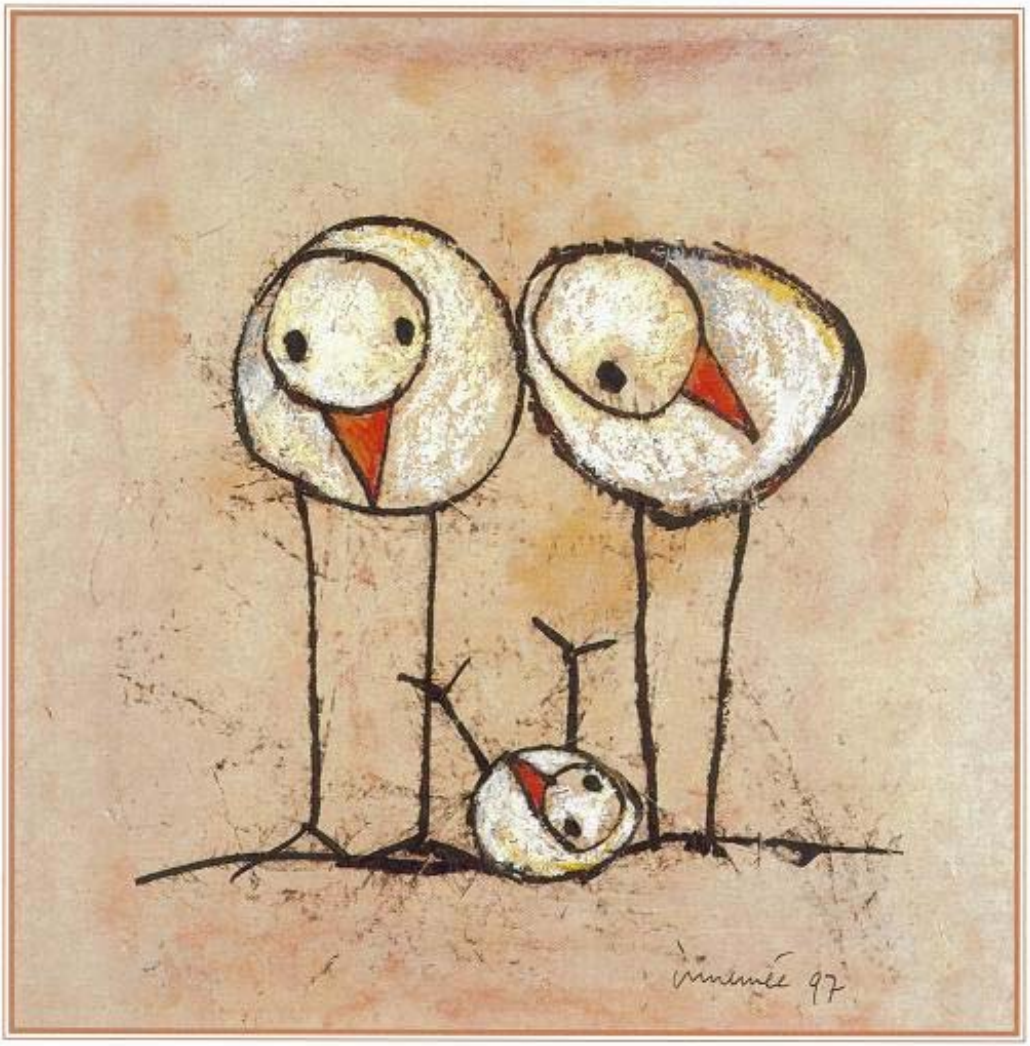
Bespreken van Seksualiteit

(na de bevalling)

lastig maar noodzakelijk



1 + 1 = 3 , 1997, Hans Innemée, Monotype / oil sticks on panel, 53 x 62 cm

Module: afstudeeropdracht
Code module: 4K3A03
Docenten: Marieke Boerema
IJbelien Jüngen
Werkbegeleidster: Melissa Kooijmans
Student: Marjon Veerkamp
Studentnummer: 244903
Groep: VC01a
Instituut: Hogeschool INHolland
Studiejaar: 2004 /2005

Inhoudsopgave

Samenvatting en dankwoord		3
Inleiding en motivatie		4
Vraagstelling en hypothesen		5
Doelstelling, doelgroep en afbakening		6
Hoofdstukindeling		6
Hfdst.1: Literatuuronderzoek		7
Inleiding		7
§ 1.1.	Zorg in het kraambed t.a.v. seksualiteit, bezien vanuit de literatuur	7
§ 1.2.	Meta-analyses: Psychosociale en relationele gevolgen van Ouderschap, Partnerschap en Seksualiteit	8
§ 1.3.	Seksuele anamnese	9
§ 1.4.	Verpleegkundige definitie van seksualiteit	10
§ 1.4.1.	Gezondheidspatroon 9: Seksualiteit/voortplantingspatroon	10
§ 1.4.2.	Voorbeeldcasus	11
§ 1.4.3.	Diagnoses, bepalende kenmerken en samenhangende factoren t.a.v. de voorbeeldcasus	11
§ 1.4.4.	Verpleegkundige doelen en interventies passend bij voorbeeldcasus	12
Hfdst.2: Kwalitatief Onderzoek		
§ 2.1.	Verantwoording literatuuronderzoek	14
§ 2.2.	Data verzameld: C2 verpleegkundigen geïnterviewd	14
§ 2.3.	Analyse van de verwerkte data	16
Hfdst.3: Conclusies en aanbevelingen		
§ 3.1.	Conclusies	19
§ 3.2.	Aanbevelingen	21
Advies 1:	Aanpassing anamneseformulier	21
Advies 2:	Opzet voor folder: Seksualiteit na de bevalling	22
Advies 3:	Gespreksruimte	22
Advies 3:	Voorstel Themadag	23
Literatuurlijst		24

Bijlagen

Bijlage 1 a t/m c:	Anamneseformulieren OLVG, VU medisch centrum, Spaarneziekenhuis
Bijlage 2 a:	Opzet folder: “Seksualiteit na de Bevalling”
Bijlage 2 b t/m d:	Informatie op internet: www.babybox.nl, www.9maand.be Brochure: ‘ Naar huis en nu?!’ , VU Medisch Centrum
Bijlage 3:	Vragenlijst kwalitatief onderzoek

Samenvatting

Deze adviesnota is geschreven als afstudeeropdracht “Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering” voor de opleiding HBO-Verpleegkunde (duale variant), Hogeschool INHolland en Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam, examenjaar 2004/2005, groep VC01a. De differentiatiefase heb ik gedaan op de Kraamafdeling (C2) van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam.
Ik spreek de hoop uit met deze adviesnota een bijdrage te zullen leveren aan de kwaliteit van zorg voor de zorgcategorie van de differentiatie kind/kraam.

De onderzoeksvraag is gericht op het bespreken van seksualiteit na de bevalling op de Kraamafdeling C2 van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam.
In deze adviesnota is een inventarisatie gemaakt van de literatuur die verplicht is voor de opleidingen HBO-Verpleegkunde en Obstetrie & Gynaecologie, t.a.v. de verpleegkundige aandachtspunten bij gezondheidsvoorlichting over seksualiteit na de bevalling. In de literatuur en in twee grote wetenschappelijke analyses wordt geconstateerd dat bij een groot deel van de paren (> 80%) de seksualiteit na een bevalling niet vanzelfsprekend probleemloos hervat wordt. Problemen kunnen ontstaan door onder meer angst voor pijn, lichamelijke veranderingen, veranderingen in de relatie, moeheid, veranderd zelfbeeld. Deze problemen kunnen tot maanden na de bevalling blijven bestaan. In de verpleegkundige literatuur wordt kort ingegaan op de voorlichtende taak die verpleegkundigen hierin hebben. Specialistisch verpleegkundige literatuur over verpleegkundige diagnoses geven duidelijke en heldere taakomschrijvingen voor verpleegkundigen. Er dient een seksuele anamnese afgenomen te worden, er dient door verpleegkundigen openheid en ruimte te worden gecreëerd waarin patiënten vragen over dit onderwerp kunnen stellen en er dient vanuit de verpleegkundige goede gezondheidsvoorlichting te worden gegeven. In het onderzoek bleek op de kraamafdeling C2 van het OLVG weinig gezondheidsvoorlichting over dit onderwerp te worden gegeven. Redenen hiervoor zijn: verpleegkundigen zien het niet als hun taak, het onderwerp is taboe, er is te weinig privacy op de afdeling om een dergelijk onderwerp te kunnen bespreken, er bestaat een kennistekort bij de verpleegkundigen en verpleegkundigen gaan er van uit dat het bespreken van seksualiteit na een bevalling geen zorgvraag is.
In deze nota staan een aantal adviezen voor het verbeteren van de gezondheidsvoorlichting aan kraamvrouwen ten aanzien van deze problematiek waaronder aanpassing van het anamneseformulier, het opzetten van een studiedag, het ontwikkelen van een folder en de mogelijkheid creëren van een aparte ruimte waar een (ontslag-)gesprek kan plaatsvinden.

Trefwoorden: seksualiteit, bevalling, kraamperiode, puerperium, postpartum, voorlichting

Dankwoord
Mijn vraagstelling is mede tot stand gekomen door de bijzondere contacten die ik in mijn laatste studiejaar met kraamvrouwen en hun partners op de kraamafdeling heb gehad. Zij, die nieuwe moeders en vaders, hebben mijn idee bevestigd dat er wel degelijk veel onduidelijkheid en vooral vragen zijn over het onderwerp seksualiteit na de bevalling. Ik dank hen hartelijk en wens hen veel geluk met hun nieuwe kindje en in hun relatie.

Verder wil ik bedanken Marcel: die de puntjes op de i zette door al mijn dubbele spaties uit dit stuk te halen, Jos en Astrid, mijn altijd aanwezige sociale netwerk die met de luizenkam door de nota zijn heengegaan, Marieke, mijn praktijkopleider, die direct enthousiast was over het onderwerp en last but not least Raya, mijn privé eindredacteur, die naast het mij voeden en laven, taaltechnisch het laatste woord had.

Marjon Veerkamp
Amsterdam, juni 2005

Inleiding en motivatie

Sinds drieëneenhalf jaar ben ik leerlingverpleegkundige in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG). Gedurende deze periode heb ik het verpleegkundig vak leren kennen als een beroep waar mensen die tijdelijk of chronisch patiënt zijn én menselijk contact centraal staan. De definitie van verplegen in het Beroepsprofiel is: *"beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen.*" (Verpleegkundig Beroepsprofiel, 2000) worden door mij persoonlijk vertaald als verplegen, begeleiden, ondersteunen en coachen van patiënten in hun reactie op een tijdelijke of blijvende verandering in hun bestaan. Mijn taak als zorgverlener - waarin ik zorg voor, zorg om, zorg geef en zorg ontvang - (Vogel, 2001), is gebaseerd op communicatie en observatie. Ik communiceer met, lees en observeer de patiënt. Ik signaleer feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen en hierop baseer ik mijn diagnose en mijn verpleegkundige interventies. Als 'regisseur' (Vogel, 2001) "werkt de verpleegkundige mee aan individuele en collectieve vormen van preventie om gezondheidsrisico's te vermijden of de kans erop te verkleinen. Voorkomen van gezondheidsrisico's bij individuele en collectieve preventie en het bevorderen van gezondheid bij Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO).".

Ik kan mij als verpleegkundige goed vinden in de zorgvisie die Gastmans e.a. (Maarssen 2000, pag. 29) beschrijven: "kritiek groeit op het beeld van de competente en assertieve verpleegkundige die op de eerste plaats 'de rechten van de patiënt' bewaakt. Verpleegkundigen kijken dan vooral naar de geformuleerde richtlijnen, procedures en protocollen, in plaats van zich te blijven engageren in de relatie met de zorgbehoeftige mens. De roep om meer 'menselijkheid' in de zorg is verwoord door aanhangers van de zgn. 'zorgethiek'. Zorg kan niet opgevat worden als een geheel van 'neutrale', technisch uitvoerbare zorghandelingen. In iedere zorgsituatie dient de verpleegkundige persoonlijke keuzes te maken en beslissingen te nemen vanuit een persoonlijke relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt. Het beeld van de 'zorgzame verpleegkundige' is gebaseerd op technische deskundigheid én menselijke bewogenheid.".
In mijn handelen als verpleegkundige probeer ik de totale mens te benaderen, met mijn technische deskundigheid, verpleegkundige expertise én menselijke bewogenheid. Alle aspecten van het menszijn kunnen voor mij aan bod komen. Indien een patiënt behoefte heeft aan een religieus gesprek of religieuze handelingen, geef ik – zelf atheïst – hierin alle ruimte en mogelijkheden. Ook seksualiteit (hoe lastig ook) maak ik – indien verpleegkundig noodzakelijk - bespreekbaar. In deze adviesnota ga ik uit van de volgende definitie: "seksualiteit is een complex van gevoelens en handelingen die een mens kan ervaren of uitvoeren en die samenhangen met lichamelijke gevoelens met betrekking op een andere persoon.". (www.Wikipedia.nl, de vrije encyclopedie). Na de bevalling kunnen er fysieke en emotionele veranderingen optreden, de verpleegkundige diagnose luidt: veranderd seksueel functioneren. In deze adviesnota wil ik onderzoeken of en hoe verpleegkundigen op C2 hier aandacht aan besteden.

Mijn differentiatiestage vond plaats op de kraamafdeling[1] van het OLVG te Amsterdam. Op deze afdeling worden kraamvrouwen opgenomen die niet direct naar huis kunnen na hun bevalling: ofwel de kraamvrouw zelf of haar zuigeling heeft medische zorg nodig. Op deze afdeling wordt – vanuit mijn visie - uitstekende zorg verleend aan de kraamvrouw, haar partner en de zuigeling. Het zorgproces wordt continu geëvalueerd, werkgroepen zijn actief, er zijn overlegstructuren en daar waar nodig wordt de zorg verbeterd.
Bij opname wordt middels het anamneseformulier (bijlage 1a) gegevens verzameld op basis waarvan verpleegkundige diagnoses gesteld kunnen worden. De vragen op het anamneseformulier zijn gebaseerd op de elf gezondheidspatronen van Gordon. Op dit formulier worden

[1] Deeluitmakend van functionele team: Moeder en Kindzorg, kraamafdeling (C2), Verloskamers (B2 vk), Neonatologie (B2 neo), Kinderafdeling (A2) (uit: Informatiemap nieuwe medewerker, Functioneel team Moeder en Kindzorg OLVG).

bijna alle elf gezondheidspatronen uitgevraagd. Vrijwel alle gezondheidspatronen, behalve gezondheidspatroon 9: Seksualiteit en voortplanting. Om te onderzoeken of seksualiteit als gezondheidspatroon in andere ziekenhuizen op kraam- of verlosafdeling wel op het anamneseformulier staat, heb ik 2 studentcollega's mij de anamneseformulieren van hun desbetreffende ziekenhuis laten sturen (zie bijlagen 1b en 1c). Het VU medisch centrum in Amsterdam volgt op haar anamneseformulier niet de gezondheidspatronen en vraagt nergens naar seksualiteit. Het Spaarneziekenhuis in Haarlem volgt wel de 11 gezondheidspatronen en ook patroon 9, met als aandachtspunten bij 'Seksualiteit en voortplantingspatroon': 'menstruatie en menopauze' en 'vragen/problemen relevant voor de opname'. Bij dit aandachtspunt zou de verpleegkundige op de kraam/verlosafdeling in het Spaarneziekenhuis in haar/zijn anamnese het onderwerp wel bespreekbaar kunnen maken.
Ook buiten het anamneseformulier wordt seksualiteit op C2, voor zover ik heb geconstateerd, niet vaak besproken, noch tijdens de opname (anamnesegesprek), noch tijdens het ontslaggesprek. Uit mijn literatuuronderzoek blijkt echter dat meer dan 80% van paren postpartum problemen met seksualiteit hebben ondervonden. Voor de patiënten die op de kraamafdeling van het OLVG verzorgd worden derhalve een reëel 'potentieel/dreigend gezondheidsprobleem'. Tevens blijkt dat de verpleegkundige literatuur het wel als taak benoemt, verpleegkundige diagnoses (c.q. veranderd seksueel functioneren) beschreven zijn en advisering en voorlichting één van de beschreven competenties in het Beroepsprofiel (Leistra, 2000) is. Specifiek zegt het Beroepsprofiel: "De verpleegkundige kan specifieke kenmerken van risicopopulaties, symptomen van en reacties op ziekte en stoornis signaleren en interpreteren. Op basis hiervan kan ze primaire, secundaire en tertiaire preventie toepassen". Door het niet bespreken van seksualiteit na de bevalling bestaat derhalve het risico van een dreigend gezondheidsprobleem en wordt er geen advies en/of voorlichting, c.q. primaire preventie wordt gegeven.

Vraagstelling, hypothesen en doelstelling

Hoe bespreken verpleegkundigen[2] op de kraamafdeling van het OLVG het thema seksualiteit met de kraamvrouw en haar partner?

Mijn vragen zijn:
1. Welke onderwerpen bespreek je met je patiënten?
2. Hoe bespreek je die onderwerpen en hoe zou je het graag willen?
3. Welke informatie vind je makkelijk om te bespreken en waarom?
4. Welke informatie vind je moeilijk om te bespreken met de patiënt en waarom?
5. Wat is jouw visie als verpleegkundige t.a.v. het bespreken van seksualiteit?
6. Vind jij het bespreken van seksualiteit een taak van verpleegkundigen?
7. Heb je persoonlijke belemmeringen t.a.v. het bespreken van seksualiteit?
8. Weet jij als verpleegkundige voldoende over seksualiteit na een bevalling?
9. Welke ondersteuning heb je nodig om deze onderwerpen wel te bespreken?
10. Op welke moment kan volgens jou het onderwerp seksualiteit het beste besproken worden en door wie?
11. Zou er iets kunnen verbeteren aan de informatievoorziening?

Mijn vraagstelling is gebaseerd op de volgende hypothesen:
- Verpleegkundigen op de kraamafdeling zien het niet als hun taak seksualiteit te bespreken.
- Seksualiteit is een privé, een beladen en wellicht zelfs taboe onderwerp.
- Er is een tekort aan kennis bij verpleegkundigen op de kraamafdeling over seksualiteit na de bevalling.

[2] Indien gesproken over verpleegkundigen worden hier verzorgenden, niveau 5 verpleegkundigen en O&G verpleegkundigen bedoeld.

Doelstelling:
Gebaseerd op een literatuuronderzoek en een analyse van kwalitatief onderzoek[3] onder collega's op de kraamafdeling (C2) van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, een advies uitbrengen waarmee de verpleegkundigen op deze afdeling ook dit deel van de voorlichting en advisering, op hetzelfde hoge niveau kunnen brengen, waar de overige zorgverlening uit bestaat.

Doelgroep
Deze adviesnota is bedoeld voor de verpleegkundigen op kraamafdeling (C2) van het OLVG.

Afbakening
Er wordt in deze adviesnota geen onderscheid gemaakt tussen een nullipara[4], primipara[5] of multipara[6]. Naar mijn mening behoeft een vrouw (en haar partner) die haar tweede of derde zwangerschap en/of baring meemaakt andere voorlichting, dan een vrouw die dit voor de eerste maal meemaakt. Echter ook in de literatuur wordt hier geen onderscheid in gemaakt.
In deze adviesnota beperk ik mij tot gezondheidsvoorlichting aan Nederlandse (autochtone) kraamvrouwen. Alhoewel het percentage allochtone kraamvrouwen op de afdeling groot is, is een onderzoek naar het bespreken van seksualiteit met deze vrouwen een geheel ander onderwerp. Dit vereist een heel ander onderzoek o.a. naar transculturele verpleegkunde.

Hoofdstukindeling

In hoofdstuk 1 beschrijf ik een gynaecologisch en verpleegkundig literatuuronderzoek over de mogelijk te verwachten problematiek in seksualiteit na de bevalling bij ouders en een aantal verpleegkundige diagnoses, doelen en interventies ten aanzien hiervan.

In hoofdstuk 2 analyseer ik middels een kwalitatief onderzoek (interviews met collega's) de huidige situatie op de kraamafdeling: wordt seksualiteit na de bevalling wel of niet besproken door verpleegkundigen, wat zijn de persoonlijke visies, hoe zien verpleegkundigen hun taak hierin, zijn er persoonlijke belemmeringen of omgevingsfactoren die het bespreken van seksualiteit verhinderen.

In hoofdstuk 3 trek ik de conclusies uit de door mij gevonden informatie en zal ik adviezen uitbrengen hoe mijns inziens de zorg op dit onderdeel verbeterd kan worden.
Als bijlagen worden opgenomen het anamneseformulier zoals dat nu op de afdeling C2 van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis gebruikt wordt (bijlage 1a), anamneseformulieren uit het VU Medisch Centrum (bijlage 1b) en het Spaarne Ziekenhuis (bijlage 1c), een opzet voor een folder over seksualiteit na de bevalling (Bijlage 2a), voorbeelden van informatie op verschillende websites (bijlage 2b en 2d), een voorbeeld van een patiëntenfolder van het VU Medisch Centrum (bijlage 2d) en tenslotte wordt de vragenlijst voor het kwalitatief onderzoek bijgevoegd als bijlage 3.

---

[3] Onderzoek waarbij er overwegend gebruik maakt van gegevens van kwalitatieve aard en dat als doel heeft onderzoeksproblemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren (Baarda, 2001, pag.19).
[4] Een vrouw die niet eerder een kind heeft gebaard, zij kan wel meerdere keren zwanger zijn geweest (Treffers, e.a. 1995, pag. 212).
[5] Vrouw die éénmaal een baring heeft meegemaakt (Treffers, e.a. 1995, pag. 121).
[6] Barende vrouw die reeds eerder gebaard heeft (Coëlho, 2000).

Hoofdstuk 1: Literatuuronderzoek

Inleiding:

In de verpleegkundige literatuur wordt ons onderwezen dat wij de patiënt dienen te benaderen vanuit een holistische mensbenadering, met aandacht voor lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel functioneren (Achterberg, 1999). Zoals hierna in § 1.4. wordt besproken bestaat er een verpleegkundige definitie voor seksualiteit die o.m. zegt: "Seksualiteit is een wezenlijk kenmerk van de mens en kan niet los worden gezien van grote life-events" (McFarlane/McFarland, 1993). Verpleegkundigen willen en dienen aandacht te hebben voor seksualiteit. Dit blijkt ook uit de studiedag "*Seksuologie voor Verpleegkundigen; het bespreken van seksualiteitsproblemen bij patiënten".* Op initiatief van de voorbereidingscommissie van deze studiedag*,* (georganiseerd door de Heyendaelcommissie voor PAOG (Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde), 12 maart 2004) is een onderzoek verricht onder verpleegkundigen naar de scholingsbehoefte met betrekking tot het omgaan met patiënten met seksualiteitsproblemen. Een enquête ging uit naar 29 algemene en academische ziekenhuizen. In 70% van de reacties wordt aangegeven dat er sprake is van een scholingsbehoefte op dit gebied. De geënquêteerde verpleegkundigen vinden het tot hun taak horen om toegerust te zijn in de signalering van en omgang met seksualiteitsproblemen. "Zij hebben immers een relatief lage aanspreekdrempel vanwege hun continue aanwezigheid rondom de patiënt." (uit de folder 'Studiedag Seksuologie voor Verpleegkundigen'). In dit hoofdstuk worden de verschillende aandachtsgebieden in de literatuur aangegeven.

§ 1.1. Zorg in het kraambed t.a.v. seksualiteit, bezien vanuit de literatuur

In de medische literatuur wordt doorgaans kort ingegaan op de invloed die zwangerschap en bevalling heeft op de seksuele relatie. Schutte, 1997, pag. 88: "Na de bevalling is de vagina vrij lang gevoelig en kan een ruptuur of episiotomie[7] vrij lang pijnlijk blijven. Meestal bestaat er daardoor angst voor de coïtus[8]. Overigens is er geen medische reden om coïtus binnen zes weken na de bevalling te ontraden: wanneer het bloedverlies is gestopt, is er geen bezwaar". Fransblau (december, 2004): "Iedere vrouw heeft een eigen patroon, waarbij de verschillende fasen van lochia[9] een verschillende tijdsduur hebben. 15% van de vrouwen hebben nog lochia 6 weken postpartum." Schutte, 1997, pag. 88: "Niettemin is de vrouw de eerste maanden moe en ligt haar prioriteit meer bij haar kind dan bij haar man. Zwangerschap en kraambed zijn dan een kritieke periode in de relatie, waarvan de partners zich dikwijls onvoldoende bewust zijn. Het is van belang dat zowel de man als de vrouw zich op deze periode voorbereidt.".
Ook de verpleegkundige literatuur gaat niet echt diepgaand in op deze periode: Treffers et al, 1995, pag. 214: "De zorg in het kraambed, gedurende 8 á 10 dagen, heeft een tweeledige doelstelling*: in de eerste plaats voorlichting, begeleiding en ondersteuning* van de kraamvrouw en haar partner bij het begin van deze voor hen nieuwe levensfase; in de tweede plaats is de zorg gericht op observatie van moeder en kind.". In het Basisboek Obstetrie en Gynaecologie Verpleegkunde (Dries et al, 2000, pag. 308) wordt voor het onderdeel psychosociale begeleiding in het kraambed een aantal aandachtspunten en een enkel handvat voor verpleegkundige begeleiding genoemd: "In het kraambed gaan grote lichamelijke veranderingen vaak samen met emotionele en geestelijke spanningen. De verpleegkundige probeert de gevoelens van de

---

7 Inknipping van het perineum (Coëlho, 2000).
8 Geslachtsgemeenschap, seksuele activiteit (Coëlho, 2000).
9 Afscheiding uit de uterus aan het begin van het genezingsproces, ook wel kraamzuivering genoemd, aanvankelijk bestaan de lochia uit bloed en vocht en zijn ze rood van kleur, naarmate wondvlak geneest worden ze minder bloederig en geel van kleur. Na 6 weken moet de re-epithelisatie voltooid zijn (Schutte, 1997).

kraamvrouw in goede banen te leiden een geeft waar nodig steun.". Volgens Dries et al kunnen jonge ouders o.a. met de volgende moeilijkheden geconfronteerd worden:

- de relatie verandert omdat de man en vrouw een nieuwe rol krijgen, namelijk die van ouder;
- verminderde seksualiteit, doordat de vrouw weinig interesse heeft voor haar partner en haar eigen seksualiteit.

§ 1.2. Meta-analyses: Psychosociale en relationele gevolgen van Ouderschap, Partnerschap en Seksualiteit

In de meeste verpleegkundige studieboeken wordt, zoals hiervoor beschreven, kort vermeld dat er lichamelijke en psychosociale obstakels kunnen ontstaan na de bevalling, er wordt echter weinig specifieke informatie verstrekt. In de richtlijn 'Seksuele Anamnese' van de Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (no. 26, juni 1999) wordt vermeld dat er weinig empirische gegevens omtrent de incidentie[10] van seksuele moeilijkheden en seksuele disfuncties beschikbaar zijn in de gynaecologische praktijk. Er was sprake van één (1) Nederlandse steekproefsgewijze studie. Deze studie toonde een gemiddelde prevalentie[11] van 325 seksuele klachten per jaar per gynaecoloog, klachten die zich concentreren rond reproductieve processen zoals menstruele cyclus, zwangerschap, baring en menopauze. Uit een groot aantal internationale onderzoeken is echter gebleken dat een meerderheid van de paren problemen op het gebied van seksualiteit in hun relatie hebben ervaren.
In de meta-analyse[12] - met als onderzoeksvraag: 'Sexuality during pregnancy and after childbirth' - heeft Von Sydow (1998) het doel een systematisch overzicht te geven van alle empirische studies (59) over seksualiteit gedurende de zwangerschap en de postpartum- periode (1-6 maanden), gepubliceerd van 1950 tot 1996. Von Sydow stelt dat de seksuele relatie het meest kwetsbare gebied is in de relatie tussen aanstaande en jonge ouders, dat de meerderheid van paren seksuele problemen ervaren direct postpartum en dat ten minste 1/3 van de paren ernstige, langdurige psychoseksuele problemen ontwikkelen. De meta-analyse is derhalve gefocust op 'Ouderschap, Partnerschap en Seksualiteit'.
Von Sydow concludeert het volgende:

Genitale fysiologie en seksuele response

- In de eerste 6 – 8 weken postpartum en tijdens borstvoeding is de seksuele prikkelbaarheid van moeders fysiologisch verminderd: de vaginawanden zijn dunner, orgasmen zijn minder intens. Bij de borstvoedende moeder stroomt soms melk uit de borsten tijdens het orgasme. Sommige vrouwen ervaren seksuele opwinding bij het voeden.
- Drie maanden postpartum of indien gestopt met borstvoeding verminderen deze veranderingen, sommige vrouwen ervaren het orgasme intenser dan vroeger.

Seksuele interesse, initiatief en gedrag

- Voorkeur voor erotische en seksuele activiteiten blijven onveranderd tijdens de zwangerschap en na de bevalling, alhoewel vaginale stimulatie minder belangrijk wordt. Vergeleken met de tijd voor de zwangerschap blijkt de seksuele interesse in de meeste gevallen verminderd in 3 tot 4 maanden postpartum. Bij de meeste stellen nemen de mannen het meeste initiatief, zowel voor, gedurende als na de zwangerschap. De motivatie voor veel vrouwen om weer tot coïtus over te gaan is gebaseerd op zorgen over de partner (nakomen van huwelijkse verplichtingen, zorgen over de seksuele bevrediging van de partner).

Hervatting seksuele activiteit

- Coïtus wordt gemiddeld 6-8 weken postpartum hervat (in Europa en de VS, 16,5 weken in Nigeria). Vóór de 6^{e} week vindt coïtus slechts bij 9-17% plaats, in de 6^{e} week bij 50-62%, in

[10] het aantal *nieuwe* ziektegevallen in een bepaalde tijdsperiode (Sassen, 2000).
[11] het aantal *bestaande* ziektegevallen in een bepaalde tijdsperiode (Sassen, 2000).
[12] Statistische bewerking van reeds uitgevoerde onderzoeken om uiteindelijk een nieuwe conclusie te trekken. (Dassen 2003, pag. 68).

de 2e maand 66-94%, in de 3e maand 88-95%, in de 7e maand 95-97% en in de 13e maand 97-100%.

Seksuele bevrediging en seksuele problemen

- 76-79% van de vrouwen zei vóór de zwangerschap seksueel bevredigd te zijn geweest door coïtus. Voor de meeste stellen is seksualiteit postpartum problematisch. Slechts 14% van de vrouwen en 12% van de mannen zeggen geen seksuele problemen te hebben gehad. 40% van de moeders en 19-64% van de vaders hebben angst voor het hervatten van coïtus. 40% van de vrouwen heeft ook daadwerkelijk problemen ervaren tijdens de eerste coïtale ervaring na de bevalling. Van dit percentage vermijdt 64% de coïtus. Meer dan de helft van de vrouw ervaart pijn tijdens de eerste keer; 6 maanden postpartum lijdt 16% van de niet-borstvoedende en 36% van de borstvoedende vrouwen aan dyspareunie[13] en 22% heeft 13 maanden postpartum nog problemen.

Lichamelijke aantrekkelijkheid

- Tussen de 25 en 50% van de vrouwen voelt zich minder aantrekkelijk tijdens de zwangerschap. 12% voelt zich aantrekkelijker.

Gynaecologisch en obstetrisch advies

- 68% van de jonge moeders zegt zich niet te herinneren dat hun gynaecoloog met hen sprak over seksualiteit tijdens de zwangerschap. In de meeste gevallen is het medische advies over seksualiteit na de bevalling gefixeerd op de coïtus.

Een Amerikaans literatuuronderzoek, gepubliceerd in het Journal of Sex Research, een wetenschappelijk kwartaalblad, uitgeven door *The Society for the Scientific Study of Sexuality* (Allentown, VS, mei 2002) onderzoekt de vraag naar “Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women”. Judicibus et al komt in deze publicatie tot ongeveer dezelfde conclusies als in de meta-analyse van Von Sydow, namelijk dat bij een significant aantal vrouwen het seksueel verlangen, de frequentie van coïtus en de seksuele bevrediging afnemen gedurende de zwangerschap en postpartum. Eén onderzoek gaf aan dat 84% van de paren een afgenomen frequentie van de coïtus aangaf, 4 maanden postpartum. In de studie van Judicibus et al zoekt men naar de oorzaken van deze afgenomen seksuele activiteit.
Men komt tot 6 factoren:

1. aanpassing aan de verandering in de sociale rol (werk/moeder)
2. huwelijksbevrediging
3. stemming
4. vermoeidheid
5. fysieke veranderingen na de bevalling
6. borstvoeding

De Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie beschrijft in haar patiëntenvoorlichtingsbrochure (2001) ‘Seksuele Problemen bij Vrouwen’: ”Niet zelden ontstaan pijnklachten na een bevalling. Vaak hebben vrouwen dan minder zin in vrijen. Daarnaast kan het littekenweefsel van een knip of scheur nog pijnlijk zijn. Als u borstvoeding geeft, maken de eierstokken weinig oestrogene hormonen. Hierdoor is de vagina vaak droog, ook al bent u seksueel opgewonden. Door deze droogheid kan de pijn verergeren”.

§ 1.3. Seksuele anamnese

Uit § 1.2. blijkt dat bij een groot gedeelte van de paren het seksueel functioneren na de zwangerschap en bevalling niet vanzelfsprekend goed gaat. Het is mijns inziens van belang hier in het anamnesegesprek, tijdens opname en/of ontslaggesprek aandacht voor te hebben. Een van de methoden om informatie te verkrijgen is een seksuele anamnese afnemen. De richtlijn

[13] Blijvende of recidiverende pijn die optreedt vlak voor, gedurende of kort na de coïtus (Treffers, 1995, pag. 745).

no. 26 (juni 1999) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie beschrijft het belang van een seksuele anamnese: “Door het bespreken van de seksueel functioneren en (eventuele) seksuele problemen, door aandacht te geven aan de hele patiënt, respectievelijk aan de persoonlijke context of achtergrond van de gynaecologische problematiek wordt de kwaliteit van het medisch handelen verhoogd.”. Tevens wordt in de richtlijn geconcludeerd: “er bestaat een belangrijk verschil in de incidentie van seksuele klachten tussen uitsluitend zelf-rapportage door de patiënt en een door de gynaecoloog geïnitieerd gesprek over seksualiteit. Om seksuele moeilijkheden en seksuele dysfuncties op het spoor te komen zal er dus gericht naar moeten worden gevraagd.”.
Volgens de Department of Reproductive Health and Research (RHR) van de WHO in haar publicatie *‘Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide’* van maart 1998 is een van de onderdelen van zorg voor vrouwen in de postpartum periode gezondheidsvoorlichting en counseling over seksualiteit en contraceptie. Volgens de WHO dient men om aan deze zorgvraag te kunnen voldoen op de hoogte zijn van het seksuele gedrag postpartum.
Tijdens de jaarlijkse bijeenkomst in Helsinki van de International Academy of Sex Research concludeert Aalto in 2004: “Verpleegkundigen moeten altijd over seksualiteit praten met patiënten als er sprake is van ziekte, behandeling of een gebeurtenis die wellicht verstoring van de seksualiteit kan veroorzaken. Het initiatief voor een gesprek kan komen van ofwel de patiënt, de partner of de verpleegkundige. Verpleegkundigen dienen kennis te hebben over de ontwikkeling van seksualiteit en de effecten van lichamelijke/psychische veranderingen op seksualiteitbeleving. Verpleegkundigen moeten de moed hebben om te spreken over seksualiteit. De verpleegkundige competenties om gezonde seksualiteit te bevorderen kan verbeterd worden met educatie en goede educatie zou onderdeel moeten zijn in alle verpleegkundige opleidingen van de basis tot post HBO opleidingen.”.

§ 1.4. Verpleegkundige definitie van seksualiteit

McFarlane/McFarland, 1993: “De term ‘seksualiteit’ omvat meer dan de fysieke daad (c.q. coïtus). Het is een intrinsiek onderdeel van ons zijn. De mens is een seksueel wezen vanaf de geboorte tot de dood. Seksualiteit omvat alle aspecten van de mens en het is een dynamische entiteit die gedurende het leven verandering ondergaat. Mensen blijven seksuele wezens ongeacht leeftijd of ziekte. Seksualiteit is een wezenlijk kenmerk van de mens en kan niet los worden gezien van grote life-events. Ofschoon acute en/of chronische ziekten, aandoeningen, handicaps of het verouderen aanpassingen noodzakelijk zou kunnen maken, dan blijven mensen nog altijd seksuele wezens.”.

§ 1.4.1. Gezondheidspatroon 9: Seksualiteit/voortplantingspatroon

Verpleegkundige diagnoses worden ingedeeld volgens de (dys)functionele gezondheidspatronen van Marjory Gordon (die een holistische benadering bieden (Zelm, 1998)). De elf gezondheidspatronen staan volgens Gordon niet los van elkaar, maar *‘interrelate, interact* en zijn *interdependent’* (Gordon, 1995). Gezondheidspatroon 9: ‘Seksualiteit en voortplanting’ is even belangrijk als patroon 1: ‘Gezondheidsbeleving- en gezondheidsinstandhouding' of patroon 5: ‘Slaap en Rust’. Het seksualiteits/voortplantingspatroon omvat de seksuele relaties, seksualiteitsbeleving en het voortplantingspatroon, maar ook de mate van (on)tevredenheid hiermee en de eventuele subjectieve beleving. Bij de vrouw zijn ook de vruchtbaarheid, maturiteitsfase (premenopauze, overgang, postmenopauze) en eventuele subjectieve problemen van belang.

Mogelijk voorkomende problemen, aandachtsgebieden (Gordon, 1995)
- veranderd seksueel functioneren
- seksueel disfunctioneren.

In de hierna volgende paragrafen zal ik de verpleegkundige diagnose 'Veranderd seksueel functioneren' en een aantal van de in de verpleegkundige literatuur aangegeven doelen en interventies beschrijven.

§ 1.4.2. Voorbeeldcasus

McFarlane/McFarland (1993, pag. 661), beschrijven een zeer verhelderende casus inzake de diagnose Veranderd Seksueel Functioneren:
"Mw. Susan J, is een 29-jarige primipara. Haar dochter is 6 weken oud. Mw. J. had een ongecompliceerde vaginale bevalling. Ze heeft gekozen voor borstvoeding en haar partner steunde haar in die keuze. Postpartum herstel is ongestoord verlopen. Tijdens het routine postpartum gesprek nam de verpleegkundige o.a. een seksuele anamnese af. Mw. J. vertelde dat ze bezorgd was en veel vragen had over het weer starten met seksualiteit na de bevalling. Ze is bang voor verwondingen en pijn aan haar borsten (die gevoeliger zijn) en door de episiotomie. Ze is niet in staat aan te geven wanneer ze zelf denkt dat het veilig is om seks te hebben met haar partner. Mw. J. uit tevens bezorgdheid over voor haar verwarrende seksuele gevoelens die ze ervaart als ze haar kind (borst)voedt. Ze maakt zich zorgen of haar echtgenoot zijn geduld zal verliezen door haar desinteresse in seks. Mw. J. voelt zich ongemakkelijk met haar veranderde uiterlijk en denkt dat het moeilijk zal worden het overgewicht dat er tijdens de zwangerschap aan is gekomen, weer af te krijgen. Mw. J. geeft aan dat ze continu moe is en dat ze, afgezien van wat boodschappen om de hoek, nauwelijks het huis is uitgeweest sinds haar bevalling.".
In deze casus komen veel van de onderwerpen genoemd in § 1.2. (meta-analyse) terug: genitale fysiologie en seksuele response; seksuele interesse, initiatief en gedrag; hervatting seksuele activiteit; seksuele bevrediging en seksuele problemen; lichamelijke aantrekkelijkheid.
Een verpleegkundige diagnose zou kunnen zijn: veranderd seksueel functioneren gerelateerd aan het baren van een kind.

§ 1.4.3. Diagnoses, bepalende kenmerken en samenhangende factoren t.a.v. voorbeeldcasus

Zowel Gordon (2003), Carpenito (1998), McCloskey/Bulechek (1998) en McFarlane/McFarland (1993) beschrijven een definitie, de bepalende kenmerken en oorzakelijke/samenhangende factoren t.a.v. de diagnose: veranderd seksueel functioneren.

Gordon, 2003: Gewijzigde Seksuele gewoonten (veranderd seksueel functioneren)
Definitie: Geuite bezorgdheid over seksualiteit
Oorzakelijke of samenhangende factoren:
- tekort aan kennis/vaardigheden (aanpassing aan gewijzigde gezondheidstoestand) *(Mw. J is niet in staat aan te geven wanneer het weer veilig is seks te hebben)*
- ziekte of medische behandeling *(Mw.J. is zwanger geweest en heeft gebaard)*
- gewijzigde lichaamsfuncties en/of bouw *(episiotomie, pijn aan haar borsten, mw. heeft overgewicht, mw. is continu moe)*
- verstoorde relatie met significante ander *(Mw. J. is bang dat haar partner zijn geduld verliest door haar desinteresse in seks)*

Carpenito, 1998: Veranderd Seksueel Functioneren
Definitie: Het niet geïntegreerd zijn van somatische, emotionele, intellectuele en sociale aspecten van de seksualiteit

Verschijnselen: (regelmatig/vaak/altijd):
- Uiting van bezorgdheid over seksueel functioneren of seksuele identiteit.
- Feitelijke of verwachte negatieve veranderingen in seksueel functioneren of seksuele identiteit.

Oorzaken (o.a.)
- onwetendheid *(Mw. J. is niet in staat aan te geven wanneer ze zelf denkt dat ze veilig seks kan hebben)*
- vrees om seksueel te falen *(verwarrende seksuele gevoelens, zorgen om haar echtgenoot)*
- veranderd zelfbeeld *(veranderd uiterlijk, overgewicht)*
- aanpassing aan het ouderschap *(continu moe, verwarrende seksuele gevoelens als ze haar kind (borst)voedt)*

McCloskey, Bulechek, 1998 Gewijzigde seksuele gewoonten
Definitie: de toestand waarin iemand bezorgdheid uit over zijn seksualiteit

McFarland, McFarlane, 1993 Gewijzigde seksuele patronen (functioneren)
Definitie: Geuite bezorgdheid over de seksualiteit, door een individu of partner
Kenmerken/verschijnselen:
- verandering in seksuele activiteiten
- geuite bezorgdheid over seksualiteit

Oorzakelijke of samenhangende factoren:
- Zwangerschap, bevalling, postpartumperiode, borstvoeding *(Mw. J. is in deze fase)*

§ 1.4.4. Verpleegkundige doelen en interventies passend bij voorbeeld casus:

Carpenito (1998) stelt: Neem seksuele anamnese af: gebruikelijke patroon van seksueel functioneren, tevredenheid (patiënt, partner), seksuele kennis, problemen (seksueel, gezondheid), verwachtingen, stemming, beschikbare energie. Onderzoek relatie met partner. Ook McCloskey (1998) benadrukt het belang van seksuele voorlichting als verpleegkundige interventie, waarbij de voorlichting is gebaseerd op angstreductie, bevordering van de coping en lichaamsbeeldverbetering. Als aanvullende interventies noemt McCloskey (1998): bevordering van de eigenwaarde, gedragsregulering (seksueel, gezondheidsvoorlichting- en opvoeding) en zorg na de bevalling.
Zowel McFarland/McFarlane, Carpenito als McCloskey benadrukken: geef gezondheidsvoorlichting en verwijs als geïndiceerd.

Doelen en interventies volgens McFarland/McFarlane (1993), aangevuld met Carpenito (1998) en McCloskey (1998):

Doel: Mw. J. is gerustgesteld over het feit dat haar lichaam voldoende hersteld is na de bevalling.
Interventies: Uitleg over het fysiologisch herstelproces na de bevalling.
Carpenito, 1998: Als een verandering het functioneren negatief beïnvloedt: bepaal hoe ver patiënt en partner met de verwerking zijn (ontkenning, depressiviteit, woede, acceptatie). Leg uit dat het belangrijk is om zorgen met de partner te delen. Moedig de partner aan om de onderlinge verbondenheid uit te spreken. Moedig de patiënt aan weer seksueel actief te worden. Stel vast welke belemmeringen bevredigend seksueel functioneren in de weg staan (pijn, angst).

Doel: Mw. J. begrijpt de verschillende onderdelen van haar gewijzigde seksuele functioneren.

Interventies: Voorlichting over veilige hervatting van seksualiteit en over lichamelijke eisen van borstvoeding.
Carpenito (1998) vult aan: Als stressfactoren of een leven vol spanning het seksueel functioneren negatief beïnvloeden: Help de patiënt zijn/haar leefwijze zo te veranderen dat stress vermindert, moedig de patiënt aan om aan te geven wat de huidige stressfactoren zijn en stel vast of de patiënt ze wel of niet kan beïnvloeden. Adviseer regelmatige lichaamsbeweging om stress te verminderen. Geef alternatieven aan om seksuele energie kwijt te raken wanneer partner niet beschikbaar of onwillig is.

Doel: Mw. laat aanpassing in gedrag zien dat zal resulteren in grotere seksuele bevrediging.
Interventies: Suggesties voor het verminderen van de depressie en de vermoeidheid. Ondersteuning van uitingen van bezorgdheid, angst en gevoelens gerelateerd aan seksualiteit en borstvoeding. Suggesties voor gefaseerde hervatting van vroegere seksuele gewoonten.
Carpenito 1998): Leer de patiënt technieken om pijn te verminderen of pijn weg te nemen: gebruik een glijmiddel bij afgenomen bevochtiging van de vagina, neem medicijnen tegen pijn voordat aan seksuele activiteit begonnen wordt. Help de patiënt ontspannen (douche, warme kruik) voordat deze seksueel actief wordt. Speciaal bij vrouwen postpartum: Bespreek de effecten op libido en seksueel functioneren van stress, vermoeidheid en andere veranderingen die voortvloeien uit zwangerschap en moederschap. Geef de mogelijkheid zorgen en denkbeelden over zwangerschap en geslachtsgemeenschap uit te spreken.

Hoofdstuk 2: Kwalitatief onderzoek

§ 2.1. Verantwoording literatuuronderzoek

Mijn literatuuronderzoek strekte zich uit over gynaecologische en verpleegkundige literatuur, verplicht voor de opleidingen HBO-V en de post HBO opleiding Obstetrie & Gynaecologie met betrekking tot het onderwerp seksualiteit na de bevalling. Wordt er aandacht aan besteed? Wat zijn de verpleegkundige aandachtspunten, diagnoses en interventies? Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van artikelen en folders uit vakbladen. Via het Internet heb ik een zoektocht gedaan in de verschillende medische databases als Pubmed Medline en Cochrane Library. In de verplichte studieliteratuur wordt – zoals in § 1.1. wordt uiteengezet – doorgaans kort ingegaan op de problematiek die kan ontstaan met betrekking tot seksualiteit na de bevalling. In mijn zoektocht op het internet bleek dat vanzelfsprekende queries als "seksualiteit + bevalling" of "verandering seksualiteit' in de zoekmachine Google veelal hits opleverden van persoonlijke homepages van vrouwen of ook wel onsmakelijke sites van gefrustreerde mannen. De juiste artikelen werden pas gevonden indien de gespecialiseerde termen als puerperium of postpartum in gespecialiseerde databases werden ingevoerd. Zoals ook blijkt uit § 1.2. zijn er weinig Nederlandse onderzoeken naar dit onderwerp geweest (slechts één), in de Amerikaanse en Engelse databases vond ik twee relevante onderzoeken (zie § 1.3.).

§ 2.2. Data verzameld: C2 verpleegkundigen geïnterviewd

Nadat mijn literatuuronderzoek afgerond was en ik een duidelijk beeld voor ogen had wat in theorie van verpleegkundigen verwacht wordt heb ik een kwalitatief onderzoek op de afdeling C2 van het OLVG gedaan. Kwalitatief onderzoek wordt door Baarda (2001) omschreven als: "onderzoek waarbij overwegend gebruikt wordt gemaakt van kwalitatieve gegevens om problemen in de onderzoekssituatie nauwkeurig te beschrijven en te interpreteren." "De kwalitatieve gegevens hebben betrekking op de aard, de waarde en de eigenschappen van het onderzochte verschijnsel. (Baarda, 2001). Mijn vraagstelling: *"Hoe bespreken verpleegkundigen op de kraamafdeling van het OLVG het thema seksualiteit met de kraamvrouw en haar partner?"* is gebaseerd op de hypothese dat seksualiteit na de bevalling op deze afdeling door de verpleegkundigen nauwelijks besproken wordt. In mijn interviews heb ik getracht te onderzoeken wat de aard (de redenen, oorzaken) voor deze terughoudendheid is.
Kwalitatief onderzoek is geschikt voor deze vraagstelling aangezien ik mij tot doel heb gesteld de beleving of betekenisgeving van verpleegkundigen t.a.v. deze problematiek te achterhalen, het onderwerp (blijkbaar) gevoelig ligt en betrekking heeft op processen en interacties in bestaande situaties en instellingen (Baarda, 2001).
Ik heb negen collega's geïnterviewd. Na deze negen gesprekken was er sprake van verzadiging. Er kwamen geen nieuwe zaken meer naar voren. Er waren een aantal thema's die ik wilde bespreken, soms vervielen er thema's en soms kwamen er spontaan thema's bij. Baarda (2001) noemt dit een topic-interview[14]. Mijn streven was het gezichtspunt en de beleving van de geïnterviewden te achterhalen.
De vragen die ik stelde kwamen voort uit mijn vooronderstelling dat op deze afdeling het onderwerp seksualiteit na de bevalling niet of nauwelijks besproken wordt, terwijl de literatuur ons leert dat seksualiteit een onlosmakelijk onderdeel is van de gezondheidspatronen van de mens. Uit de literatuurstudie in hoofdstuk 1 blijkt dat er mondiaal wetenschappelijk onderzoek gedaan is naar seksualiteit na de bevalling, welke problematiek kan ontstaan en wat de verpleegkundige diagnoses en interventies daarvoor kunnen zijn. Eén van mijn veronderstellingen was dat er wellicht persoonlijke omstandigheden (leeftijd, opvoeding, eigen opvattingen, genoten opleiding) waren, waardoor seksualiteit niet besproken wordt. Alhoewel deze gegevens in de ana-

[14] Dataverzamelingsmethode, waarbij in het gesprek ook nog enkele gespreksthema's worden aangereikt (Baarda, 2001).

lyse anoniem zullen blijven, heb ik wel naar de leeftijd, de genoten opleiding en de arbeidsduur op de afdeling gevraagd.
Om mijn hypothesen te toetsen werden de volgende thema's besproken: taakverantwoordelijkheid, persoonlijke belemmering t.a.v. het onderwerp, kennis.
Het onderzoek werd gedaan onder alledaagse omstandigheden. De onderzoekssituatie werd niet specifiek gecreëerd of ontworpen door mij als onderzoeker. Baarda (2001) noemt dit: non-reactiviteit (het niet verstoren van de situatie). De gesprekken vonden plaats in een aparte ruimte en duurden gemiddeld 20 a 25 minuten. De meeste interviews zijn opgenomen op een cassetterecorder en een aantal tijdens het gesprek genotuleerd. De interviews zijn op de dag van gesprek uitgeschreven. De uitgeschreven interviews zijn in fragmenten onderverdeeld en vervolgens heb ik de fragmenten een naam gegeven (labels). De labels die zijn ontstaan zijn: taakverantwoordelijkheid, taboe, privacy, kennis en zorgvraag. Aan de hand van deze labels heb ik de data geanalyseerd.

De gehele vragenlijst is als bijlage 3 opgenomen in deze adviesnota.

§ 2.3. Analyse van de verwerkte data

Op de vraag "welke onderwerpen bespreek jij met je patiënten?" blijkt dat er tijdens de opnameperiode voortdurend met de patiënte wordt gesproken over de acute, directe zorg. Hoe uit bed stappen na de sectio, pijnbestrijding, houding van de baby bij de voeding, stuwing, etc. De langere termijn voorlichting – hoe thuis verder te gaan - wordt vooral in het ontslaggesprek gegeven. Alle collega's zeggen het ontslaggesprek belangrijk te vinden als afronding van de zorg en de gezondheidsvoorlichting. Hoewel er geen standaard ontslagformulier voorhanden is, lijken de meeste collega's ongeveer dezelfde voorlichting te geven. Naast de ontslagpapieren als kraamoverdracht, (borst-, kolf-, flesvoeding-) folders, poliafspraken, recepten e.d., wordt tevens voorlichting en advies gegeven over de aankomende periode: lichamelijke aandachtspunten bij de kraamvrouw als het vloeien, verzorging van de vagina, de borstvoeding, op tijd urineren, genoeg drinken, dieetvoorschriften, rust, etc.; over de baby wordt gesproken: de verzorging, hoe vaak en de hoeveelheid van voedingen, urineren, ontlasting, de temperatuur, etc.,
Het merendeel van de collega's begint niet uit zichzelf over veranderingen c.q. problemen die na de bevalling in de seksualiteit kunnen ontstaan. Slechts één collega geeft uit zichzelf informatie hierover. Zij maakt dit onderwerp bewust bespreekbaar tijdens de opname, bijvoorbeeld tijdens de verzorging van de episiotomie. Deze collega gaf aan zelf een open opvoeding te hebben gehad, waardoor ze geen moeite heeft dit onderwerp te bespreken. Alle anderen zeggen in te gaan op vragen, maar nooit uit zichzelf het onderwerp aan te snijden.

Een aantal redenen (zie uitgebreid hierna) voor het niet ter sprake brengen van seksualiteit kwam naar boven: ongeveer de helft van de door mij geïnterviewde verpleegkundigen zien het niet als hun taak, maar als die van de verloskundigen, de overigen zeggen ofwel te weinig kennis te hebben, ofwel dit onderwerp zelf te lastig te vinden: men noemt het een té privé onderwerp, of een taboe. Er is geen lijn te ontdekken in leeftijd, achtergrond of opleiding: zowel "jongere" als "oudere" (minder of meer ervaren) collega's geven aan te weinig kennis te hebben maar dit zeker te willen ontwikkelen; terwijl ervaren O&G verpleegkundigen én net gediplomeerde verpleegkundigen zeggen zich soms te generen het onderwerp bespreekbaar te maken. Een aantal collega's noemde als expliciete reden: ouders zijn op het moment van opname absoluut niet bezig met hun eigen seksualiteit maar met het hier en nu met de baby en dus is er geen reden het onderwerp te bespreken, men gaat er van uit dat het geen prioriteit bij de ouders heeft. Deze aanname is gebaseerd op de weinige vragen die door kraamvrouwen hierover gesteld worden. Bijna alle geïnterviewden vinden het een beladen onderwerp, vinden het té privé en weten niet goed hoe ze seksualiteit ter sprake moeten brengen, kunnen de woorden niet vinden, zijn bang zelf ongemakkelijk te worden, of zelfs te blozen.

Taakverantwoordelijkheid

Een aantal verpleegkundigen gaat ervan uit dat de verantwoordelijkheid bij de verloskundige ligt. Deze dient informatie over anticonceptie te verstrekken. *"Dit werd in het verleden namelijk altijd door de verloskundige gedaan en dan vooral over geboortebeperking/voorbehoedsmiddelen. Ik weet niet of dat nu nog gebeurt.*" De meeste collega's zeggen het onderwerp regelmatig te horen, maar constateren dan dat het bij dit expliciete gedeelte blijft (borstvoeding geven en zwangerschapspreventie). Verpleegkundigen beginnen zelden uit zichzelf over dit onderwerp en grijpen dit gesprek - als ze er getuige van zijn - niet aan om er op door te gaan. *"Je hoort ook veel verloskundigen informatie geven over zwanger worden en borstvoeding."* Een enkele collega meent dat dit onderwerp besproken zou moeten worden op de polikliniek. Sinds kort werken op de polikliniek verloskunde/gynaecologie verpleegkundigen die vrouwen ofwel voorafgaande aan de opname (bij een poliklinische bevalling, primaire sectio of zwangerschapscontrole) ofwel tijdens de nacontrole spreken; volgens een enkele collega zou dit het moment zijn waarop seksualiteit besproken kan worden. *"Ik vind dat seksualiteit en wat er zou kunnen gaan veranderen eigenlijk al op de poli besproken moet worden, als patiënten daar*

lopen, dan kun je ze veel beter voorbereiden." Eén collega ging ervan uit dat de lactatiekundige dit onderwerp bespreekt. Een aantal meent wel dat het als deel van gezondheidsvoorlichting eigenlijk een taak is van de verpleging. *"Het gesprek over voorbehoedsmiddelen en borstvoeding dient eigenlijk wel door de verpleegkundige gedaan te worden, dat is namelijk voorlichting en dus een taak van de verpleegkundige."*

Kennis

De meeste van de door mij geïnterviewde collega's zeggen kennistekort te hebben. *"Ik geef nooit informatie over seksualiteit. Is mij hier nooit aangeleerd. Ook niet in mijn vorige stage en eigenlijk ook niet op school."* Noch in de reguliere HBO-V opleiding, noch in de gespecialiseerde O&G opleiding herinneren ze zich dat het onderwerp ter sprake is gekomen. *"Ik kan me niet herinneren, zelf niet op de O&G opleiding dat we er ooit informatie over hebben gehad."* Men begint niet uit zichzelf over een onderwerp indien men niet zeker is van de kennis die moet worden overgedragen*. "Ik vind het ingewikkeld, wist ook niet dat er zo vaak problemen ontstonden." "Ik zou wel graag een brochure of folder willen hebben die we mee kunnen geven, of in ieder geval wetenschappelijk bewezen informatie, dan zou ik me zekerder voelen in het geven van informatie, dan is het ook niet zo moeilijk het ter sprake te brengen."* Vrijwel alle geïnterviewden zeggen vraaggericht gezondheidsvoorlichting te geven*: "Als er een vraag is, geef ik antwoord."*
Uit de interviews bleek dat verpleegkundigen die zelf moeder zijn eerder uit hun eigen ervaring spreken dan vanuit hun professie. Als er al informatie gegeven wordt is dit meestal over de termijn waarop weer veilig gevreeën kan worden en unaniem noemt men dan de termijn van 6 weken na de bevalling. Het merendeel van de geïnterviewden zei desgevraagd vooral de keuzevrijheid van de vrouw te benadrukken "*Als je denkt en voelt dat het weer kan en je er weer zin in hebt.",* maar dat hen er zelden naar gevraagd wordt*.* Eén collega begon over de psychische problematiek van lichamelijke onaantrekkelijkheid die een vrouw kan ervaren tijdens haar zwangerschap en na haar bevalling. Andere onderwerpen worden door de door mij geïnterviewde collega's niet besproken.

Taboe

Op de vraag welke informatie verpleegkundigen makkelijk vinden om te bespreken kwamen de voorgaande onderwerpen (zorg voor moeder en kind) aan bod. Ook minder makkelijke onderwerpen als wiegendood, verzorging van episiotomie, borstverzorging e.d. worden vanzelfsprekend besproken. Tijdens de opname vindt geen enkele collega het een probleem persoonlijke vragen te stellen over de dagelijkse ontlasting, stuwing in de borsten, herstel van de episiotomie e.d. Vanzelfsprekend worden het perineum en de borsten gecontroleerd. Dit wordt ervaren als medisch, verpleegkundig handelen dat bij het normale, dagelijkse werk hoort. Spreken over seksualiteit vind men moeilijker: *"Ik vind het ingewikkeld, bang dat ik een rode kop krijg", "Soms vind ik ook dat "ik het gewoon niet heb. Als ik het al bespreek doe ik dit 'grappenderwijs'." "Ik specificeer niet wat ik bedoel met vrijen." "Ik zal niet het woord seks gebruiken. Ik vind het ook moeilijk een goed woord te vinden."* Een enkele collega bespreekt het wel gemakkelijk: *"Ik bespreek het heel vaak wel. Niet bij elke patiënt, ik pols of het kan, het is soms toch een taboe bij sommige mensen. Het blijft een gevoelig onderwerp en sommige mensen zijn heel preuts*."

Een aantal collega's grijpt terug op de eigen opvoeding*: "Ik vind het ook moeilijk om te bespreken, voel me er niet gemakkelijk bij. In mijn eigen opvoeding werd er ook nooit over gesproken, ik heb een katholieke opvoeding gehad."* Of: *"Ik heb zelf ook een hele open opvoeding gehad, en vind dat seksualiteit belangrijk is in het leven."*

Men noemt tevens de band die er tijdens opname tussen verpleegkundige en patiënte en partner wordt opgebouwd: is er sprake van een goede band dan wordt het bespreken van seksualiteit als eenvoudiger ervaren, leren ze iemand nét kennen wordt het als té privé ervaren. *"Ik vind dat het heel erg afhangt van de band die je met patiënten hebt. Als ik het al bespreek: wanneer 'het' weer mag, en wanneer ze weer willen." " Zeker als ik mensen langer verzorg vertel ik veel." "Ik denk ook dat het makkelijker wordt als je langer bij iemand staat en meer een band hebt opgebouwd. Als je alleen de ochtend van ontslag bij iemand staat is het een te intiem onderwerp."*

Een andere reden die genoemd wordt is dat het gezondheidspatroon seksualiteit op het anamneseformulier ontbreekt. Doordat seksualiteit tijdens het anamnesegesprek niet aan de orde komt, vindt men tijdens de opname geen andere aanleiding om erover te beginnen.

Privacy

Een aantal collega's benadrukt de wens dat het ontslaggesprek op een rustige plek plaatsvindt, bij voorkeur in een aparte ruimte waar privacy heerst en de patiënte en haar partner aandacht voor de gegeven informatie hebben. Aangezien op de afdeling C2 een dergelijke ruimte ontbreekt, probeert men een rustig moment te vinden op de dag voor ontslag of op de ontslagdatum. *"Ik vind het ontslaggesprek heel belangrijk, ik bespreek dingen ook het liefst een dag van tevoren."* Bijna alle collega's noemen het gebrek aan privacy op de meerpersoonskamers. De meeste collega's vinden de vierpersoonskamers te openbaar om een dergelijk persoonlijk onderwerp te bespreken. Men erkent dat de gordijnen om het bed privacy suggereren terwijl ieder ander op de kamer het gesprek kan horen, en in de praktijk worden de gordijnen tijdens het ontslaggesprek nooit gesloten. *"Als je al seksualiteit bespreekt zou dat apart moeten, want anders is er te weinig privacy. Die gordijnen lijken privacy te geven, maar doen dat niet."* Eén collega opperde dat het hierdoor dus ook voor de patiënte zelf te openbaar was om vragen te durven stellen. Juist deze openbaarheid is één van de redenen voor de verpleegkundigen om seksualiteit niet te bespreken. Een aantal zei het onderwerp wel te zullen bespreken indien er een aparte ruimte zou zijn voor het ontslaggesprek.

Zorgvraag

Veel van de door mij geïnterviewde collegae menen dat het bespreken van seksualiteit geen zorgvraag is. Men gaat ervan uit dat de kraamvrouwen en hun partners met de komst van de nieuwe baby heel erg bij het moment leven en hun hoofd niet staat naar seksualiteit. *"Je bespreekt vooral het hier en nu, veel over de baby, en niet zozeer de toekomst". "Ik zal nooit over mezelf over seksualiteit beginnen. Ten eerste omdat ik vind of merk dat het nu geen prioriteit is. Ze zijn heel erg bezig met hun kindje en totaal niet met seks."*

Hoofdstuk 3: Conclusies en aanbevelingen

§ 3.1. Conclusies

Mijn vraagstelling: *"Hoe bespreken verpleegkundigen op de kraamafdeling van het OLVG het thema seksualiteit met de kraamvrouw en haar partner."* is gebaseerd op de volgende hypothesen:

- Verpleegkundigen op de kraamafdeling zien het niet als hun taak seksualiteit te bespreken.
- Seksualiteit is een privé, een beladen en wellicht zelfs taboe onderwerp.
- Er is een tekort aan kennis bij verpleegkundigen op de kraamafdeling over seksualiteit na de bevalling.

Uit de voorgaande analyse kan mijns inziens geconcludeerd worden dat seksualiteit na de bevalling over het algemeen zelden door de verpleegkundige bespreekbaar wordt gemaakt. Er bestaan persoonlijke belemmeringen als gêne (taboe) en kennistekort en daarnaast ervaart men het bespreken van seksualiteit niet als hun taak. Daarnaast is er sprake van omgevingsfactoren als gebrek aan privacy die het bespreken van een dergelijk onderwerp in de weg staan.

Taakverantwoordelijkheid

De verpleegkundige theorie gaat er als vanzelfsprekend van uit dat seksualiteit besproken wordt door de verpleegkundige. Gordon, McFarland/McFarlane, Carpenito en McCloskey benadrukken: geef gezondheidsvoorlichting (zie § 1.4.4.) ofwel in het anamnesegesprek (seksuele anamnese), ofwel gedurende de opname of ontslaggesprek. Aalto (2004) concludeert: "Verpleegkundigen moeten de moed hebben om te spreken over seksualiteit" en Gordon (1995) en Carpenito (2001) beschrijven de verpleegkundige diagnose 'veranderd seksueel functioneren'. In de literatuur wordt geconstateerd dat vrouwen niet gemakkelijk uit zichzelf vragen stellen over seksualiteit en dat het dus een taak van de zorgverlener c.q. verpleegkundige is de vrouw op haar gemak te stellen en een sfeer te creëren waarin dit onderwerp ter sprake kan komen. Uit mijn onderzoek blijkt dat verpleegkundigen op C2 vooral vraaggericht informatie te verstrekken. Indien de patiënte dus niet zelf met vragen komt en de verpleegkundige dit onderwerp niet aankaart, bestaat de kans dat het onderwerp niet besproken wordt en eventueel een dreigend gezondheidsprobleem over het hoofd wordt gezien.

Kennis

Geen enkele geïnterviewde kon zich herinneren in haar/zijn opleiding ooit theoretische kennis te hebben gekregen over het onderwerp seksualiteit na de bevalling. De verpleegkundige literatuur en met name de theorie over verpleegkundige diagnoses is hier echter vrij helder over, er zijn erkende verpleegkundige diagnoses en voldoende verpleegkundige interventies voorhanden. De informatie die verstrekt wordt beperkt zich tot het noemen van de termijn waarop de seksualiteit weer veilig hervat kan worden, onderwerpen als angst voor pijn, seksualiteit en borstvoeding en/of relatieveranderingen tussen de partners worden niet ter sprake gebracht. Het merendeel van de geïnterviewden erkende hun tekort aan kennis en gaf aan die op een hoger niveau te willen brengen.
Eén van de verpleegkundige competenties is het geven van gezondheidsvoorlichting en opvoeding: primair, secundair of tertiair. Het onderkennen van een dreigend gezondheidsprobleem is bij uitstek geschikt om primaire gezondheidsvoorlichting te geven (voorkomen van gezondheidsproblemen). De literatuur geeft ook duidelijk aan dat ieder contact met de zwangere of kraamvrouw aanleiding kan zijn om eventuele vragen over seksualiteit te bespreken. Dit is dus onder andere een taak van de verpleegkundigen op afdeling C2 van het OLVG.

Taboe

Uit de analyse in § 2.3 blijkt dat de persoonlijkheid en achtergrond van de verpleegkundige een rol spelen bij het al of niet ter sprake brengen van een als moeilijk ervaren onderwerp als seksualiteit: er zijn individuele, persoonlijke overwegingen om iets wel of niet te bespreken: indien de betreffende verpleegkundige het niet moeilijk vind dit onderwerp te bespreken, bijvoorbeeld door eigen opvoeding, zal er eerder open informatie worden gegeven. Als de verpleegkundige het zelf een gênant onderwerp zal er geen gezondheidsvoorlichting over dit onderwerp worden gegeven. De patiënte is tè afhankelijk van wie er aan haar bed staat. De verpleegkundige zou – op basis van het verpleegkundig beroepsprofiel - specifieke kenmerken van risicopopulaties, symptomen van en reacties op ziekte en stoornis dienen te signaleren en interpreteren.

Privacy

Uit de analyse van het onderzoek blijkt dat het gebrek aan privacy op de afdeling als een groot obstakel in het bespreken van seksualiteit wordt ervaren, zowel door de verpleegkundige als door de patiënte. Een dergelijk gevoelig onderwerp zou op een rustige plek besproken moeten kunnen worden.

Zorgvraag

Een van de andere redenen van het niet bespreken van seksualiteit met de patiënte en haar partner op de afdeling C2 is de vermeende desinteresse van de nieuwe ouders. Seksualiteit zou geen prioriteit hebben in het huidige leven van de kraamvrouw en haar partner. In de literatuur wordt echter aangegeven dat juist in de kraamperiode *in de eerste plaats voorlichting, begeleiding en ondersteuning van de kraamvrouw en haar partner bij het begin van deze voor hen nieuwe levensfase* dient te worden gegeven. In de meta-analyse van Von Sydow en in de richtlijn Seksuele Anamnese van de NVOG blijkt dat er gericht gevraagd dient te worden naar seksualiteit. Door de collega's wordt geconstateerd dat vrouwen niet zelf over dit onderwerp beginnen. Men gaat er dan van uit dat dit komt door desinteresse, maar men zou ook kunnen concluderen dat dit komt door de gêne die ook de kraamvrouw zelf ervaart. Door voorzichtige, maar gerichte vraagstelling zou de verpleegkundige "gegevens moeten verzamelen" waaruit zij/hij het risico op of een dreigend (dys-)functioneel gedragspatroon kan herkennen en gezondheidsvoorlichting kan geven.

§ 3.2. Aanbevelingen

Tijdens de opname of tijdens het ontslaggesprek zou seksualiteit na de bevalling in de ruimste zin van het woord bespreekbaar moeten kunnen worden gemaakt. Openheid, gebaseerd op de "lage drempel" die verpleegkundigen aan het bed hebben, kennis over het onderwerp en gesprekstrainingen om technieken te leren voor het bespreekbaar maken van een 'moeilijk' onderwerp, zouden de verpleegkundigen op de kraamafdeling van het OLVG genoeg handvaten moeten geven om professionele gezondheidsvoorlichting te geven.
Ofschoon ik meen te moeten concluderen dat het waarschijnlijk te ver voert verpleegkundigen op de kraamafdeling van het OLVG expliciete informatie te laten verstrekken als "Leer de patiënt technieken om pijn te verminderen of pijn weg te nemen: gebruik een glijmiddel bij afgenomen bevochtiging van de vagina," of "het zou kunnen zijn dat als je vrijt met je partner er melk uit je borsten komt", denk ik niet dat het teveel gevraagd is van verpleegkundigen om de patiënte uitleg te geven over haar veranderde fysiologie na de bevalling. Naar mijn mening kunnen veel problemen voorkomen worden door open en eerlijk met vrouwen en hun partners te praten en zo onduidelijkheden en angsten weg te nemen.

Mijn conclusie is dat naast de informatie over zwangerschapspreventie bij borstvoeding er ook aandacht moeten zijn voor het eventueel ontstaan van gewijzigd seksuele functioneren en vragen die patiënten en hun partners hierover zouden kunnen hebben. Hiervoor dient informatie beschikbaar te zijn, kennis van verpleegkundige diagnosen en interventies. Deze informatie dient aanwezig en toegankelijk te zijn voor alle verpleegkundigen op de afdeling. Het moet duidelijk zijn wie welke informatie aan de patiënte verstrekt (gynaecoloog, verloskundige, verpleegkundige).

Om dit te bereiken zouden er een aantal verbeterpunten op de afdeling gerealiseerd kunnen worden: een aanpassing op het anamneseformulier zoals dit gebruikt wordt op C2 en B2, ingebruikneming van een ruimte voor het ontslaggesprek, het ontwikkelen van informatiebrochure over seksualiteit na de bevalling. Daarnaast adviseer ik de organisatie van een themadag, waarin een klinische les, gesprekstechnieken, en een reflectiebijeenkomst over eigen belemmeringen/taboes ten aanzien van het bespreken van seksualiteit aan de orde zouden kunnen komen.

Voor alle door mij geformuleerde adviezen is instemming nodig van collega's en uiteraard instemming en toestemming van Jacques Renooij, afdelingsleider en Anneke Buys, bedrijfsleider. Ik zal mijn uiterste best doen deze in- en toestemming te verkrijgen.

Advies 1. Aanpassing anamneseformulier

Aanpassing van het anamneseformulier, zodat direct bij opname het onderwerp ter sprake kan worden gebracht. Door seksualiteit als integraal onderdeel van de anamnese (het verzamelen van gegevens) te benaderen, is het zowel voor de verpleegkundige mogelijk eventuele dreigende gezondheidsproblemen te onderkennen en geeft het de patiënte en haar partner ofwel direct de ruimte om vragen te stellen ofwel tijdens de opname.
Suggesties:
Zowel onder de kop "Zwangerschap en bevalling" als onder "Gezondheidsbeleving en -instandhouding" zou een vraag over de seksualiteit kunnen worden gesteld.
In de lijn van het anamneseformulier zoals dit op dit moment gebruikt wordt, zou een vraag kunnen worden opgenomen als:

- Heeft of verwacht de patiënte problemen met de seksualiteit tijdens de zwangerschap of na de bevalling?

of

- Heeft patiënte informatie gekregen (boeken/folders) via huisarts, gynaecoloog, verloskundige over eventuele veranderingen in de seksualiteitsbeleving na de bevalling.

of

- Verwacht patiënte bijzonderheden t.a.v. de seksualiteitsbeleving na de bevalling?

Verpleegkundig spreekuur op de polikliniek

De suggestie van één van de geïnterviewde collega's dat seksualiteit op het verpleegkundige spreekuur van de polikliniek verloskunde/gynaecologie zou moeten worden besproken, onderschrijf ik. Momenteel zijn er verpleegkundigen werkzaam en zijn er sollicitaties gaande voor verpleegkundigen op het verpleegkundige spreekuur op de polikliniek verloskunde. Op dit verpleegkundige spreekuur hebben zwangeren een afspraak bij 20 en 34 weken zwangerschap, waar onderzoeken als de glucosetolerantietest e.d. worden gedaan. Bij primaire sectio's wordt ook de anamnese afgenomen.
Een vraag over seksualiteit kan daar in een rustige, privé omgeving gesteld worden en duidelijke voorlichting over de periode na de zwangerschap kan gegeven worden. Indien dit onderwerp al op de polikliniek aan de orde is geweest, wordt de voorlichting tijdens de opname wellicht makkelijker bespreekbaar.
In deze adviesnota blijft seksualiteit tijdens de zwangerschap onbesproken, hier zou eventueel nog nader onderzoek naar gedaan kunnen worden.

Advies 2. Folder

Zoals blijkt uit deze adviesnota bestaat er een grote kans dat een significant aantal van de op afdeling C2 van het OLVG opgenomen kraamvrouwen problemen zullen ondervinden met hun seksualiteitsbeleving na de bevalling. Ik ben van mening dat een aantal problemen voort komen uit het gebrek aan kennis dat hierover onder verpleegkundigen op C2 bestaat. Een aantal problemen zouden dus kunnen worden voorkomen door heldere voorlichting. Vrouwen blijken niet gemakkelijk uit zichzelf vragen stellen en ook verpleegkundigen geven uit zichzelf niet gemakkelijk voorlichting over seksualiteit. Naast de mondelinge informatie (gezondheidsvoorlichting) die tijdens de opname en/of het ontslaggesprek gegeven dient te worden, zou een informatiefolder over seksualiteit en de normale fysiologische veranderingen na de bevalling mijns inziens uitkomst kunnen bieden.
Een aantal ziekenhuizen heeft een folder ontwikkeld met informatie over nazorg voor de kraamvrouw en de baby. In deze folders staat meestal ook een klein stukje over de seksualiteit en voorbehoedsmiddelen. Als voorbeeld is de folder 'Naar huis en nu?!" van het VU Medisch Centrum (bijlage 2d) opgenomen. Als andere voorbeelden (Bijlagen 2b en 2c) van gezondheidsvoorlichting heb ik twee pagina's van internetsites als bijlagen opgenomen: www.babybox.nl en www.9maand.be
In mijn zoektocht op het internet heb ik echter geen enkele folder gevonden met specifieke, gerichte informatie over seksualiteit.
Als uitgewerkt advies heb ik een opzet voor een folder ontwikkeld, gericht op seksualiteit na de bevalling. Zie bijlage 2a.

De tekst voor deze folder zal ik voorleggen aan Barbara Wennekers, seksuologe in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Tevens zal ik over deze folder gesprekken voeren met collega's, verloskundigen en Jacques Renooij, afdelingshoofd C en B2.

Advies 3. Gespreksruimte

Op de afdeling C2 van het OLVG is momenteel geen enkele ruimte in gebruik waar een rustig gesprek met de ouders kan plaatsvinden. Het anamnesegesprek en het ontslaggesprek vinden

plaats op de kamers, meestal op de ochtend van ontslag, waar – op de meerpersoonskamers – één of meer medepatiënten zijn opgenomen. Omgevingsfactoren als pratende (en meeluisterende) medepatiënten, telefoons die rinkelen, haast om weg te gaan (in de communicatiewetenschap ook wel “ruis” genoemd) kunnen een belemmering zijn in de hoeveelheid informatie die de patiënte opneemt. Het is bekend dat informatie het beste wordt opgenomen in een één op één gesprek in een rustige ruimte. Mijn voorstel is dan ook het anamnese- en ontslaggesprek, waarin tevens de informatie over eventuele veranderingen in de seksualiteit na de bevalling kunnen worden besproken, te houden in een aparte ruimte. Die ruimte is momenteel niet aangewezen, echter van 08.30 tot 10.30 en van 11.00 tot 12.30 en in de middag van 13.00 tot 15.00, is de ruimte die gebruikt wordt als overdracht- en koffieruimte voor de verpleegkundigen wel beschikbaar. Deze ruimte zou dus efficiënter gebruikt kunnen worden en ook dit doel kunnen dienen.

Advies 4. Themadag Seksualiteit na de bevalling

Een belangrijke conclusie is dat er door de verpleegkundigen op C2 nauwelijks – of alleen vraaggericht – gezondheidsvoorlichting over seksualiteit na de bevalling wordt gegeven. De redenen hiervoor (zoals uiteengezet in de analyse in § 2.3) zijn kennistekort, het niet als taak zien, taboe, gebrek aan privacy en het niet zien als zorgvraag van de patiënte.
Het kennistekort, de taakverantwoordelijkheid en het taboe zouden in een themadag uitgebreid aan de orde kunnen komen. Een dergelijke themadag zou nieuw inzicht en kennis kunnen verschaffen. Verschillende disciplines kunnen worden uitgenodigd. Onderstaand een aantal ideeën voor een dergelijke dag:

Workshop Kennis vergaren over seksualiteit na de bevalling
- Inventarisatie van de aanwezige kennis onder de verpleegkundigen op afdeling C2.
- Een klinische les waarin de analyse en conclusies uit mijn adviesnota worden gedeeld met de collega’s van afdeling C2.

Workshop : Hoe maak ik een moeilijk onderwerp bespreekbaar?
Kennis is uiteraard geen garantie voor het geven van goede voorlichting. Kennis kan echter wel helpen een ‘moeilijk’ onderwerp bespreekbaar te maken.
- Inventarisatie van de persoonlijke gevoelens t.a.v. dit onderwerp van de verpleegkundigen op afdeling C2.
  Als gespreksleider zou Ad Kooijmans, ethicus en docent morele dilemma’s uitgenodigd kunnen worden.
- Gesprekstechnieken over het bespreekbaar maken van een voor jou moeilijk onderwerp. Hiervoor zou Barbara Wennekers, seksuologe van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis uitgenodigd kunnen worden.
- Oefenen in rollenspellen.
- Bespreken van de uitbreiding van het anamneseformulier.

Workshop : Wie geeft welke informatie?
- Afstemming van informatieverstrekking.
  Er zou een lijn moeten worden uitgezet van de gezondheidsvoorlichting ten aanzien van seksualiteit die door gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen wordt gegeven aan zwangeren en kraamvrouwen.
  Hiertoe zouden gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen met elkaar in gesprek moeten gaan.

Na een dergelijke dag zou het thema seksualiteit regelmatig op de agenda van de dagevaluatie dienen te staan.

Literatuurlijst

Aalto, S., Nursus' role in sexual health promotion in the medical-surgical ward/concept development with hybrid model International, Academy of Sex Research (IASR), 2004 Annual Meeting, June 16-19, 2004, Helsinki, Finland.

Achterberg, Dr. Th. van, Eliens, Drs. A.M., Strijbol, Mw. Drs. N.C.M., Effectief Verplegen, Kavanah, Dwingeloo, 1999.

Baarda, Dr. D.B., Goede, Dr. M.P.M., Teunissen, Dr. J., Basisboek Kwalitatief Onderzoek, Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten, 2001,

Carpenito LJ, Zakboek verpleegkundige diagnosen, Wolters-Noordhoff Groningen, 1998.

Coëlho, Zakwoordenboek der Geneeskunde, 26ste geheel herziene druk, Elsevier/Koninklijke PBNA 2000.

Dassen Dr. Th.W.N., Keuning, Drs. F.M., Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties, Hb*uitgevers*, zesde druk, Baarn, 2003.

Driel, Dr. E.M. van, Lunssen, Dr. H.W., Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Patiëntenvoorlichtingbrochure: Seksuele problemen bij vrouwen (via www.nvog.nl, rubriek voorlichting).

Dries I., Hooijdonk C., Hurenkamp S., Ipink I., Klont I., Poutsma D., Schaeffer-Jonker M., Spelt M., Stuyt Y., Stege E. ter, Wahlen I., Basisboek Obstetrie en gynaecologie verpleegkundige, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen 2000.

Folder: Studiedag Seksuologie voor Verpleegkundigen: Het bespreken van seksualiteitsproblemen bij patiënten (georganiseerd door Heyendaelcommissie voor PAOG (Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde), 12 maart 2004, Universitair Medisch Centrum St Radboud, (via: http://www.umcn.nl/professional/).

Franzblau N. MD, Witt K.MD, Normal and Abnormal Puerperium, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Cooper Hospital, last updated: 9 december 2004 (via http://www.cgmh.org.tw/intr/intr5/c6700/OBGYN/f/web/Puerperium/)

Gastmans C., Casterlé D. de, Verpleegkundige excellentie, verpleegkunde tussen praktijk en ethiek, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2000.

Gordon M., Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing (vert. W. Seunke), Uitgeverij Lemma, Utrecht 1995.

Gordon M., Handleiding Verpleegkundige diagnostiek, derde druk, Elsevier Gezondheidszorg, 2003.

Judicibus M.A., McCabe M.P., Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women, Journal of Sex Research, mei, 2002.

Lankveld, Dr. J. J. D. M. van, Weyenborg, Ph. Th. M., Richtlijn no. 26: Seksuele Anamnese, Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie, Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie, juni 1999, Utrecht.

Leistra E., Liefhebber S., Geomini M., Hens H., Beroepsprofiel van de Verpleegkundige, Elsevier Gezondheidszorg en LCVV, 1e druk, tweede oplage, Maarssen 2000.

McFarland, G.K., McFarlane E.A., Nursing Diagnosis and Intervention, Planning for Patient Care, Mosby - Year Book, 1993, Missouri, VS.

McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. Verpleegkundige interventies, Elsevier de Tijdstroom, Maarssen 1998.

Sassen, B., Gezondheidsvoorlichting en preventie, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2000.

Schutte Dr. F.M., Bleker Prof. Dr. O.P., Huygebaert Dr. G., Reerds J., Verloskunde en gynaecologie, Bohn Stafleu Van Loghum, 3e gewijzigde druk, Houten/Diegem 1997.

Sydow K. von, Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies, Journal of Psychosomatic Research, Vol. 47, No 1, pag. 27-49, Elsevier Science Inc., 1999.

Treffers Prof Dr. P.E., Heitnz Prof. Dr. A.P.M., Keirse Prof. Dr..M.J.N.C., Rolland Prof. Dr. R., Obstetrie en gynaecologie, 2e druk, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht 1995.

Vogel S. TVZ nr 4, 2001, artikel gebaseerd op Pool A., Pool-Tromp C., Veltman-van Vugt F., Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundige, NIZW, Utrecht 2001.

Wikipedia, De Vrije Encyclopedie (via http://nl.wikipedia.org/wiki/Seksualiteit), april 2005.

World Health Organization, Maternal and newborn health, Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide (via:http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_ 98_3/ msm_98 3_3.html)

Zelm Drs. R.T. van, Gordon's functionele gezondheidspatronen, Uitgeverij Kavanah, Dwingeloo, 1998.