentaal klaar voor is.

### *4.1 Vermoeidheid en lichaamsbeeld*

De nieuwe gezinsstructuur en het veranderd slaappatroon, verminderen de kans dat de vrouw en haar partner de tijd en privacy vinden om intimiteit te hervatten na de bevalling volgens Leeman en Rogers (2012). Vermoeidheid kan zorgen voor een sterke daling in de seksuele bevrediging en het verlangen op twaalf weken postpartum. Ook kan vermoeidheid het libido van beide partners negatief beïnvloeden, aldus Convery et al. (2009). Volgens Hipp et al. (2012) melden de meerderheid van de pas bevallen vrouwen dat vermoeidheid rond vier maanden na de bevalling interfereerde met de seksuele activiteiten en hun expressie van verlangen remde.

Het onderzoek van Hipp et al. (2012) toonde ook aan dat het veranderde lichaam, en daardoor veranderd lichaamsbeeld van de vrouw, zorgde voor onzekerheid bij deze vrouwen en daardoor de seksuele beleving beïnvloedde. Daarentegen rapporteren vrouwen die zichzelf als aantrekkelijk ervaren, hogere niveaus van seksueel genot, frequenter geslachtsgemeenschap en minder pijn bij betrekkingen. Toch zegt Hipp et al. (2012) dat de meerderheid van de vrouwen ontevreden is met hun lichaam rond vier maanden postpartum en een kleiner deel zelfs tot één jaar postpartum.

De FSFI-score, die de kwaliteit van het seksueel functioneren meet, was lager bij vrouwen met een negatief lichaamsbeeld. Dit impliceert dat een laag zelfbeeld een negatieve invloed heeft op de seksuele beleving van de vrouw.

## *4.2 Stress en depressie*

Stress en depressie zijn ook risicofactoren die het seksueel leven van koppels bemoeilijken na de bevalling. In sommige gevallen kunnen deze zelfs leiden tot een postpartumdepressie, volgens Hipp et al. (2012). In dezelfde studie hebben vrouwen die depressieve symptomen hadden na de bevalling een lagere FSFI-score dan vrouwen zonder aanwijzingen voor depressie. Er wordt aangetoond dat vrouwen met een depressie significant minder kans hebben op hervatting van de seksuele activiteit rond zes maanden na de bevalling. Volgens de resultaten van een andere studie van McDonald et al. (2016), gemeten aan de hand van de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), hebben vrouwen met een depressie ook meer kans op intense dyspareunie en zodoende op een verminderde seksuele beleving.

In de studie van Leeman en Rogers (2012) wordt er gesproken over een behandeling met selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRIs). SSRIs, die meestal aanbevolen worden als antidepressivum, kunnen seksuele ongemakken veroorzaken. Wanneer dat deze bijwerkingen te storend zijn, kan er overgeschakeld worden naar andere medicatie in overleg met de behandelende arts.

### *4.3 Pijn en angst*

Pijn en angst bij geslachtsgemeenschap na de bevalling zijn andere factoren die eveneens een grote invloed hebben op de seksuele beleving. Als een vrouw pijn verwacht bij seksuele betrekking is het mogelijk dat er angst voor die pijn ontstaat. Deze angst kan verminderde opwinding veroorzaken en zo de seksuele beleving beïnvloeden, aldus Convery et al. (2009). Deze vicieuze cirkel van pijn en angst kan moeilijk doorbroken worden en vereist soms professionele hulp.

### *4.4 Psychologische aspecten bij borstvoeding en seksualiteit*

Moeders die borstvoeding geven, komen van nature dicht bij hun kindje, maar deze relatie is niet te vergelijken met de vader-kind-relatie. Vervolgens gaat de borstvoeding ook vaak gepaard met seksuele ongemakken, waardoor geslachtsgemeenschap negatief ervaren kan worden door beide partners, zegt de studie van Convery et al. (2009).

De studie van Hipp et al. (2012) toont aan dat lichamelijk contact met het kind tijdens het verzorgen of het geven van borstvoeding mogelijk de behoefte aan fysieke intimiteit vervult. Deze behoefte werd voorheen opgevuld door fysiek contact met hun partner, zoals eerder vermeld in het hoofdstuk omtrent lichamelijke ongemakken. Deze verzadiging aan intimiteit kan ervoor zorgen dat de vrouw verminderde nood heeft aan affectie van haar partner, wat kan zorgen voor gevoelens van frustratie en teleurstelling binnen de relatie. Ook kan de vrouw masturbatie verkiezen boven geslachtsgemeenschap. De vrouw kan dan zelfstandig genieten zonder fysiek contact en zonder de druk om de behoefte van de ander te vervullen.

Volgens de studie van Convery et al. (2009) hebben sommige vrouwen ook opwindende gevoelens bij het geven van borstvoeding aan hun kind. Deze komen tot stand door het hormoon 'oxytocine' dat uitgebreid werd uitgelegd in het hoofdstuk omtrent hormonale aspecten. In het onderzoek gaf 35-50% van de vrouwen aan dat ze borstvoeding als erotisch ervaren, 25% van hen voelde zich hier schuldig over. Deze schuldgevoelens zouden er niet moeten zijn omdat deze reactie niet gebaseerd is op de seksuele stimulatie en daarom niet als seksueel kan worden beschouwd. Daarom is het belangrijk om te benadrukken dat dit een normale hormonale reactie is.

De angst dat de baby wakker wordt tijdens de seksuele activiteit, die vaak in dezelfde kamer als de baby plaatsvindt, kan de seksbeleving met de partner in het postpartum negatief beïnvloeden, aldus Hipp et al. (2012). Ook hebben sommige borstvoedende vrouwen moeite met de dubbele rol van hun borsten, enerzijds seksueel en anderzijds voedend volgens De Smet (2017). Tenslotte geven sommige vrouwen aan dat ze meer genieten van seksuele activiteit met de partner wanneer deze zelf geïnitieerd en gecontroleerd is.

Sommige koppels nemen de borstvoeding daadwerkelijk op in hun seksuele activiteit, en voor hen is het belangrijk om te bevestigen dat borstvoeding natuurlijk en normaal is. De eerste pogingen tot geslachtsgemeenschap in het postpartum kunnen ongemakkelijk zijn.

Hipp et al. (2012) zegt dat begrip en voorzichtigheid tijdens deze periode van groot belang zijn. Sommige vrouwen kunnen tevreden zijn met de nabijheid van hun partner en dus geen verlangens hebben naar seksuele activiteit.

#### *4.5 Belang van partnerondersteuning en communicatie*

Er werd in dezelfde studie van Hipp et al. (2012) aangetoond dat een goede relatie van de vrouw en haar partner tijdens het postpartum bijzonder waardevol is. Bij mogelijke problemen vergemakkelijkt dit een goede communicatie en voelt de vrouw zich bijgestaan. Ook toont dit onderzoek aan dat wanneer er een correcte partnerondersteuning is, de moeder een hoger niveau van seksueel genot ervaart.

Communicatie tussen de vrouw en haar partner over seksuele verwachtingen is heel belangrijk in de periode na de bevalling. Veel vrouwen maken zich bijvoorbeeld in deze periode zorgen over de seksuele tevredenheid van hun partner. Wanneer hier open over gecommuniceerd kan worden, is de eerste stap naar verbetering gezet. De meerderheid van de vrouwen geeft aan dat de mate van intimiteit en de seksuele interesse van hun partner, dé factoren zijn die het sterkst bijdragen aan een aangename seksuele beleving na de bevalling.

Volgens Hipp et al. (2012) kunnen hoge verlangens van de partner ook een negatieve invloed hebben op de seksualiteit in het postpartum. Zo geven veel vrouwen aan seksuele betrekking te hebben zonder zelf seksuele verlangens of gevoelens te koesteren omdat ze hun partner niet willen teleurstellen. Vrouwen kunnen sneller seksuele verlangens krijgen indien de partner aanwezig was tijdens de geboorte van hun kind en dit een wens van de partner zelf was. Dit suggereert dat wanneer de partner zijn verantwoordelijkheid opneemt als ouder, dit het seksueel verlangen van de vrouw positief beïnvloedt.

#### *4.6 Anticonceptie en angst om opnieuw zwanger te worden*

Leeman en Rogers (2012) geven ten slotte aan dat sommige vrouwen de hervatting van seksuele activiteit uitstellen vanuit de angst om opnieuw zwanger te worden. De verschillende mogelijke anticonceptiva dienen besproken te worden met alle vrouwen, zowel tijdens hun prenatale consultaties als in het postpartum.

Een gebrek aan seksuele activiteit na twaalf weken postpartum is een risicofactor voor algemene ontevredenheid over de seksuele relatie na één jaar. Daarom is het belangrijk om als vroedvrouw seksuele problemen bespreekbaar te maken en oplossingen te bieden.

## 5. De taak van de vroedvrouw

Het onderzoek van Convery et al. (2009) zegt dat de vroedvrouwen bereid moeten zijn om seksuele problemen aan te pakken en koppels aan te moedigen om met elkaar te communiceren over hun behoeften en verlangens hieromtrent. Seksuele voorlichting kan helpen bij het bijstellen van het zelfbeeld van de pas bevallen vrouw en helpen bij het onderhouden van een positieve seksuele relatie tussen de vrouw en haar partner. Afhankelijk van de voorgeschiedenis en achtergrond van de vrouw zal er op een bepaalde manier gecounseld moeten worden. Doordat de vroedvrouwen tijdens postpartum-consultaties gebonden zijn aan een specifieke tijdsduur en een lijst van onderwerpen, vinden ze het moeilijk om het onderwerp 'seksualiteit' er nog eens uitgebreid bij te nemen. Daarenboven ervaren vroedvrouwen het gevoel dat ze een gebrek aan kennis hebben om de vrouw en haar partner voldoende te kunnen begeleiden, volgens Olsson, Robertson, Falk en Nissen (2009).





Seksuologische counseling is één van de vele taken van de vroedvrouw, maar toch wordt dit soms over het hoofd gezien. Misschien is dit omdat sommige vroedvrouwen geen kennis hebben omtrent dit onderwerp, of durven ze het misschien niet ter sprake brengen? Toch heeft een pasbevallen vrouw nood aan iemand waarmee ze kan praten over zowel haar seksueel leven als de mogelijke problemen die zich hierin voordoen. In de kwalitatieve studie van Olsson et al. (2009) wordt aan de hand van focusgroep-gesprekken met vroedvrouwen hun meningen, gevoelens en tekortkomingen omtrent seksuologische counseling onderzocht. In dit onderzoek wordt de vroedvrouw als eerste aanspreekpunt vooropgesteld en moet ze dus zowel in staat zijn om seksualiteit zelf ter sprake te brengen als er voor open staan wanneer de pas bevallen vrouw dit zelf aanhaalt.

Het moment in het postpartum waarop dit gesprek gevoerd kan worden, is afhankelijk van vrouw tot vrouw, geeft Lenaers (2017) aan. Vaak kan dit gesprek plaatsvinden rond zes weken postpartum, maar er bestaat hier geen norm in. De vrouw kan eerder mogelijke problemen ter sprake brengen of het onderwerp kan spontaan aan bod komen tijdens een gesprek. Voor de vroedvrouw kan het een richtlijn zijn om tijdens het opvolgingsgesprek op zes weken postpartum dit onderwerp standaard aan te halen. Olsson et al. (2009) geeft aan dat er eventueel een tweede postnataal bezoek gepland kan worden om de evolutie in het seksueel functioneren te evalueren.

De vroedvrouw kan gebruik maken van enkele aanknopingspunten om het onderwerp 'seksualiteit' ter sprake te brengen. Deze zorgen ervoor dat dit op een informele en spontane manier besproken kan worden, zodat zowel de vrouw als de vroedvrouw zich hier niet ongemakkelijk bij voelen. Lenaers (2017) haalt enkele mogelijke aanknopingspunten aan. Een voorbeeld hiervan is het bespreken van de heling van het perineum. Wanneer de vrouw aangeeft dat ze hier nog last van heeft, kan er direct gevraagd worden naar de seksuele activiteit. Een ander voorbeeld is om te vragen of het koppel familie of vrienden heeft die de baby kunnen opvangen wanneer de ouders nood hebben aan een avond met twee. Op die manier kan er gevraagd worden of ze reeds de tijd hebben gevonden om intiem te zijn met elkaar.

In dit gesprek kan volgens Lenaers (2017) de vroedvrouw enerzijds zelf enkele mogelijke ongemakken ter sprake brengen en polsen bij de vrouw of ze hier last van heeft. Anderzijds kan de vroedvrouw in het gesprek ook ruimte creëren zodat de vrouw zelf deze ongemakken kan aangeven en de vroedvrouw hierop kan inspelen door mogelijke oplossingen aan te reiken.

Een voorbeeld is dat een borstvoedende vrouw last kan hebben van verminderde lubricatie. Hiervoor kan de vroedvrouw een glijmiddel als oplossing aanreiken. In bijlage 1 staat een overzicht van mogelijke problemen en bijbehorende oplossingen. De vroedvrouw kan gebruik maken van de getting-in-tune-strategie of onderwerpsgerichte strategie van Olsson et al. (2009) waarbij ze vooral gaat geruststellen, luisteren, ondersteunen, sterke punten benadrukken, empoweren en aanmoedigen.

Toch is een gesprek voeren omtrent seksualiteit niet altijd makkelijk voor iedere vroedvrouw en zijn hier enkele aandachtspunten aan verbonden. Zo moet de vroedvrouw zich empathisch en open opstellen, zodat de vrouw zich comfortabel voelt. Het gebruik van vakjargon moet vermeden worden en de vrouw mag niet overstelpt worden met informatie. Het PLISSIT-model van Anon (1976) uit de studie van Convery et al. (2009) kan een ondersteunende richtlijn zijn om dit gesprek op te starten en vlot uit te voeren.

De P staat voor het geven van 'permission', hierbij begint de vroedvrouw met een open houding, waarbij luisteren centraal staat. Ze gaat context creëren zodat de vrouw haar verhaal kan doen en het verhaal van de vrouw normaliseren zodat deze het gevoel krijgt dat ze normaal is ondanks haar seksuele ongemakken. Hierdoor zal ze zich opgelucht voelen. LI staat voor 'limited information', zoals hierboven vermeld moet de vroedvrouw informatie geven zonder dat de vrouw zich overladen voelt. SS staat voor 'specific suggestions' waarbij de vroedvrouw een actieve rol gaat innemen wanneer de vrouw seksuele ongemakken aankaart. Ze gaat een oplossing aanbieden en op die manier een advies geven om zo het seksueel gedrag van de vrouw positief te beïnvloeden.

Daarnaast is een belangrijke kanttekening dat de vroedvrouw in het algemeen nog meer kennis zou moeten aangereikt krijgen in haar opleiding om zich in staat te voelen deze informatie te geven. IT of 'intensive therapy' hoort niet meer bij de taak van de vroedvrouw. Wanneer ze het gevoel krijgt dat het probleem de eigen kennis en oplossingen overstijgt, kan de vroedvrouw doorverwijzen naar een specialist, zoals een seksuoloog.

# Discussie

In deze literatuurstudie werd getracht na te gaan welke factoren een invloed hebben op de seksuele beleving van de vrouw na de partus tot één jaar postpartum. Zo werd er aan de hand van verschillende onderzoeken, zoals prospectieve longitudinale cohort onderzoeken; reviews (zowel systematische als niet-systematische); retrospectief onderzoek en een kwalitatieve beschrijvende studie, een antwoord geformuleerd op deze onderzoeksvraag.

Echter werden er ook veel verschillende en soms zelfs tegenstrijdige resultaten gevonden omtrent dit onderwerp. Ook wat de methodologie van sommige studies betreft, worden hieronder enkele opmerkingen geformuleerd.

Een eerste groot aandachtspunt bij alle onderzoeken is de definitie van 'seksueel contact'. Elke onderzoeker lijkt dit op een andere manier te definiëren, waardoor onderzoeksgegevens steeds anders geordend, geïnterpreteerd en geëvalueerd worden. Seksueel contact kan heel breed geïnterpreteerd worden als affectie met kussen, knuffelen, voorspel, masturbatie, seksspeeltjes en eventueel ook penetratie. Of de onderzoekers kunnen het seksueel contact heel nauw definiëren door te stellen dat een vrouw seksueel contact heeft gehad wanneer er penetratie heeft plaatsgevonden, zoals in het onderzoek van Jawed-Wessel en Sevic (2017). Niet in alle onderzoeken wordt deze definitie vooraf aan de onderzoeksresultaten besproken. Onderzoeksresultaten kunnen niet systematisch geordend worden door deze brede interpretatie.

Verder werden veel onderzoeksgegevens in de studies verkregen van vrouwen die reeds seksueel contact hervat hadden in het postpartum. Vrouwen die nog geen seksueel contact hadden, werden hierdoor uitgesloten uit de onderzoeksgegevens. Echter kan hun ervaring ook een belangrijke rol spelen in de resultaten, zo kan het interessant zijn te onderzoeken waarom zij nog geen seksueel contact hebben gehad. Dit kan de resultaten een extra dimensie geven.

Voor de meeste onderzoeken moesten vrouwen op eigen initiatief deelnemen aan de studie. Selectiebias zou hierdoor ontstaan kunnen zijn doordat vrouwen zonder seksuele problemen meer geneigd zijn om deel te nemen aan dit soort onderzoek dan vrouwen met seksuele problemen. Meestal werd ook het thema van de studie op voorhand aan de onderzoeksgroep meegedeeld, zoals bijvoorbeeld: 'wat is de graad van pijn die de vrouw ervaart bij het hernemen van de seksuele activiteit in het postpartum?'



Hierdoor kan het voorkomen dat vrouwen zich hier extra hard op gaan concentreren en daardoor de pijn op een andere manier gaan aangeven in het onderzoek dan ze werkelijk ervaren.

Vervolgens werden de juiste onderzoeksresultaten beïnvloed door gemixte pariteiten, non-gevalideerde vragenlijsten en afwezigheid van een prepartum-databank. In de meeste studies wordt enkel informatie over het seksueel leven in het derde zwangerschapstrimester verzameld wat natuurlijk niet kan dienen als referentie voor de onderzoeksresultaten uit het postpartum. Er is dus een gebrek aan vergelijkingsmateriaal uit eerdere trimesters of uit de periode voor de zwangerschap. Het belang van volledige prenatale opvolging in de studies omtrent dit onderwerp is daarom heel belangrijk, om zo een duidelijk beeld te hebben van hoe het seksueel leven van de vrouw er vóór de bevalling en zelfs voor de zwangerschap uitzag. Dit hangt nauw samen met de subjectieve beleving van seksualiteit. Sommige vrouwen zijn tevreden met één keer seks per maand en andere vrouwen hebben nood aan twee à drie keer seks per week. Dat betekent dat ze na de bevalling kunnen terug streven naar hun patroon van voor de zwangerschap en niet naar een of andere standaard omtrent seksuele activiteit. Hiermee wordt ook aangehaald dat er geen 'standaard' of 'norm' bestaat over wanneer er na de partus opnieuw seksualiteit wordt hervat in het dagelijks leven, zolang de vrouw er zelf maar tevreden over is. Dit maakte het eveneens ook moeilijk om resultaten te vergelijken. In de onderzoeken die gebruikt werden, werd gezien dat veranderingen in het seksueel leven van de vrouw vaak leiden tot ontevredenheid. Maar verandering is niet altijd negatief, al wordt dat in deze onderzoeken wel zo afgeschilderd. Hebben de vrouw en haar partner wel last van dit zogenaamd 'probleem'? Wat voor de ene een probleem is, hoeft dat voor de ander niet te zijn. Of brengt dit 'probleem' juist verbetering in hun seksualiteit?

Zoals hierboven reeds aangehaald, spreken verschillende studies elkaar tegen. Zo blijkt uit het onderzoek van Acele et al. (2012) dat er geen significante associatie waargenomen werd tussen de fysieke en psychische stoornissen en postpartum seksuele dysfunctie. Maar in de andere studies werd er wel een verband gevonden hiertussen. Ook omtrent de wijze van bevalling en impact op de seksuele beleving werden de twee uitersten van onderzoeksresultaten gevonden. In de studie van De Souza et al. (2015) werd geen significant verschil gevonden in seksueel functioneren op twaalf maanden postpartum afhankelijk van de wijze van bevalling. In de andere onderzoeken kwam steeds naar boven dat een instrumentele vaginale bevalling een significante invloed heeft op de seksuele beleving van de vrouw, voornamelijk wat de factor 'pijn' betreft.

Ook de subjectiviteit omtrent het begrip 'pijn', wat in deze studie een grote rol speelt in de interpretatie van de onderzoeksresultaten, zorgt voor het moeilijk vergelijken van de verschillende resultaten. Pijn kan ook onderverdeeld worden in pijn bij de eerste keer terug seks na de partus of aanhoudende pijn bij seksuele activiteit in het postpartum.

Het onderzoek van Cheng et al. (2015) is het eerste onderzoek om het effect van oxytocine op de NAc en VTA te onderzoeken. Dit maakt dat enkel deze resultaten gekend zijn en er geen bijkomende informatie is om het effect van oxytocine op deze hersendelen te staven. In deze studie maakten de onderzoekers gebruik van foto's of beelden van onbekende kinderen voor de populatie. Dit zou het effect van de oxytocine op deze specifieke hersendelen eventueel op een andere manier kunnen beïnvloeden dan wanneer de onderzoekers beelden hadden gebruikt van kinderen die de populatie wél kent (eigen kinderen, nichtjes of neefjes, broertjes of zusjes, ...). In het algemeen was er zeer weinig kwaliteitsvol onderzoek te vinden over hormonen én hun invloed op de seksuele beleving van de vrouw na de partus. Toch kan dit wel een belangrijke rol spelen. Hier moet dus verder onderzoek naar gedaan worden om zo tot meer complete resultaten te komen.

In de onderzoeken die men gebruikt heeft voor deze literatuurstudie, werden de partners zeer weinig aangehaald. Nochtans spelen ze een onmisbare en belangrijke rol in de seksualiteit en beleving hiervan in het postpartum. Zo werd gezien dat er in het onderzoek van Leeman en Rogers (2012) werd aangehaald dat vrouwen met een majeur trauma aan het perineum minder nood hebben om gestreeld of vastgehouden te worden door hun partner. Misschien hebben de partners het er ook moeilijk mee om opnieuw seks te hebben met hun vrouw na een soms ook voor hen ingrijpende bevalling. Vinden ze hun vrouw minder aantrekkelijk? Ervaren ze angst om opnieuw seks te hebben omdat ze hun vrouw misschien pijn zullen doen? Ondersteunen ze hun vrouw genoeg in deze turbulente periode van slaaptkort en vermoeidheid? Welke impact heeft het vaderschap op het seksuele leven van de man? Hier werd zeer weinig op ingegaan in de studies. Een onderzoek over de impact van de partner op het seksuele leven na de bevalling zou nog heel wat waardevolle informatie geven.

Vervolgens zijn de vrouwen zich niet altijd bewust van het echte verloop van hun bevalling. Hiermee bedoelen Jawed-Wessel en Sevic (2017) dat ze niet juist weten wat er gebeurd is. Hebben ze een episiotomie gehad of hebben ze een ruptuur? Is er enkel oppervlakkig een trauma of ook dieper gelegen? Wat was de extractiemethode? Daardoor is het moeilijk om te vertrouwen op zelfrapportage van de vrouwen bij de dataverzameling in de onderzoeken. Een combinatie van zowel zelfrapportage als 'officiële' rapportage uit een databank zou een vollediger beeld kunnen geven.

Het verband tussen de seksuele beleving en de impact van een sectio hierop is een onderwerp dat nog verder uitgediept moet worden. Duidelijk is dat een sectio ook een zekere impact heeft op de seksualiteit ondanks dat sommigen denken dat door een sectio de bekkenbodern en vagina als het ware juist 'gespaard' blijven van trauma en zo ook de seksualiteit niet doen verslechteren. Belangrijk is dat er in verder onderzoek een onderscheid gemaakt wordt tussen de verschillende soorten sectio's (primaire sectio, secundaire sectio, spoedsectio, ...). Zo kan er duidelijke counseling gegeven worden aan vrouwen die om deze reden een sectio prefereren, om hen zo duidelijk te maken dat dit niet de manier is om hun seksueel leven te beschermen.

Volgende obstetrische factoren verdienen nog extra onderzoek: de manier waarop een episiotomie verricht wordt (mediaan, mediolateraal, lateraal), de duur van de arbeid en uitdrijvingsfase en het geboortegewicht van de baby. Op lichamelijk vlak zou meer onderzoek over de preconceptionele staat van de bekkenbodern en de invloed van de bevalling hierop interessant zijn. Training van de bekkenbodernspieren en eventuele incontinentie kunnen hierbij betrokken worden. Psychologisch zou er meer onderzoek kunnen gedaan worden over de invloed van het sociaal vangnet van de moeder op haar algemeen, seksueel welzijn.

De rol van de vroedvrouw bij postpartum counseling omtrent seksualiteit is van onschatbare waarde en werd toch weinig aangehaald in de studies. Counseling omtrent dit onderwerp is niet altijd makkelijk voor de vroedvrouw en kan afhankelijk zijn van hoelang je de vrouw al kent (zelfstandige vroedvrouw versus ziekenhuis vroedvrouw), de vertrouwensband die je samen hebt opgebouwd, de aanwezigheid van de partner, enzovoort. Vroedvrouwen zouden extra informatie en training moeten krijgen om de counseling te optimaliseren, zodat iedere vrouw en haar partner over hun seksuele ervaringen bevraagd worden op een subtiele maar toch duidelijke manier. Zo durven ze dit aan te geven bij mogelijke problemen. Hiervoor zijn zowel voldoende kennis als de nodige skills vereist bij de vroedvrouw om het onderwerp seksualiteit op een goede en open manier aan te kaarten. Ook moet de vroedvrouw weten wanneer doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg nodig is.

Tenslotte wordt er ook zeer beperkt in de studies een onderscheid gemaakt omtrent het geven van borstvoeding of kunstvoeding. Geven de vrouwen volledige borstvoeding, volledige kunstvoeding of beiden? Hoeveel voedingen worden er dagelijks nog gegeven? Toch zou dit een belangrijke invloed kunnen hebben op de onderzoeksresultaten. Onder andere kan borstvoeding het dag -en nachtritme helemaal verstoren wat zorgt voor vermoeidheid en dus ook minder zin in seks.

Zoals in het begin van deze discussie vermeld, is seksualiteit een begrip met een brede definitie. Daarom is het belangrijk dit steeds mee te nemen in volgend onderzoek om zo te leren op een bredere manier naar seksualiteit te kijken. Dit zal enkel gaan aan de hand van kwalitatief onderzoek (interviews, focusgroepen,...). Zo kan men op een uitgebreide manier nagaan wat juist wel en niet de vrouw haar seksueel leven beïnvloedt.



# Conclusie

Welke factoren beïnvloeden de seksuele beleving van de vrouw na de partus tot één jaar postpartum? Seksualiteit is een multifactorieel begrip dat een belangrijke rol speelt in ieders leven, dus ook in dat van de pas bevallen vrouw. Toch kan zij moeilijkheden ervaren om haar seksueel leven terug op te starten na de zwangerschap en bevalling die haar lichaam op vele vlakken veranderd hebben. Vanuit vier verschillende invalshoeken kunnen de beïnvloedende factoren verklaard worden: obstetrisch, hormonaal, lichamelijk en psychologisch.

Vrouwen met een majeur perineaal trauma (derde en vierde graad) of een instrumentele bevalling hebben meer kans op dyspareunie in het postpartum. Hoe groter het perineaal trauma, hoe meer pijn er wordt ervaren. Vanaf zes maanden postpartum treedt er een algemene verbetering op in het seksleven van iedere vrouw. Omtrent de invloed van een sectio op het seksleven bestaat nog geen consensus. Primipara hebben een hogere kans op dyspareunie. Externe stimuli, zoals het zien of horen van (eigen) kinderen, beïnvloeden het hormoon oxytocine waardoor het gehalte in het bloed stijgt. Dit zorgt voor een hogere seksuele respons. Een lager testosteron- en oestrogeengehalte, door pijn of stress, beïnvloedt het libido van de vrouw negatief. Door obstetrische en hormonale invloeden in het postpartum kunnen verschillende ongemakken optreden. Zo kunnen bijvoorbeeld dyspareunie, langdurig bloedverlies, melkverlies, gevoelige borsten en vaginale droogte de kwaliteit van het seksleven beïnvloeden. Angst voor pijn bij de seksuele activiteit kan een vicieuze cirkel vormen waarin beiden elkaar versterken. Vermoeidheid, stress en onzekerheid door alle veranderingen en de nieuwe gezinsstructuur kan de seksuele beleving beïnvloeden. De invloed en ondersteuning van de partner speelt een belangrijke rol.

De vroedvrouw moet in staat zijn om in het postpartum een gesprek omtrent seksualiteit aan te gaan. Dit kan ze doen aan de hand van het PLISSIT-model. De brede waaier aan factoren die de seksuele beleving van de vrouw beïnvloeden, moet de vroedvrouw in het achterhoofd houden tijdens dit gesprek, om zo mogelijke problemen op te sporen en bespreekbaar te maken. Samen met de vrouw kan zij op zoek gaan naar nieuwe inzichten, mogelijke oplossingen en kan ze ondersteuning bieden. Vroedvrouwen moeten meer kennis en skills aangeleerd krijgen om de belangrijke rol van seksualiteit in het postpartum in te zien en dit met vrouwen op een professionele manier te kunnen bespreken.

Seksualiteit is een ongelooflijk breed begrip waardoor meer onderzoek altijd verrijkend zal zijn en steeds nieuwe inzichten kan geven die in de praktijk bij counseling gebruikt kunnen worden om het open gesprek te ondersteunen. Dit zal zowel voor vroedvrouwen als cliënten een meerwaarde zijn.

# Bibliografie

Abdool, Z., Thakar, R. & Sultan A. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 145 (2), 133-137.

Acele, E. & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7), 929-937.

Anon, J.S. (1976). The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2, 1-15.

Colson, M. (2014). Sexualité féminine et étapes de la parentalité - Female sexuality and parenthood. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, 42 (10), 714-720.

Convery, K. & Spatz, D. (2009). Sexuality and breastfeeding: what do you know?. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 34 (4), 218-223.

De Smet, J. (2017). *Borstvoeding en seksualiteit: tussen moeder-zijn en vrouw-zijn* [masterproef]. Leuven: Katholieke Universiteit Master in de seksuologie.

De Souza, A., Dwyer, P., Charity, M., Thomas, E., Ferreira, C. & Schierlitz, L. (2015). The effect of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 122, 1410-1418.

Elaut, E., Lagaert, L., Van Kerrebroeck, H. & Weyers, S. (2017). Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22 (3), 200-206.

Gregory, R., Cheng, H., Rupp, H., Sengelaub, D. & Heiman, J. (2014). Oxytocin increases VTA activation to infant and sexual stimuli in nulliparous and postpartum women. *Hormones and Behavior*, 69, 82-88.

Handa, V., Blomquist, J., McDermott, K., Friedmann, S. & Munoz, A. (2012). Pelvic floor disorders after childbirth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstetrics and Gynecology*, 119 (2), 233-239.

Hipp, L., Kane Low, L. & van Anders, S. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 9 (9), 2330-2341.

Jawed-Wessel, S. & Sevcik, E. (2017). The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *The Journal of Sex Research*, 54 (4-5), 411-423.

Leeman, L. & Rogers, R. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics and Gynecology*, 119 (3), 647-655.

Lenaers, K. (2017-2018). *Familyplanning* [cursustekst]. UC Leuven-Limburg, Campus Gasthuisberg.

Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.

McDonald, E., Gartland, D. & Brown, S. (2016). Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months postpartum: a cohort study. *Midwifery*, 34, 15-20.

Olsson, A., Robertson, E., Falk, K. & Nissen, E. (2009). Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery*, 27 (2), 195-202.

Redactie. *Verhaal van de week: we hebben ervan genoten*. Geraadpleegd op 20/02/2018 via <https://www.borstvoeding.com/verhaal-van-de-week/genoten.html>.

*Seksualiteit en borstvoeding, hormonen*. Geraadpleegd op 05/03/2018 via <https://www.lalecheleague.nl/borstvoeding-abc/artikel/181-seksualiteit-en-borstvoeding-hormonen>.

*Seksualiteit en borstvoeding*. (z.d.) Geraadpleegd op 08/03/2018 via <https://www.lalecheleague.nl/borstvoeding-abc/artikel/180-seksualiteit-en-borstvoeding>.

*SF-36*. (2018). Geraadpleegd op 26/02/2018 via <https://en.wikipedia.org/wiki/SF-36>.

*Seks na de bevalling*. Geraadpleegd op 16/03/2018 via <https://www.seksualiteit.be/zwangerschap/zwanger-en-seks/seks-na-de-bevalling>.

UZ Leuven. (2009). *Seksualiteit en intimiteit tijdens zwangerschap en kraamtijd: informatie voor patiënten* (brochure). UZ Leuven: auteur

# Bijlagen

## *Bijlage 1: Mogelijke lichamelijke ongemakken en bijbehorende oplossingen*

| <b><u>Sexual Issue</u></b>                                 | <b><u>Intervention</u></b>   |
|--|--|
| Vaginal dryness and subsequent dyspareunia                 | Use a water-based lubricant for the vagina and for the penis before intercourse.   |
| Increased nipple and breast sensitivity                    | Teach the couple that sometimes breastfeeding mothers need to have a "hands off" policy for their breasts, and other methods of sexual stimulation should be considered, despite what the couple's former methods were. This is not what all couples need, so communication between them is essential.   |
| Milk leaking from breasts during orgasm or sexual activity | Try breastfeeding before sexual activity to empty the breasts. Wear a bra/clothes to absorb leaking milk.  |
| Decreased arousal and interest in sex                      | Teach the couple about the hormonal changes occurring in the woman, and stress the importance of communication during this time. Encourage other forms of closeness like cuddling and touching.  |
| Erotic feelings while baby suckles                         | Teach the mother that the feelings she has during breastfeeding are normal, and not "erotic" even though she might have only felt this previously during sexual activity. Breastfeeding mothers are supposed to feel extremely close to their infants, and the hormones responsible for breastfeeding make this happen. These are not feelings to be guilty about, and are not incestuous or sexual in nature. |
| Partner's jealousy of mother/baby relationship             | Breastfeeding mothers are naturally very close to their infants, but the relationship is different from that of spouses. Teach the couple that the spouse should participate in the infant's care in every other way, and that the couple should talk with each other about any jealous feelings they might experience. These feelings are common, and occur with bottle feeding as well.                      |

| <b><u>Seksueel ongemak</u></b>  | <b><u>Interventie</u></b>   |
|---|---|
| Vaginale droogte en aanhoudende dyspareunie   | Gebruik een glijmiddel op waterbasis op de vagina en penis voor de geslachtsgemeenschap.  |
| Verhoogde tepel- en borstgevoeligheid   | Sommige borstvoedende moeders maken van de borsten liever een "hands-off" zone maken tijdens de seksuele activiteit. Het koppel kan proberen nieuwe manieren van seksuele stimulatie te vinden. Dit is niet op alle koppels van toepassing, dus communicatie binnen het koppel is hierbij essentieel.   |
| Lekkende borsten tijdens het orgasme of de seksuele activiteit                      | De vrouw kan proberen te borstvoeden voor de seksuele activiteit, om zo de borsten te legen. Verder kan het fijn zijn een T-shirt of bh te dragen om lekkende melk te absorberen.   |
| Verminderde opwinding en verminderde interesse in seksueel contact                  | Vertel het koppel over de hormonale veranderingen die de vrouw doormaakt en wat hiervan het effect kan zijn. Benadruk dat communicatie binnen het koppel gedurende deze periode erg belangrijk is. Andere vormen van intimiteit, zoals knuffelen en elkaar aanraken, dienen aangemoedigd te worden.   |
| Erotische gevoelens tijdens het borstvoeden van de baby                             | Vertel de moeder dat deze gevoelens perfect normaal zijn en niet per sé erotisch zijn, ookal voelde ze dit tot nu toe enkel bij seksuele activiteit. Het is normaal dat borstvoedende moeders zich heel erg hecht met hun baby'tje, de hormonen die vrijkomen bij het borstvoeden zijn hiervoor verantwoordelijk. Over deze gevoelens moet men zich zeker niet schuldig voelen, deze zijn niet van incestueuze of seksuele oorsprong. |
| Jaloerse gevoelens bij de partner ten opzichte van de relatie tussen moeder en baby | Borstvoedende moeders zijn van nature erg hecht met hun baby'tje, maar deze relatie verschilt erg van die met hun partner. Je kan het koppel aanleren dat de man op heel wat andere manieren deel kan nemen in het zorgen voor het kind. Het is belangrijk dat het koppel open communiceert over gevoelens van jaloezie als deze ervaren worden. Deze gevoelens komen veel voor, ook gezinnen die voor flesvoeding kiezen.            |

# Praktische implementatie



# Staat je baby ook tussen jou en je seksleven na de bevalling?

## Je bent niet alleen!

### Praat erover met je vroedvrouw

Een nieuw gezinslid beïnvloedt je hele leven vanaf het eerste moment

Ervaar je **angst** om opnieuw zwanger te worden?

Voel je je **onzeker** over je veranderd lichaam?

Voel je **pijn** tijdens het vrijen na je bevalling?

Of ben je gewoon te **moe**?

Je vroedvrouw weet raad!



© Dreamtime

**Procesbegeleider:** Mevr. K. De Boelpaep

**Copromotor:** Mevr. H. Van Den Bogerd

**Studenten:** Mégane Baeten, Rani Calle, Eva Straus, Babette Vandenbroeck



## Verantwoording poster

Het doel van deze poster is de drempel verlagen voor pas bevallen moeders om over seksuele problemen te praten tijdens hun postpartumconsultaties, zowel bij de vroedvrouw als bij de gynaecoloog. Dit deden we door te kiezen voor een aansprekende titel die voor moeders herkenbaar kan zijn. We stelden daaronder ook enkele vragen die moeders aanspreken en uit het leven gegrepen zijn. Met de afbeelding proberen we seksualiteit in het postpartum op een luchtige manier aan te brengen zodat het taboe hierrond verminderd wordt.

In de poster wordt duidelijk gemaakt dat de vroedvrouw een eerste aanspreekpunt is om seksuele ongemakken te bespreken en naar mogelijke oplossingen te zoeken.





## OBSTETRISCH

De wijze van bevallen, de toestand van het perineum en de pijn hebben elk hun invloed op de seksuele beleving.

Bekijk elke vrouw met haar bevallingsverhaal individueel.

### Praktijktip:

Dyspareunie → Herneem stap voor stap terug de seksuele activiteit.

Posities waarbij de vrouw de controle heeft, zijn vaak minder pijnlijk.

## HORMONAAL

Oxytocine, progesteron, oestrogeen, testosteron en prolactine zijn de hormonen die in het postpartum een invloed hebben op de seksuele beleving bv. de werking van testosteron op het libido

### Praktijktip:

Vaginale droogte → Gebruik een glijmiddel op waterbasis.  
Verminderde seksuele opwindning → Informeer over en normaliseer ongemakken. Knuffelen en aanrakingen zijn ook fijn.  
*Communication is key!*

## TAAK VAN DE VROEDVROUW

Een houvast voor seksuologische counseling in het postpartum

## P

### Permission

Op een open manier luisteren naar en normaliseren van seksuele ongemakken  
adhv. aanknopingspunten: pijn, borstvoeding, heilig perineum, anticonceptie, opvang baby

### Limited Information

Beknopt GVO geven op maat van de cliënte

## LI

## SS

### Specific Suggestions

Oplossingen aanbieden afhankelijk van de oorzaak volgens 4 kaders:  
obstetrisch, hormonaal, lichamelijk & psychologisch

## IT

### Intensive Therapy

Doorverwijzen bij oversijgende seksuele/psychologische/lichamelijke/hormonale problemen (seksuoloog)

## LICHAMELIJK

De obstetrische en hormonale factoren kunnen voor heel wat lichamelijke ongemakken zorgen: pijn, lekkende borsten, incontinentie, bloesdiverfies, ... Dit kan voor een veranderde seksuele beleving zorgen.

### Praktijktip:

Lekkende borsten tijdens het vrijen → Geef borstvoeding vóór het vrijen, draag een T-shirt/BH of duw de handen op de borsten tijdens het orgasme.

Verhoogde tepel- en borstgevoeligheid → Maak van de borsten een hand-doff zone, ontdek elkaar opnieuw.  
*Communication is key!*

## PSYCHOLOGISCH

Al deze veranderingen hebben een invloed op de psychologische beleving van het postpartum en vervolgens dus ook op het seksueel functioneren...

### Praktijktip:

Jakoezie van de partner → Betrek de partner zo veel mogelijk in de zorgen voor het kind en praat open over elkaars gevoelens.

Erotische gevoelens bij borstvoeding → Normaliseer deze gevoelens, elke moeder heeft dit, schuldgevoelens zijn niet nodig!

## Verantwoording educatieve fiche

Bij het maken van de educatieve fiche, kozen wij ervoor het PLISSIT model centraal te stellen. Zo bieden we de vroedvrouw een handleiding aan om een gesprek over seksualiteit op te starten.

De P staat voor het geven van 'permission', hierbij begint de vroedvrouw met een open houding, waarbij luisteren centraal staat. Ze gaat context creëren zodat de vrouw haar verhaal kan doen en het verhaal van de vrouw normaliseren zodat deze het gevoel krijgt dat ze normaal is ondanks haar seksuele ongemakken. Hierdoor zal ze zich opgelucht voelen. LI staat voor 'limited information', zoals hierboven vermeld moet de vroedvrouw informatie geven zonder dat de vrouw zich overladen voelt. SS staat voor 'specific suggestions' waarbij de vroedvrouw een actieve rol gaat innemen wanneer de vrouw seksuele ongemakken aankaart. Ze gaat een oplossing aanbieden en op die manier een advies geven om zo het seksueel gedrag van de vrouw positief te beïnvloeden. Daarnaast is een belangrijke kanttekening dat de vroedvrouw in het algemeen nog meer kennis zou moeten aangereikt krijgen in haar opleiding om zich in staat te voelen deze informatie te geven. IT of 'intensive therapy' hoort niet meer bij de taak van de vroedvrouw. Wanneer ze het gevoel krijgt dat het probleem de eigen kennis en oplossingen overstijgt, kan de vroedvrouw doorverwijzen naar een specialist, zoals een seksuoloog.

Bij de 'specific suggestions' verwezen we naar de vier deelonderwerpen van onze literatuurstudie. Bij elk deelonderwerp werd een korte uitleg gegeven. Enkele problemen worden aangekaart en onder de vorm van praktijktips worden er oplossingen aangereikt naar het werkveld toe.

We hopen dat deze fiche gebruikt kan worden als houvast voor vroedvrouwen die postpartumconsultaties uitvoeren, om zo het gesprek over seksualiteit open te trekken.

