

CARA EN SEKSUALITEIT^o

J.A. Peersmann-Rijlaarsdam, N. Breederveld, H.B.M. van de Wiel, W.C.M. Weijmar Schultz, G.H. Koëter en E.C. Klip*

CARA is een aandoening van de luchtwegen, die gekenmerkt wordt door wisselende kortademigheidsklachten en/of hoesten. De bestaande literatuur biedt bepaald geen volledig of genuanceerd overzicht van de gevolgen van CARA voor het seksuele leven. Van enig houvast voor gerichte hulpverlening is dan ook geen sprake, terwijl in de literatuur wel een behoefte aan hulp wordt signaleerd. In dit artikel worden de resultaten van een inventariserend retrospectief onderzoek (met behulp van een schriftelijke enquête) vermeld. De achterliggende vraagstelling hierbij was: 1. In hoeverre hebben patiënten met CARA last van seksuele stoornissen ten gevolge van hun ziekte? 2. Hoe is de verdeling van de seksuele problematiek, zowel qua aard als omvang, over de soort CARA (astma versus COPD)? 3. Hoe is de verdeling van de seksuele problematiek, zowel qua aard als omvang, over de sexen? In totaal ontvingen 441 patiënten de enquête en er werden 239 bruikbare vragenlijsten geretourneerd (respons = 54%). Gezien de opzet van het onderzoek kunnen geen al te harde conclusies worden getrokken, maar het lijkt er op dat de ademhalingsklachten bij CARA tot een aanzienlijke verstoring van het seksueel functioneren kunnen leiden. Over het algemeen krijgen mannelijke COPD-patiënten het meest te maken met seksuele dysfuncties. Op vrijwel alle aspecten van het seksueel functioneren rapporteren mannen meer dan vrouwen, en COPD-patiënten meer dan astma-patiënten, problemen.

CARA

CARA is een aandoening van de luchtwegen, die gekenmerkt wordt door kortademigheid en/of hoesten. De afkorting CARA staat voor de woorden Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen. Hieronder vallen astma, chronische bronchitis en longemfyseem. Chronische bronchitis en longemfyseem worden veelal met de afkorting COPD ('chronic obstructive pulmonary disease') aangeduid (zie kader).

* Drs J.A. Peersmann-Rijlaarsdam, psychologe(1), drs N. Breederveld, longarts i.o.(2), dr H.B.M. van de Wiel, psycholoog(1,3), dr W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog(3), prof.dr G.E. Koëter, longarts(2), prof. dr E.C. Klip, psycholoog(1)

1) Vakgroep Medische Psychologie, Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.

2) Afdeling Longziekten, Academisch Ziekenhuis Groningen.

3) Vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, Academisch Ziekenhuis Groningen.

Het onderzoeksproject wordt gesubsidieerd door het Astmafonds, en maakt deel uit van de onderzoekslijnen: A. Seksualiteit, ziekte en handicap (Gezondheidswetenschappen en Obstetrie & Gynaecologie R.U.G.), en B. CARA Research Group Groningen.

Correspondentie met Dr. H.B.M. van de Wiel.

^o Geaccepteerd voor publicatie 13 mei 1994.

Astma

Astma wordt gekenmerkt door aanvallen van (soms hevige) kortademigheid. Meestal betreft het jonge mensen waarbij allergische reacties een rol spelen. In de periode tussen de aanvallen kan de longfunctie volledig normaal zijn en bestaan er geen klachten.

COPD

Chronische bronchitis wordt gekenmerkt door continue kortademigheidsklachten, wisselend in ernst, met hoesten en opgeven van slijm gedurende een aantal maanden per jaar. Bij inspanning neemt de kortademigheid vaak toe. Ook in een klachtenvrije periode worden veelal longfunctie-afwijkingen gemeten. Het betreft oudere patiënten waarvan een aanzienlijk deel (ge)rookt (heeft).

Longemfyseem wordt gekenmerkt door een toename van de kortademigheid bij soms zeer geringe inspanning, waardoor deze patiënten ernstig geïnvaleideerd kunnen zijn. Roken levert waarschijnlijk een belangrijke bijdrage aan het ontstaan van deze aandoening. In de volksmond wordt emfyseem vaak aangeduid met: "De rek is uit de long".

Chronische ziekte en seksualiteit

Een chronische ziekte heeft ingrijpende gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving. Ook CARA kan invalidering in de hand werken en het is dan ook van groot belang dat men zich bij de begeleiding en revalidatie van CARA-patiënten op alle levensgebieden richt waarmee de longaandoening interfereert (Selecky, 1993). Eén van die levensgebieden is de seksualiteit. Immers, als het seksuele leven problematisch wordt, zijn spanningen op individueel en relationeel niveau te verwachten, die op hun beurt weer kunnen leiden tot verlaging van zelfwaardering, verstoring van het emotionele evenwicht en verlies van sociale contacten. Omgekeerd kan een bevredigende seksuele interactie een belangrijk positief effect hebben op het algemeen functioneren van chronisch zieken (van de Wiel en Weijmar Schultz, 1989). Het is dan ook onterecht dat juist het onderwerp 'CARA en seksualiteit' sterk onderbelicht is gebleven (Maillé en Kaptein, 1991).

Literatuuroverzicht

Als we de literatuur bekijken, valt onmiddellijk de schaarse hoeveelheid empirisch onderzoek naar CARA en seksualiteit op. Het merendeel van de artikelen is opiniërend en adviserend van aard en berust niet op eigen onderzoek (zie bijv. Walbroehl, 1992; Stockdale-Wooley, 1983; van Zijverden, 1981; Conine, 1981). Aandacht is tot nu toe nog vrijwel uitsluitend besteed aan de seksuele problematiek bij COPD-patiënten, terwijl de seksuele problemen bij astma nauwelijks aan bod zijn gekomen. Eenzelfde eenzijdige aandachtsverdeling ten aanzien van de seksuele problematiek vinden we terug tussen mannen en vrouwen. Als er al iets bekend is over dit onderwerp, betreft het onderzoek over mannen. Ook methodologisch schort er nogal wat aan het bestaande onderzoek. Het gaat vrijwel altijd om zeer kleine populaties

waarbij/waardoor er niet of nauwelijks stratificatie voor geneesmiddelengebruik heeft plaatsgevonden. Statistische analyses ontbreken doorgaans, evenals controle- of vergelijkingsgroepen. Tot slot zij vermeld dat in veel gevallen seksualiteit gelijk gesteld is aan de coïtusfrequentie, hetgeen een wel erg beperkt beeld oplevert. Bestaande onderzoeksresultaten kunnen derhalve het best als indicatief en hypothesevormend worden gezien. Als we de literatuur op deze wijze beschouwen, komt het volgende beeld naar voren. Zowel COPD-patiënten als astma-patiënten ondervinden veel hinder van hun ademhalingsklachten bij het vrijen, waarbij een positieve samenhang lijkt te bestaan tussen de ernst van de CARA en het seksueel dysfunctioneren (Fletcher en Martin, 1982; Hanson, 1982; Andrews, 1985). Impotentie lijkt de belangrijkste seksuele klacht te zijn bij mannelijke COPD-patiënten, informatie over vrouwen ontbreekt. Onduidelijkheid bestaat over de mate waarin fysiologische processen bijdragen aan de genoemde impotentieklachten (Semple et al., 1979, 1980, 1983). Verder is bekend dat slechts een klein gedeelte van de CARA-patiënten met seksuele problemen hiervoor hulp zoekt bij de dokter (Eekhof et al., 1991). Pomerantz (1987) schat dat bij een ernstige vorm van CARA 75% tot 90% van de patiënten seksuele problemen van chronische of voorbijgaande aard heeft. Empirische onderbouwing hiervoor ontbreekt echter. Diverse publikaties benadrukken de multicausale aard van het seksueel dysfunctioneren bij CARA-patiënten (Thompson, 1986; Pomerantz, 1987; Petty, 1986; Kaptein, 1989, 1982). Men noemt als mogelijke oorzaken van seksuele problemen bij CARA-patiënten: lichamelijke beperkingen, angst voor toenemen van de benauwdheid, schaamte, verminderd gevoel van eigenwaarde, depressie, negatief lichaamsbeeld en eventuele bijwerkingen van medicijnen. Kortom, de bestaande literatuur geeft bepaald geen volledig of genuanceerd overzicht van de gevolgen van CARA voor het seksuele leven. Enig houvast voor gerichte hulpverlening ontbreekt, terwijl er volgens de literatuur wel een grote behoefte hieraan bestaat.

Vraagstelling lopend onderzoek

Om aan de hierboven gesignaleerde lacune een eind te maken, werd in samenwerking met de afdeling Longziekten van het Academisch Ziekenhuis Groningen een onderzoeksteam geformeerd om de gevolgen van CARA voor het seksuele leven nader te onderzoeken. Het Nederlandse Astma Fonds ondersteunt financieel het onderzoek dat is ingebed in de onderzoekslijn 'Seksualiteit, ziekte en handicap' van de vakgroepen Gezondheidswetenschappen en Obstetrie & Gynaecologie van de Rijksuniversiteit Groningen. Binnen deze lijn vindt specifiek seksuologisch onderzoek plaats naar de gevolgen van diverse lichamelijke aandoeningen en medische behandelingen.

Het betreft hier een grootschalig onderzoek waarbij men zowel van retrospectieve als prospectieve enquêtes en een beperkt aantal diepte-interviews gebruik maakt. In de eerste, inmiddels afgesloten, fase van het onderzoek vond de retrospectieve studie plaats. Op grond van de resultaten die hieruit voortvloeiden, is een voorlichtingsbrochure over CARA en seksualiteit vervaardigd (Peersmann-Rijlaarsdam e.a., 1993). In de tweede fase van het onderzoek die momenteel gaande is, wordt het seksueel functioneren van CARA-patiënten prospectief bestudeerd. Bovendien zal men de effectiviteit van het vervaardigde voorlichtingsmateriaal in een gerandomiseerde studie nader onderzoeken. Dit artikel vermeldt de eerste resultaten van het inventariserende retrospectieve onderzoek. De achterliggende vraagstelling hierbij was:

1. In hoeverre hebben patiënten met CARA last van seksuele stoornissen ten gevolge van hun ziekte?
2. Hoe is de verdeling van de seksuele problematiek, zowel qua aard als omvang, over de soort CARA (astma versus COPD)?
3. Hoe is de verdeling van de seksuele problematiek, zowel qua aard als omvang, over de seksen?

Methoden

Patiënten

Alle patiënten met CARA, die in 1990 en 1991 voor het eerst de polikliniek van de afdeling Longziekten in het A.Z.G. bezochten, werden aangeschreven met het verzoek mee te werken aan een schriftelijke enquête over het onderwerp 'CARA en Seksualiteit'. In totaal ontvingen 441 patiënten de enquête en werden er 239 bruikbare vragenlijsten geretourneerd. De uiteindelijke respons komt daarmee op 54%. Het betreft 49% mannen (N=117) en 51% vrouwen (N=122). 172 patiënten hadden astma (72%) en 67 (28%) COPD. De leeftijd varieert van 16 tot 70, in de astma-groep met een gemiddelde van 37 jaar en in de COPD-groep met een gemiddelde van 49 jaar.

De enquête

Omdat iedere patiënt in principe ongevraagd zou worden geconfronteerd met deze enquête, kozen wij voor een korte vragenlijst die men anoniem kon invullen. De vragenlijst (zie bijlage 1) bestond uit 28 meerkeuzevragen, betrekking hebbende op de volgende soorten variabelen: *demografische variabelen; * medische variabelen; * seksuele variabelen.

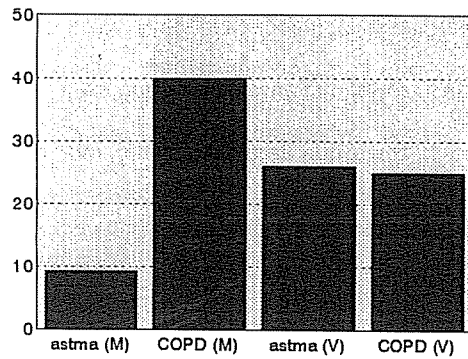
Het seksueel functioneren werd gedefinieerd als een cluster van verschillende aspecten van seksualiteit zoals seksuele motivatie, seksuele opwindbaarheid, orgasticiteit, seksuele satisfactie en de satisfactie van de partner. Eenzelfde benadering was in het verleden effectief bij mensen met een stoma (van de Wiel e.a., 1991).

Met behulp van een open vraag onderzoekt men of de patiënt vanwege zijn/haar ademhalingsklachten beperkingen op seksueel gebied ervaart en zo ja, welke die beperkingen zijn.

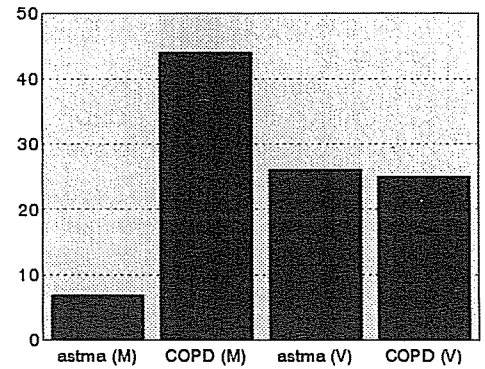
Bij de verwerking van de resultaten is een vereenvoudiging aangebracht door de data te reduceren tot twee antwoordcategorieën: wel of geen negatief effect door de ademhalingsklachten. Hoewel dit uiteraard ten koste gaat van de nuancering is hiervoor omwille van de duidelijkheid en interpreteerbaarheid van de gegevens toch gekozen. In het prospectieve deel van het onderzoek zal het accent weer meer op de nuancering liggen omdat men dan meer met specifieke hypothesen en operationalisaties kan werken.

Resultaten

De uitkomsten van de enquête zijn grafisch weergegeven in figuur 1 t/m 6.



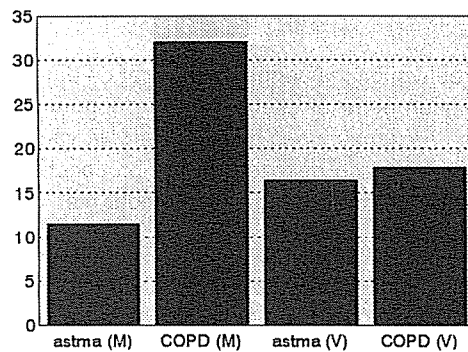
Figuur 1. Percentages van respondenten met een verminderde seksuele motivatie vanwege de ademhalingsklachten, uitgesplitst naar soort CARA en geslacht (M=man; V=vrouw).



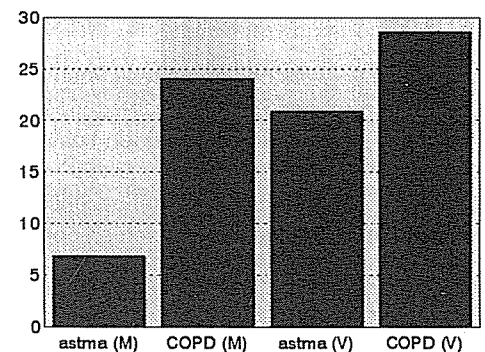
Figuur 2. Percentages van respondenten die minder opwinding ervaren vanwege de ademhalingsklachten, uitgesplitst naar soort CARA en geslacht.

De resultaten laten zien dat een aanzienlijk deel van de CARA-patiënten minder zin in vrijen heeft vanwege de ademhalingsklachten. Over het geheel is dit 22%. De grootste reductie is libido valt waar te nemen bij de groep mannen met COPD, terwijl mannen met astma beduidend minder libidoverlies rapporteren. Vrouwen rapporteren over de hele linie een vermindering van zin om te vrijen van zo'n 25%, waarbij de aard van de aandoening, astma of COPD, geen wezenlijk verschil uitmaakt.

Zoals uit figuur 2 naar voren komt, blijken de ademhalingsklachten tevens tot een aanzienlijke vermindering van de seksuele opwindbaarheid te leiden. Gemiddeld is de gehele groep er zo'n 18% door de klachten op achteruit gegaan. Ook ditmaal is eenzelfde sekse-specifieke tendens waarneembaar, waarbij de mannen met COPD verreweg de meeste reductie ervaren. Opnieuw bestaat geen significant verschil in klachten tussen vrouwen met astma en vrouwen met COPD. Slechts een klein percentage van de mannen met astma raakt minder opgewonden vanwege de ademhalingsklachten.



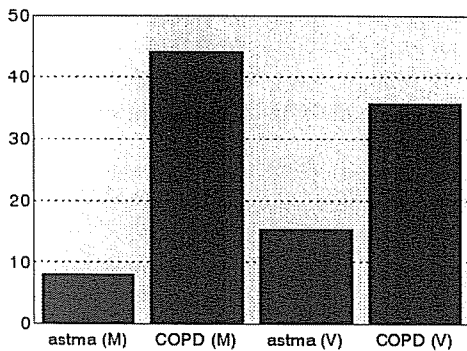
Figuur 3. Percentages van respondenten met een verminderde orgasticeit vanwege de ademhalingsklachten, uitgesplitst naar soort CARA en geslacht.



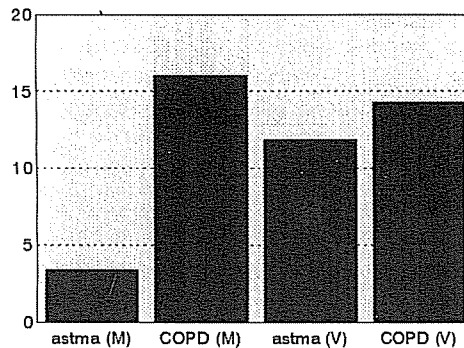
Figuur 4. Percentages van respondenten met een verminderde seksuele satisfactie vanwege de ademhalingsklachten, uitgesplitst naar soort CARA en geslacht.

De gemelde veranderingen in orgasticiteit lopen vrijwel parallel aan de veranderingen in seksuele motivatie en opwindbaarheid i.c. 18% voor de gehele groep. Er blijkt een aanzienlijke groep mannen met COPD te bestaan die aangeven minder klaar te komen vanwege de ademhalingsklachten. Opnieuw contrasteert dit alleen voor de mannen met de astma-groep; bij vrouwen bestaat wederom geen verschil per subgroep.

De seksuele satisfactie (figuur 4) volgt in grote lijnen het patroon van de eerder geschetste veranderingen; een algemene ontevredenheid van zo'n 18%. Opvallend is ditmaal dat het niet de mannen, maar de vrouwen met COPD zijn die meest negatieve invloed van hun aandoening op het seksuele leven laten zien. Mannen met astma scoren opnieuw opvallend laag.



Figuur 5. Percentages van respondenten die seksuele beperkingen ervaart vanwege de ademhalingsklachten, uitgesplitst naar soort CARA en geslacht.



Figuur 6. Percentages van respondenten waarvan de partner een verminderde seksuele satisfactie heeft vanwege de ademhalingsklachten, uitgesplitst naar soort CARA en geslacht.

Over de gehele linie is sprake van een gemiddelde mate van beperking van zo'n 19%. Opvallend is hierbij dat het niet zozeer de sekse als wel de aard van de aandoening is die het meest bepalend lijkt te zijn voor de mate van ervaren beperking. COPD leidt tot aanzienlijk meer beperkingen dan astma. Er bestaat geen significant verschil tussen vrouwen en mannen bij beide soorten CARA.

In de ogen van patiënten zijn partners over het algemeen genomen enigszins ontevreden (gemiddeld 10%) over hun seksuele leven met een CARA-patiënt (figuur 6). Een opvallend gunstige uitzondering lijken de partners van mannen met astma te zijn; ze ervaren (volgens de patiënt) nauwelijks enige ontevredenheid ten gevolge van de klachten. De overige groepen denken dat hun partners toch wel in aanzienlijke mate (>10%) ontevreden zijn over hun seksuele leven ten gevolge van de optredende klachten. De percentages van verminderde satisfactie van de partner zijn over de gehele linie aanzienlijk lager dan de percentages voor de voorafgaande seksuele variabelen.

Een overzicht van de resultaten, uitgesplitst naar geslacht en aandoening, is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Veranderingen in seksueel functioneren, uitgesplitst naar geslacht en soort (weergegeven in %)

<u>Vermindering seksuele motivatie</u>	Mannen	#	Vrouwen
astma	9.2		26.0 *
COPD	40.0		25.0
<u>Vermindering seksuele opwinding</u>	Mannen	#	Vrouwen
astma	6.9		26.0 *
COPD	44.0		25.0
<u>Vermindering orgasticeit</u>	Mannen		Vrouwen
astma	11.5		16.5 *
COPD	32.0		17.9
<u>Mate van seksuele ontevredenheid patiënten</u>	Mannen	#	Vrouwen
astma	6.9		20.9 *
COPD	24.0		28.6
<u>Mate van seksuele beperking</u>	Mannen		Vrouwen
astma	8.0		15.4 *
COPD	44.0		35.7
<u>Mate van seksuele ontevredenheid partners</u>	Mannen	#	Vrouwen
astma	3.4		11.9 *
COPD	16.0		14.3

#significant ($p < .05$) verschil tussen mannen en vrouwen*significant ($p < .05$) verschil tussen astma en COPD

Op de open vraag naar de beperkingen op seksueel gebied vanwege de ademhalingsklachten kwam een aantal thema's naar voren. Bij mannen: last van vermoeidheid, problemen met houdingen en onderbrekingen voor medicatie; bij vrouwen: angst en schaamte voor klachten en schuldgevoelens ten aanzien van de partner.

Discussie

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten dient men te bedenken dat het om een retrospectief onderzoek gaat en dat de operationalisaties per deelaspect van seksualiteit beperkt zijn. De hieronder getrokken conclusies dient men dan ook vooral op te vatten als aankno-

pingspunten voor prospectief (vervolg)onderzoek. Ondanks deze beperkingen kunnen we samenvattend stellen dat de ademhalingsklachten bij CARA tot een aanzienlijke verstoring van het seksueel functioneren kunnen leiden.

Over het algemeen krijgen COPD-patiënten het meest te maken met seksuele dysfuncties vanwege hun ademhalingsklachten. Voor COPD is het ontstaan van kortademigheidsklachten bij geringe inspanning, zoals bijvoorbeeld traplopen heel kenmerkend: bij matige tot ernstige longfunctiestoornissen moet een patiënt al snel stoppen door het optreden van kortademigheidsklachten. Dit komt vooral naar voren in de mate waarin patiënten seksuele beperkingen ervaren vanwege hun aandoening. Bijna de helft van de COPD-patiënten geeft aan dat hun aandoening in meerdere of mindere mate tot belemmeringen op seksueel gebied heeft geleid. De respondenten noemen zowel fysiologische (vermoeidheid, toename van kortademigheid) als psychologische factoren (angst en schaamte voor de klachten) als belemmeringen. Dat seksuele beperkingen niet altijd samengaan met eenzelfde negatief effect op de andere deelaspecten van seksualiteit blijkt uit de opmerkelijke sekse-specifieke verschillen.

Voor mannen met COPD speelt de aard van de aandoening een beslissende rol bij de veranderingen op seksueel gebied, terwijl dit voor vrouwen met CARA geen verschil lijkt uit te maken. Over de gehele linie is de verstoring van het seksueel functioneren voor de mannen met COPD het sterkst aanwezig. Dit geldt met name voor de meer fysiologische deelaspecten van seksualiteit, zoals de opwindbaarheid en orgasticiteit. Ook het libido-verlies is aanzienlijk bij deze groep patiënten. Op grond van deze resultaten is de eenzijdige berichtgeving in de literatuur, waarbij men zich vooral richt op de seksuele problematiek van mannen met COPD, enigszins te begrijpen. Enigszins, want ook het melden van het ontbreken van significante verschillen is interessante en relevante informatie. Bovendien blijkt toch ook een belangrijk deel van de vrouwen met CARA met seksuele problemen te kampen.

Mannen met astma rapporteren opvallend weinig klachten over seksuele stoornissen. De meeste patiënten met astma hebben, indien ze goed zijn ingesteld op medicatie, vrijwel geen longfunctiebeperkingen en zijn tot normale lichamelijke inspanningen in staat. Interessant is het te zien dat vrouwen met astma nagenoeg in dezelfde mate problemen met hun seksueel functioneren hebben als vrouwen met COPD, hoewel zij beduidend minder beperkingen in het seksueel handelen ervaren. Mogelijk dat bij vrouwelijke CARA-patiënten de psychologische kwetsbaarheid naar voren komt die immers niet gebonden is aan lichamelijke factoren. Bij mannen wordt deze psychologische kwetsbaarheid overvleugeld door de meer waarneembare fysieke kwetsbaarheid, i.c. het onvermogen gemeenschap te hebben. Het uitgangspunt uit de literatuur waarbij een toename in ernst van de CARA samengaat met een toename van het seksueel dysfunctioneren gaat op grond van deze resultaten dus alleen op voor mannen met CARA.

Daarnaast gaat het bij COPD-patiënten om een relatief oudere populatie. Men kan dus ook veranderingen in het seksueel functioneren tengevolge van veroudering verwachten. Wanneer de patiënt deze veranderingen niet als zodanig onderkent en deze wijt aan de long-aandoening, kan dit psychologische en eventueel seksuele problemen in de hand werken. Zo vond Bella (1984) aanwijzingen dat dit voor met name mannen met COPD het geval is. Er bestaat een verband tussen een toename in leeftijd en een toename in de gerapporteerde seksuele problematiek bij de mannelijke COPD-groep. In het inmiddels gestarte prospectieve vervolgonderzoek zal men hier verder naar kijken en zal men de resultaten tevens vergelijken met normgroepen uit de normale populatie.

Wanneer we de uitkomsten in een wat groter kader plaatsen komen ze sterk overeen met bevindingen uit andere onderzoeken op het gebied van seksualiteit, ziekte en handicap. In grote lijnen komt uit dit onderzoek naar voren dat confrontatie met een ernstige ziekte of handicap een sterk sexe-rolbevestigend effect heeft; vrouwen benadrukken het belang van intimiteit en mannen dat van seksuele opwindning en geslachtsgemeenschap. Vrouwen zijn hierdoor in hun seksualiteitsbeleving minder afhankelijk van hun lichamelijke capaciteiten dan mannen (van de Wiel e.a., 1991). Ook in dit onderzoek zien we dat de lichamelijke toestand, gerelateerd aan de aard van de aandoening, bij de vrouwen weinig uitmaakt. Bij de mannen is dat juist wel het geval. Pomerantz (1987) merkt in dit kader op dat CARA-patiënten, i.c. mannen, liever 'kiezen' voor totale onthouding dan zich aan de ziekte aan te passen. Dit verklaart het door de respondenten veelvuldig aangehaalde probleem dat houdingen en vermoeidheid grote belemmeringen tijdens de seksuele activiteit vormen. Wanneer men de stereotiepe mannelijke en vrouwelijke gedragspatronen niet doorbreekt, blijven deze seksuele beperkingen bestaan. Al met al vervullen psychologische mechanismen kennelijk ook hier een belangrijke rol in het proces van seksuele aanpassing. Gezien de vaak beperkte mogelijkheden om de fysieke toestand te verbeteren, liggen op psychologisch gebied dan ook goede kansen om seksuele aanpassing te realiseren.

In hoeverre dit momenteel in de hulpverlening reeds geschiedt is echter de vraag, gezien de tot nu toe beperkte aandacht voor dit onderwerp bij klinici. In dit onderzoek blijkt slechts 2% van de ondervraagden informatie te hebben ontvangen over seksualiteit in relatie tot hun ziekte en 1% kreeg begeleiding op dit gebied. Ook de literatuur maakt slechts sporadisch melding van revalidatie- en voorlichtingsprogramma's voor CARA-patiënten, waarbij men seksualiteit als vast thema aan de orde stelt (Hahn, 1989). Teneinde het revalidatieproces zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen lijkt het ons dan ook zaak aan veranderingen in seksuele mogelijkheden, en zeker aan seksuele problemen aandacht te besteden.

Summary

Chronic non-specific lung disease and sexual functioning

CNSLD (chronic non-specific lung disease) is a bronchial complaint characterised by paroxysmal attacks of broncho-spasm causing difficulty with breathing and/or coughing. The existing literature does not offer any type of overview or any subtle indications of the consequences of CNSLD on a person's sexual life. We therefore have no guidelines on which to base patient-orientated therapy, while the literature indicates that there is a real need for such measures.

This paper reports the results of a retrospective inventory study using a printed questionnaire which was designed on the basis of the following questions:

1. To what extent do CNSLD patients suffer from sexual problems as a result of their disease?
2. How are the sexual problems distributed (regarding nature and extent) over the different types of CNSLD (asthma versus COPD)?
3. How are the sexual problems distributed (regarding nature and extent) over the sexes?

We mailed a total of 441 questionnaires to CNSLD patients; 239 were returned and usable (response rate 54%). In view of the way in which the study was conducted, we could not draw any definitive conclusions, but the results indicated that breathing difficulties can lead to considerable disruption of sexual functioning in CNSLD patients. In general, male COPD patients were the worst-off regarding sexual dysfunctions. In nearly all aspects of sexual functioning, men had more problems than women and COPD patients had more problems than any other type of asthma patient.

Literatuur

- Andrews, J.L. (1985). Sex en asthma. In: E.B. Weiss, M.S. Segal, M.S. Stein (eds.) *Bronchio Asthma*. Little Brown, Boston.
- Bella, L.D. (1984). Sexuality and the pulmonary patient. In: J.E. Hodgkin, E.G. Zorn en G.L. Conners (eds.) *Pulmonary Rehabilitation - guidelines to success*. Butterworth Publishers, Boston.
- Conine, T.A. en J.H. Evans (1981). Sexual adjustment in COPD. *Respiratory Care*, 26: 871-874.
- Eekhof, J.A.H., J.H. van Selm, C.F.J.L. Tombrock, G.F.W. Hoogslag en A.A. Kaptein (1991). De seksualiteitsbeleving van oudere patiënten met COPD. *Huisarts en wetenschap*, 34: 527-530.
- Fletcher, E.C. en R.J. Martin (1982). Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 81: 413-421.
- Hahn, K. (1989). Sexuality and COPD. *Rehabilitation Nursing*, 14: 191-195.
- Hanson, E.I. (1982). Effects of chronic lung disease on life in general and on sexuality: perceptions of adult patients. *Heart Lung*, 11: 435-441.
- Kaptein, A.A. (1982). Psychological correlates of length of hospitalization and rehospitalization in patients with acute, severe asthma. *Soc. Sci. Med.*, 16: 725-729.
- Kaptein, A.A. (1988). CARA en seksualiteit. *Contrastma*, 28: 82-84.
- Maillé, A.R. en A.A. Kaptein (1991). *Omgaan met CARA; sociaal-wetenschappelijk onderzoek: op weg naar de toekomst*. Nederlands Astma Fonds, Leusden.
- Peersmann-Rijlaarsdam, J.A., N. Breederveld, H.B.M. van de Wiel, W.C.M. Weijmar Schultz, G.H. Koëter, E.C. Klip (1993). *CARA en seksualiteit; een voorlichtingsbrochure*. Groningen.
- Petty, T.L. (1986). Health, sex and better quality of life for your COPD-patient. *Medical aspects of Human Sexuality*, Aug: 70-85.
- Pomerantz, H.B. (1987). Seksualiteit en CARA. In: MCT Moors-Mommers et al. (red.). *Handboek seksuele hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Selecty, P.A. (1993). Sexuality and the patient with lung disease. In: *Principles of pulmonary rehabilitation*. Petty Saunders, Casabutti.
- Semple, P.D., W.S. Watson, G.H. Beastall, M.I.F. Bethel, J.K. Grant en R. Hume (1979). Diet, absorption and hormone studies in relation to body weight in obstructive airways disease. *Thorax*, 34: 783-788.
- Semple, P.D., G.H. Beastall en R. Hume (1980). Male sexual dysfunction, low serum testosterone and respiratory hypoxia. *Br.J.Sex.Med.* 7: 48-53.
- Semple, P.D., T.M. Brown, G.H. Beastall en C.G. Semple (1983). Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive disease. *Chest*, 83: 587-588.
- Stockdale-Woolley, R.N. (1983). Sexual dysfunction and COPD: Problems and management. *Nurse Practitioner*, febr: 15-20.
- Thompson, W.L. (1986). Sexual problems in chronic respiratory disease; achieving and maintaining intimacy. *Postgrad. Med.*, 79: 41-52.
- Walbroehl, G.S. (1992). Sexual concerns of the patient with pulmonary disease. *Postgraduate Medicine*, 91: 455-459.
- Wiel, H.B.M. van de en W.C.M. Weijmar Schultz (1989). Zorg rond seksualiteit (I). *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 102: 300-308.
- Wiel, H.B.M. van de, W.C.M. Weijmar Schultz, M.W. Hengeveld en A. Staneke (1991). Sexual functioning after ostomy surgery. *Sexual and marital Therapy*, 6: 195-209.
- Zijverden, J. van (1981). Lichamelijkheid en intimiteit. In: J. van Zijverden (red.). *Benaauwd bestaan*. De Tijdstroom, Lochem.