

Vrouwen met een verzakking op het spreekuur

Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van een genitale prolaps

ESTHER HELMICH
TOINE LAGRO-JANSSEN

Helmich E, Lagro-Janssen ALM. Vrouwen met een verzakking op het spreekuur. Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van een genitale prolaps. Huisarts Wet 2000;43(2):58-64.

Doel Inzicht krijgen in de klachten en de beleving van vrouwen die met een verzakking de huisarts consulteren.

Methode Een kwalitatief onderzoek bij 41 vrouwen die in de loop van 1997 voor het eerst voor een verzakking op het spreekuur kwamen. De onderzoeker (die geen behandelrelatie met de patiënt had), nam de patiënten een semi-gestructureerd interview af. Het interview werd op band opgenomen, beoordeeld door twee onderzoekers en geanalyseerd met Kwalitan. Daarnaast werd gebruik gemaakt van de Incontinence Impact Questionnaire, een gevalideerde vragenlijst.

Resultaten Van de vrouwen was een op de vijf bang voor kanker en driekwart ondervond belemmeringen bij dagelijkse werkzaamheden. De verzakking had weinig invloed op hun psychisch welbevinden en ook het lichaamsbeeld was niet aangetast. De meeste vrouwen wilden conservatief behandeld worden en waren tevreden met het plaatsen van een pessarium. Vrouwen die last hadden van incontinentie gaven vaker de voorkeur aan operatief ingrijpen.

Conclusies De belangrijkste consultredenen was pijn of urineverlies. Bij de beleving van een verzakking spelen vooral praktische belemmeringen een rol. De onderzochte vrouwen hadden een voorkeur voor het pessarium als behandeling. Wel of niet incontinentie lijkt in belangrijke mate de voorkeur voor een bepaalde behandeling te bepalen.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
E. Helmich, co-assistent;
prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts.
Correspondentie: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen.

Inleiding

In Nederland wordt driekwart van de vrouwen met een verzakking behandeld door de huisarts; het gaat dus om een typisch huisartsgeneeskundig probleem.¹ De leerboeken schetsen een ondubbelzinnig beeld van de klachten, maar nergens wordt duidelijk hoe vaak deze klachten voorkomen en in welke mate zij het dagelijks functioneren beïnvloeden.²⁻⁴ Onderzoek op dit gebied is schaars,⁵ en heeft niet meer opgeleverd dan een aantal min of meer geïsoleerde bevindingen:

- Panayotis *et al.* vonden dat dagelijks ongemak en angst de belangrijkste klachten waren bij oudere vrouwen met een prolaps;⁶
- in het onderzoek van Lagro-Janssen bleken prolaps en urine-incontinentie vaak samen te gaan;⁷
- pijn lijkt een belangrijke klacht bij een occulte of subklinische prolaps, maar zou bij vergevorderde verzakkingen een minder prominente rol spelen;⁸
- er zou geen verschil in seksueel functioneren zijn tussen vrouwen met en vrouwen zonder gynaecologische klachten.⁹

Voor een juiste interpretatie van de hulpvraag van vrouwen met een prolaps is meer inzicht nodig in hun motivatie om hulp in te roepen, hun beleving van de prolaps en de psychosociale gevolgen daarvan. Ook lijkt het zinvol na te gaan naar welke behandeling de voorkeur van de vrouwen zelf uitgaat – conservatief dan wel operatief – bij het ontbreken van harde medische criteria voor deze keuze.⁵

De vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

- Om welke redenen gaan vrouwen voor het eerst met een verzakking naar de huisarts?
- Welke invloed heeft een verzakking op hun dagelijks functioneren?
- Welke invloed heeft een verzakking op het psychisch welbevinden?
- Welke invloed heeft een verzakking op het lichaamsbeeld?
- Hoe denken deze vrouwen over de verschillende behandelingen?

Methoden

Werving

Wij hebben gekozen voor een overwegend kwalitatieve benadering, omdat onze vragen vooral gericht waren op beeldvorming, motivaties en meningen. Bij kwalitatief onderzoek is niet de representativiteit van de onderzoeksgroep belangrijk, maar een zo groot mogelijke diversiteit. Die diversiteit moest tot uiting komen in de kenmerken urbanisatie, regio, geslacht huisarts, leeftijd, pariteit, opleidingsniveau, seksuele voorkeur en etniciteit.

Voor het onderzoek werden dertig huisartsen uit het hele land aangeschreven, verspreid over stad en platteland. Op huisartsen uit Amsterdam en Rotterdam is expliciet een beroep gedaan om (ook) lesbische en allochtone vrouwen met een prolaps in te sluiten.

De huisartsen ontvingen uitgebreide informatie en een brief voor de patiënten die voor het onderzoek in aanmerking kwamen. Dat gold in beginsel voor iedere vrouw die in 1997 voor het eerst met een verzakking op het spreekuur kwam; er waren geen leeftijdsgrenzen, en alle vormen van prolaps (cystocèle, rectocèle, entero-cèle, descensus/prolapsus uteri, vaginatopprolaps en totaal prolaps) werden ingesloten. Alleen vrouwen die niet in staat waren zelfstandig een vragenlijst in te vullen, werden uitgesloten.

De geselecteerde vrouwen werden door de eigen huisarts uitgenodigd om mee te doen aan het onderzoek. Aan de huisartsen werd tevens gevraagd aantekening te maken van de weigeraars en hun redenen van weigering.

Interview

De belangrijkste methode om gegevens te verzamelen was een semi-gestructureerd interview, waarin verscheidene aspecten van de verzakking ter sprake kwamen. Hiervoor werd tevoren een 'interviewgids' samengesteld (*kader*). De thema's hiervoor waren ontleend aan de literatuur en aan gesprekken met twee deskundigen (huisartsen). In de loop van het onderzoek vonden enkele bijstellingen plaats.

Het interview bestond uit open vragen

en tevens werd ingegaan op onderwerpen die door de vrouwen zelf werden aangedragen. Dit gaf enerzijds de kans af te tasten wat voor de vrouwen belangrijke items waren; anderzijds bood de structuur van een interviewgids de mogelijkheid de interviews onderling te vergelijken. Bovendien werd het op deze manier mogelijk nieuwe thema's die uit gesprekken naar voren kwamen, te toetsen in latere interviews.

Ten behoeve van de betrouwbaarheid van het onderzoek werd begonnen met twee pilot-interviews. Bovendien werden in de beginfase van het onderzoek twee interviews samen met een tweede onderzoeker beluisterd en voorzien van commentaar.

Alle interviews werden opgenomen op band, integraal uitgetypt en beoordeeld door twee onderzoekers. Drie opeenvolgende interviews, afgenomen halverwege het interviewtraject, werden voorgelegd aan twee externe onderzoekers. Hun interpretatie van de diverse items werd vergeleken met de onze en bleek in hoofdlijnen overeen te stemmen.

De meeste gesprekken vonden plaats bij de patiënten thuis; in drie gevallen gebeurde dat op de praktijk van de desbetreffende huisarts. Tussen respondent en interviewer (EH), die werd voorgesteld als me-

disch student, bestond geen behandelrelatie. Het interview nam gemiddeld anderhalf uur in beslag, variërend van drie kwartier tot twee-en-een-half uur.

De insluiting van patiënten werd bij ruim veertig vrouwen gestaakt, omdat de laatste gesprekken weinig tot geen nieuwe informatie opleverden. Dit fenomeen is inherent aan kwalitatief onderzoek; het aantal benodigde interviews varieert gewoonlijk van twintig tot vijftig.¹⁰

IIQ

Om een indruk te krijgen van de mate van beperkingen die vrouwen ondervinden van een prolaps, werd het interview aangevuld met een gevalideerde vragenlijst, de Incontinence Impact Questionnaire (IIQ).¹¹ Deze IIQ bestaat uit 29 vragen rond vijf thema's, die de invloed van de prolaps op het dagelijks functioneren en de psychologische gevolgen in kaart brengen (*kader*). De patiënt kan die invloed per vraag aangeven in vier graden, variërend van 'geen' tot 'ernstig'.

Analyse

De analyse werd uitgevoerd met behulp van het computerprogramma Kwalitan. Het concept achter dit programma is dat in elk interview terugkerende thema's zijn te onderscheiden. Deze thema's kunnen worden voorzien van trefwoorden en ver-

volgens onder deze trefwoorden worden geordend. Wanneer geen nieuwe thema's meer uit het materiaal naar voren komen, kan het hele materiaal aan de hand van de gemaakte trefwoorden worden ingedeeld. Elk interview wordt in fragmenten opgedeeld en aan elk fragment kunnen een of meer trefwoorden worden toegekend. Vervolgens kan de computer tellen hoe vaak een trefwoord voorkomt, of fragmenten selecteren die aan bepaalde criteria voldoen.

De IIQ werd verwerkt met behulp van het computerprogramma SPSS.

Onderzoeksgroep

Vierentwintig huisartsen, twaalf vrouwen en twaalf mannen, selecteerden patiënten voor het onderzoek. Vier vrouwen vielen af, wegens ernstige psychische problemen (1x) en geen zin in een interview (3x).

In totaal werden 44 vrouwen aangemeld. Een van hen bleek door familieomstandigheden niet in staat haar medewerking te verlenen, een ander was telefonisch onbereikbaar, en een derde bleek tijdens het interview niet te voldoen aan de inclusiecriteria. Onze resultaten zijn derhalve gebaseerd op de gegevens van 41 vrouwen.

Deze vrouwen woonden verspreid over het hele land, zowel in de stad als op het platteland. Lesbische vrouwen werden niet aangemeld, en slechts één vrouw van allochtone afkomst. De overige kenmerken van de onderzoeksgroep staan weergegeven in *tabel 1*.

Reden voor het eerste consult

De meeste vrouwen vertelden dat ze wel eens iets over een prolaps hadden gehoord, voordat ze er zelf mee geconfronteerd werden. Zij hadden vaak familie, vrienden of buurvrouwen met een verzaking van blaas of baarmoeder; een enkeling zei erover gelezen te hebben. Voor een kwart van de ondervraagde vrouwen was de ontdekking dat 'er iets kwam uitzakken' beangstigend.

Tabel 1 Kenmerken onderzoeksgroep. Aantallen

<i>Leeftijd</i>		<i>Gescheiden</i>	2
30-40 jaar	5	<i>Weduwe</i>	9
40-50 jaar	5		
50-60 jaar	14	<i>Opleiding</i>	
60-70 jaar	7	Lagere school	11
≥70 jaar	10	(M)ULO, MAVO, LBO	20
		HBS, Gymnasium, Atheneum,	
<i>Pariteit</i>		HAVO, MMS, MBO	4
0	1	Universiteit of HBO	6
1-3	31		
≥3	9	<i>Werk situatie</i>	
		Huisvrouw	18
<i>Leefsituatie</i>		(Part-time) werkend	10
Ongehuwd	0	Ziektewet/WAO	2
Ongehuwd samenwonend	2	Pensioen	11
Gehuwd	28		

'Het was eigenlijk een beetje angstig om te zien. Ik zei op het laatst: het is net alsof er een kind geboren moest worden. Je zag zoiets blauwigs, een beetje blauwgrijze kleur. En die bolling, die zat er dan en dan keek ik wel eens zo in de spiegel, en ik denk, tjee wat is dat toch'.

[respondent 7, gehuwd, 74 jaar]

'En ik weet wel dat ik voor het eerste die bal voelde, nou ik schrok me wild. Ik kreeg zo'n hoofd, ik denk wat heb ik nou. Ik wist helemaal niet wat het was, nou dat vond ik zo. Nou ik durfde er met niemand over te praten, want ik denk van: wat zal dat nou toch zijn. Dat is niet goed. Nou ja, later denk ik dat ik erover gelezen heb of zo, of uh, toen wist ik wat dat was'.

[respondent 11, gehuwd, 60 jaar]

'Nee, nee, het was, ja het was vreemd. Dat ding dat hoorde niet, wat zal dat zijn, wat is dit. Echt, ik ben eigenlijk heel snel naar de dokter gegaan d'r mee hoor, omdat ik het toch wel eng vond'.

[respondent 17, weduwe, 66 jaar]

Schrik of angst was slechts voor vijf vrouwen reden om naar de huisarts te gaan. Negentien vrouwen, bijna de helft dus, noemden pijn in de onderbuik of genitaalstreek ('van onderen') of urineverlies de belangrijkste motivatie voor het eerste consult. Negen vrouwen wisten dat ze een verzakking hadden en wilden dat daar iets aan gedaan werd. Vier vrouwen zeiden dat ze niet bang waren, maar zich wel afvroegen wat er precies aan de hand was. Voor hen was deze vraag dan ook de belangrijkste reden om de dokter te raadplegen (tabel 2).

Tabel 2 Reden doktersbezoek zoals genoemd in interview (n=41). Aantallen

Hinderlijk/pijn	19
Bezorgdheid/angst	5
Wilen weten wat er aan de hand is	4
Willen dat er behandeld wordt	9
Ontdekt nav gerelateerde klachten	4

Navraag naar de concrete klachten liet zien dat het gevoel dat er wat uitzakke, en een vervelend gevoel in het bekken bij staan, lopen of sporten bij vrijwel alle vrouwen aanwezig waren. Ongeveer de helft van de ondervraagden klaagde over

een bal- of drukgevoel, pijn in buik of genitalia en incontinentie voor urine. Negen vrouwen noemden recidiverende urine-weginfecties. Veel vrouwen hadden lage rugpijn, maar twijfelden of deze pijn te maken had met de verzakking. Uiteindelijk dichtte een kwart van de vrouwen deze rugpijn toe aan de prolaps (tabel 3).

Pratend over de verzakking beschreven alle vrouwen deze in termen van 'iets kapot van binnen' of 'uitgerekt' en 'uitgezakt'. De verzakking paste aldus in een morfologisch-anatomisch ziekteconcept. De oorzaak van de verzakking was positief geconoteerd. Vrouwen koppelden de prolaps aan de bevalling, hard werken, til- len en zorgen, en niet aan iets wat ze zelf hadden kunnen voorkomen of waar ze zelf schuld aan hadden.

'Ik denk dat daar ruimte is ontstaan doordat je eigenlijk de baarmoeder kwijt bent. Dat dat een heel, heel groot euvel is daarvan. Dat het uiteindelijk de kans krijgt om te kunnen zakken. Ik heb altijd het idee of dat daar een gat komt en als zoiets dat je zoiets kwijt bent, dat er een gat zit waarin het uiteindelijk kan zakken'.

[respondent 21, gehuwd, 64 jaar]

'Ik denk dat de verzakking ontstaan is, doordat ik een kind heb gebaard. Hè, door de druk van dat geval naar beneden'.

[respondent 3, weduwe, 71 jaar]

'Nou, ja het is wel uh toch ja lange dagen en nachten. Teveel in, ja, dat ik bezig was mijn man te verzorgen. Dag en nacht, en het niet op tijd rust nemen. Daar komt het van. Dat weet ik wel zeker'.

[respondent 4, weduwe, 78 jaar]

Dagelijks functioneren

Ongeveer driekwart van de respondenten vertelde in hun dagelijks functioneren last te hebben van de verzakking.

'Uhh, het ongemak, het d'r rekening mee houden. Van tevoren, dat je onderweg urine verliest en dan moet maandverband in doen. Ja, en dan moet je ook nog verschonen halverwege, dat vind ik lastig, maar ja, oké. Liever niet'.

[respondent 35, gehuwd, 53 jaar]

'Het vervelendst is dat als je lange wandelingen maakt bijvoorbeeld, wat je normaal gesproken wel zou kunnen, dat je aan het einde van de wandelingen de neiging hebt om de handen tussen je benen te houden om de boel op te houden, zal ik maar zeggen'.

[respondent 37, samenwonend, 37 jaar]

'Pijn in de rug, pijn in de buik, ja, ge wordt prikkelbaarder. Hè, als ge last van iets het en ge kan d'r zelf niets aan doen, ja dan ga dat toch een beetje op oewe zin spelen, hè'.

[respondent 31, gehuwd, 45 jaar]

Interviewgids

- Wat was voor u de belangrijkste reden om naar de huisarts te gaan?
- Hoe denkt u dat de verzakking ontstaan is?
- Heeft de verzakking invloed op uw seksuele relatie? Zo ja, op welke manier?
- Vond u het vervelend toen u merkte dat u een verzakking had?
- Wat vond u er vervelend aan en waarom (lichaam, de 'vrouwelijkheid'/ het 'vrouwelijke', ouder worden, uitzakken/verslappen)?
- Hoe denkt u over de verschillende behandelingen (voordelen/nadelen)?
- Wat denkt u over het pessarium/de operatie (gedachten/ beelden, effect, bijwerkingen, angst, (on)handig)?

Incontinence Impact Questionnaire

- Heeft de verzakking invloed op het doen van huishoudelijke werkzaamheden?
- Heeft de verzakking invloed het uitvoeren van onderhouds- of herstelwerkzaamheden in huis of tuin?
- Heeft de verzakking invloed op op lichamelijke recreatie zoals zwemmen, wandelen of andere lichamelijke inspanning?
- Heeft de verzakking invloed op uw emotionele welbevinden/geestelijke gezondheid?
- Geeft de verzakking u een gevoel van angst/nervositeit?

Bijzonder was dat één respondent aangaf in het geheel geen hinder te ervaren van de verzakking, behalve bij het naar de kerk gaan. Zij legde uit dat de verzakking bij haar een gespannen gevoel in haar onderbuik opleverde, waardoor lang stil zitten problematisch was.

Ruim de helft van het aantal vrouwen (23) had een seksuele relatie. Van deze groep gaven veertien vrouwen aan dat het hebben van gemeenschap niet beïnvloed

werd door de verzakking. Bij zeven vrouwen deed de gemeenschap pijn. Twee vrouwen vertelden bovendien dat hun seksleven beïnvloed werd, doordat ze zich schaamden voor hun partner.

Op basis van de IIQ bleek het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden voor 15 procent van de vrouwen matig tot ernstig beïnvloed te worden door de prolaps. Voor boodschappen doen liep dit op tot 25

procent en voor het zwaardere lichamelijke werk, zoals het uitvoeren van herstelwerkzaamheden aan huis of tuin, ondervond meer dan een kwart een matige tot ernstige beperking.

Uit de IIQ bleek echter ook dat bij meer dan de helft van de vrouwen de verzakking geen invloed had op het doen van dagelijkse werkzaamheden. Tien vrouwen vulden zelfs voor alle items van de IIQ in dat ze geen invloed ondervonden of dat de betreffende factor niet van toepassing was.

Ook ten aanzien van recreatieve activiteiten liet de IIQ zien dat het overgrote deel van de vrouwen weinig beperkingen ervoer (tabel 4). Sportieve inspanning bleek echter wel vaak beïnvloed te worden door de verzakking: een derde werd hierin matig tot ernstig belemmerd. Ook gingen men minder gemakkelijk naar plaatsen waarvan men niet zeker wist of er toiletten aanwezig waren. Tevens belemmerde de verzakking bij 15 procent van de vrouwen het ontplooiën van sociale activiteiten buitenshuis.

Psychisch welbevinden

Zeven vrouwen waren boos. Deze boosheid bestond vooral in het idee van: 'Waarom ik?' Voor een deel voelden zij zich gefrustreerd, doordat activiteiten die vroeger wel mogelijk waren dat nu niet meer bleken te zijn. Deze vrouwen waren vrij jong, hadden allen een partner en waren gemiddeld hoog opgeleid. Zes van deze zeven vrouwen waren tevens incontinent.

Hoewel angst geen rol speelde in de consultredenen, gaf een op de vijf vrouwen aan angst te ervaren in relatie tot de verzakking. Deze angst had twee componenten. Enerzijds was er een gevoel van onbehagen, 'het hoort niet', dat in een aantal interviews gekoppeld werd aan de angst voor kanker. Anderzijds werd enkele malen de dreiging van een mogelijke operatie als angstwekkend benoemd.

De zeven vrouwen die in het interview over boosheid hadden gesproken kenden hieraan in de IIQ de waardering 'matig'

Tabel 3 Klachten van vrouwen met een prolaps gepresenteerd aan de huisarts (n=41). Aantallen

Klachten	Ja	Nee	Anders
Verzakingsgevoel	36	5	
Vervelend gevoel bij fysieke inspanning	29	12	
Bal- of drukgevoel	22	19	
Urine-incontinentie	22	19	
Pijn in onderbuik of genitaalstreek	20	21	
Bemoeilijkt ontlasten	11	30	
Rugpijn	10	14	18*
Urineweginfecties	9	32	
Fluor	8	33	
Dyspareunie	7	16	18†
Bloedige afscheiding	5	36	

* Niet nagevraagd of niet eenduidig: vrouwen hebben soms wel last van rugpijn, maar weten niet of dit samenhangt met de prolaps.

† Niet van toepassing.

Tabel 4 Invloed van een prolaps op recreatieve activiteiten volgens de IIQ (n=40). Aantallen

Heeft de verzakking invloed op:	Geen	Beetje	Matig	Ernstig	Nvt
Hobby's/vrijtijdsbesteding	28	6	2	2	2
Lichamelijke recreatie/sporten	24	3	9	3	1
Uitgaan	24	6	2		8
Reizen 20 min. van huis	34	3	1		2
Reizen 20 min. van huis	30	6	1	1	2
Toiletten aanwezig?	23	9	1	5	2
Op vakantie gaan	25	6	1	2	6
Sociale activiteiten buitenshuis	20	5	6		9

Tabel 5 Huidige therapie en voorkeur zoals uitgesproken in interview (n=41). Aantallen

	Huidige situatie	Voorkeur*
Geen behandeling	13	
Oefeningen	7	2
Ringpessarium	17	15
Kubuspessarium	2	
Operatie	2	7

* De overigen hadden geen duidelijke voorkeur.

toe. Nog eens vijf vulden 'een beetje' boosheid in. De karakterisering 'ernstig' werd door geen van de vrouwen gebruikt.

Op de andere genoemde items (angst, depressie, schaamte) gaf meer dan driekwart van de vrouwen aan dat de verzakking hun emotionele welbevinden niet beïnvloedde.

Lichaamsbeeld

De verzakking veranderde voor vrijwel geen van de vrouwen de perceptie van hun lichaam: slechts drie vrouwen associeerden de verzakking met 'oud'. Twee van de drie gaven bovendien aan dat ze zich minder mooi en aantrekkelijk voelden. Niemand vond dat de prolaps haar gevoel van vrouw-zijn beïnvloedde, behalve één respondent: zij voelde zich meer vrouw dan daarvoor, maar dan wel een minder mooie vrouw.

'Nee, ik voel me eige niet minder vrouw, want uiteindelijk, niemand die het ziet'.

[respondent 19, gehuwd, 68 jaar]

'Ja, je gaat toch wel ja, een beetje uh minderwaardig is een groot woord, maar ja, je vind jezelf niet meer mooi. Dat d'r iets zit wat daar niet hoort te zitten. Waar je tegenaan kijkt en dan denk ik ja, wat je voelt en wat je ziet, en uh, ja, ik heb daar wel last van. Ja, ik ben een vrouw en het is de baarmoeder, dus je bent op en top vrouw, alleen (...) minder mooi. Dat is eigenlijk het woord. Ja, dat je geen mooie vrouw meer bent, dat is het juiste'.

[respondent 33, gehuwd, 39 jaar]

Twee andere respondenten gaven aan geen verandering te ervaren in de manier waarop ze tegen hun lichaam aankeken. Zij koppelden dit echter beiden aan het gegeven dat ze op dat moment geen partner hadden. Met partner zou het zich aantrekkelijk voelen wellicht wel een rol hebben gespeeld.

'Nee, maar dat komt natuurlijk ook omdat ik geen seksuele relatie heb. Dan zou het anders zijn, denk ik ja. Maar omdat ik dat niet heb, nee, ik bedoel ik hoef me voor niemand te schamen

of zo nee, ik hoef me voor niemand of niets geremd te voelen'.

[respondent 36, weduwe, 55 jaar]

Behandeling

Achtentwintig vrouwen werden ten tijde van het interview behandeld voor de prolaps (tabel 5). De ring werd door dertien vrouwen positief ervaren. De twee vrouwen met een kubus waren niet onverdeeld tevreden, maar spraken desalniettemin een voorkeur uit voor deze behandeling. Twee vrouwen zonder behandeling gaven bovendien aan een ring te willen gaan dragen. Deze tevreden pessariumgebruikers vonden het desgevraagd niet problematisch om voor het schoonmaken van de ring naar de huisarts te gaan. Ze wilden de ring niet zelf leren hanteren. Een paar vrouwen gaven wel aan de ring te ervaren als iets kunstmatigs, een hulpmiddel, iets wat niet in je lijf hoort te zitten. Hoewel vreemd, werd dit niet werkelijk ervaren als een belemmering. Zoals één respondent verwoordde, zijn we tegenwoordig immers gewend aan het gebruik van hulpstukken en prothesen.

'Ja, want je hebt zoveel dingen, mensen hebben soms wel hele stukken plaat in hun, hè, lichaam, dat dat gewoon moet dus'.

[respondent 18, weduwe, 62 jaar]

'Maar het idee dat uh, ja mijn broer en ik hebben er ook verschrikkelijk om gelachen, want ik zei: hij is niet van het ziekenfonds, want ik moet het zelf betalen. Toen zegt ie: ja, sieraden, als ik een ring koop dan moet ik 'm toch ook zelf betalen. Dus kijk, maar voor de rest dat ik denk van, oh wat een naar ding of zo, nee hoor, als het helpt dan vind ik het een uitvinding'.

[respondent 36, weduwe, 55 jaar]

Twee vrouwen hadden pijn ervaren van het pessarium. Een enkeling vond het vooral onhandig, maar zag zo gauw geen betere oplossing. Bij twee vrouwen was het niet gelukt een ring te plaatsen, omdat deze steeds uitviel.

Zeven vrouwen werden op het moment van het interview behandeld met bekken-

bodemspieroefeningen. Hierover waren slechts twee vrouwen overwegend positief. De andere vrouwen gaven aan dat het lastig was om iedere dag tijd in te ruimen voor de oefeningen. In dit kader was het opvallend dat enkele vrouwen met een pessarium vertelden daarnaast 'automatisch' oefeningen te doen.

'Het kost heel veel energie om die oefeningen, want dat betekent dus dat je dus dagelijks die oefeningen moet doen. En er dagelijks mee bezig moet zijn. Ik heb daar moeite zat mee. (...) Ik zie er het nut wel van in, maar het kost heel veel moeite. Ik ben heel druk, iedere dag op nieuw eigenlijk en dan uh, moet ik die oefeningen er ook nog tussendoor, weet je wel'.

[respondent 33, gehuwd, 39 jaar]

'Ik ben wel constant bezig met het knijpen als je je plas moet ophouden. Dat heb ik gehoord van iemand, die kreeg dat als oefening en dus ben ik dat wel automatisch zelf ook gaan proberen'.

[respondent 23, gescheiden, 47 jaar]

Zeven vrouwen spraken een duidelijke voorkeur uit voor een operatie (tabel 5). Het ging om drie vrouwen die op dat moment niet behandeld werden, en twee die nu bezig waren met oefeningen. Er was één pessariumgebruikster die aangaf het liefst geopereerd te worden.

Eén van de twee vrouwen die reeds een operatie hadden ondergaan, zei hierover zeer tevreden te zijn. Deze vrouwen hadden een voorkeur voor een operatie, omdat die pas echt afdoende zou zijn. Bij een operatie 'snijdt je de kwaal weg', wat stond tegenover het 'pappen en nathouden' door middel van een ring.

'Nee, dat gedoe, dat vind ik helemaal niks. Dan moet je waarschijnlijk toch weer iedere keer naar zo'n dokter toe voor uh om het na te laten kijken of het allemaal wel goed zit en uh al dat gezeur, dat trekt me niet. Ik denk altijd van als je een operatie hebt gehad dan ben je eraf en dan kun je weer verder en dan is het verholpen, heb ik het idee'.

[respondent 8, gehuwd, 59 jaar]

De meeste vrouwen gaven echter aan op te zien tegen een operatie, en deze daarom zo lang mogelijk te willen uitstellen. Hier-

voor werden verschillende redenen genoemd, zoals het risico van complicaties en de twijfel of het wel echt zou werken. Een ander argument was angst voor de consequenties van het weghalen van de baarmoeder.

De meerderheid van de vrouwen noemde echter redenen die niet gebonden waren aan deze specifieke operatie, maar aan algemene zaken als thuis niet gemist kunnen worden of alleen wonen. Andere overwegingen waren dat je je niet laat opereren als het niet nodig is, de angst voor pijn of voor ziekenhuizen en slechte ervaringen met vorige operaties. Eén respondent gaf aan niet onder narcose te willen, vanwege het daarmee samenhangende verlies van controle over de behandeling.

'Terwijl ik ook wel weer gehoord heb van andere mensen, want natuurlijk praat je wel eens over dingen, die dus geopereerd zijn, en hun baarmoeder verwijderd hebben. Dat die dus, naderhand, dat er heel veel mensen zijn die dan een verzakking krijgen van de blaas. Dat dat dus wel een veel voorkomend verschijnsel is'.

[respondent 19, gehuwd, 60 jaar]

'Uh, de operatie moet niet makkelijk zijn. En wat er achteraan komt. Ik heb u gezegd: ik zit hier alleen en als je dan alleen zit en je moet er 's nachts een keer uit of noem maar op, d'r is iets, ik weet het niet. Ik kan het niet zeggen. En je weet het niet. Kun je dat aan, wil je uh, krijg je hulp, krijg je geen hulp. Want de nachten daar zit ik mee, dan ben je helemaal alleen. Ik kan wel hun (de kinderen, EH) lastig vallen hoor, ze zullen ook best wel komen, maar dat ligt mij niet'.

[respondent 30, weduwe, 77 jaar]

De helft van de vrouwen zei over te zullen gaan tot een operatie als alle andere mogelijkheden zouden falen. Voor dertien vrouwen zou in het bijzonder het ontstaan van incontinentie reden zijn om zich te laten opereren.

'Maar het is wel niet zo, dat als mijn klachten erger zouden worden en dat (operatie, EH) zou de oplossing zijn, dat ik zou zeggen van dat wil ik niet. Dat niet. Ik noem het voorbeeld van mijn moeder en dat wil ik dus absoluut zien te voorkomen als dat kan. Dat is gewoon

verschrikkelijk. Dat mens was echt helemaal incontinent'. [respondent 40, gehuwd, 52 jaar]

Vrouwen die een voorkeur uitspraken voor de ring verschilden op enkele punten van de vrouwen die graag geopereerd wilden worden. Geen van de alleenstaande vrouwen wilde geopereerd worden. Bovendien – en dit loopt deels parallel met het vorige – nam de voorkeur voor een ring toe met de leeftijd.

Tot slot hadden zes van de zeven vrouwen die een voorkeur uitspraken voor een operatie, last van incontinentie. Van de vrouwen die het liefst een ring wilden, was daarentegen slechts een derde incontinent. De voorkeur die werd uitgesproken bleek niet samen te hangen met andere kenmerken als opleiding, pariteit, leef- of werksituatie.

Beschouwing

Ons onderzoek heeft een aantal beperkingen.

- De respondenten werden aangemeld via de huisarts, en er is dus niet gesproken met vrouwen die geen arts consulteren. Mogelijk zijn dit vrouwen die nog minder last hebben van de verzakking, maar het kan ook gaan om vrouwen die zich zo sterk schamen voor hun verzakking, dat zij niet naar een dokter willen gaan. Verder bestaat de mogelijkheid dat wij verhalen hebben gemist, als gevolg van het ontbreken van lesbische en allochtone vrouwen.
- Wij hebben voor het onderzoek gebruik gemaakt van een interview, aangevuld met een vragenlijst. De mogelijkheid bestaat dat aanvullende methoden, zoals een dagboek, nog andere inzichten zouden hebben opgeleverd.
- Een belangrijke valkuil bij kwalitatief onderzoek is de subjectiviteit. Die subjectiviteit hebben wij proberen te beperken door diverse maatregelen te nemen, maar helemaal uit te sluiten is dit probleem niet.
- Dankzij het feit dat er geen (behandel)relatie tussen de patiënt en de onderzoeker bestond, konden de vrouwen open en vrij vertellen, zodat de kans op sociaal wenselijke antwoorden geminimaliseerd

was. Een nadeel van deze keuze is echter het ontbreken van een vertrouwensband, terwijl die in een dergelijk contact ook niet kan worden opgebouwd. Hierdoor is wellicht precieze informatie achtergehouden. Het vrouw-zijn van de onderzoeker heeft de openheid naar onze mening gunstig beïnvloed.

Ondanks deze beperkingen denken wij dat het onderzoek een aantal belangrijke bevindingen heeft opgeleverd.

Pijn in de onderbuik of genitaalstreek en praktische hinder werden het meest genoemd als reden om de dokter te consulteren. Daarnaast is een op de vijf vrouwen bang voor kanker. In ons onderzoek heeft de helft van de vrouwen met een verzakking tegelijkertijd urine-incontinentie.

Opvallend is dat urineweginfecties in ons onderzoek vaker voorkwamen dan in leerboeken wordt vermeld. Hetzelfde lijkt te gelden voor lage-rugpijn. Een kwantitatief onderzoek naar frequentie en ernst van de klachten van vrouwen met een prolaps in de huisartspraktijk zou hier meer duidelijkheid kunnen verschaffen.

Een verrassende uitkomst is dat de perceptie van het vrouw-zijn niet werd aangetaast. De vrouwen leken bovendien psychisch weinig hinder te ondervinden van de verzakking. Het is evenwel denkbaar dat het zelfrespect van vrouwen met een verzakking dusdanig is beschadigd, dat eventuele psychische gevolgen uit een soort zelfbehoud worden ontkend. De onderzochte vrouwen zouden zich een sterke rol tegenover de veel jongere onderzoeker kunnen aanmeten. De onderzoeker kreeg echter tijdens de interviews de indruk dat de vrouwen open en vrij vertelden. Bovendien moet men bedenken dat de onderzoeksgroep bestond uit vrouwen die voor het eerst met deze klacht naar de huisarts waren gegaan. De psychische last kan groter worden als, ondanks een pessarium, hinder blijft bestaan. In tegenstelling tot vrouwen met urine-incontinentie,¹² lijkt bij de verzakking al met al niet de psychische, maar vooral de praktische hinder op de voorgrond te staan.

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in het beleven van en omgaan met een verzak-

king door patiënten in de huisartspraktijk. Dit lijkt ons waardevolle informatie bij de behandeling van vrouwen met een prolaps. Daarnaast is adequaat verhelpen van de pijn en de hinder van het grootste belang. De vrouwen uit dit onderzoek spreken hun voorkeur uit voor behandeling met een pessarium. Voor het kiezen van de juiste behandeling met effect op termijn wordt een prospectief gerandomiseerd vergelijkend onderzoek naar de effecten van chirurgische interventie en pessariumgebruik node gemist.

Literatuur

- 1 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 2 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. Tweede druk. Utrecht: Bunge, 1994.
- 3 Treffers PE, Heintz APM, Keirse MJNC, Roland R, redactie. Obstetrie en gynaecologie; de voortplanting van de mens. Tweede druk. Utrecht: Bunge, 1995.
- 4 Lammes FB. Praktische gynaecologie. Zesde druk. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1997.
- 5 Helmich E, Lagro-Janssen ALM. De genitale prolaps. Een literatuurstudie naar etiologie, klachtpresentatie en behandeling. Huisarts Wet 1998;41:570-5.
- 6 Panayotis G, Ellenbogen A, Grunstein S. Major gynecologic surgical procedures in the aged. J Am Geriatr Soc 1978;26:459-62.
- 7 Lagro-Janssen T. Nooit op tijd; een onderzoek naar urine-incontinentie bij de vrouw. Huisarts Wet 1986;29:38-41.
- 8 Hastwell GB. Psychogenic pain or occult prolapse syndrome? Med J Aust 1986;144:405-7.
- 9 Weber AM, Walters MD, Schover LR, Mitchinson A. Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol 1995;85:4830-7.
- 10 Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ, 1995;311:251-3.
- 11 Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, et al. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Quality of Life Research, 1994; 3:291-306.
- 12 Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.