Bespreekbaarheid en aanpak van dysmenorroe en dyspareunie in de eerste lijn: onderzoek naar ervaringen van vrouwelijke patiënten.

Emily Dauwe, UGent

Charlotte Deboever, UGent

Promotor: Prof. Dr. Peter Decat, UGent

Co-promotor: Dr. Sigrid Musch, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

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

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

Abstract

Context: Dysmenorroe wordt omschreven als een pijnlijke menstruatie die de patiënte in haar normale activiteiten kan belemmeren of pijn ter hoogte van het pelvis, net voor of tijdens de menstruatie. Dyspareunie is een terugkerende genitale pijn of branderigheid, net voor, tijdens of na seksuele betrekkingen. Het zijn veelvoorkomende klachten die echter nog steeds vaak geminimaliseerd worden, zowel door patiëntes als zorgverleners. Voor heel wat vrouwen gaan deze klachten nochtans wel gepaard met een belangrijke impact op hun fysieke, mentale en sociale leven. De kennis van vrouwen omtrent deze aandoeningen is eerder beperkt. Verdere exploratie van deze klachten is noodzakelijk om de drempels die aanwezig zijn op te sporen en aan te pakken en om vrouwen in de toekomst zo meer efficiënt te kunnen ondersteunen. Als arts kunnen we deze problemen niet altijd volledig oplossen, maar het erkennen van het probleem en de patiënte hierin begeleiden is al een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Onderzoeksvragen: Hoe beleven vrouwen dysmenorroe en dyspareunie? Hoe vaak en welke last ondervinden ze? Wat zijn de ervaringen van vrouwen met dysmenorroe en/of dyspareunie wanneer zij medische hulp zoeken? Welke drempels ervaren ze om deze klachten te bespreken met hun huisarts?

Methode: Er werd gekozen voor een combinatie van vragenlijsten en open interviews. De studiepopulatie werd willekeurig gerekruteerd uit vrouwen tussen de 20 en 55 jaar die op consultatie kwamen in de huisartsenpraktijken waar wij als HAIO actief waren, onafhankelijk van de klacht waarmee zij zich aanmeldden. Als eerste deel van de studie werd via 77 vragenlijsten met meerkeuze antwoordopties gepolst naar algemene patiënten karakteristieken, de mate waarin voor dysmenorroe en dyspareunie al contact werd gezocht met een hulpverlener en de ervaring hieromtrent. Een aantal statistische testen werden ook uitgevoerd met SPSS. Hierbij werd gekozen voor een ongepaarde student-T-Test of Mann-Whitney-U test, afhankelijk van de normale verdeling van de waarden. Als tweede deel van de studie werden 9 open interviews afgenomen. Dit om dieper te kunnen ingaan op de ervaringen van patiëntes bij het bespreken van deze klachten met een arts. Deze interviews werden opgenomen, uitgeschreven en gecodeerd in NVIVO.

Resultaten: Vanuit de vragenlijsten gaven 49% van de vrouwen aan vaak, bijna altijd of altijd last te hebben tijdens hun menstruaties. Daarenboven werd door 51.9% van de deelneemsters een score van 5 of meer op 10 gegeven bij kwantificatie van de pijn. De drie meest aangeduide klachten waren: buikpijn (bij 69%), lage rugpijn (bij 60%) en hoofdpijn (bij 55%). Ook 49 van de 77 vrouwen gaven aan al ooit last gehad te hebben van dyspareunie. Ongeveer de helft van de deelnemers die regelmatig klachten ervaren, gaf aan deze klachten nog nooit met een arts besproken te hebben. Ze deden dat meestal omdat de klachten niet erg genoeg waren of omdat ze er nog niet aan gedacht hadden. Enkelen deden het niet uit schaamte, omdat ze bang waren dat er met hen gelachen zou worden, omdat ze een mannelijke arts hadden of omdat ze dachten dat de arts hen niet serieus zou nemen. Mensen die hun klachten wel al bespraken, waren daar over het algemeen wel tevreden over. Tijdens de interviews merkten we dat deze onderwerpen vaak (nog) tot de taboesfeer behoren. Al benoemen meerdere patiëntes wel een gunstige evolutie tussen de mogelijkheid tot gesprek in hun jeugd en de huidige aanpak. Patiëntes benoemen een drempel om deze klachten met een “man” te bespreken. Zowel in hun omgeving als met een arts. De persoonlijke band met een arts en een open sfeer tijdens de consultatie kunnen er wel voor zorgen dat de klachten makkelijker bespreekbaar zijn. Het moet wel duidelijker worden dat seksuele klachten ook met de huisarts besproken kunnen worden. Daarnaast moet de maatschappelijke houding omtrent deze klachten veranderen. Dit kan bijvoorbeeld door betere educatie op school of het oprichten van een menstruatielijn of –app.

Conclusie: De ervaringen van vrouwen omtrent dysmenorroe & dyspareunie worden door heel wat factoren beïnvloed: zowel relationeel, familiaal, maatschappelijk als socio-cultureel. Aangezien vrouwen deze klachten vaak zelf niet ter sprake brengen, moet door artsen verder geprobeerd worden om deze klachten actief te bevragen. Het is zeker niet de bedoeling om deze klachten te medicaliseren, maar wel om een luisterend oor te bieden en samen met de patiënt naar oplossingen te zoeken om deze klachten dragelijk te maken en hun kwaliteit van leven te verbeteren. De oorzaken zijn immers vaak niet pathologisch, maar er is wel een nood aan herkenning en erkenning van deze klachten om onze patiënten zo op de gepaste manier te kunnen ondersteunen. Het minimaliseren en ontkennen van dysmenorroe en dyspareunie als lijden gebeurt niet alleen in de interactie tussen arts en patiënte, maar is ook een maatschappelijk fenomeen. Er is nog een weg te gaan om het taboe te verminderen en deze klachten bespreekbaar te maken op bijvoorbeeld werk en school.

Inleiding 5
Keuze van het onderwerp 5
Literatuurstudie 5
Resultaten literatuurstudie 6
Definitie van dysmenorroe & dyspareunie 6
Prevalentie 6
Impact & Behandeling 7
Bespreken van de klachten met een zorgverlener 8
Conclusie & formulering van de onderzoeksvraag 10
Methode 12
Studiepopulatie 12
Vragenlijst (zie bijlage 1) 12
Diepte-interview 13
Ethisch comité 13
Resultaten 14
Vragenlijsten 14
Algemene demografische gegevens 14
Dysmenorroe 14
Dyspareunie 17
Interviews 18
Klachten 19
Gevolgen voor werk en school 19
Behandeling 19
Bespreken van de klachten 20
Ervaringen tijdens het bespreken met een arts 23
Tips om de bespreekbaarheid te vergroten 23
Discussie 26
Referenties 30
Bijlagen 32
Bijlage 1: Vragenlijst 32
Bijlage 2: Interview guide 38
Bijlage 3: Bijdrage seksuoloog 39
Bijlage 4: Goedgekeurd protocol 40
Bijlage 5: Gunstig advies Ethisch Comité 42
Bijlage 6: Plagiaatrapport 46
Bijlage 7: Persoonlijke reflectie 47

Inleiding

Keuze van het onderwerp

Dysmenorroe (pijnlijke menstruaties) en dyspareunie (pijn bij het vrijen) zijn frequent voorkomende pathologieën en toch worden ze naar ons gevoel niet zo vaak besproken in de huisartsenpraktijk. De interesse in deze onderwerpen groeide verder uit een Masterproef in kader van de opleiding tot basisarts, namelijk *Endometriose en implantatie: een gematchte case-control studie* (1). Twee veelvoorkomende klachten bij endometriose zijn dysmenorroe & dyspareunie. Daarbuiten zijn er natuurlijk nog veel andere oorzaken voor deze klachten, zowel fysiologisch als pathologisch. Met deze studie willen wij graag breder kijken naar de ervaringen van patiënten omtrent dysmenorroe en dyspareunie in de eerste lijn. Naar onze indruk behoren beide onderwerpen, ondanks de toegenomen openheid in maatschappij, nog vaak tot de *'taboesfeer'* en gaan nog steeds heel wat patiënten én artsen deze onderwerpen uit de weg. Daarenboven worden deze klachten vaak, zowel door de hulpverlener als patiënte, als '*normaal onderdeel van het vrouw zijn'* beschouwd en heel wat vrouwen kampen dan ook met zeer zware symptomen die niet erkend worden. Veel vrouwen beschouwen de klacht als '*niet ernstig genoeg'* om een hulpverlener te raadplegen. Beide pathologieën kunnen echter wel een zware impact op de mentale gezondheid en kwaliteit van leven hebben. Ze zijn daarnaast ook een belangrijke oorzaak van werkverzuim. Met behulp van onze studie willen wij nagaan hoe patiëntes deze klachten ervaren, wat de impact is op hun dagelijkse leven en welke drempels er heersen om deze klachten met hun omgeving en arts te bespreken. Op deze manier hopen wij ook na te gaan hoe wij als arts deze onderwerpen meer bespreekbaar kunnen maken en het taboe hierrond kunnen doorbreken om onze patiënten zo beter te kunnen ondersteunen.

Literatuurstudie

Als voorbereiding op onze studie werd in de literatuur gekeken welke voorafgaande studies er reeds beschikbaar zijn over de onderwerpen dysmenorroe en dyspareunie, met vooral de focus op de eerste lijn. Enkele specifieke uitgangsvragen werden hiervoor geformuleerd:

- Wat is de prevalentie van dysmenorroe en dyspareunie?
- Wanneer kan dysmenorroe als 'normaal' beschouwd worden? Wanneer is behandeling of doorverwijzing noodzakelijk? (Primaire versus secundaire dysmenorroe)
- Waaruit bestaat de behandeling van dysmenorroe en dyspareunie?
- Zijn er meetinstrumenten beschikbaar om dysmenorroe en dyspareunie te objectiveren?
- Welke andere symptomen behalve dysmenorroe zijn belangrijk om na te vragen? (Vb. pijn bij defecatie, pijn bij het plassen, psychisch welbevinden, misselijkheid, pariteit, …)
- Wat is er reeds geweten over de aanpak van dysmenorroe en dyspareunie in de huisartsenpraktijk?
- Hoe beleven vrouwen dysmenorroe en dyspareunie?
- Welke kwalitatieve studies zijn er reeds beschikbaar over dysmenorroe?
- Welke kwalitatieve studies zijn er reeds beschikbaar over dyspareunie?

Aan de hand van de databanken PubMed, Embase en Google Scholar werd met de volgende zoektermen, in verschillende combinaties, de beschikbare literatuur doorzocht: dysmenorrhea, dyspareunia, prevalence, definition, treatment, diagnosis, classification, quality of life, psychology, social, menstrual shame, menstrual pain en medical help. Er werd geselecteerd aan de hand van de abstract, het jaar van publicatie en de impact factor van het tijdschrift met specifieke aandacht voor het vinden van kwalitatieve studies en studies uitgevoerd in de eerste lijn. Bij de gevonden artikels werd door middel van de watervalmethode in de referentielijst verder naar andere geschikte artikels gezocht.

Resultaten literatuurstudie

Definitie van dysmenorroe & dyspareunie

Dysmenorroe

Dysmenorroe is zeer brede term waarvoor een uniforme definitie nog steeds ontbreekt. De NHG-richtlijn, een belangrijke Nederlandse richtlijn voor huisartsen, definieert dysmenorroe als "*een pijnlijke menstruatie die de patiënte in haar normale activiteiten kan belemmeren*" (2). In andere publicaties wordt het omschreven als *"pijn ter hoogte van het pelvis, net voor of tijdens de menstruatie",* waarbij men niet enkel de abdominale pijn omschrijft, maar ook daarbij horende symptomen zoals bijvoorbeeld een opgeblazen gevoel, rugpijn, hoofdpijn en misselijkheid (3,4). Dit zijn slechts enkele van de vele mogelijke definities. Er kunnen twee vormen van dysmenorroe worden onderscheiden: *fysiologische dysmenorroe*, wanneer er geen onderliggende oorzaak aanwezig is, en *secundaire dysmenorroe*, wanneer de klachten worden veroorzaakt door een onderliggende pathologie, zoals bijvoorbeeld endometriose of fibromen (2,3).

Dyspareunie

Dyspareunie is *"een terugkerende genitale pijn of branderigheid, net voor, tijdens of na seksuele betrekkingen"* (5,6). Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt tussen oppervlakkige en diepe dyspareunie. Coïtus kan enerzijds oppervlakkige pijn in het vulvagebied veroorzaken en/of anderzijds diepe pijn in de vagina en bekkenbodem. Oppervlakkige dyspareunie overlapt deels met het vulvair vestibulitis syndroom dat gedefinieerd wordt als ernstige pijn bij vestibulaire aanraking of poging tot vaginale penetratie (6). Bij dyspareunie kan de pijn tijdens de hele coïtus voelbaar zijn, maar de klachten kunnen ook pas na het vrijen optreden. De pijn kan soms zo intens zijn dat seksuele betrekkingen volledig vermeden worden (7).

Prevalentie

Dysmenorroe

Dysmenorroe wordt vaak benoemd als de meest voorkomende gynaecologische pathologie bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd (= vrouwen die nog hun menstruatie hebben) (8-10). De prevalentie van dysmenorroe verschilt sterk in de verschillende publicaties, met cijfers schommelend tussen de 17 en 95%. Dit is te wijten aan meerdere factoren: er bestaat geen uniforme definitie, er bestaat geen standaard manier om de ernst te rapporteren, er heerst nog steeds een taboesfeer, er is een groot verschil in methodologie toegepast in studies, … Een andere belangrijke factor is het stereotype dat dysmenorroe, zowel door artsen, patiënten, als de maatschappij vaak als '*een normaal onderdeel van het vrouw zijn'* wordt beschouwd en dus niet ter sprake wordt gebracht of gebanaliseerd wordt. Deze klacht is dus vermoedelijk ook sterk onder gediagnosticeerd (8-15).

Dyspareunie

Prevalentiecijfers van dyspareunie verschillen tussen studies en landen onderling. Het zou ongeveer 7,5% van de seksueel actieve vrouwen tussen 16 en 74 jaar treffen en komt het meest voor bij vrouwen tussen 55 en 60 jaar (10,4%) en bij vrouwen tussen 16 en 24 jaar (9,5%) (16). De WHO bracht ook een rapport uit omtrent chronische pelvische pijn. Daar vonden ze dat de prevalentie van dyspareunie hoger was in de Verenigde Staten (45%) dan in ontwikkelde landen in Noord-Europa (vb. 1,8% in Zweden). Dit grote verschil komt onder andere door de verschillende kwaliteit van de bekeken studies. Wanneer alleen de studies met de beste kwaliteit bekeken werden, schommelde de prevalentie tussen 8 en 21,8% (6).

Impact & Behandeling

Dysmenorroe

Heel wat vrouwen proberen de menstruatie-gebonden pijn te verzachten, aangezien deze klacht vaak een sterke impact op hun kwaliteit van leven heeft. Het leidt bijvoorbeeld tot het afzeggen van activiteiten, het vermijden van sociale contacten, … en gaat gepaard met een verminderd psychisch welbevinden (8, 10-12). Dysmenorroe heeft niet enkel een sterke impact op de kwaliteit van leven, maar zou volgens enkele publicaties ook de voornaamste reden bij vrouwen zijn om afwezig te zijn op werk of school en heeft dus ook een zware financiële impact op de maatschappij (10, 14). Daarbovenop wordt door verschillende auteurs gesuggereerd dat chronische dysmenorroe zou kunnen leiden tot een verhoogd risico op angststoornissen, depressie en andere chronische pijnaandoeningen of de klachten van dergelijke reeds bestaande aandoeningen verergeren (4, 9, 10, 13, 17).

Enkele van de vele voorbeelden van niet-medicamenteuze behandelingen die worden toegepast zijn applicatie van warmte, rusten, yoga en dieetaanpassingen. De mate van evidentie voor deze methoden varieert, mede ook door een gebrek aan kwaliteitsvolle studies (2,3,9). Als tweede stap worden vaak vrij te verkrijgen pijnstillers zoals paracetamol en NSAID's gebruikt. In veel gevallen wordt hiervoor geen arts geraadpleegd (2-4). De NHG-richtlijnen benoemen dat paracetamol in sommige gevallen kan helpen, terwijl NSAID's bij 80% van de vrouwen werkzaam zouden zijn (2). Als derde stap wordt vaak overgegaan naar een contraceptief middel (2,3,9).

Heel wat vrouwen gaan dus gebruik maken van zelfmedicatie. Voor een deel van de patiënten kan de pijn hiermee voldoende gereduceerd worden en is verdere medische hulp niet noodzakelijk. Een nadeel van deze zelfmedicatie is dat sommige vrouwen een minder werkzame pijnstiller innemen of subtherapeutische dosissen gebruiken, met bijgevolg een beperkt en onvoldoende pijnreducerend effect en dus een lagere kwaliteit van leven (3,9). Een meerwaarde bij het raadplegen van een arts is dat patiënten meer geïnformeerd worden over de oorzaken van menstruatiepijn. De kennis hierover is bij veel patiënten onvoldoende. Er kan dan ook een meer patiëntgerichte behandeling opgestart worden (vb. indien er ook een wens is naar contraceptie dan kan de combinatiepil een betere keuze zijn dan een NSAID) (3,9). De NHG-standaard benadrukt daarbovenop dat een goede uitleg en geruststelling ook een gunstige invloed hebben op de pijnklachten (2).

Een ander nadeel van het niet-raadplegen van een arts is dat secundaire vormen van dysmenorroe vaak pas laattijdig worden gediagnosticeerd, met soms nadelige gevolgen. Bij endometriose kan de kwaliteit van leven bijvoorbeeld sterk verbeterd worden met de juiste behandeling en bij onderliggende urogenitale infecties kunnen laattijdige complicaties zoals infertiliteit vermeden worden (4).

De manier waarop vrouwen hun klachten beleven, verschilt ook tussen de verschillende landen. In Japan, bijvoorbeeld, is dysmenorroe een legaal erkende reden voor absenteïsme op het werk (4). In andere landen heerst dan weer de overtuiging dat dysmenorroe tot een normaal onderdeel van het vrouw zijn behoort en dat dergelijke onderwerpen niet ter sprake mogen worden gebracht en tot de taboesfeer behoren (4).

Dyspareunie

Dyspareunie is een complex onderwerp. Er bestaat dan ook geen uniforme behandeling aangezien de behandelingsopties ook sterk afhangen van de onderliggende oorzaak. Het belangrijkste is het onderwerp bespreekbaar maken.

De oorzaak van dyspareunie werd lang dualistisch gezien: ofwel was er een lichamelijke oorzaak en als dat het geval niet was dan was de oorzaak psychologisch. Bij dat laatste dragen factoren zoals ervaringen in het jonge leven qua seksuele attitude, traumatische seksuele ervaringen en relatieproblemen bij aan het ontstaan van dyspareunie (18). Deze dualistische theorie wordt meer en meer achterwege gelaten door de opkomst van het biopsychosociaal model (19). Een aantal gevonden risicofactoren voor dyspareunie overlappen met risicofactoren voor andere seksuele aandoeningen. Zo kunnen een urineweginfectie, verminderd inkomen, emotionele problemen en stresstoename zorgen voor dyspareunie (20). Daarnaast zijn er ook een aantal lichamelijke oorzaken die dyspareunie kunnen veroorzaken. Zo kan diepe dyspareunie een uiting zijn van onder andere onderliggende endometriose, chronische cervicitis, leiomyomata of een adhesieve aandoening (6). Endometriose is een vaak voorkomende chronische ziekte die 1 op de 10 vrouwen treft. De helft hiervan ervaart diepe dyspareunie (21).

Dyspareunie kan een zeer grote impact hebben op het leven van een vrouw. Enerzijds kan dyspareunie leiden tot seksuele functiestoornissen zoals een verminderd libido, gedaalde opwinding en anorgasmie. Omgekeerd kunnen deze zaken op hun beurt dan ook weer leiden tot dyspareunie (22). Dit heeft niet enkel een impact op de vrouw zelf, maar ook op de relatie met hun partner. Het kan die relatie beschadigen. Veel patiënten melden dat ze bang zijn voor seksueel contact of het zelfs helemaal gaan vermijden. Dit uit angst voor de pijn die geassocieerd wordt met penetratie (23). Vrouwen met dyspareunie rapporteren meer verminderde seksuele opwinding en vochtigheid en minder geslaagde penetratiepogingen. Ze rapporteren ook meer seksuele angst dan de controlegroep (5). Dit kan een relatie onder druk zetten en resulteert in gevoelens van schaamte en schuld bij beide partijen. Patiënten melden gevoelens van ontoereikendheid en onaantrekkelijkheid als gevolg van de problemen die ze ervaren bij het genieten of aangaan van seks door de pijn. Dit met een verlaagd zelfbeeld en isolatie tot gevolg (23, 24). Ondanks de pijn heeft 80% van de vrouwen toch nog regelmatig penetratie omdat ze zich verbondener willen voelen met hun partner en willen vermijden dat ze hun partner verliezen (25). Dit toont ook het belang van de seksualiteitsbeleving binnen een relatie. In het bijzonder op tienerleeftijd kan de impact van dyspareunie uitermate impactvol zijn. Het hebben van relaties en het ervaren van wederzijdse betrokkenheid draagt bij tot het ontwikkelen van een identiteit. Het ervaren van dyspareunie in deze periode kan zorgen voor een verstoord sociaal functioneren en een verlaagd zelfbeeld (23).

Dyspareunie kan dus bijgevolg een zware impact hebben op de levenskwaliteit van vrouwen. Het heeft zowel een impact op hun mentale als fysieke gezondheid, op hun werkgeschiktheid, lichaamsbeeld, relaties met partners en pogingen om zwanger te worden (5,21,22,24). De impact op het mentale en emotionele welbevinden kan aanzienlijk zijn. In een onlinestudie met 192 vrouwen die zelfgerapporteerde dyspareunie hadden en 138 controles (zonder dyspareunie) rapporteerden de vrouwen met dyspareunie significant meer depressieve symptomen dan controles (25). Een andere studie toonde dat patiënten met dyspareunie meer klinische relevante angst- en depressieaandoeningen hadden. Ook tekenen van psychotische symptomen en vijandigheid werden vaker teruggevonden (6).

Bespreken van de klachten met een zorgverlener

Dysmenorroe

Ondanks de ervaring dat dysmenorroe een zware impact kan hebben op het dagdagelijkse leven en de levenskwaliteit, blijkt dat toch een deel van de vrouwen hiervoor geen hulpverlener raadpleegt. Er werd in de literatuur nagegaan welke onderliggende redenen hiervoor aanwezig zijn.

Een Amerikaanse studie uit 2016 ging via een vragenlijst bij 762 dames met dysmenorroe na wat hun opvattingen omtrent deze pathologie waren. Enkele factoren die volgens de vrouwen een impact op hun klachten hadden, waren: stress, hormonale veranderingen, dieet, leeftijd, erfelijkheid en gewicht. Een deel van de vrouwen ging er dus vanuit dat zij in een bepaalde mate een persoonlijke controle hadden over hun klachten, terwijl evidentie over deze elementen ontbreekt. Dit speelt dus mogelijk

een rol in het niet raadplegen van een arts. Deze studie benadrukt het belang van het correct informeren van vrouwen over hun klachten en de begeleiding bij het helpen zoeken naar de juiste behandeling. 71% van deze deelneemsters beschouwden deze klacht als een normaal onderdeel van het vrouw zijn en 33,2% had ooit voor deze klachten een zorgverlener geraadpleegd. Er werd nagegaan welke factoren een statistisch significante invloed hadden op het al dan niet raadplegen van een arts. Er werd onder andere een positieve correlatie gevonden tussen een negatieve impact op het dagelijkse leven en het raadplegen van een arts, en een negatieve correlatie tussen de veronderstelling dat de klachten normaal waren en het raadplegen van een arts. (3).

Als tweede kwalitatieve luik van de studie werden alle vrouwen die nog geen arts hadden geraadpleegd voor hun klachten uitgenodigd om de redenen hiervoor te noteren via een open vraag. 509 dames vulden deze vraag in (17). Een andere Spaanse kwalitatieve studie peilde via een vergelijkbare vraag bij 202 Spaanse verpleegkunde studenten die in de voorbije 6 maanden dysmenorroe hadden ervaren, wat hun redenen waren om geen hulpverlener te raadplegen (4). Verschillende factoren kwamen uit deze twee studies naar boven. Een eerste belangrijk element was dat veel vrouwen de klachten gewoon als '*onderdeel van het vrouw zijn'* beschouwden. Elementen die dit gevoel versterkten waren het feit dat de klachten maandelijks terugkwamen, dragelijk waren, van korte duur waren, dat ook vriendinnen/familie deze klachten ervaarden en dat dit vaak ook bevestigd werd door hun omgeving en zorgverleners. Een tweede belangrijk onderwerp dat aan bod kwam in beide studies is dat vrouwen graag zelf proberen hun klachten te behandelen, zowel met middeltjes zoals warmte, als door het innemen van vrij verkrijgbare pijnmedicatie. Voor een deel van de vrouwen werd de pijn op deze manier dragelijk. Als derde onderwerp kwam naar boven dat er bij een deel van de vrouwen een gebrek was aan vertrouwen omtrent de gezondheidszorg. Dit omvatte meerdere factoren: een deel van de vrouwen had de veronderstelling dat de klacht niet ernstig genoeg was om daarvoor een arts te raadplegen, dat ze niet wisten dat er behandelingen mogelijk waren en/of dat hulpverleners de klacht niet serieus zouden nemen. Bijkomende elementen die hier aan bod kwamen waren slechte ervaringen in het verleden, tijdsgebrek, lange wachttijden en de veronderstelling dat ze toch niet akkoord zouden gaan met de voorgestelde behandeling (vb opstart van de pil) (4,17). Een vierde belangrijk onderwerp was schaamte en angst. In de vragenlijsten benoemde 20% van de deelneemsters een gevoel van schaamte om deze klachten te bespreken. Onderliggende elementen die in de kwalitatieve studies aan bod kwamen, waren een angst voor verdere onderzoeken en de angst om uitgelachen te worden of als zwak te worden beschouwd (3,4,17).

Een kleine kwalitatieve studie uit het Verenigd Koninkrijk polste aan de hand van een semigestructureerd interview bij 26 patiëntes die op raadpleging kwamen met chronische pelvische pijn bij de gynaecoloog naar de verwachtingen die vrouwen hadden omtrent hun hulpverlening bij het bespreken van deze klachten. Vrouwen verlangden vooral naar een persoonlijke aanpak, met voldoende tijd en oprechte interesse omtrent hun klachten, zowel fysiek als emotioneel. Een tweede belangrijk element was het verlangen naar erkenning voor hun klachten. Verschillende vrouwen benoemden daarbovenop dat ze verlangden naar een duidelijke uitleg omtrent hun klachten en geruststelling, en niet per se een behandeling. Verscheidene vrouwen hadden echter al slechte ervaringen waarbij hun klachten niet serieus werden genomen of ze bijvoorbeeld maar matige uitleg kregen, vaak door tijdsgebrek. Deze studie benoemt dan ook het belang van patiëntgerichte zorg in de toekomst, met voldoende aandacht en tijd voor het persoonlijk verhaal en de ongerustheden van de patiënt (26). Aan de andere kant ervaren hulpverleners ook frustraties omtrent onderwerpen zoals dysmenorroe. Een eerste aspect dat hierin meespeelt, is het feit dat het exploreren van klachten zoals dysmenorroe vaak tijdsintensief is. Dit wordt dikwijls bemoeilijkt door een hoge werkdruk. Daarnaast zijn deze klachten voor hulpverleners vaak frustrerend omdat ze de patiënte geen pasklare diagnose of behandeling kunnen geven, maar enkel symptomatisch kunnen ondersteunen (15).

Dyspareunie

Sommige vrouwen zullen zelf openlijk met de klacht dyspareunie komen, maar vaker zullen de tekens wat subtieler zijn. Zo zijn er vrouwen die steeds het baarmoederhalsuitstrijkje blijven uitstellen, die steeds ontevreden zijn over de voorgeschreven anticonceptie of die pijn vertonen tijdens een gynaecologisch onderzoek. Anderen klagen dan weer over de moeilijke (seksuele) relatie met hun partner. Al deze 'clues' moeten doen denken aan mogelijke onderliggende dyspareunie (16).

Het feit dat veel mensen, inclusief gezondheidswerkers, zich niet bewust zijn van de prevalentie en impact van dyspareunie maakt het daarbovenop voor vrouwen vaak niet gemakkelijk om hulp te zoeken en te krijgen bij zulke klachten (5). Zorgverleners zouden patiënten niet alleen moeten vragen naar contraceptie en bescherming tegen SOA's, maar ook nagaan of er dyspareunie aanwezig is en welke impact dit op het mentale en fysieke welbevinden heeft (23).

Nguyen et al. onderzocht één van de mogelijke redenen waarom vrouwen geen medische hulp zoeken bij chronische vulvaire pijn: de waargenomen stereotypering. Die zegt dat dokters denken dat patiënten met chronische pijn hun pijn overdrijven en dat mensen geloven dat patiënten vulvaire pijn als excuus gebruiken om geen seks te moeten hebben. De hypothese was dat deze stereotypering uiteindelijk leidt tot vervreemding van hulpverleners en het uitstellen van hulp zoeken. Vanuit de studie blijkt dat deze veronderstelling niet klopt. Stereotypering was geen drempel om hulp te zoeken, in tegendeel. Vrouwen die geloofden dat dokters stereotypen hadden tegen chronische pijnlijders waren 11% meer geneigd om medische hulp te zoeken. Het kan hier ook om een vorm van omgekeerde oorzakelijkheid gaan. Vrouwen die hun klachten met een arts bespraken, kunnen geen adequate steun van hen gekregen hebben waardoor ze een negatieve perceptie over de hulpverleners mening kregen. Deze bevindingen suggereren dat er andere redenen moeten zijn waarom vrouwen geen medische hulp zoeken bij chronische vulvaire pijn. Deze moeten verder onderzocht worden (5, 27).

Gezien de complexiteit van dit probleem is het vinden van hulp vaak moeilijk. In een Engelse studie werd aan patiënten met dyspareunie gevraagd hoe zij de impact van dyspareunie ervaren. Hierbij kwamen gevoelens van eenzaamheid, isolatie en teleurstelling naar boven. Ook de relatie met de partner komt onder druk te staan. Het is niet eenvoudig om hulp te krijgen. Voor het fysieke aspect van dyspareunie kan je vaak nog bij een arts terecht, maar het psychologische aspect bespreken gaat veel moeilijker. Artsen exploreren dit niet en gaan vaak de discussie uit de weg met een angstige blik op hun gezicht (16).

Wanneer patiënten de klacht dyspareunie dan toch met een hulpverlener bespreken, voelen ze zich vaak niet begrepen of genegeerd. Sommigen vertellen dat artsen verklaren dat 'alles in hun hoofd zit'. Patiënten zijn wel tevreden over de consultatie als de arts luistert naar hun bezorgdheden. Artsen kunnen een belangrijke rol spelen in het verminderen van de psychologische stress bij patiënten door te luisteren en hun pijn als een echt probleem te erkennen. Zorgverleners kunnen ook helpen door ineffectieve behandelingen te vermijden (24).

Conclusie & formulering van de onderzoeksvraag

Na het bekijken van de beschikbare literatuur kunnen we dus stellen dat dysmenorroe en dyspareunie veelvoorkomende pathologieën zijn, die echter nog steeds vaak onderschat worden, zowel door patiëntes als zorgverleners. Voor heel wat vrouwen gaan deze klachten nochtans wel gepaard met een belangrijke impact op hun fysieke, mentale en sociale leven. In de literatuur wordt gesuggereerd dat de kennis van vrouwen omtrent deze pathologieën eerder beperkt is, waardoor zij de ernst moeilijk kunnen inschatten en bijgevolg ook de mogelijke behandelingsopties niet voldoende kennen. Verschillende auteurs benoemen dan ook dat verdere exploratie van deze klachten noodzakelijk is om de drempels die aanwezig zijn op te sporen en aan te pakken en om vrouwen in de toekomst zo meer efficiënt te kunnen ondersteunen.

Er bestaan heel wat studies over deze onderwerpen, maar er blijven nog steeds heel wat zaken onopgehelderd. Daarbovenop is een vergelijking maken tussen verschillende studies vaak moeilijk aangezien heel wat socio-culturele factoren een sterke impact hebben op de beleving van deze klachten en de manier waarop hiermee wordt omgegaan.

Als arts kunnen we deze problemen niet altijd volledig oplossen, maar het erkennen van het probleem en de patiënte hierin begeleiden is al een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het aspect dat de patiënte haar klachten mag uiten en dat die klachten niet zomaar als 'onderdeel van het vrouw zijn' worden beschouwd, is een essentiële stap in het proces om met deze klachten te kunnen omgaan en een plaats te kunnen geven in het dagelijkse leven, én begrip te verkrijgen van de omgeving. Deze aandoeningen kunnen immers een grote impact hebben op het leven en de relaties van patiëntes. Verder bouwend op de reeds beschikbare literatuur willen wij in deze studie het voorkomen en de impact van dysmenorroe en dyspareunie in het dagelijkse leven van vrouwen verder exploreren. Ook hun ervaringen bij het bespreken van deze klachten met hun arts worden onderzocht. De volgende onderzoeksvragen werden hiervoor geformuleerd:

- *Hoe beleven vrouwen dysmenorroe en dyspareunie? Hoe vaak en welke last ondervinden ze?*
- *Wat zijn de ervaringen van vrouwen met dysmenorroe en/of dyspareunie wanneer zij medische hulp zoeken?*
- *Welke drempels ervaren ze om deze klachten te bespreken met hun huisarts?*

Methode

Om meer informatie te verwerven over dysmenorroe en dyspareunie werd gekozen voor een combinatie van vragenlijsten en open interviews. Als eerste deel van de studie werd via vragenlijsten met meerkeuze antwoordopties gepolst naar algemene patiëntkarakteristieken, de mate waarin voor dysmenorroe en dyspareunie al contact werd gezocht met een hulpverlener en de ervaring hieromtrent. Als tweede deel van de studie werden open interviews afgenomen. Dit om dieper te kunnen ingaan op de ervaringen van patiëntes bij het bespreken van deze klachten met een arts.

Studiepopulatie

De studiepopulatie werd willekeurig gerekruteerd uit vrouwen tussen de 20 en 55j die op consultatie kwamen in de huisartsenpraktijk, onafhankelijk van de klacht waarmee zij zich aanmeldden. Er werd gekozen voor meerderjarige personen aangezien anders ook toestemming van de ouders noodzakelijk was. De grens werd niet op 18 jaar gelegd omdat we met deze studie vooral willen polsen naar de ervaringen van jongvolwassen en volwassen vrouwen en de seksualiteitsbeleving de eerste jaren vaak verschilt t.o.v. de ervaringen in het verdere leven. De bovengrens werd gelegd op 55 jaar. Op deze leeftijd zitten de patiëntes meestal nog niet zo lang in de menopauze en kunnen ze zich hun klachten nog goed herinneren. Deze leeftijdsgrenzen werden in de literatuur ook vaak toegepast. Verder waren er geen in- of exclusiecriteria. De studiepopulatie is afkomstig uit 4 verschillende groepspraktijken met maximaal 3 huisartsen plus HAIO. Deze praktijken liggen allen in West-Vlaanderen, waarvan 2 eerder landelijk en 2 meer stedelijk.

Vragenlijst (zie bijlage 1)

De vragenlijsten werden opgesteld aan de hand van de informatie verworven in de literatuurstudie. Aan het begin van de vragenlijst werd gepolst naar algemene patiëntkarakteristieken (leeftijd, gynaecologische voorgeschiedenis, anticonceptie, …). De verdere vragen van deel één polsten naar de aanwezigheid en intensiteit van klachten tijdens de menstruatie (bv. buikpijn, rugpijn, …) en de impact hiervan op het dagelijkse leven. Hierbij konden vrouwen de meest passende zin aanduiden. Deze indeling werd gebaseerd op de methode die ook in het Universitair ziekenhuis van Gent wordt toegepast en die ook in de literatuur werd teruggevonden (1, 28). Het tweede deel van de vragenlijst polste naar pijn bij het vrijen. Daarnaast werd ook nagevraagd of de patiënte deze onderwerpen reeds ter sprake bracht bij een arts en wat de mogelijke drempels hierbij waren. Op deze manier wilden wij nagaan hoe wij dergelijke onderwerpen in de toekomst meer bespreekbaar kunnen maken in de eerste lijn.

Deze vragenlijst werd in de periode 01/02/2022 - 31/12/2022 aangeboden aan vrouwen tussen de 20 en 55 jaar in de huisartsenpraktijk. 4 huisartsenpraktijken hebben hieraan deelgenomen. Dit zijn de praktijken waar wij als HAIO actief (geweest) zijn. De vragenlijst werd na een korte uitleg en informed consent meegegeven tijdens de consultatie, met mogelijkheid om de vragenlijst onmiddellijk na de consultatie in de wachtzaal in te vullen. Een informatieformulier en toestemmingsformulier werden bijgevoegd. Er werden ook vragenlijsten in de wachtzaal gelegd zodat patiëntes deze op eigen initiatief konden invullen. De formulieren konden in een daarvoor voorziene gesloten brievenbus gedeponeerd worden.

We hebben de vragenlijsten en toestemmingsformulieren geanonimiseerd door middel van een numerieke code, specifiek voor 1 patiënte, aan de hand van een cijfer op het informatieformulier en de vragenlijst. Daarna werden de toestemmingsformulieren apart bewaard zodat bij het verwerken van de informatie geen link met de patiënte meer zichtbaar was. De verworven informatie hebben wij nadien gecodeerd in een Excel file. Er werden ook enkele statistische testen uitgevoerd met SPSS.

Aangezien het over categorische en continue variabelen gaat, werd hier gekozen voor een ongepaarde student-T-Test of Mann-Whitney-U test, afhankelijk van de normale verdeling van de waarden.

Diepte-interview

Als tweede onderdeel van deze studie werden meer uitgebreidere 1 op 1 interviews afgenomen. De interviews waren open en er werd vertrokken vanuit de volgende onderzoeksvragen:

- *Heb je al ooit hulp gezocht voor pijnlijke menstruaties? Wat waren jouw ervaringen hieromtrent?*
- *Heb je al ooit hulp gezocht bij het ervaren van pijn bij betrekkingen? Wat waren jouw ervaringen hieromtrent?*

De selectie van de patiëntes gebeurde enerzijds via de vragenlijsten, anderzijds via de consultaties. In de vragenlijst kon de patiënte aangeven dat zij bereid was tot een diepte-interview. Daarnaast werden via purposive sampling tijdens de consultatie verschillende patiëntes met gekende klachten van dysmenorroe en/of dyspareunie uitgenodigd voor een diepte-interview. We zochten bewust naar patiëntes die ons iets meer konden vertellen over dysmenorroe en/of dyspareunie en hun ervaring bij het bespreken van deze klachten met hun (huis)arts. Er werd geprobeerd om patiëntes van verschillende leeftijden, sociale klasse, … te includeren om zo veel mogelijk ervaringen te horen. De interviews werden afgenomen in de praktijk of bij de patiënte thuis, naar voorkeur van de deelneemster. Het interview werd opgenomen met een dictafoon/voice recorder app.

Het ging om open, niet gestructureerde interviews waarbij vertrokken werd vanuit de twee bovengenoemde vragen. Aan de hand van een *Interview Guide* (zie bijlage 2) werd een houvast voorzien indien het gesprek moeilijk zou verlopen. Afhankelijk van de antwoorden verkregen van de patiëntes werden verdere vragen gesteld. Dit om hun ervaringen zo veel mogelijk verder te exploreren. De interviews namen ongeveer een half uur in beslag. Het doel was om interviews af te nemen tot er datasaturatie bereikt werd en er geen nieuwe onderwerpen meer aangebracht werden tijdens de interviews. Dit hing natuurlijk ook af van de bereidheid tot deelname aan deze studie.

De opgenomen interviews werden daarna woord-voor-woord uitgeschreven door één van beide onderzoekers. Na het uittypen werden de interviews met behulp van het programma NVIVO gecodeerd en sleutelwoorden/zinnen werden genoteerd. De codes zijn vervolgens ingedeeld in grotere categorieën en via verschillende visualisatiemethoden werden de gegevens hiervan verwerkt. Op die manier konden interessante zaken omtrent de beleving van vrouwen en hun terughoudendheden naar hulpverlening toe aangeduid en gebundeld worden.

Ethisch comité

De aanvraag bij de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis in Gent werd ingediend op 22/11/2021 en goedgekeurd op 27/12/2021 met bijhorende B.U.N. B6702021001153 en B6702021001154.

Resultaten

Vragenlijsten

In totaal werden 77 ingevulde vragenlijsten terug ingediend. We kunnen geen *response rate* berekenen aangezien we geen zicht hebben op hoeveel patiënten de vragenlijst meegekregen of meengenomen, maar niet terug ingediend hebben.

Algemene demografische gegevens

De deelnemers die de vragenlijst invulden, waren gemiddeld 34 jaar. De leeftijdsdistributie wordt weergegeven in tabel 1. Er werden 2 vragenlijsten ingevuld door personen jonger dan 20 jaar die zich konden identificeren met deze onderwerpen. Aangezien zij op eigen initiatief deze vragenlijst hebben ingevuld en dus hier hun ervaringen wilden over delen, werd deze info ook geïncludeerd in de studie.

Leeftijdscategorie	Aantal deelnemers
< 20 jaar	2
20-29 jaar	29
30-39 jaar	22
40-49 jaar	13
≥ 50 jaar	11

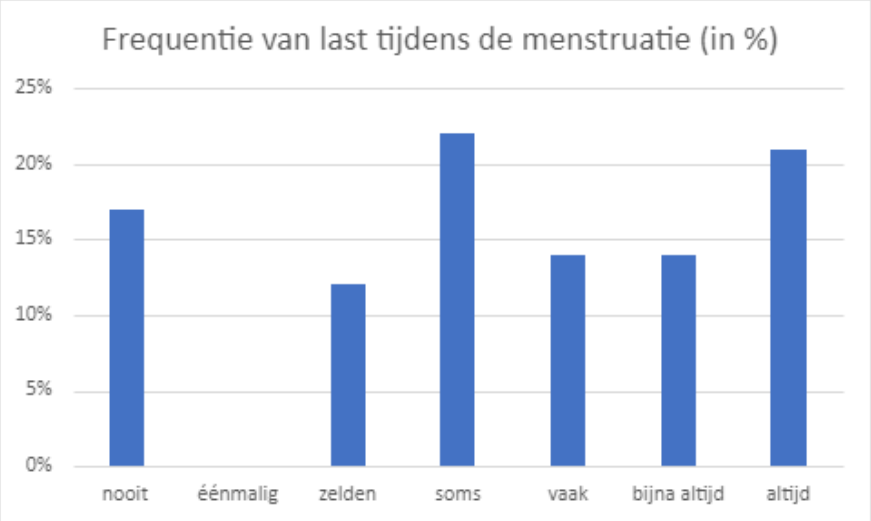
Tabel 1: aantal deelnemers per leeftijd.

Van de deelnemers gebruikten 60 vrouwen een vorm van anticonceptie. Daarbij werd de pil het vaakst gebruikt (33 personen), gevolgd door een hormoonspiraal (13 personen) en sterilisatie (man of vrouw, 8 koppels), 6 vrouwen gebruikten andere vormen van anticonceptie. Van deze 77 vrouwen waren er 49 al 1 of meerder malen zwanger geweest en 19,5% van hen had ooit een miskraam.

Dysmenorroe

In de vragenlijsten werd gepolst naar de aanwezigheid van lichamelijke klachten tijdens de menstruatie. Hierbij gaf 17% van de vrouwen aan nooit last te hebben tijdens hun menstruatie, terwijl 49% van de vrouwen vaak, bijna altijd of altijd heeft aangeduid. De exacte percentages per antwoord zijn weergegeven in onderstaande grafiek 1. Vrouwen konden daarnaast ook een cijfer op 10 geven om de intensiteit van de pijn te benoemen. 51.9% van de deelneemsters gaven hierbij een score van 5 of hoger. Om de ernst van de pijn op een andere manier in te schatten konden vrouwen vanuit verschillende antwoordopties de zin selecteren die voor hen het meest toepasselijk was. Hierbij geeft 26% van de vrouwen aan normaal te kunnen functioneren dankzij pijnstilling, terwijl een ander deel van de deelneemsters niet normaal kan functioneren tijdens hun menstruatie door onvoldoende effect van de pijnstilling (24,7%) of door te veel bloedverlies (5.2%).

In de inleiding werd vermeld dat anticonceptie kan gebruikt worden voor de preventie van zwangerschap en/of het behandelen van pijnlijke menstruaties. Bij 31 deelneemsters was de enige reden voor het gebruik van anticonceptie het vermijden van zwangerschap, bij 22 het vermijden van dysmenorroe en/of menorragie, en bij 10 speelden beide redenen een rol. Samengevat speelde bij 32 van de 67 (47.8%) patiëntes die deze vraag hebben ingevuld het hebben van pijnlijke of zware menstruaties dus een rol in de keuze voor het opstarten van anticonceptie. Bij ongeveer 1/3 van de deelneemsters van onze studie was het vermijden van menstruatie gerelateerde klachten de enige reden om anticonceptie te gebruiken.



Grafiek 1: frequentie van last tijdens menstruatie uitgedrukt in procent.

Vrouwen konden daarna verschillende, meer specifieke klachten aanduiden die gepaard gaan met hun menstruatie. Meerdere opties konden aangekruist worden. De drie meest aangeduide klachten zijn: buikpijn (bij 69%), lage rugpijn (bij 60%) en hoofdpijn (bij 55%). Daarnaast werden ook vermoeidheid (43%), mentale moeilijkheden (44%) en een opgeblazen gevoel (39%) vaak aangeduid. Het voorkomen van de symptomen staat ook afgebeeld in grafiek 2.



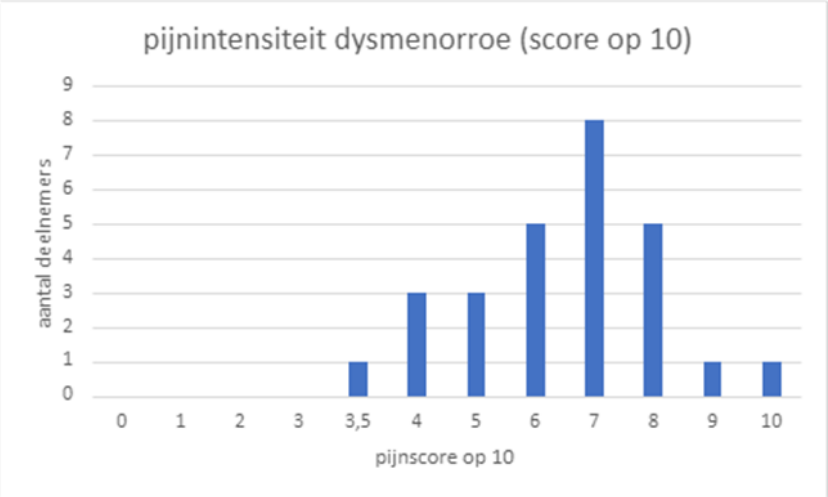
Grafiek 2: Menstruatie gerelateerde klachten, meerdere opties konden aangeduid worden.

Ongeveer de helft (49.1%) van de deelnemers die hadden aangekruist soms, vaak, bijna altijd of altijd klachten te hebben, gaf aan deze klachten nog nooit met een arts besproken te hebben. Andere patiënten bespraken het al met hun huisarts en/of gynaecoloog. Hierbij sprak 27.3% al eens met de huisarts en 29,1% met de gynaecoloog.

De 27 deelnemers die hun klachten met een arts bespraken, waren over het algemeen wel tevreden over dit gesprek. Dit werd uitgedrukt in een score op 5. Hierbij gaven 91.4% van de deelneemsters een score van ≥ 3/5 over zowel de tevredenheid over de houding van de arts als de aanpak van de arts en 94.3% gaf een score van ≥ 3/5 bij de vraag of ze zich begrepen voelden door hun arts. Hierbij gaf 83.8% aan dat de arts voldoende tijd en aandacht kon geven tijdens het gesprek. Enkele patiëntes hadden

een mindere ervaring, waarbij 2 van hen vonden dat de arts zich had moeten haasten en 3 het gevoel hadden niet serieus genomen te worden.

Van de 27 deelnemers die dysmenorroe bespraken met een arts, zijn er 19 deelnemers 30 jaar of jonger (gemiddelde leeftijd 28,5 jaar). Hun gemiddelde pijnscore was 6,5 op 10 (zie ook grafiek 3) en 92,6% van hen gebruikt pijnmedicatie tijdens hun menstruatie. Van de deelnemers die dysmenorroe niet bespraken met een arts, nam maar 55,5% pijnmedicatie. Hun gemiddelde pijnscore was 5,3 op 10 en hun gemiddelde leeftijd 36,7 jaar. We zien dus dat de deelnemers die hun dysmenorroeklachten met een arts bespraken significant jonger waren (P = 0.001), gemiddeld wat meer pijn ervaarden (P = 0.009) en meer pijnmedicatie dienden te gebruiken (P = 0.001).



Grafiek 3: pijnintensiteit van de deelnemers die dysmenorroe met een arts bespraken.

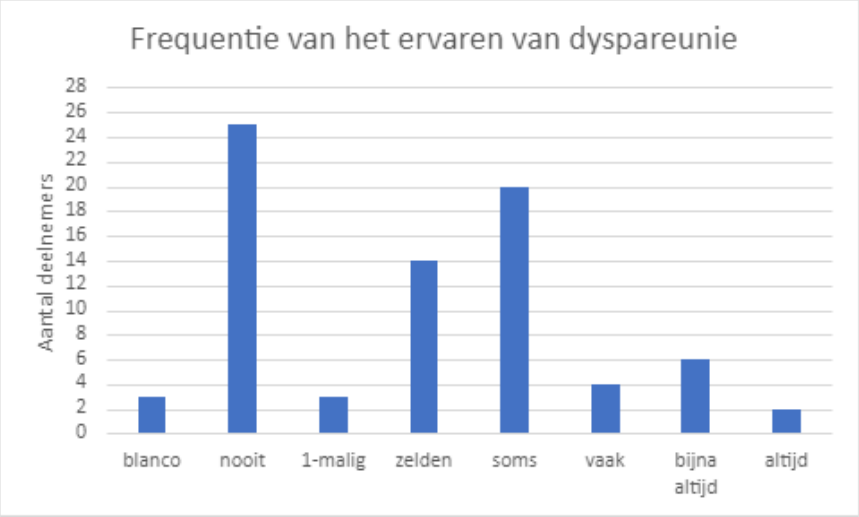
De mensen met dysmenorroe die hun klachten niet met een arts bespraken, deden dat meestal omdat de klachten niet erg genoeg waren (63%) of omdat ze er nog niet aan gedacht hadden (33.3%). Enkelen deden het niet uit schaamte, omdat ze bang waren dat er met hen gelachen zou worden of omdat ze dachten dat de arts hen niet serieus zou nemen. Zie ook grafiek 4.



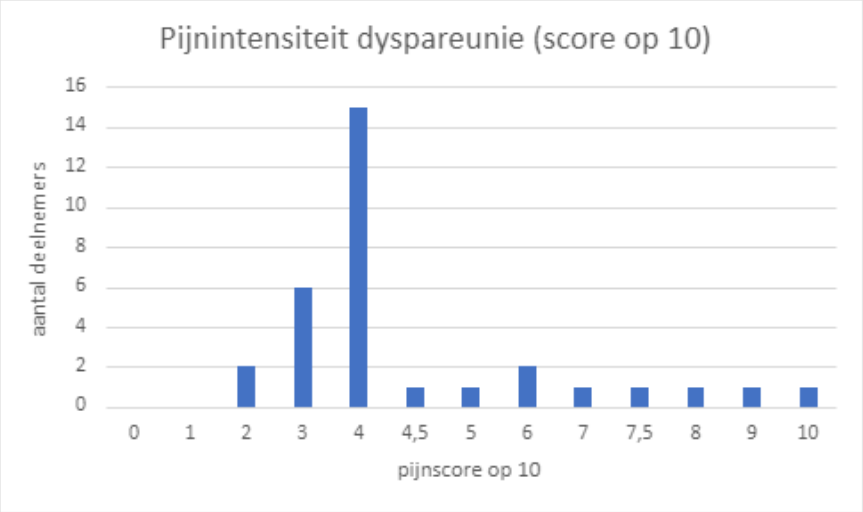
Grafiek 4: redenen waarom dysmenorroe nog niet met een arts besproken werd.

Dyspareunie

Als tweede deel van de vragenlijst werden enkele vragen gesteld over het voorkomen van dyspareunie. Hierbij gaven 25 patiëntes aan nog nooit last gehad te hebben van pijn bij betrekkingen, 49 gaven aan dit ooit al ervaren te hebben en 3 vulden deze vraag niet in. De frequentie van pijn staat afgebeeld in onderstaande grafiek 5. Als volgende vraag werd gepolst of vrouwen last hadden van bloedverlies na het vrijen, 17 vrouwen hadden hier al ooit last van, 51 niet. Deze vraag werd door 9 vrouwen niet ingevuld. De gemiddelde pijnscore van vrouwen die regelmatig dyspareunie ervaren hadden (gedefinieerd als een score van soms, vaak, bijna altijd of altijd. Dit zijn 32 deelnemers) is 4.5/10 (zie ook grafiek 6). Van de deelnemers die last hebben van dyspareunie ervaart 50% oppervlakkige en 59.3% diepe last.



Grafiek 5: hoe vaak ervaren de deelnemers dyspareunie?



Grafiek 6: pijnintensiteit van de dyspareunie bij patiënten die regelmatig last hebben.

Voor de verdere bespreking werd gekeken naar de dames die *regelmatig* dyspareunie ervaren. Dit is de groep van vrouwen die bij de vraag naar de frequentie van dyspareunie de antwoorden *soms, vaak, bijna altijd of altijd* aangaven. De dames die éénmalig of zelden aangeduid hadden, werden hier niet geïncludeerd aangezien het ervaren van éénmalige of zelden dyspareunie vaak geen doktersbezoek vereist.

Iets meer dan de helft (62,5%) van de 32 deelnemers die regelmatig last hadden van dyspareunie gaf aan dit nog niet met een arts besproken te hebben. 15.6% sprak er al over met de huisarts en 31.3%

met de gynaecoloog. Net zoals bij dysmenorroe waren de deelnemers die al met een arts praatten over het algemeen wel tevreden over dit gesprek. Zo gaf 91.7% een score van 3 of meer op 5 bij de vraag hoe tevreden ze over de houding en aanpak van de arts waren en 83.3% voelde zich begrepen.

11 deelnemers met regelmatig dyspareunie hebben dit al met een arts besproken. Hun gemiddelde leeftijd was 31,7 jaar. De gemiddelde pijnscore was 5,5 op 10. De deelnemers die dyspareunie niet met een arts besproken hebben, hadden een gemiddelde pijnscore van 3,8 op 10. Hun gemiddelde leeftijd was 32,5 jaar. Hier zien we ook weer dat de deelnemers die hun dyspareunieklachten met een arts bespreken meer last ondervinden, maar dit is niet significant (P = 0.056). Qua leeftijd was er niet veel verschil (P = 0.838).

Grafiek 7 toont de redenen waarom patiënten met regelmatig last van dyspareunie dit nog niet met een arts besproken hadden. De voornaamste reden is dat de klachten niet erg genoeg zijn. Daarnaast wordt er vaak niet aan gedacht om het met een arts te bespreken. Ook schaamte omtrent de klachten en een mannelijke arts houden de deelnemers tegen om dyspareunie te bespreken.



Grafiek 7: waarom werd de klacht dyspareunie niet met een arts besproken?

Interviews

Bij de vragenlijsten werd door verschillende personen aangeduid dat zij bereid waren deel te nemen aan een interview. Zij werden gecontacteerd via hun opgegeven e-mailadres. Uiteindelijk konden op deze manier 9 patiënten gerekruteerd worden voor een interview. De leeftijd van de patiëntes was gemiddeld 31,1 jaar.

De duur van de interviews was gemiddeld 22 minuten (min 10, max 32 minuten). Vooral de interviews met patiënten die geen last hadden van dyspareunie duurden minder lang. Een aantal grote topics die aan bod kwamen, zijn: de klachten gepaard met dyspareunie & dysmenorroe en de impact hiervan op het dagelijkse leven, de manier waarop patiëntes omgaan met deze klachten, zowel qua behandeling als de mate waarin contact werd gezocht met een arts en de drempels die vrouwen hierbij ervaren. Als laatste punt werd ook gepolst naar tips om deze drempels zo laag mogelijk te maken. Zoals weergegeven in de tabel was er 1 patiënte die geen klachten van dysmenorroe en dyspareunie had. Zij wilde echter wel deelnemen aan het interview omdat zij haar menstruatie heel laat had, en daarvoor wel meerdere malen een arts had moeten raadplegen.

Deelneemster	Leeftijd (jaar)	Praktijk	Duur interview (minuten)	Dysmenorroe	Dyspareunie
1	35	landelijk	17	Ja +++	ja
2	36	landelijk	16	Ja ++	nee
3	34	landelijk	16	Ja +++	ja
4	23	stedelijk	10	nee	nee
5	35	stedelijk	26	Ja +++	nee
6	23	stedelijk	23	Ja +	ja
7	46	landelijk	24	Ja +++	nee
8	23	stedelijk	30	Ja +++	Ja +
9	25	stedelijk	32	Ja ++	nee

Tabel 2: kenmerken van de deelnemers aan het interview

Klachten

Het hebben van menstruaties gaat vaak gepaard met kwaaltjes. In onze interviews werden vooral het ervaren van buikpijn en krampen als voornaamste symptomen benoemd, al dan niet gepaard gaande met misselijkheid. Ook hoofdpijn, een opgeblazen gevoel, gevoelige borsten en rugpijn werden vermeld. Bij iemand was de pijn die naar haar benen trok zo erg dat ze amper kon rechtstaan. Een andere patiënte benoemde dat ze amper uit bed kon geraken van de pijn. Verder werd ook (extreem veel) bloedverlies genoemd. Gevolgen zoals flauwvallen of de onmogelijkheid om te bewegen, werden aangehaald.

Als tweede onderdeel van het interview werd gepolst naar het ervaren van dyspareunie, dus pijn bij het vrijen. Vijf van de negen deelnemers hadden nog nooit pijn bij het vrijen gehad, één patiënte benoemde enkel soms bloedverlies na betrekkingen. Drie andere deelnemers hadden wel te kampen met pijn bij het vrijen. Bij één persoon was dit enkel de eerste jaren dat ze seksueel actief was en waren de klachten nu verdwenen. Bij een andere patiënte was dit enkel bij haar eerste partner, "J*a, maar dat was de eerste jaren vooral, kweet niet. Ik denk hoe langer dat je seks hebt hoe meer dat het uittrekt, dus nu heb ik geen last meer, maar in het begin heb ik toch wel last gehad, enkele jaren toch wel".* Iemand ervaart nog steeds een branderig, pijnlijk gevoel tijdens en vooral na betrekkingen dat daarna spontaan verdwijnt. Deze klachten werden nog nooit met een arts besproken aangezien ze telkens na 1 à 2 uur spontaan verdwenen en als dragelijk werden beschouwd. Indien de klachten langer zouden aanhouden, geeft deze patiënte wel aan dat ze dit zeker met een arts zou bespreken.

Gevolgen voor werk en school

Een aantal deelneemsters moesten dan ook van school of werk thuisblijven door deze klachten. Of van hun werk terug naar huis vertrekken omdat de klachten te uitgesproken waren. En dit vaak iedere maand opnieuw; "*Ik had natuurlijk wel het nadeel, iedere keer als ik het had, was ik op school, dan moest ik eigenlijk altijd naar huis komen*". Op de werkvloer werd hier niet altijd veel begrip voor getoond. Zo kreeg één van de deelneemsters de volgende boodschap van haar baas: *"Hij zei ook: dat kan eens gebeuren, maar kan niet iedere keer gebeuren. Op de duur was het: ja, je bent weer ziek."* Er werd geopperd dat het geslacht van de werkgever daar ook een rol in speelt. Mannelijke werkgevers zouden minder begrip tonen dan vrouwelijke werkgevers.

Behandeling

Er werden verschillende behandelingen geprobeerd om de menstruatieklachten draaglijker te maken. Eén van de meest genoemde is de combinatiepil. 'De pil' werd vaak niet alleen om zwangerschap te vermijden, maar vooral om de menstruatiepijn te verlichten, al opgestart op jonge leeftijd. Eén

deelneemster vertelde ook dat ze de pil tijdens haar examens doornam om geen menstruatie (en dus ook geen klachten) te krijgen. Verschillende patiëntes hadden echter ook wel last van bijwerkingen. Zo was er een deelneemster die het mentaal heel moeilijk kreeg en iedere dag moest wenen. Iemand anders kwam dan weer veel bij. Beiden zijn door deze bijwerkingen gestopt met de pil. Er was ook iemand die van haar ouders niet met een anticonceptiepil mocht starten omdat ze dachten dat ze dan op 'vrijerspad' zou gaan, en daardoor pas 2 jaar laten mocht starten. Naast de anticonceptiepil werden ook de nuvaring, implanon en het spiraaltje soms voorgeschreven.

Daarnaast werden ook, vaak als eerste stap, pijnstillers zoals paracetamol, NSAID's en Buscopan genomen om de klachten te onderdrukken, maar vaak met wisselend effect. Er was ook iemand die *Guud women* geprobeerd heeft, een multivitaminepreparaat ontwikkeld door een persoon die zelf kampt met menstruatieproblemen en gepromoot wordt op sociale media. Ook 'ouderwetse' middeltjes zoals kersenpitkussentjes worden nog steeds gebruikt om de pijn te verzachten.

Bespreken van de klachten

Tijdens het interview werd gepolst in welke mate patiënten hun klachten omtrent hun menstruatie of pijn bij het vrijen al besproken hadden met iemand, zowel met hun omgeving als met hun arts. Dit was vaak, om uiteenlopende redenen, nog niet gebeurd.

Onzekerheid & taboe

Een eerste element dat we vanuit de verschillende interviews konden identificeren, was een gevoel van onzekerheid. Die onzekerheid uitte zich bij bepaalde patiëntes onder de vorm van schaamte. Verschillende dames benoemden dat het bespreken van menstruatie binnenshuis als jong meisje een moeilijk onderwerp was, en dat zelfs hun moeders het lastig hadden om het hierover te hebben. *"Heel veel werd er daar niet van gesproken thuis. Mijn moeder vond dat zelf een ambetant onderwerp."* De drempel om hier dan mee naar de huisarts te gaan was dan ook hoog. Andere patiëntes konden dit wel goed met hun moeder bespreken, en hun moeder gaf in bepaalde gevallen het nodige duwtje om hier toch mee naar een arts te gaan. De mate waarin dit onderwerp (tijdens de jeugdjaren) in de thuissetting bespreekbaar is en genormaliseerd wordt, lijkt dus een sterke impact te hebben op de drempel om het met een arts te bespreken. Eén patiënte benoemt letterlijk dat zij een duwtje van haar partner of moeder zou nodig hebben om hiermee naar de arts te durven stappen. Dat ze dit op eigen initiatief waarschijnlijk nooit zou aandurven. Bij dyspareunie ligt de drempel mogelijks nog hoger. Vrouwen ervaren een schaamte naar de familie of partner toe om te gaan vertellen dat ze pijn hebben gehad tijdens het vrijen bijvoorbeeld. *"Ik voelde mij zelf eerst heel gênant, euh, toen dat de eerste keer gebeurd was".*

Dit onderwerp behoort/behoorde dus vaak (nog) tot de taboesfeer. Al benoemen meerdere patiëntes wel een gunstige evolutie tussen de mogelijkheid tot gesprek in hun jeugd en de huidige aanpak. Daarnaast speelde voor enkele hun leeftijd ook een grote rol. Heel wat patiëntes vonden dit op jongere (tiener) leeftijd veel moeilijker om te bespreken, terwijl dit met het toenemen van de leeftijd als 'normaler' werd beschouwd. *"Ik weet niet of ik dat zelf toen als jong meisje, daar zo ging durven of willen over praten. Omdat je, als kind bij wijze van spreken, voel je wel dat je iets meer geremder zijt om daarover te spreken dan als volwassene eigenlijk."* Een echte verklaring waarom dit beterde met de leeftijd werd niet gegeven. Verschillende losse factoren werden benoemd. Op jongere leeftijd werd de vraag naar het nemen van de pil om de menstruatie meer te controleren soms beschouwd als een vraag om op 'vrijerspad' te gaan, met een terughoudende houding van enkele ouders tot gevolg. Er was toen meer onwetendheid over het feit dat de pil ook een behandelmethode was voor pijnlijke menstruatie, en werd vooral gelinkt aan anticonceptie. Eén van de deelneemsters benoemt ook dat het als minderjarige moeilijk is om alleen bij de huisarts te geraken, omdat er vaak verwacht

wordt dat er een ouder mee aanwezig is en dat je op jonge leeftijd het geld niet hebt om de consultatie te betalen. Een andere patiënte benoemde dat zij eerder vond dat de levensfase waarin je je bevindt een invloed heeft, wat een breder aspect is dan de leeftijd. Als je in de fase van 'kinderen krijgen' zit, vond zij het normaler om dergelijke onderwerpen te bespreken met een arts.

Patiëntes benoemen een drempel om deze klachten met een 'man' te bespreken. Twee patiëntes vermelden dat zij hun menstruatieklachten moeilijk kunnen bespreken met hun mannelijke collega's, en indien ze dit toch doen, ze op weinig begrip konden rekenen. Mannen gaan deze onderwerpen vaak uit de weg of doen er lacherig over. Sommigen minimaliseren de klachten van de vrouw. Ook enkele partners kunnen weinig begrip voor hun vriendin opbrengen. *"Ook omdat ja als dat een man is, ja dan heeft het ook geen avance dat ik dat zeg. Die verstaan dat toch niet. Die kunnen zich niet inbeelden wat dat dat is dus…"*

Ook vrouwen onderling hebben soms moeite om het over deze klachten te hebben. Zoals eerder benoemd kon niet iedere patiënte onderwerpen zoals dysmenorroe, en zeker niet zoals dyspareunie, met hun moeder of partner bespreken, maar dit kon bijvoorbeeld wel bij vriendinnen. Al was dat soms ook moeilijk; *"Ik vind dat dat niet zo evident is om dat te bespreken met andere vrouwen. En van daar uit rust er daar een taboe op naar hulpverlening toe." "Bij vriendinnen van ik vroeger, dat was een taboe bijna als zij daarover ging beginnen over haar regels en zo."* In verband met dyspareunie vertelde een patiënte het volgende: "*Neen, dat werd ook wel gewoon als normaal gezien. Ik had dat ook wel besproken met vriendinnen en die zeiden dan bij mij is dat ook wel, dus ja, dus eerder met vriendinnen besproken dan met mijn vriend eigenlijk".* Dus ook binnenshuis, met familie, vriendinnen of de partner heerst er voor veel vrouwen nog steeds een drempel om deze onderwerpen ter sprake te brengen.

Artsgebonden factoren

De arts zelf is soms ook de reden van schaamte bij patiënten. Wanneer er moeilijke woorden gebruikt worden, voelen patiënten zich onzeker en soms zelfs dom. Dan wordt er soms gedacht: *"Als ze jou met van die moeilijke woorden om de oren slaan jah, dan voel je je nog onzekerder, voel je je niet zo slim. Dan denk je waarover hebben ze het, kga maar zwijgen, want anders ..."* Op die manier worden zaken soms niet besproken. Sommige patiënten voelen ook nog een bepaalde autoriteit bij de arts en durven dan ook geen opmerkingen geven. *"Het is een moeilijker gegeven om bijvoorbeeld tegen de dokter in te gaan."*

Het feit dat dysmenorroe en dyspareunie moeilijk met een man te bespreken zijn, zet zich voor enkele patiëntes ook verder tijdens het consult met een arts. Daarbij geven sommige dames aan dat zij verkiezen om dergelijke klachten met een vrouwelijke arts te bespreken. Een verklaring die meerdere malen wordt benoemd, is het feit dat vrouwen zelf meer 'ervaring' hieromtrent hebben. *"Goh omdat, ja, ge kunt als vrouw ook veel meer uit eigen ervaring gaan spreken. En als man minder. Dus ja, ik denk dat je je als tiener of als vrouw ook makkelijker gaat voelen bij een dame omdat ze dit ook zelf ervaren hebben"*. Dit wordt door verschillende patiëntes ook wel genuanceerd. "*Misschien toch liever een vrouw, maar als het drie maanden zou duren om naar een vrouw te gaan, zou ik wel naar een man gaan, alé, in mijn ogen is het even goed, maar de inleving is misschien nog beter bij vrouwen denk ik dan".* Voor een andere patiënte is 'het zich goed voelen' bij een arts, belangrijker dan het geslacht van die arts. De drempel om dit met een mannelijke arts te bespreken verminderde voor één patiënte ook met de leeftijd. Vooral als jong meisje vond ze dit zeer onwennig, terwijl ze dit nu helemaal geen probleem meer vindt.

Enkele patiëntes geven aan dat zij de huisarts boven de gynaecoloog zouden verkiezen om onderwerpen zoals dysmenorroe en dyspareunie te bespreken. De persoonlijke band met de huisarts maakt de drempel om dit onderwerp te bespreken lager dan bij de gynaecoloog. *"Ik vond dat dan wel comfortabeler, je kent die persoon." "Ik zou liever iemand hebben dat ik ken, dat vind ik inderdaad wel vertrouwelijker… dat zijn toch zo wel intieme zaken…"* Eén patiënte benoemde daartegenover net het omgekeerde. Voor haar was het feit dat haar huisarts haar al van kinds af aan kende net een drempel om intieme zaken met hem te bespreken. Die klachten besprak ze liever met een collega-huisarts die ze minder goed kende of die haar maar kende vanaf een volwassen leeftijd. Vaak is dat dan een jongere huisarts binnen de praktijk.

Andere patiëntes zouden sneller naar de gynaecoloog gaan. Sommige patiëntes vermelden daarbovenop dat er toch niet veel aan onderzocht kan worden en dat er het misverstand heerst dat, indien men dan toch een arts wil raadplegen, men hiervoor best onmiddellijk naar de gynaecoloog stapt. "*Het is inderdaad niet altijd even duidelijk dat een huisarts dat ook kan en dat ze daar ook voor gediplomeerd zijn. Dat ze ook alle resultaten kunnen inschatten en doen." en "Je huisarts heeft ook gestudeerd voor bij wijze van spreken voor griep en andere dingen en zo weet je wel. Dat je denkt van: hij heeft daar niet voor gestudeerd voor te luisteren waarom ik bloed en dit en dat*." Een factor die het raadplegen van een gynaecoloog dan bijkomend belemmert, zijn de lange wachttijden en het fenomeen dat de consultaties daar regelmatig uitlopen waardoor het inplannen van een afspraak vaak wordt uitgesteld aangezien dit zeer moeilijk in te plannen is in het dagelijkse drukke werkleven van de meeste vrouwen. Anderzijds heerste er ook de angst naar 'wat er dan precies zou onderzocht worden'. Eén patiënte verwoorde dit als volgt "*Je moet onderzocht worden en ze moeten effectief met een camera in je vagina gaan. Dat is niet het leukste dat er is natuurlijk. Dus ik denk dat het sowieso niet makkelijk is om dat bij een gynaecoloog te gaan bespreken."* En aangezien er patiëntes zijn die denken dat een huisarts enkel maar naar een gynaecoloog kan verwijzen, maar zelf geen onderzoek kan doen, bespreken ze het dan ook niet met hun huisarts. Enkele patiëntes gingen de eerste keer samen met hun moeder op consultatie naar de gynaecoloog en wilden daar dan ook zo snel mogelijk van af zijn. Daardoor werden klachten vaak niet ter sprake gebracht.

Omgaan met de klachten

Vanuit de bovenstaande factoren kunnen we dus afleiden dat veel van onze deelneemsters, rechtstreeks of onrechtstreeks, berusten in hun lot. Enkele factoren die al aan bod kwamen, zijn schaamte, angst, tijdsgebrek, de veronderstelling dat een mannelijke arts het toch niet zal begrijpen, het taboe in huis, … *"Misschien word je dan gezien als een trunte of zo als je het zo bespreekt bij de huisarts*".

Daarbovenop wordt menstruatiepijn door velen beschouwd als een onderdeel van het vrouw-zijn. Enkele uitspraken hieromtrent zijn bijvoorbeeld: *"Menstruatieklachten zijn gewoon en ja, je moet het er maar bij nemen."* en *"Veel kun je er niet aan doen é, tis de natuur é*". Menstruatiepijn wordt door bijna alle patiënten benoemd als een probleem dat ze niet per se opgelost willen zien. Ze beschouwen het meer als iets dat er 'bij hoort', ondanks de soms zware impact op het dagelijkse leven.

De maatschappelijke houding speelt ook een rol in het al dat niet bespreken van deze klachten. *"Ik denk dat dat ook zo wat in de maatschappij zo is: ge zit met iets, maar we gaan het zo veel mogelijk uitstellen tot het echt niet gaat en dan gaan we er een keer voor kijken. En ja, ik denk dat dat over zo'n klachten ook op die manier gaat."*

Ervaringen tijdens het bespreken met een arts

Artsgebonden factoren

Patiëntes die hun klachten al met een (huis)arts besproken hebben, hebben daar wisselende gevoelens bij. Sommigen waren heel tevreden. Dat komt dan meestal omdat de arts geluisterd heeft naar hun verhaal en vriendelijk was. Er werden ook tips gegeven over wat er gedaan kon worden bij menstruatiepijn. Iemand vertelde dat haar huisarts er ook nooit een probleem van gemaakt heeft om haar een dag thuis te zetten van school of van het werk. Het wordt ook geapprecieerd als je als huisarts eerlijk bent dat je het soms ook niet meer weet. Een patiënte werd door haar huisarts doorverwezen naar de gynaecoloog omdat die misschien een oplossing of betere behandeling kon voorstellen. Daar was die patiënte ook tevreden over.

Naast deze positieve ervaringen zijn er ook patiëntes die minder tevreden waren van hun consultatie bij de arts. Sommigen stonden eerder neutraal tegenover de ervaring: *"Ik was niet op mijn ongemakken of zo dus"*. Anderen hadden dan weer echt een slechte ervaring: "*Dat was gewoon hup, iets voorschrijven, dat was gewoon aan de lopen band"*. Ook bij de gynaecoloog was niet iedereen even tevreden. Er werd gezegd dat deze vaak niet zo subtiel zijn. Sommigen vonden hun specialist zelfs brut, echt niet vriendelijk. Er is vaak een gebrek aan uitleg en persoonlijke aanpak. *"Ze gaf niet veel uitleg, ga daar maar liggen, gewoon kort, ik ga een onderzoek doen en hup tsjak dat ding erin, … ja, bon, het deed allemaal geen zeer ofzo, maar toch, niet zo persoonlijk"*. Zo was er ook een deelneemster die vertelde elk jaar naar de gynaecoloog te gaan voor een uitstrijkje en iedere keer zegt ze dat ze veel last heeft tijdens haar regels, maar ze krijgt steeds het antwoord dat dat normaal is. Dat is het. Verder wordt er niets over gevraagd en er worden ook geen verdere onderzoeken uitgevoerd. Dat is een opmerking die we vaak hoorden terugkomen; *"Ik nam daarvoor iedere keer pijnstillers, paar dagen thuis van het werk, en de werknemer verstond dat ook niet altijd. Toen ook eens naar de gynaecoloog geweest, maar daar kreeg ik ook als antwoord ja sorry maar pech, jij behoort tot 1 van de vrouwen die daar zoveel last van heeft. Pijnstillertje nemen en wachten tot het over gaat".*

Contextuele factoren

Er werd de nuance gemaakt dat er een verschil is tussen deze klachten nu met een arts bespreken en die klachten bijvoorbeeld 20 jaar geleden met een arts bespreken. Vroeger werd er minder op in gegaan, was de uitleg minder gedetailleerd. Dat is nu wel beter. De taboes zijn ook al voor een stuk weg.

Tips om de bespreekbaarheid te vergroten

Tijdens de interviews werden door de deelnemers ook een aantal tips gegeven om de bespreekbaarheid van dysmenorroe en dyspareunie (bij de huisarts) te vergroten.

Op maatschappelijk niveau

Ondanks de positieve evolutie om seksualiteit en menstruatie-gerelateerde klachten meer bespreekbaar te maken, blijkt er toch nog steeds een bepaald taboe te heersen. Verdere aandacht hiervoor is dus zeker van belang. Meerdere patiëntes benoemen dat vooral mannen wat 'normaler' moeten doen hiervoor. "*Mijn collega's zijn ook allemaal mannelijke collega's die ik heb. Ik moet daar ook niet over gaan beginnen tegen hen. Dus ik denk dat dat er sowieso al voor zorgt dat het moeilijker bespreekbaar is met mannen omdat je in de buitenwereld die reacties krijgt".* Moesten mannen normaler reageren, dan zou de drempel verlagen om dit zowel met mannelijke partners, collega's, als artsen te bespreken. Een mogelijke ondersteunend factor die door meerdere patiënten wordt aangehaald, is dat dit meer en op jongere leeftijd moet worden besproken op school. Zeker aangezien de meeste scholen nu gemengde klassen hebben, is er dus de mogelijkheid om deze onderwerpen al

van jongs af aan met meisjes én jongens te bespreken tijdens de lessen seksuele voorlichting. Hierbij moet men niet enkel op het seksueel aspect, maar ook op menstruatiepijn en pijn bij het vrijen ingaan. Zoals één van de geïnterviewden aangaf: *"Als je er met meisjes en jongens kunt over praten dan gaat dat misschien ook al helpen naar later toe dat jongens daar ook meer begrip voor hebben of kunnen over praten."* Iemand anders zei: *"Ik vind wel dat kinderen daar vroeger bewust van moeten gemaakt worden dan dat dat nu soms wordt gedaan. Meer over spreken in het middelbaar. Dat je daar ook het normaliseert. Euhm, pakt dat je zegt van: kijk als je een keer pijn hebt in het vrijen, wacht daar niet te lang mee. Die zaken. En ook echt gaan aanbieden van welke hulplijnen je kunt gaan inboeken daarmee. Op school tonen wie er effectief de aanspreekpunten zijn om zo'n zaken te bespreken."* Een folder met info uitdelen op school of workshops organiseren zou ook al helpen. Naast deze tips werd er ook opgemerkt dat er in onze maatschappij vaak een sfeer heerst van: *"Ge zit met iets, maar we gaan het zo veel mogelijk uitstellen tot het echt niet gaat en dan gaan we er een keer voor kijken. Voor zo'n klachten is dit ook vaak zo."* Dit is natuurlijk een maatschappelijke houding die niet zo makkelijk aan te passen is.

Een ander voorstel dat bij twee patiëntes naar boven kwam, was het oprichten van een soort 'menstruatielijn'; "*En dat moet lijk ja, bij wijze van spreken een menstruatielijn of zo. Dat een jong meisje als ze hulp nodig heeft een keer kan bellen. Als ze dat niet durft bespreken met haar mama".* Een plek waar tieners naartoe kunnen surfen, gaan of bellen als ze het niet kunnen bespreken met hun omgeving. Maar ook oudere vrouwen kunnen baat hebben bij zo'n infopunt waar correcte informatie gegeven wordt en waar men indien nodig kan doorverwijzen naar gepaste hulp. Momenteel is er op het internet al veel te vinden over menstruatiepijn en pijn tijdens het vrijen, maar deze bronnen zijn niet altijd betrouwbaar en vaak gesponsord door bepaalde reclameproducten. Een neutrale, makkelijk te vinden informatiebron, waar men ook aangeeft wanneer het noodzakelijk is een arts te raadplegen, is daarom belangrijk.

Een ander voorstel was het gebruik van een app, gelijklopend aan de reeds bestaande apps waarin je menstruatie of inname van de pil kan genoteerd worden. "*Want ik had bijvoorbeeld een app, maar op een bepaald moment werd dat betalend, dus ja dat heeft ook niet veel nut. Maar je kon wel aanduiden: ik heb de pil genomen en hoe dat je je voelde die dag. En dat bijvoorbeeld die app kan gaan zien van bijvoorbeeld: je hebt zo veel pijn, ik zeg nu maar iets hé, en is het misschien beter dat je eens een arts raadpleegt. Dat dat misschien een pop-up kan zijn bij zo'n dingen".*

Een opmerking die niet per se iets te maken heeft met de bespreekbaarheid van dysmenorroe of dyspareunie, maar waar één deelneemster wel duidelijk verveeld mee was, is de kostprijs van maandverbanden en tampons. Dat moet veel minder geld kosten. Voor veel (jonge) vrouwen is dat een groot struikelblok waardoor ze ook soms lessen, stage of werk missen. In andere landen zijn deze producten vaak goedkoper of soms zelfs gratis. In België moet dat ook kunnen.

Op niveau van de huisarts

Het belangrijkste element dat meerdere deelneemsters benoemen is dat de (huis)arts luistert en begrip toont. Blijven begrijpen dat er vrouwen zijn die enorm veel last hebben van pijnlijke menstruaties of pijn bij het vrijen, en dat dit een grote impact kan hebben. Dit lijkt logisch, maar blijkbaar slaagt niet iedere arts erin om dit naar patiënten toe voldoende over te brengen. Een goede sfeer tussen arts en patiënt zorgt ook voor een milieu waarin zo'n klachten makkelijker bespreekbaar zijn. Daarnaast is het belangrijk om geen te moeilijke woorden gebruiken. Dit schrikt patiënten af waardoor ze er de volgende keer misschien niet meer durven over beginnen. *"Ik denk dat als je dan een keer naar een gynaecoloog gaat dat het belangrijk is dat die persoon … allé dat je merkt van dat is hier een open mindset. En ge kunt hier echt wel met vragen of met opmerkingen terecht."*

Wat zou kunnen helpen is bijvoorbeeld jaarlijks eens navragen of vrouwen last hebben tijdens hun menstruatie of tijdens het vrijen, zowel bij jonge als oudere patiëntes. Meerder patiënten benoemen dat dit zeker bij jonge meisjes van belang is, aangezien daar de drempel hoger is om zelf over dergelijke onderwerpen te beginnen. *"Ik weet niet of ik dat zelf toen als jong meisje, daar zo ging durven of willen over praten. Omdat je, als kind bij wijze van spreken, voel je wel dat je iets meer geremder zijt om daarover te spreken dan als volwassene eigenlijk."* Een goed moment om deze onderwerpen aan te kaarten is bijvoorbeeld bij een jaarlijkse bloedafname, bij het afnemen van een uitstrijkje of bij een voorschrift voor de pil. De meeste geïnterviewden haalden aan dat ze daar zelf geen probleem mee zouden hebben als de arts daar zelf over begint wanneer de vraag gekaderd wordt binnen een logische context. Wanneer ernaar gevraagd wordt tijdens een consultatie over totaal iets anders (bv. voetpijn) zou het dan wel weer raar overkomen. Als het gekaderd wordt binnen een soort van jaarlijkse checklist om de patiëntengegevens up-to-date te houden, beschouwen de meeste patiëntes dit niet als een probleem. Maar het is zeker belangrijk om dit voldoende te kaderen en te benoemen waarom dit nagevraagd wordt. Eén patiënte benoemde bijvoorbeeld dat zij bij een jaarlijks pilvoorschrift nooit de vraag kreeg of ze een SOA-screening wilde laten doen, terwijl een vriendin bij dezelfde huisarts wel deze vraag kreeg. *"Eeeehm, ah, ja, ik weet niet of het relevant is. Een vriendin van mij komt ook bij jullie, en iedere keer als ze komt jaarlijks voor de pil vragen ze aan haar of ze nog altijd dezelfde partner heeft en of ze een soa test wil doen. Bij mij vragen ze dat nooit, en dan zegt ze: zie ik eruit als een slet misschien?".* Een zekere praktijkvisie hierover kan dus ongetwijfeld van belang zijn.

Een bijkomend probleem, dat reeds eerder aangehaald werd, is het feit dat niet iedereen weet dat je met gynaecologische klachten ook bij de huisarts terecht kunt. Iemand zei: *"Mensen, goh ja vooral de jonge gasten, maar ook de oudere moeten eigenlijk weten dat de huisdokter niet enkel voor de griep is en om een keer te luisteren naar de longen en bloeddruk en al. Maar dat dat echt een totaalpakket is. Als je je menstruatie hebt, dat je kan gaan ernaar."* Dit probleem zou bijvoorbeeld aangepakt kunnen worden door posters over gynaecologische onderwerpen in de wachtzaal te hangen of een vermelding hierover te maken op de website. Meer en meer patiënten boeken hun afspraak ook online en de website van de huisarts kan een betrouwbare bron van informatie zijn. Eén deelneemster zei dat ze de klachten daarom makkelijker bij de gynaecoloog kon bespreken *"Gewoon omdat dat daar vol piemels en vol vagina's en vol baby's ligt en zo in die bureau bij wijze van spreken. Posters over seks. Dat is meer een open sfeer".* Haar tip om dit ook bij de huisarts te bereiken, was dan ook het volgende: "*Ik denk wel ja, een affiche of zo. Dat er hangt of zo. Of ja. Ja zoiets. Of al is het gewoon een domme, op het bureau, een piemel of zo. Bij wijze van spreken hé. Maar ik zeg maar gewoon. Gewoon iets dat leidt, onbewust of bewust, iets dat leidt naar menstruatie of naar seks en zo. Dat het er zo staat dat de jongere of de oudere persoon hun meer comfortabel voelt om te babbelen over seks.".* Een open sfeer creëren in de praktijk, zowel door het actief navragen als door het ophangen van beeldmateriaal kan dus drempelverlagend werken.

Tot slot werd door meerdere patiënten ook aangegeven dat het een voordeel is als artsen in een groepspraktijk werken, liefst gemengd. Sommige patiënten gingen voor menstruatie- of seks-gerelateerde klachten liefst bij hun vaste arts, of dit nu een man of vrouw was, andere gingen liever bij een vrouwelijke collega en nog anderen verkozen net één van de jongere artsen die hen minder goed kende.

Discussie

Dysmenorroe en dyspareunie zijn beide zeer interessante onderwerpen die een groot percentage van de vrouwen treffen. Vanuit de vragenlijsten gaven 49% van de vrouwen aan vaak, bijna altijd of altijd last te hebben tijdens hun menstruaties, wat toch een grote populatie aan vrouwen omvat. Daarbovenop werd door 51.9% van de deelneemsters een score van 5 of meer op 10 gegeven bij kwantificatie van de pijn. Deze resultaten sluiten aan bij de literatuur, waarin dysmenorroe vaak wordt benoemd als de meest voorkomende gynaecologische pathologie bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd (8-10). Ook 49 van de 77 vrouwen gaven aan al ooit last gehad te hebben van dyspareunie, dus ook een aanzienlijke groep.

Het maken van een vergelijking tussen onze studie en de beschikbare literatuur is op verschillende vlakken moeilijk. Zo is er onder andere een gebrek aan een uniforme definitie en classificatie, waardoor vergelijking tussen studies bemoeilijkt wordt. Daarbovenop gaat een groot deel van de beschikbare literatuurstudies over populaties buiten Europa waardoor extrapolatie naar de ervaringen binnen België soms moeilijk te maken is. De ervaringen van vrouwen omtrent dysmenorroe en dyspareunie worden immers ook sterk beïnvloed door de manier waarop de maatschappij hiermee omgaat en de mate waarin dit binnen gezin- en familieverband kan besproken worden. Allemaal factoren die ook sterk socio-cultureel beïnvloed worden. De laagdrempeligheid van medische hulp kan ook sterk verschillen land per land. Enerzijds door beschikbaarheid, maar ook door kostprijs (29).

Zowel vanuit de literatuur als vanuit de resultaten uit onze studie kunnen we concluderen dat vrouwen nog steeds drempels ervaren bij het bespreken van menstruatie- of seks-gerelateerde klachten met een arts, ondanks het fenomeen dat deze onderwerpen zich minder in de taboesfeer bevinden dan vroeger. Aan de hand van de vragenlijsten en interviews werd verder geëxploreerd welke andere factoren hier dan wel een rol bij spelen. In de vragenlijsten werd door 66% van de vrouwen als één van de redenen aangegeven dat ze de klachten 'niet als erg genoeg beschouwden' en/of ze er nog niet aan gedacht hadden deze klachten te bespreken. In de interviews kon hier dieper worden op ingegaan, en werd ook aangegeven dat er vaak onzekerheid en schaamte aanwezig was. Dit om multiple redenen: schaamte om dit onderwerp te bespreken, angst om uitgelachen te worden, de veronderstelling dat men als 'kleinzerig' zou worden beschouwd, … Familie en partner lijken hierin ook een belangrijke rol te spelen. Verschillende patiëntes kregen van moeder/partner een duwtje in de rug om de arts te raadplegen, terwijl bij anderen deze klacht binnenshuis moeilijk bespreekbaar was.

Daarnaast benoemden enkele vrouwen, die de klachten wél besproken hadden, dat ze zich niet serieus genomen voelden door hun arts en dat artsen de klachten vaak banaliseerden. Er is een nauw evenwicht. Het is zeker niet noodzakelijk dat iedere vrouw een arts raadpleegt, wat voor medicalisering kan zorgen, maar de klachten moeten wel geëxploreerd worden en vrouwen moeten een uitleg krijgen. Dit gebeurt nu vaak niet. Seksuele problemen worden immers ook vaak beïnvloed door psychologische moeilijkheden, stress, problemen binnen de relatie, een verlaagd libido, … (30). Voor deze elementen is niet altijd medicatie of een verwijzing naar een gynaecoloog nodig, maar de patiënte moet zich wel gehoord en begrepen voelen.

We zien dat artsen nu vaak nog duaal omgaan met de klachten dysmenorroe en dyspareunie: te veel medicaliseren of te veel banaliseren. Er is ergens een tussenstadium nodig. Daarbij moet je als arts goed luisteren en polsen naar de beleving van de patiënte en zorgen dat het onderwerp geen taboe is. Nu zijn er vaak artsen die gewoon zeggen: "Pijn tijdens de menstruatie hoort bij het vrouw-zijn. Je hebt gewoon pech dat je veel last hebt. Je zal ermee moeten leren leven." Op die manier zullen vrouwen nog sneller denken dat dysmenorroe bij het vrouw-zijn hoort en nog minder geneigd zijn om

het met een arts te bespreken. Als artsen al zo'n reactie hebben, zullen niet-medisch geschoolde mensen uit de omgeving van de patiënte ook sneller zo reageren. Dit kan leiden tot minder begrip van werkgevers, partners, … wat dan weer het mentaal welzijn van de patiëntes niet ten goede komt. Daartegenover staat het over-medicaliseren. Er zijn vrouwen die al talloze behandelingen ondergaan hebben, steeds zonder voldoende beterschap. Op den duur gaan die vrouwen denken dat er iets ernstigs met hen scheelt en dat het niet op te lossen is. Ook dat tast het zelfbeeld aan.

Het is opvallend hoe weinig artikels er te vinden zijn die over de holistische aanpak van dyspareunie en dysmenorroe gaan. De literatuur focust zich vaak op medische interventies, alhoewel het de laatste tijd wel duidelijk geworden is dat de oorzaken én dus ook de behandeling via het biopsychosociaal model bekeken moeten worden. Een multidisciplinaire aanpak die de mogelijke oorzaken, onderhoudende factoren en gevolgen aanpakt, is daarom noodzakelijk (29).

Vanuit de interviews kwam wel duidelijk naar boven dat dit probleem niet enkel gesitueerd is op arts-patiënt niveau, maar dat de algemene houding van de maatschappij omtrent deze klachten soms een echte drempel vormt. Het begrip van werkgevers was bij enkele patiëntes ver te zoeken. Het weghalen van het taboe is een inspanning van de volledige maatschappij. Als vrouwen met deze klachten naar buiten durven komen, is dit een krachtig signaal naar de omgeving. Dit help om het taboe te doorbreken. Ondersteuning en begrip door partners is ook helpend. Vrouwen mogen niet bang zijn om daar met hun partner over te praten. Patiënten hebben frequent een foutief beeld dat seksualiteit altijd perfect moet zijn. De verwachtingen daarrond liggen hoog. Een belangrijke boodschap is dan ook 'als het efkes iets minder gaat op seksueel vlak, is dat normaal'. En tot slot moeten vooral jongeren leren dat deze onderwerpen geen taboe zijn. Op die manier is de volgende generatie alweer een stap dichter bij normalisatie en aanvaarding van menstruatie- en seks-gerelateerde problemen. Want de indrukken en overtuigingen die je in je jeugd opdoet, blijven de rest van je leven een cruciale rol spelen. Hierin kan school ook een belangrijke rol opnemen. Tijdens de lessen seksuele opvoeding moet niet enkel gesproken worden over maandverbanden en SOA's, maar moet ook meer aandacht besteed worden aan de mogelijke impact die zware menstruaties kunnen hebben en waar een jong meisje hiermee terecht kan. Een recente studie benadrukt ook het belang van vroegtijdige opsporing van deze klachten. Zeker op adolescentenleeftijd, een kritisch moment in de ontwikkeling van iemands individu, kan het ervaren van dysmenorroe een zware impact hebben op iemands verdere levensloop. Dit zowel op sociaal, emotioneel als professioneel vlak (31). Daarnaast moet ook dyspareunie ter sprake gebracht worden, met de stimulans om dit ook te bespreken met hun partner. Ook jongens zullen zo meer een idee hebben over het bestaan en de impact van deze klachten, wat hopelijk tot meer begrip zal leiden.

De maatschappij kan nadenken over hoe werk en school zich kunnen aanpassen aan de patiënt en hoe flexibiliteit ingebouwd kan worden. Eén van onze deelneemsters plande haar werk en leven bewust rond haar menstruatie. Gezien zij als zelfstandige werkt, was zij in de mogelijkheid om dit te doen. Dit is niet in elke jobsector een mogelijkheid. Op heden moeten vrouwen die door hun menstruatiepijn niet kunnen werken langs de huisarts om hier een doktersbriefje voor te vragen. Dit geeft zowel frustraties voor de vrouw, zij wil hiervoor een arts niet lastigvallen, als voor de arts. Dit is een schril contrast met bijvoorbeeld Japan, waar dysmenorroe een legaal erkende reden voor absenteïsme op het werk is (4). Er is dus nog wat evolutie mogelijk omtrent deze klacht in België. Misschien kan de maatschappij vrouwen met dysmenorroe 1 of meerdere dagen per maand recht geven om thuis te blijven of van thuis uit te werken? Stof tot nadenken...

Aan onze studie zijn natuurlijk ook een aantal beperkingen verbonden. Een eerste punt is dat de vragenlijsten aangeboden werden tijdens de consultatie. Door drukte in de praktijk werd dit niet aan iedere patiënte aangeboden. Dit kan al een bias zijn aangezien de arts mogelijks onbewust de

vragenlijst aan bepaalde patiënten al dan niet aanbood. Als tweede punt kan er ook een bias zijn dat een bepaalde populatie aan vrouwen deze vragenlijst wel wilde invullen en een ander deel niet. Mogelijks waren vrouwen die last hebben van deze klachten meer geneigd om hun ervaringen hierover te delen t.o.v. patiëntes die hier nooit last van hadden. We zien ook dat er relatief gezien meer jonge mensen hebben deelgenomen aan onze studie. Aangezien gekozen werd voor een vragenlijst met bepaalde antwoordopties zijn er altijd beperkingen. Zo was bij de vraag "welk anticonceptiemiddel gebruikt u?" geen termijn genoteerd. Daarvoor vulden verschillende vrouwen meerdere opties in. Vroeger gebruikten ze bijvoorbeeld de pil en nu een spiraal, of omdat ze ondertussen bijvoorbeeld zwanger waren, of al in de menopauze. Dit werd door verschillende vrouwen als opmerking bij deze vraag genoteerd. Bij nieuwe studies wordt dit best verder gespecifieerd naar: "welk middel gebruikte u de voorbije 6 maanden?", bijvoorbeeld. Een laatste mogelijke bias is het feit dat de studie in een huisartsenpraktijk door een HAIO uitgevoerd werd. Aangezien de patiënten hun mening moesten geven over hun huisarts, die de PO was van de HAIO die de vragenlijst afnam, gaan sommigen misschien niet hun 100% eerlijke mening durven geven hebben. Dit was geen probleem bij hun mening over de gynaecoloog waardoor er misschien een wat vertekend beeld gecreëerd werd.

Daarbovenop kunnen door de beperkte studiegrootte geen algemene conclusies getrokken worden over de ervaring van de vrouwelijke populatie in België. Deze studie werd ook uitgevoerd in kleinere steden in West-Vlaanderen. Mogelijks zijn de ervaringen in grote centrumsteden of andere provincies ook anders. Er werd geprobeerd om een diverse populatie te includeren in onze studie, maar in alle deelnemende praktijken is er een overwegende blanke populatie. De ervaring bij andere etniciteiten kan dan ook verschillend zijn, aangezien deze klachten ook sterk socio-cultureel beïnvloed worden. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van onze resultaten.

Van een patiënte die de vragenlijst invulde kregen wij de volgende mail: "*Beste, Ik vulde zonet een vragenlijst in van jullie onderzoek en wilde daarbij graag nog een bedenking meegeven. Ik ben zelf gender non-binair en transgender. Ik heb een vagina/baarmoeder/maandstonden/... en dus gaat het onderzoek dat jullie voeren ook over mijn lichaam naar mijn gevoel. Toch hebben jullie ervoor gekozen om doorheen het hele onderzoek te focussen op de ervaring van 'vrouwen'. Niet enkel vrouwen hebben dysmenorroe en dyspareunie, waardoor jullie onderzoek dus niet zo inclusief is".* Deze bedenking is inderdaad terecht en een aandachtspunt voor volgende studies.

In onze studie konden we vaststellen dat er bij het onderwerp dyspareunie meer vragen blanco gelaten werden. Dit kan deels komen door het feit dat er minder vrouwen last hebben van dyspareunie. Er waren ook een aantal deelnemers die nog niet seksueel actief waren. Mogelijks zijn er ook nog andere redenen. Is er omtrent dit onderwerp nog meer taboe? Vinden vrouwen het moeilijker om dit te bespreken dan hun menstruatie gerelateerde klachten? Aangezien onze ervaring omtrent deze klachten zeer beperkt is, werd gepolst bij een seksuoloog wat haar ervaringen hieromtrent zijn (zie bijlage 3 voor de volledige tekst).

De seksuologe beaamde dat er inderdaad nog steeds stereotypen heersen in de maatschappij. Er wordt vaak nog verondersteld dat "pijn normaal is" bij het vrijen. Er ligt een grote uitdaging bij aanspreekpunten als huisartsen, gynaecologen, leerkrachten op school, de media, … om pijn uit de 'normale' sfeer te halen. Seks hoort fijn te zijn, niet pijn te doen. De aanpak van dit probleem is niet eenduidig en het vraagt veel inspanning van beide partners om dit te veranderen. De oorzaak is vaak multidimensioneel. Deze kan biologisch van aard zijn (een onderliggende infectie, trauma in het verleden, …), psychologisch (psychisch trauma, angsten, stress om te presteren, …), en/of sociaal (verwachtingen, idee dat pijn erbij hoort, maandstonden zijn 'vies', …) zijn. Het is dan ook essentieel dat koppels de tijd en de ruimte krijgen om over deze dingen te reflecteren of na te denken. Zij

benadrukt ook het belang van een multidisciplinaire aanpak. Vaak is er een samenwerking nodig met de arts, bijvoorbeeld bij onderliggende infecties, en de kinesist, voor de behandeling van bekkenbodemdysfunctie. De seksuologe benadrukte ook nog eens de belangrijke rol die de huisarts kan spelen in deze situatie: "*Mijn droom zou zijn dat deze onderwerpen meegenomen worden in een basisonderzoek bij de artsen. Mensen zoeken vaak naar iemand waarmee het thema in alle veiligheid besproken kan worden. Vaak is dat de huisarts. Neem het thema als huisarts mee in je standaardvragen. Als mensen zich niet goed voelen, vraag hen naar hun relatie en hun intimiteit. Als mensen plasproblemen hebben, vraag naar hun seksualiteit. Heel vaak zorgt een moeilijk seksleven voor moeilijkheden op andere vlakken. Daarnaast is het ook steeds aangeraden om flyers of poster over seksuele thema's zichtbaar in de wachtzaal te leggen. Ook daar geef je het signaal mee dat je aanspreekbaar bent. Verwijs ook snel genoeg. Maak een warme overdracht. Vraag of je mag afstemmen met een seksuoloog of bekkenbodemtherapeut. Transparantie geeft controle aan de cliënt"*. Ondanks de toegenomen openheid in de maatschappij blijkt dus dat patiënten toch nog vaak drempels ervaren om deze klachten ter sprake te brengen bij een hulpverlener.

Vanuit deze studie kan besloten worden dat verder onderzoek naar de ervaring van vrouwen omtrent dysmenorroe en dyspareunie zeker aan te raden is. De resultaten bij deze vrouwen zijn vermoedelijk maar het topje van de ijsberg aangezien de ervaringen van vrouwen omtrent dysmenorroe en dyspareunie door heel wat factoren beïnvloed worden: zowel relationeel, familiaal, maatschappelijk als socio-cultureel. In België is de gezondheidszorg vlot toegankelijk en als arts in de eerste lijn bevinden wij ons bovendien in een bevoorrechte positie om deze ervaringen verder te exploreren: de huisarts is laagdrempelig. Zowel qua wachttijden, bereikbaarheid, als financieel. De drempel naar het ziekenhuis is voor veel patiënten door verschillende factoren vaak groter. Daarnaast is er dikwijls een goede band met onze patiënten door jarenlange opvolging en kan er makkelijker follow-up voorzien worden dan in de tweede lijn. Aangezien vrouwen deze klachten frequent zelf niet ter sprake brengen, moet door artsen verder geprobeerd worden om deze klachten actief te bevragen. Bijvoorbeeld bij het jaarlijks pilvoorschrift, bij de afname van een uitstrijkje, … om de drempel voor de patiëntes zo verder te verlagen. De arts kan een luisterend oor bieden en samen met de patiënt naar oplossingen zoeken om deze klachten dragelijk te maken en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Dit kan enerzijds door medicatie, maar anderzijds vooral door met de patiënt mee te denken hoe de klachten een plaats kunnen krijgen in hun leven. Welke middeltjes de pijn kunnen verminderen, hoe de bespreekbaarheid van seksuele problemen vergroot kan worden binnen een relatie, hoe hun leven aangepast kan worden aan hun dysmenorroe, …. De oorzaken zijn immers vaak niet pathologisch, maar er is wel een nood aan herkenning en erkenning van deze klachten om onze patiënten zo op de gepaste manier te kunnen ondersteunen. Hierbij kan verwijzing naar een gynaecoloog, seksuoloog, kinesist of relatietherapeut soms een meerwaarde zijn.

Dankwoord

Op het einde van deze masterproef willen wij nog een aantal mensen in de bloemetjes zetten. Als eerste een hartelijke dank aan onze promotor, Professor Peter Decat, voor de begeleiding en ondersteuning bij het uitwerken van deze studie. Daarnaast willen wij natuurlijk alle deelnemers van onze vragenlijsten en interviews in het bijzonder bedanken, en alle collega's die geholpen hebben om vragenlijsten uit te delen. Ook een bijzondere dankjewel aan seksuologe Joyce Hardy voor haar inbreng in deze masterproef. Als laatste nog een grote dankjewel aan onze partners en ouders voor de jarenlange steun tijdens onze studies en voor het nalezen van onze masterproef.

Referenties

1. Deboever C, Decroos E. Endometriose en implantatie: een gematchte case-control studie [masterproef]. Gent: Universiteit Gent, faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen; 2019. [geciteerd 18/02/2023]. Beschikbaar via: https://lib.ugent.be/catalog/rug01:002783077
2. Folmer H. NHG Behandelrichtlijn dysmenorroe [internet]. 12/2004 [geconsulteerd 21/04/2021]. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/dysmenorroe#volledige-tekst
3. Chen CX, Kwekkeboom KL, Ward SE. Beliefs About Dysmenorrhea and Their Relationship to Self-Management. Res Nurs Health. 2016 Aug;39(4):263-76. doi: 10.1002/nur.21726. Epub 2016 May 13. PMID: 27177093; PMCID: PMC7509811.
4. Abreu-Sánchez A, Fernández-Martínez E, Iglesias-López MT, Ortega-Galán ÁM, Ramos-Pichardo JD. Why Do Some Spanish Nursing Students with Menstrual Pain Fail to Consult Healthcare Professionals? Int J Environ Res Public Health. 2020 Nov 5;17(21):8173. doi: 10.3390/ijerph17218173. PMID: 33167417; PMCID: PMC7663954
5. Eleuteri S, Petruccelli F, Rossi R, Simonelli C. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. Curr Opin Psychiatry. 2014 Nov;27(6):406-12. doi: 10.1097/YCO.0000000000000098.
6. MacNeill C. Dyspareunia. Obstet Gynecol Clin North Am. 2006 Dec;33(4):565-77, viii. doi: 10.1016/j.ogc.2006.09.003.
7. Duodecim Publishing Company Ltd. Eb practice net. Dyspareunie [internet]. 08/05/2013 [geconsulteerd 21/04/2021]. Beschikbaar via: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm01069
8. Morrow C, Naumburg EH. Dysmenorrhea. Prim Care. 2009 Mar;36(1):19-32, vii. doi: 10.1016/j.pop.2008.10.004.
9. Carpenter JS, Chen CX, Draucker CB. What women say about their dysmenorrhea: a qualitative thematic analysis. BMC Womens Health. 2018 Mar 2;18(1):47. doi: 10.1186/s12905-018-0538-8. PMID: 29499683; PMCID: PMC5833075.
10. Avidon I, Baker FC, Iacovides S. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. Hum Reprod Update. 2015 Nov-Dec;21(6):762-78. doi: 10.1093/humupd/dmv039. Epub 2015 Sep 7. PMID: 26346058.
11. Jones M, Ju H, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. Epidemiol Rev. 2014;36:104-13. doi: 10.1093/epirev/mxt009. Epub 2013 Nov 26. PMID: 24284871.
12. Baird DD, Hornsby PP, Weinberg CR, Wilcox AJ, Zaura Jukic AM. Measuring Menstrual Discomfort. A Comparison of Interview and Diary Data. Epidemiology. 2008 Nov;19(6):846-50. doi: 10.1097/EDE.0b013e318187ac9e.
13. Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020 Feb 6;12(Suppl 1):7-17. doi: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217.
14. Kho KA, Shields JK. Diagnosis and Management of Primary Dysmenorrhea. JAMA. 2020 Jan 21;323(3):268-269. doi: 10.1001/jama.2019.16921. PMID: 31855238.
15. Alehagen S, Berterö C, Grundström H, Kjølhede P. ""A challenge"–healthcare professionals' experiences when meeting women with symptoms that might indicate endometriosis." Sexual & Reproductive Healthcare 7 (2016): 65-69.
16. Frodsham LCG, Jakes AD, Lee NMW, Lloyd J. Dyspareunia. BMJ. 2018 Jun 19;361:k2341. doi: 10.1136/bmj.k2341.

17. Carpenter JS, Chen CX, Draucker CB, Shieh C. Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea. J Clin Nurs. 2018 Jan;27(1-2):e301-e308. doi: 10.1111/jocn.13946. Epub 2017 Sep 7. PMID: 28681499; PMCID: PMC5746430.
18. Bergeron S, Berkley KJ, Binik YM, Khalifé S, Meana M, Pagidas K. Dyspareunia: more than bad seks. Pain. 1997 Jul;71(3):211-2.
19. Bergeron S, Landry T. Biopsychosocial Factors Associated with Dyspareunia in a Community Sample of Adolescent Girls. Arch Sex Behav. 2011 Oct;40(5):877-89. doi: 10.1007/s10508-010-9637-9. Epub 2010 Jun 22.
20. Peer Commentaries on Binik (2005). Arch Sex Behav. 2005 Feb;34(1):23-61. doi: 10.1007/s10508-005-0999-3.
21. Yong PJ. Deep Dyspareunia in Endometriosis: A Proposed Framework Based on Pain Mechanisms and Genito-Pelvic Pain Penetration Disorder. Sex Med Rev. 2017 Oct;5(4):495-507. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.06.005. Epub 2017 Aug 1.
22. Baird DC, Bode DV, Seehusen DA. Dyspareunia in women. Am Fam Physician. 2014 Oct 1;90(7):465-70.
23. Charlton BM, DiVasta AD, Fadayomi AB, Missmer SA, Schneider MP, Vitonis AF. Quality of Life in Adolescent and Young Adult Women With Dyspareunia and Endometriosis. J Adolesc Health. 2020 Oct;67(4):557-561. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.02.024. Epub 2020 Apr 11
24. Sadownik LA, Seal BN. Provoked vestibulodynia: a qualitative exploration of women's experiences. BC medical journal. 2012 jan/feb; 54(1): 22-28.
25. Bachmann G, Bergeron S, Foster D, Goldstein AT, Kellogg-Spadt S, Pukall CF et al. Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors. J Sex Med. 2016 Mar;13(3):291-304. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.021
26. Farmer G, Harris J, Hope T, Kennedy S, Mayou R, Price J. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2006 Apr;113(4):446-52.
27. Harlow BL, Maclehose RF, Nguyen RH, Rydell SA, Turner RM. Perceived Stereotyping and Seeking Care for Chronic Vulvar Pain. Pain Med. 2013 Oct;14(10):1461-7. doi: 10.1111/pme.12151. Epub 2013 Jun 6.
28. Adib Rad H, Basirat Z, Bakouei F, et al. Effect of Ginger and Novafen on menstrual pain: A cross-over trial. Taiwan J Obstet Gynecol. 2018;57(6):806-809. doi:10.1016/j.tjog.2018.10.006
29. Binik YM, Meana M. The Biopsychosocial Puzzle of Painful Sex. Annu Rev Clin Psychol. 2022 May 9;18:471-495. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-072720-014549. Epub 2022 Feb 25. PMID: 35216521
30. Boyer SC, Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S. Management of female sexual pain disorders. Adv Psychosom Med. 2011;31:83-104. doi: 10.1159/000328810. Epub 2011 Oct 10. PMID: 22005206.
31. Allaire C, Bedaiwy MA, Bougie O, MacGregor B, Yong PJ. Disease Burden of Dysmenorrhea: Impact on Life Course Potential. Int J Womens Health. 2023;15:499-509. doi:10.2147/IJWH.S380006

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst

Beste lezer,

Wij zijn Emily Dauwe en Charlotte Deboever. Wij zijn twee HAIO's (huisartsen in opleiding) die in het kader van onze opleiding een onderzoek willen doen naar klachten die gepaard gaan met menstruatie en pijn bij het vrijen. Dit blijft voor vrouwen vaak een moeilijk aan te brengen onderwerp en pijn tijdens de menstruatie of tijdens het vrijen wordt vaak (soms foutief!) als "normaal" beschouwd. Het hoofddoel van deze studie is om te onderzoeken in welke mate vrouwen deze onderwerpen kunnen bespreken met hun huisarts en welke drempels zij ervaren. Vaak heerst er toch nog een soort "taboe" om deze onderwerpen aan te brengen, dat willen wij doorbreken. Daarnaast willen wij onderzoeken hoe vaak deze klachten voorkomen en wat de impact is op het dagelijkse leven. Wij willen vrouwen helpen om deze klachten in de toekomst makkelijker bespreekbaar te maken, sneller op te sporen en beter te behandelen. Daarbij hebben wij uw hulp nodig! Bent u een dame tussen 20 en 55 jaar, dan kunt u ons door het invullen van deze vragenlijst helpen om deze klachten in beeld te brengen. Het invullen van deze vragenlijst zal een tiental minuten in beslag nemen. De informatie verzameld in deze studie zal anoniem verwerkt worden, u hoeft dus geen persoonlijke informatie te noteren. Bij verdere vragen of twijfels kan u altijd terecht bij uw behandelende arts. U kan op ieder moment van de studie beslissen om uw vragenlijst te laten verwijderen uit de studie. Bij vragen omtrent deze studie mag altijd gemaild worden naar emily.dauwe@ugent.be of charlotte.deboever@ugent.be.

Het invullen van deze vragenlijst is volledig vrijwillig en anoniem. U vindt hier drie formulieren: de vragenlijst, een toestemmingsformulier voor ons en een toestemmingsformulier voor u (dit mag u houden). Graag uw toestemming en handtekening bij akkoord invullen op pagina 4 en 5 van het toestemmingsformulier (dit werd aangeduid met een pijl). Graag beide documenten dicht geplooid deponeren in de daarvoor voorziene doos. Indien vragen voor u niet van toepassing zijn, mag je deze blanco laten. Bij de meerkeuzevragen (aangeduid met *) mogen telkens meerdere opties aangeduid worden.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Emily & Charlotte

Vragenlijst

1. Leeftijd: …… jaar

2. Hoeveel keer bent u al zwanger geweest? …..

3. Hoeveel kinderen hebt u? …..

4. Heeft u al ooit een miskraam gehad?
   - Ja
   - Nee

5. Heeft u al vruchtbaarheidsbehandelingen ondergaan (inseminatie, IVF, ICSI)?
   - Ja
   - Nee

   Indien ja, bij wie was er een verminderde vruchtbaarheid?
   - Vrouw
   - Man
   - Beide

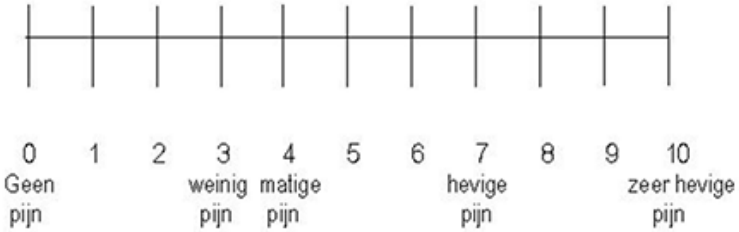
6. Welk soort anticonceptie gebruikt u?
   - Geen
   - Condoom
   - Pil
   - Hormoonspiraal
   - Koperspiraal
   - Prikpil
   - Hormonale ring
   - Hormonaal staafje
   - Sterilisatie
     - Bij wie?
       - Vrouw
       - Man

7. Wat is de voornaamste reden dat u met dit anticonceptiemiddel gestart bent?*
   - Zwangerschap vermijden
   - Pijnlijke menstruaties
   - Te hevige menstruaties

8. Indien u geen anticonceptie gebruikt, heeft u een regelmatige cyclus? Dit betekent dat er ongeveer 25-35 dagen zitten tussen de eerste dag van twee opeenvolgende menstruaties
   - Ja
   - Neen
     - Ik heb een langere cyclus, en dus minder vaak mijn menstruatie (meer dan 34 dagen tussen de eerste dag van twee menstruaties)
     - Ik heb een kortere cyclus, en dus frequenter mijn menstruatie (minder dan 25 dagen tussen de eerste dag van twee menstruaties)

9. Hoe vaak heeft u het laatste jaar last gehad van pijn tijdens de maandstonden?
   - Nooit
   - Eenmalig gehad
   - Zelden
   - Soms
   - Vaak
   - Bijna altijd
   - Altijd

10. Hoe intens is de pijn die u ervaart tijdens uw maandstonden? (juiste cijfer omcirkelen)



11. Welke van onderstaande zinnen past het meest bij de pijn?
   - Graad 0 = Ik ervaar geen pijn tijdens mijn menstruatie. Mijn menstruatie heeft dus geen invloed op mijn dagelijkse leven
   - Graad 1 = Ik ervaar milde pijn, en dit heeft soms een impact op mijn dagelijkse leven.
   - Graad 2 = Ik ervaar matige pijn tijdens mijn menstruatie, en dit heeft regelmatig een impact op mijn dagelijkse leven.
   - Graad 3= Mijn menstruatie gaat gepaard met hevige pijn, en soms ook andere symptomen zoals bijvoorbeeld hoofdpijn. Dit heeft een zware impact op mijn dagelijkse leven.
   - Graad 4 = De omschrijving van graad 3 met daarbovenop nog misselijkheid en braken.

12. Van welke klachten heeft u last tijdens uw menstruatie?*
   - Buikpijn
   - Pijnlijke borsten
   - Lage rugpijn
   - Pijn in de benen
   - Misselijkheid
   - Overgeven
   - Een opgeblazen gevoel
   - Diarree
   - Pijn bij het maken van stoelgang
   - Vermoeidheid
   - Hoofdpijn
   - Mentale moeilijkheden (somber gevoel, prikkelbaar, snel huilen, …)

13. Kunt u uw dagdagelijkse activiteiten (werk, hobby's, afspreken met vrienden, …) nog normaal uitvoeren tijdens uw menstruatie?

- Ja, zonder enig probleem
- Ja, het lukt nog om mijn dagdagelijkse activiteiten uit te voeren zonder pijnstilling, maar ik ervaar wel pijn
- Ja, mits pijnstilling
- Neen, de pijn is te intens
- Neen, het bloedverlies beperkt mij bij dagelijkse activiteiten

14. Moet u medicatie nemen om de pijn te verminderen tijdens uw menstruatie?*

- Ja
  - Ik ben om deze reden gestart met "de pil" (orale contraceptie)
  - Paracetamol (Dafalgan, Perdolan)
  - Een NSAID = ontstekingsremmer (vb Ibuprofen, Diclofenac, Nurofen, Feldene, Spidifen, …)
  - Buscopan
  - Andere
- Neen

15. Is er beterschap van de pijn na inname van deze medicatie?

- Ja
- Nee
- Een beetje, maar onvoldoend

16. Heeft u hier al over gesproken met een arts?*

- Ja met mijn huisarts
- Ja met mijn gynaecoloog
- Ja met een andere arts
- Nee

<u>Indien ja</u>: Omcirkel de meest passende score

- In welke mate was je tevreden over de houding van de arts? (0 = niet tevreden, 5 = zeer tevreden)

0 1 2 3 4 5

- In welke mate voelde je je begrepen? (0= ik voelde mij niet begrepen, 5 = ik voelde mij volledig begrepen)

0 1 2 3 4 5

- In welke mate was je tevreden over de aanpak? (0 = niet tevreden, 5 = zeer tevreden)

0 1 2 3 4 5

- Had je het gevoel dat de arts voldoende tijd en aandacht had om je klachten te bespreken?
  - Ja
  - Neen, ik had het gevoel dat de arts zich moest haasten

- Neen, ik had het gevoel dat de arts terwijl ook met andere zaken bezig was (telefoon, pc,…)
- Neen, ik had de indruk dat de arts mijn klacht niet serieus nam

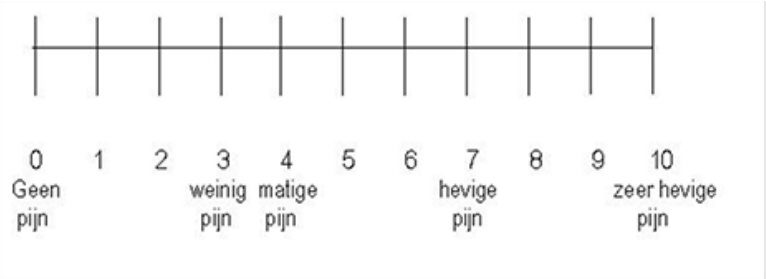
Indien nee: waarom sprak u hier niet over met uw arts?*

- De klachten zijn niet erg genoeg
- Nog niet aan gedacht
- Schaamte omtrent de klachten
- Ik heb een mannelijke arts
- Mijn arts lacht zo'n klachten altijd weg
- Ik heb de indruk dat mijn klacht niet serieus wordt genomen
- Angst voor de mogelijke diagnose of verdere onderzoeken
- Ik was niet alleen op consultatie (partner, kinderen, … mee)
- Andere

17. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar last gehad van pijn tijdens (of vlak na) het vrijen?

- Nooit
- Eenmalig gehad
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Bijna altijd
- Altijd

18. Hoe intens is de pijn die u ervaart tijdens het vrijen? (juiste cijfer omcirkelen)



19. Waar zit de pijn die u ervaart?*

- Oppervlakkig (direct bij penetratie/aanraken vagina)
- Diep (bij verdere penetratie/harder stoten)

20. Heeft u deze pijn al van bij het eerste seksuele contact of had u vroeger geen last en is de pijn in de loop van de tijd gekomen?

- Van bij het eerste seksuele contact
- De last is pas later gekomen

21. Ervaart u soms bloedverlies na het vrijen?

- Ja
- Nee

22. Heeft u al over deze klachten gesproken met een arts?*
    - Ja met mijn huisarts
    - Ja met mijn gynaecoloog
    - Ja met een andere arts
    - Nee

Indien ja:*

- In welke mate was je te tevreden over de houding van de arts? (0 = niet tevreden, 5 = zeer tevreden)

0 1 2 3 4 5

- In welke mate voelde je je begrepen? (0= ik voelde mij niet begrepen, 5 = de arts begreep mij volledig)

0 1 2 3 4 5

- In welke mate was je tevreden over de aanpak? (0 = niet tevreden, 5 = zeer tevreden)

0 1 2 3 4 5

- Had je het gevoel dat de arts voldoende tijd en aandacht had om je klachten te bespreken?
    - Ja
    - Neen, ik had het gevoel dat de arts zich moest haasten
    - Neen, ik had het gevoel dat de arts terwijl ook met andere zaken bezig was (telefoon, pc,…)
    - Neen, ik had de indruk dat de arts mijn klachten niet serieus nam

Indien nee: waarom sprak u hier niet over met uw arts?*

- De klachten zijn niet erg genoeg
- Nog niet aan gedacht
- Schaamte omtrent de klachten
- Ik heb een mannelijke arts
- Mijn arts lacht zo'n klachten altijd weg
- Ik heb de indruk dat mijn klacht niet serieus wordt genomen
- Angst voor de mogelijke diagnose of verdere onderzoeken
- Ik was niet alleen op consultatie (partner, kinderen, … mee)
- Andere

Bij verdere vragen omtrent deze studie mag u ons steeds contacteren op volgende mailadressen: charlotte.deboever@ugent.be of emily.dauwe@ugent.be .

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 2: Interview guide

- Inleiding (voorstelling onderzoeker, thema, verloop)
    - *Er wordt verduidelijkt op welke manier het interview zal verlopen en toestemming voor registratie wordt gevraagd. Anonimiteit van het interview wordt hierbij ook benadrukt.*
    - *hoe ga je je voorstellen aan de patiënt, hoe lang gaat het duren,… daarin ook de informed consent vermelden*

    - *Ik ben Emily Dauwe/Charlotte Deboever. Ik ben een HAIO's (huisarts in opleiding) en samen met een collega HAIO, Emily Dauwe/Charlotte Deboever, voer ik een onderzoek naar klachten die gepaard gaan met pijnlijke menstruatie en pijn bij het vrijen. Dit blijft voor vrouwen vaak een moeilijk aan te brengen onderwerp en pijn tijdens de menstruatie of tijdens het vrijen wordt vaak (foutief!) als "normaal" beschouwd, zowel door de vrouwen zelfs als door hun artsen. Daarom willen wij dit onderwerp meer bespreekbaar maken, nagaan wat het moeilijk maakt om deze klachten te bespreken en vrouwen meer gericht helpen. De informatie verzameld in deze studie zal anoniem verwerkt worden. Het zal niet mogelijk zijn om achteraf gegevens te linken aan bepaalde deelnemers. Praktisch gaat dit dus om een interview met een aantal open vragen. Het interview zal ongeveer 1 uur duren.*

      Bent u na het horen van al deze informatie nog akkoord om deel te nemen aan onze studie?

      Gaat u er mee akkoord dat dit interview wordt opgenomen? Dit is enkel voor studiedoeleinden. De interviews zullen anoniem uitgetypt worden en dan zullen de opnames verwijderd worden.

- Interview (richtvragen of thema's)
    - *Heb je al ooit hulp gezocht voor pijnlijke menstruaties? Wat waren jouw ervaringen hieromtrent?*
    - *Heb je al ooit hulp gezocht bij het ervaren van pijn bij betrekkingen? Wat waren jouw ervaringen hieromtrent?*
- Demografische gegevens (feitelijke gegevens)
    - *Navragen op het einde van het interview!*
- Afronden en evaluatie
    - *Navragen aan de participant hoe zij dat ervaren heeft, wat er vlot liep/wat niet*

- *Eventueel:* Topic guide = een lijst met een aantal onderwerpen voor als je vastzit, je hoeft niet alle onderwerpen te behandelen

Bijlage 3: Bijdrage seksuoloog

“Er heerst nog steeds heel wat taboe rond vrijen. Dit gepaard met stereotypen zoals ‘pijn is normaal’. Deze zorgen ervoor dat mensen moeilijker naar buiten komen met deze problemen en ze dus ook jaren meegedragen worden. Dit maakt dat heel wat gewoontes ‘vastroesten’ en het dus ook veel werk vraagt deze te veranderen. Voor beide partners.

Bij dyspareunie ga ik altijd eerst op zoek over welke pijn het specifiek gaat. Vaak weten cliënten niet goed ‘wat’ er specifiek pijn doet. Ze kennen hun genitale zones en de spieren die daarbij horen meestal niet. Ik doe dit tijdens een intake, waarbij ik eveneens op zoek ga naar de voorgeschiedenis van de cliënt. Zowel persoonlijk, sociaal als biologisch. Ook in die sferen zijn oorzaken te vinden van pijn. Daarnaast verwijs ik ook geregeld naar een bekkenbodemtherapeut, zodat een paralleltraject mogelijk is. Wanneer er vermoedens zijn van infectie of ontsteking, verwijs ik eveneens naar een behandelende arts. Mijn aanpak is dus ook zeer breed en afhankelijk van het koppel. De vrouw draagt de klacht, maar het systeem draagt het probleem. Een pasklaar antwoord is er dus niet. De oorzaken van seksuele klachten kunnen zowel biologisch (een infectie, ontsteking, maar bijvoorbeeld even goed een trauma van bv. te hard op een zadel terecht te komen), psychologisch (psychisch trauma, angsten, stress om te presteren, …), als sociaal (verwachtingen, idee dat pijn erbij hoort, maandstonden zijn ‘vies’, …) zijn. Het is juist de taak van de seksuoloog om deze onderliggende oorzaken te gaan zoeken en deze aan te pakken. Het is essentieel dat mensen de tijd en de ruimte krijgen om over een aantal dingen te reflecteren of na te denken. Daarmee zijn vaak al mooie stappen gezet. Vrouwen ervaren vaak angst bij seksuele dysfunctie. De mannen beleven dit vaak als stress, maar vaak ook als ‘ik ben niet goed genoeg’, ‘mijn partner vindt mij niet aantrekkelijk’, …

Ik geloof heel hard in een triple aanpak. Ik geloof dat artsen, bekkenbodemtherapeuten en seksuologen samen zouden moeten werken in elk geval van pijn. Zowel voor mannen als vrouwen. Het is mijns inziens een meerwaarde om de voordelen van elke beroepsgroep in te zetten opdat mensen op zo’n efficiënt mogelijke manier vooruitgeholpen worden. Één van de 3 is nooit voldoende. Het is juiste de multidisciplinaire aanpak die de beste resultaten levert in mijn ervaring.

Er zijn online heel wat platformen terug te vinden. De valkuil is wel steeds om aan zelfdiagnose te doen. Vaak geraken mensen er niet zelf uit. Verwijs dus tijdig door. Goeie websites zijn wel:
- allesoverseks.be
- zanzu.be (hiermee kun je in verschillende talen info over seksualiteit meegeven)

Op instagram zijn eveneens veel goeie profielen te vinden, zoals healingpainful.sex.
Een zeer goed boek om aan te raden op vlak van pijn, en seksualiteit in het breed is:
Kom als jezelf van E. Nagoski.

Mijn droom zou zijn dat deze onderwerpen meegenomen worden in een basisonderzoek bij de artsen. Mensen zoeken vaak naar iemand waarmee het thema in alle veiligheid besproken kan worden. Vaak is dat de huisarts. Er ligt een grote uitdaging bij aanspreekpunten als huisartsen, gynaecologen, leerkrachten op school, de media, … om pijn uit de ‘normale’ sfeer te halen. Seks hoort fijn te zijn, niet pijn te doen. Neem het thema als huisarts mee in je standaardvragen. Als mensen zich niet goed voelen, vraag hen naar hun relatie en hun intimiteit. Als mensen plasproblemen hebben, vraag naar hun seksualiteit. Heel vaak zorgt een moeilijk seksleven voor moeilijkheden op andere vlakken. Als je vb. pijn bij het vrijen hebt omwille van een constante spanning in de bekkenbodem of door een constante pijn aan hun vulva, mag je er zeker van zijn dat de rest van hun lichaam ook gespannen zal zijn. Bespreek het dus net zoals je vraagt naar hun eetgewoonten, beweging, … Ook al antwoorden ze er niet op… Ze hebben het signaal gekregen dat het mogelijk is bij de huisarts. Daarnaast is het ook steeds aangeraden om flyers of poster over seksuele thema’s zichtbaar in de wachtzaal te leggen. Ook daar geef je het signaal mee dat je aanspreekbaar bent. Verwijs ook snel genoeg. Maak een warme overdracht. Vraag of je mag afstemmen met een seksuoloog of bekkenbodemtherapeut. Transparantie geeft controle aan de cliënt.”

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol

Dysmenorroe (pijnlijke menstruaties) en dyspareunie (pijn bij het vrijen) zijn frequent voorkomende, doch nog steeds sterk onderschatte pathologieën in de huisartsenpraktijk. Deze klachten worden vaak, zowel door de hulpverlener als patiënte, als “normaal” beschouwd. Ze kunnen nochtans een grote impact op de levenskwaliteit hebben en zijn een belangrijke oorzaak van werkverzuim.

De studie bestaat uit twee onderdelen. Eerst zal aan de hand van een vragenlijst worden nagegaan hoe vrouwen dysmenorroe en dyspareunie ervaren, wat de impact op hun dagelijkse leven is en welke drempels zij ervaren bij het zoeken van medische hulp. Als tweede onderdeel van deze studie zullen 1 op 1 interviews afgenomen worden om te exploreren welke ervaringen vrouwen hebben bij het bespreken of zoeken van hulp bij dysmenorroe en/of dyspareunie.

De vragenlijst bestaat uit 29 vragen. Aan het begin van de vragenlijst wordt gepolst naar algemene patiëntenkarakteristieken (leeftijd, gynaecologische voorgeschiedenis, anticonceptie, …). De verdere vragen van deel één polsen naar de aanwezigheid en intensiteit van klachten tijdens de menstruatie (vb buikpijn, rugpijn, …) en de impact hiervan op het dagelijkse leven. Het tweede deel van de vragenlijst polst naar pijn bij het vrijen. Daarnaast wordt ook nagevraagd of de patiënte deze onderwerpen reeds ter sprake bracht bij een arts, en wat hierbij mogelijke drempels zijn. Deze vragenlijst zal aangeboden worden aan vrouwen tussen de 20 en 55 jaar in de huisartsenpraktijk, ongeacht de klacht waarmee ze op consultatie komen. Vier huisartsenpraktijken zullen hieraan deelnemen. Dit zijn de praktijken, gelegen in West-Vlaanderen, waar wij als HAIO actief (geweest) zijn. De vragenlijst zal na een korte uitleg en informed consent meegegeven worden tijdens de consultatie. De patiënte kan deze vragenlijst onmiddellijk na de consultatie in de wachtzaal of thuis invullen. Bij de vragenlijst zal een informatieformulier en toestemmingsformulier gevoegd worden. Aan de hand van een bijgevoegde envelop zal de patiënte de formulieren kunnen deponeren in een daarvoor voorziene brievenbus. De vragenlijsten zullen anoniem worden verwerkt.

Als tweede onderdeel van ons onderzoek zullen mondelinge niet-gestructureerde interviews afgenomen worden door de onderzoekers. Er zal vertrokken worden vanuit de volgende open vragen:

- Heb je al ooit hulp gezocht voor pijnlijke menstruaties? Wat waren jouw ervaringen hieromtrent?
- Heb je al ooit hulp gezocht voor pijn bij betrekkingen/bij het vrijen? Wat waren jouw ervaringen hieromtrent?

Verdere vragen zullen gesteld worden afhankelijk van de antwoorden verkregen van de patiëntes. Deze interviews zullen afgenomen worden tussen 01/01/2022 en 30/09/2023 in een consultatieruimte in één van de vier hierboven reeds vermelde huisartsenpraktijken (tenzij de deelneemster uitdrukkelijk vraagt om het interview ergens anders te laten plaatsvinden). Het interview zal ongeveer een half uur tot een uur in beslag nemen. Het doel is om interviews af te nemen tot er datasaturatie is en er geen nieuwe onderwerpen meer aangebracht worden tijdens de interviews. Daarnaast zal het ook afhangen van de bereidheid tot deelname aan deze studie. De selectie van de patiëntes zal enerzijds gebeuren via de vragenlijsten. In de vragenlijst zal de patiënte kunnen aangeven of zij bereid is tot een diepte-interview. Daarnaast zullen vanuit dossierkennis verschillende patiëntes met gekende klachten van dysmenorroe of dyspareunie uitgenodigd worden voor een diepteinterview. Dit wordt benoemd als purposive sampling. Er zullen geen gegevens uit het medisch dossier verwerkt worden. De patiënte beslist zelf welke gegevens al of niet verwerkt worden. We zullen bewust op zoek gaan naar patiëntes waarvan wij vermoeden dat zij ons iets meer kunnen vertellen over dysmenorroe en/of dyspareunie. Er zal geprobeerd worden om patiëntes van verschillende leeftijden, sociale klassen, etniciteit, … te includeren om zo veel mogelijk ervaringen te kunnen exploreren. Het interview zal opgenomen worden met een dictafoon/voice recorder app. De opgenomen interviews zullen woord-voor-woord worden uitgeschreven door 1 van beide

onderzoekers. De interviews zullen nadien door de twee onderzoekers worden nagelezen en sleutelwoorden/zinnen zullen worden genoteerd. Op regelmatige basis zullen de interviews door de twee onderzoekers besproken worden om de toekenning van sleutelwoorden/zinnen te bekijken en eventuele conflicten op te lossen. Na het doorlezen van alle interviews zullen deze sleutelwoorden/zinnen door beide interviewers, in samenspraak met de promotor en co-promotor, verdeeld worden in verschillende categorieën om zo verdere vergelijking mogelijk te maken. Op die manier kunnen interessante zaken omtrent de beleving van vrouwen en hun terughoudendheden naar hulpverlening toe, aangeduid en gebundeld worden.

Bijlage 5: Gunstig advies Ethisch Comité

Afz Commissie voor Medische Ethiek

Prof Dr Peter Decat
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-11301	NVT	16/12/2021	1/3

Betreft Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Bespreekbaarheid en aanpak van dysmenorroe en dyspareunie in de eerste lijn onderzoek naar ervaringen van vrouwelijke patiënten " scriptie Emily Dauwe

B.U.N.: B6702021001154

* Begeleidende brief dd 16/11/2021 (ontvangen dd 22/11/2021)
* Adviesaanvraagformulier dd 16/11/2021 (volledig ontvangen dd 22/11/2021
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier.
  open interview
  ICF vragenlijst versie 1 dd 16/11/2021
* Vragenlijsten versie 1 dd 16/11/2021
* Interview Guide versie 1 dd 16/11/2021
* GCP certificaat. Peter Decat dd. 01/08/2021
* Data Protection dd 9/11/2021 AVG record

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz , die het resultaat zijn van dit onderzoek*
* *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen*
* *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
* *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité*
* *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld (De ledenlijst is bijgevoegd)*
* *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof dr P Deron

SECRETARIS
Prof dr R Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Afz Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Decat
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-11300	NVT	16/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel.

"Bespreekbaarheid en aanpak van dysmenorroe en dyspareunie in de eerste lijn: onderzoek naar ervaringen van vrouwelijke patienten." Scriptie Charlotte Deboever

B.U.N.: B6702021001153

* Begeleidende brief dd. 16/11/2021 (ontvangen dd 22/11/2021)
* Adviesaanvraagformulier dd. 16/11/2021 (volledig ontvangen dd. 22/11/2021
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier
  open interview
  ICF vragenlijst versie 1 dd 16/11/2021
* Vragenlijsten versie 1 dd 16/11/2021
* Interview Guide versie 1 dd 16/11/2021
* GCP certificaat Peter Decat dd. 01/08/2021
* Data Protection dd 9/11/2021 AVG record

Advies werd gevraagd door: Prof Dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek*
* *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen*
* *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die gerant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten*
* *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
* *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
* *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof dr P Deron

SECRETARIS
Prof dr R Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

rules
* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research*
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee*
* *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development, Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ledenlijst op 15/12/2021

Voorzitter Prof dr P Deron
Secretaris Prof Dr R Peleman

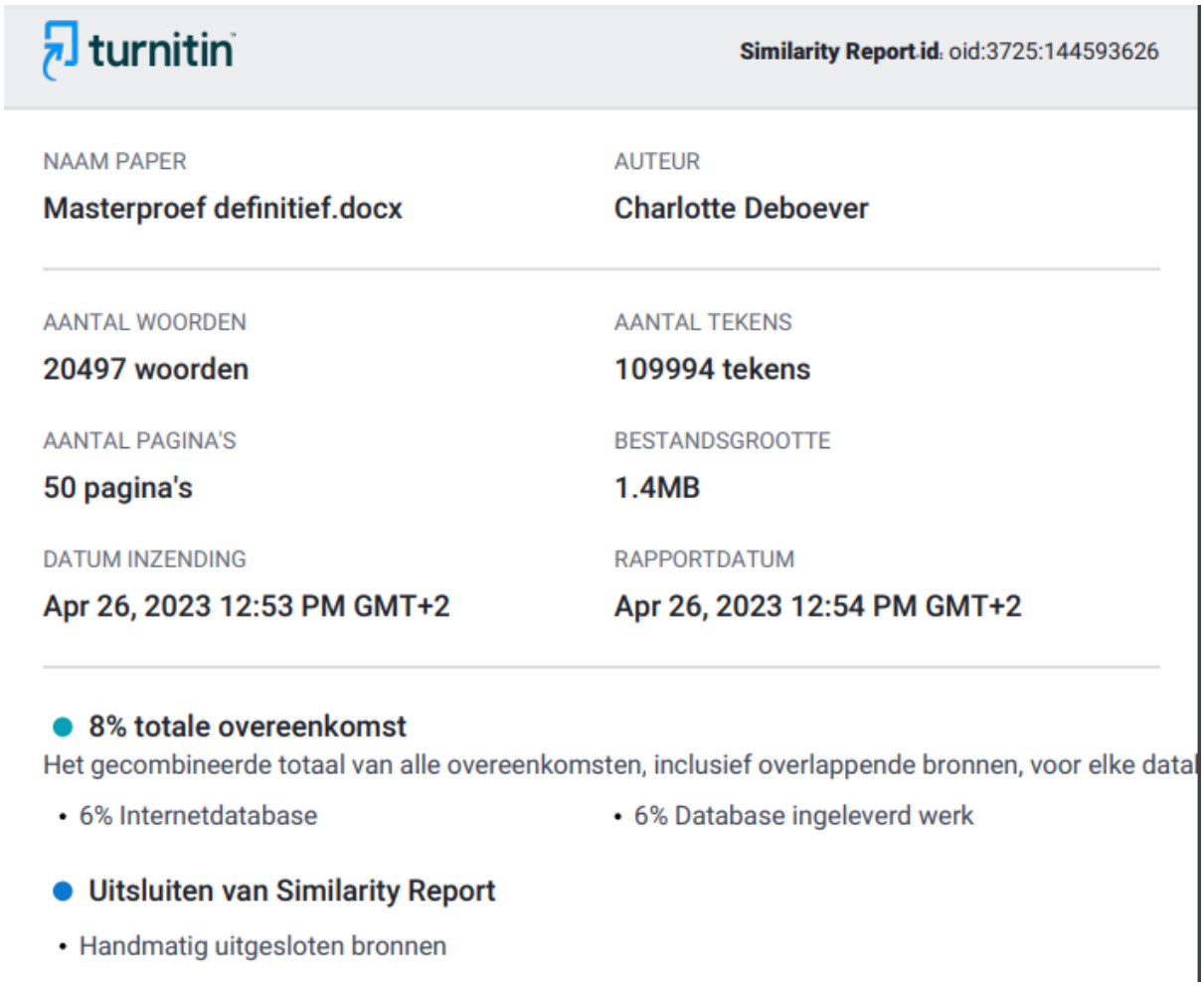
Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof Dr S ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof dr D DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof dr P COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr J VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr M COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof dr P SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr W SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr I VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr G DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr K KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr B VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof dr S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof Dr T GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr C VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof dr P DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof dr W CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof dr. R PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof dr H VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr J DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof dr W VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof dr M De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr K DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr L GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 6: Plagiaatrapport



turnitin

Similarity Report id: oid:3725:144593626

NAAM PAPER
Masterproef definitief.docx

AUTEUR
Charlotte Deboever

AANTAL WOORDEN
20497 woorden

AANTAL TEKENS
109994 tekens

AANTAL PAGINA'S
50 pagina's

BESTANDSGROOTTE
1.4MB

DATUM INZENDING
Apr 26, 2023 12:53 PM GMT+2

RAPPORTDATUM
Apr 26, 2023 12:54 PM GMT+2

8% totale overeenkomst

Het gecombineerde totaal van alle overeenkomsten, inclusief overlappende bronnen, voor elke data

- 6% Internetdatabase
- 6% Database ingeleverd werk

Uitsluiten van Similarity Report

- Handmatig uitgesloten bronnen

Bijlage 7: Persoonlijke reflectie

Emily Dauwe

Verloop groepsproces en persoonlijk aandeel

De samenwerking is eigenlijk heel goed verlopen. We hebben geen problemen ondervonden. We hebben beide aan alle delen van de masterproef gewerkt. We zochten alle twee literatuur op, hebben die nagekeken en de belangrijke zaken samengevat en uitgeschreven. Ik heb mij daarbij vooral toegespitst op dyspareunie en Charlotte op dysmenorroe. Daarna hebben we elkaars deel bekeken en eventueel tips en commentaar gegeven. De vragenlijst hebben we samen opgemaakt (met de gegevens verkregen uit de literatuur). We hebben dan elk gezorgd dat we voldoende exemplaren van de vragenlijst hadden om uit te delen in onze praktijken. Gedurende 11 maanden hebben we de vragenlijsten beide verspreid in de praktijken waar we werkten. De ingevulde vragenlijsten die uit onze praktijk kwamen, hebben we vervolgens zelf verwerkt door de data te coderen in een gezamenlijke Excel file. Voor de interviews hebben we ook eerst samengezeten om een interviewguide op te maken. Wanneer er mensen aangaven dat ze bereid waren om deel te nemen aan een interview heeft de haio die in de praktijk stond waar die patiënt gekend is het interview afgenomen. We hebben zelf onze eigen interviews uitgetypt. Ik heb uiteindelijk 3 interviews afgenomen en uitgetypt, Charlotte 6. Voor het coderen van de interviews hebben we dan eerst weer even samengezeten. Het eerste interview hebben we samen gecodeerd via NVivo en de andere 8 interviews heb ik dan gecodeerd.

Ook de dataverwerking hebben we samen gedaan. Op de Excel file werden aantallen, gemiddeldes en verschillen tussen groepen berekend. Daar hebben we beide aan gewerkt. Daarna werd voor een beperkte hoeveel data ook nog statistiek toegepast. Daar heb ik mij vooral mee bezig gehouden, maar Charlotte heeft ook meegekeken welke testen er best uitgevoerd werden. Het uittypen van de verwerking van de interviews deden we ook gezamenlijk. Iemand startte met een versie en de ander gaf daar dan commentaar op en deed aanpassingen. Dit een aantal keer opnieuw tot iedereen tevreden was. Tussendoor werd er soms overlegd met de promotor. Daar kwamen ook nieuwe opmerkingen en tips uit die dan verwerkt dienden te worden. De persoon die het snelst na het overleg tijd had, begon daaraan en de ander keek het dan weer na en deed eventueel aanpassingen. We werkten constant in een gedeeld Word document op een drive dus aanpassingen waren onmiddellijk voor iedereen duidelijk.

Na een tip van de promotor heb ik een aantal seksuologen gecontacteerd met de vraag of ze een bijdrage wilden leveren in de discussie. Eén iemand is hierop ingegaan. Haar bijdrage heb ik dan in de discussie verwerkt.

Nadat de definitieve versie van de masterproef vastlag, heb ik gekeken om een abstract te maken. Charlotte heeft dit nagelezen. Daarna is Charlotte aan de PowerPoint begonnen waarna ik daar wat verder aan gewerkt heb en Charlotte deze uiteindelijk definitief afgewerkt heeft.

Een vlotte, aangename samenwerking zonder problemen dus!

Persoonlijke visie op wat het werk nu betekent voor het werkveld

Dysmenorroe en dyspareunie zijn klachten die vaak voorkomen. Toch wordt hier zelden mee naar de (huis)arts gegaan. Dat vind ik jammer, want deze klachten kunnen wel een grote impact op het leven van vrouwen hebben. Dat is nog maar eens uit onze studie gebleken.

Hoewel dus geweten is wat voor een impact deze klachten kunnen hebben, is er bijzonder weinig literatuur over terug te vinden. Vooral kwalitatieve studies zijn zeer schaars. En als er dan al studies uitgevoerd werden, vonden deze vaak plaats in ziekenhuizen buiten Europa. Ik hoop dat onze studie

aantoont dat het onderwerp zeker nog verder onderzocht moet worden in de eerste lijn. Misschien dat een onderzoeker (of toekomstige haio) door onze studie geprikkeld wordt om zich in dit interessante en relevante onderwerp te verdiepen. Wij hebben een topje van ijsberg blootgelegd, maar er valt zeker nog veel meer te ontdekken.

De relevantie van dysmenorroe en dyspareunie blijkt ook uit het feit dat er regelmatig artikels over endometriose in de pers verschijnen. Dysmenorroe en dyspareunie omvatten natuurlijk meer dan endometriose alleen, maar uit deze artikels blijkt hoe moeilijk het is om als vrouw met deze klachten serieus genomen te worden en hulp te krijgen. Vaak hebben deze vrouwen al een hele lijdensweg afgelegd voor er een diagnose komt. Ik hoop met onze studie wat meer bewustzijn bij de hulpverleners te groeien. Deze klachten bestaan, ze komen vaak voor en hebben een grote impact op het leven van mensen die ze ervaren. Ikzelf zal mij door deze masterproef alleszins meer bewust zijn van de prevalentie en impact. Ik zal proberen om deze klachten vaker actief te bevragen bij vrouwen en zeker ook te informeren naar het effect ervan op hun dagelijks leven. Op die manier hoop ik hen beter te kunnen ondersteunen. En ik hoop dat ik niet de enige zal zijn die hier meer aandacht voor zal hebben. Het is de bedoeling dat elke huisarts weet dat deze klachten bestaan en hoe zij als hulpverlener kunnen bijdragen in het dragelijk maken van deze aandoeningen. Daarbij is het ook belangrijk dat patiënten weten dat ze hiervoor bij de huisarts terecht kunnen. Want nu is dit vaak niet het geval. Dat hebben we ook ontdekt tijdens onze studie. Een affiche in de wachtzaal hangen of een tekstje op de website zetten, is niet veel werk maar het kan wel een grote impact hebben en de drempel om hierover te praten voor patiënten verlagen. Ik zal hier later zeker proberen op te letten en zal ook proberen om deze boodschap naar de collega's over te brengen. Want hoe meer huisartsen deze onderwerpen bespreken, hoe beter.

Ook scholen kunnen een grote rol spelen in het bespreekbaar maken van dysmenorroe en dyspareunie. Een aanpassing van de lessen seksuele voorlichting zou al een groot verschil kunnen maken. Het is natuurlijk niet eenvoudig om verandering in elke school te krijgen. Misschien dat onze studie gebruikt kan worden om scholen (en het ministerie van onderwijs) ervan te overtuigen dat zij ook een rol kunnen spelen in de aanpak van seksuele klachten. Ik zou zeer tevreden zijn als we op die manier toch een verschil zouden kunnen maken!

Charlotte Deboever

Dysmenorroe en dyspareunie zijn onderwerpen die mij al de volledige opleiding interesseren. Toen ik voor mijn masterproef in het kader van het behalen van mijn Master in de Geneeskunde een studie over endometriose zag staan tussen de keuze opties, sprak mij dit dan ook meteen aan. Het onderwerp ligt mij daarenboven nauw aan het hart aangezien mijn moeder heel lang heeft gesukkeld met endometriose vooraleer het gediagnosticeerd werd. Ikzelf ben geboren dankzij IVF technieken in een tijdskader waarin IVF nog in haar kinderschoenen stond. Toen voor het behalen van de MaNaMa Huisartsgeneeskunde de mogelijkheid bestond om voor de masterproef een eigen onderwerp naar voor te brengen, wou ik graag iets verder doen met de onderwerpen dysmenorroe en dyspareunie, maar dan gefocust op de eerste lijn. Ik ervaar dat veel patiënten deze onderwerpen nog steeds niet spontaan ter sprake durven brengen, en vaak bijgevolg al jaren sukkelen met pijnlijke menstruaties of pijn bij het vrijen, wat soms een zware impact heeft op hun dagdagelijks leven. Een goeie vriendin en collega HAIO van mij, Emily Dauwe, deelde het gevoel dat dit onderwerp vaak onder de radar bleef, en zag het zitten om dit onderwerp samen uit te werken. We gingen initieel aan de slag om te kijken welke informatie er in de literatuur beschikbaar was. Bij Emily lag de focus hierbij vooral op dyspareunie, bij mij op dysmenorroe. We konden echter beiden jammer genoeg concluderen dat de beschikbare studies in de eerste lijn hierover zeer beperkt waren. Over onderwerpen zoals endometriose is heel veel te vinden, maar over de bredere onderwerpen dysmenorroe en dyspareunie, en meer bepaald over de ervaringen en gevoelens hieromtrent, was weinig beschikbaar. Als tweede luik gingen we op zoek naar informatie over de mate van bespreekbaarheid over deze onderwerpen, zowel in de privésfeer als met een arts, maar ook hierover was het aantal studies zeer beperkt. Weinig kwalitatieve studies gingen hier al mee aan de slag. Daarenboven waren slechts een zeer beperkt aantal studies uitgevoerd in de eerste lijn, vaak werden deze in de ziekenhuissetting uitgevoerd. Samen met onze promotoren werd overlegd hoe we dit concreet konden aanpakken. Onze focus lag initieel vooral op het afnemen van vragenlijsten. Na overleg kwamen we tot het inzicht dat het moeilijk zou worden om voldoende kandidaten te rekruteren, om met enkel deze kwantitatieve info iets te kunnen doen. Bijgevolg kwam het voorstel van Prof. Decat om dit eerder kwalitatief aan te pakken met diepte-interviews, aangezien hiervoor minder kandidaten noodzakelijk waren om voldoende info te bekomen. Aangezien wij toch graag ook een kwantitatief luik wouden verwerken in onze studie, om een beeld te kunnen schetsen over het voorkomen van dysmenorroe en dyspareunie in de huisartsenpraktijk, werd uiteindelijk gekozen voor een combinatie van vragenlijsten en interviews. Aan de hand van de literatuur en onze ervaringen werd een vragenlijst opgesteld. Het uitdelen van de vragenlijsten vond ik zelf niet altijd eenvoudig, aangezien ik dit makkelijk uit het oog verloor in de dagelijkse rush van het voeren van consultaties. Toch bleken veel patiëntes bereid om deze vragenlijst in te vullen.

Na het ontvangen van de ingevulde vragenlijsten gingen we elk apart aan het werk om onze vragenlijsten te verwerken en coderen in een Excel bestand. Als tweede deel van het onderzoek werden diepte-interviews afgenomen. Vanuit de vragenlijsten werd toch door verschillende patiëntes aangeduid dat zij bereid waren om deel te nemen aan het interview. Bij het contacteren van deze patiëntes via e-mail, kwam er jammer genoeg soms geen respons. Ik heb maximum 1 keer een herinnering gestuurd naar deze patiëntes. In totaal heb ik 6 interviews afgenomen. Het afnemen zelf voelde wat onwennig in het begin, maar alle deelneemsters waren eigenlijk zeer vlotte praters, en deelden ook vlot hun ervaringen. De interviews waren soms iets korter dan we vooraf hadden gedacht, bij sommige patiëntes waren de klachten vooral op jongere leeftijd aanwezig, en wist men dus ook niet goed meer hoe alles gelopen was. Een tweede belangrijk element was dat niet alle vrouwen last hadden van dyspareunie, en dus enkel dysmenorroe kon besproken worden. Na de afname en uittypen van de eerste interviews hebben Emily en ik samen een interview gecodeerd, om

zo te proberen codes te selecteren en categorieën te zoeken. In mijn praktijken waren meer patiëntes bereid om deel te nemen aan de interviews, waardoor ik meer interviews heb afgenomen en uitgetypt, en Emily deze dan verder gecodeerd heeft. Het verder uitwerken van de resultaten gebeurde afwisselend, afhankelijk van de persoon die op dat moment tijd had, werd een deel van de resultaten geïnterpreteerd en uitgetypt. Dankzij een gedeeld document en het gebruiken van "opmerking ballonnetjes" konden we elkaar vlot feedback geven en zaken aanpassen. Vanuit zowel de vragenlijsten als de interviews kwam veel interessante informatie aan bod. Het was dan ook een dilemma welke info we allemaal wilden includeren in de studie, en welke niet. De discussie is uit onze beide pennen gerold, gelijkaardig aan het stuk over de resultaten. Wij zijn elk aan delen van de discussie begonnen, en er werd hier dan door de ander feedback op gegeven tijdens het schrijven. Onze samenwerking ging heel vlot, we kennen elkaar ook al lang, en naar mijn gevoel konden we elkaar goede opbouwende kritiek geven, waardoor ons werk beter werd dan het zou zijn moesten we alleen gewerkt hebben.

Door zo intensief bezig te zijn met de onderwerpen dysmenorroe en dyspareunie ervaar ik zelf ook dat ik hier meer bewust mee bezig ben in de praktijk. Ik heb extra aandacht voor het herkennen, benoemen en erkennen van deze klachten, en probeer deze vrouwen ook een luisteren oor te bieden en hen te ondersteunen. Last hebben van pijnlijke menstruaties kan een zeer zware emotionele, fysieke, sociale en financiële impact hebben op het dagdagelijkse leven van een vrouw, en naar mijn indruk wordt dit toch nog vaak onderschat in onze maatschappij. Maandelijks zie ik een artikel passeren in de krant of op sociale media, waarbij een vrouw met bijvoorbeeld endometriose haar ervaringen en lijdensweg deelt. Vaak hebben zij jaren gesukkeld vooraleer ze hulp vonden, met alle gevolgen van dien op mentaal en relationeel vlak. Ik vind het als arts dan ook onze rol om te proberen deze patiëntes op te sporen, niet per se om alles te kunnen oplossen, maar wel om hen te kunnen begeleiden en ondersteunen in dit vaak moeilijke proces.