

Seksuele problemen en hulpvraaggedrag bij diabetici, hypertensieven en patiënten met chronische obstructieve longziekten in een huisartspraktijk

Bram Bovée, Toine Lagro-Janssen, Marianne Vergeer

UMC St Radboud Nijmegen, afd. huisartsgeneeskunde en vrouwenstudies medische wetenschappen, afd. gynaecologie en obstetrie

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is het vaststellen van de mate en de ervaren ernst van seksuele problemen en de hulpvraag daaromtrent bij patiënten met chronische aandoeningen in een huisartspraktijk. Patiënten tussen 16 en 75 jaar met diabetes mellitus, hypertensie en chronische obstructieve longziekten (COPD) werden geselecteerd uit het patiëntenbestand van een academisch registrerende huisartspraktijk. Met behulp van een vragenlijst werden aan een onderzoeksgroep van 240 en een controlegroep van 60 personen vragen over seksuele problemen en hulpvraaggedrag gesteld. Meer dan een kwart van de respondenten gaf aan een seksueel probleem te hebben. Diabetici leken vaker erectieproblemen te hebben en kwamen net als COPD-patiënten vaker te vroeg klaar. Zes van de tien mensen met een seksueel probleem gaf aan daarvoor hulp te willen, waarbij vrouwen duidelijk een vrouwelijke hulpverlener prefereerden. Bovendien verkozen de meeste patiënten bij een seksueel probleem hulp van hun huisarts. Geconcludeerd kan worden dat seksuele problemen vaak bij genoemde chronische aandoeningen voorkomen en dat patiënten hierbij hulp van de huisarts verwachten. Of een huisarts hiertoe bereid en in staat is, is een vraag voor verder onderzoek.

Masters en Johnson zorgden met hun indeling van de seksuele daad in drie fasen dat er een wetenschappelijke basis werd gelegd om seksuele disfuncties te kunnen rubriceren (Kolodny et al., 1979). De etiologie van veel seksuele disfuncties is echter nog onduidelijk. Voor een aantal seksuele problemen zijn risicofactoren onderzocht; diabetes mellitus (DM) is een van de meest onderzochte risicofactoren. Zo bestaat er een directe relatie tussen DM en "erectiele disfunctie" (ED) en ook premature ejaculaties komen vaker voor bij mannen met DM (Feldman et al., 1994; Guirguis, 1992). Ook bij vrouwen is DM geassocieerd met seksuele problemen (Dunn et al., 1999; Muir, 1994). Anti-hypertensiva staan bekend om hun bijwerkingen op seksueel gebied, zoals ED en libido-verlies (Grimm et al., 1997; Weis, 1991). Er is echter

een discussie gaande of het niet veeleer de hypertensie zelf is die seksuele disfuncties, zoals ED, veroorzaakt (Burchardt et al., 2000; Duncan et al., 2000; Dunn et al., 1999; Feldman et al., 1994).

Over chronische obstructieve longziekten (COPD) in relatie tot seksuele problemen is nog weinig bekend. Het geringe aantal onderzoeken betrof een kleine groep uitsluitende mannelijke patiënten (Fletcher et al., 1982; Ibanez et al., 2001). Hieruit bleek wel dat seksuele disfuncties bij COPD kunnen optreden, ook wanneer er rekening wordt gehouden met andere causatieve factoren, zoals hoge leeftijd en roken (Fletcher & Martin, 1982; Schönhofer, 2002).

Seksuele problemen bij vrouwen zijn, zeker in relatie tot chronische aandoeningen, slechts in beperkte mate onderzocht (Lewis et al., 1998; Mooradian & Greiff, 1990).

Concluderend is er wel enig onderzoek naar het voorkomen van seksuele problemen bij een aantal chronische ziekten, maar is de beschikbare kennis onvoldoende en in elk geval niet toegespitst op de huisartspraktijk. De huisarts speelt een belangrijke rol bij de zorg voor chronisch zieken en is meestal gemakkelijk toegankelijk voor patiënten. Het is dan ook van belang te weten of chronische patiënten seksuele problemen

Dhr. B. Bovée, medisch student, UMC St Radboud Nijmegen.
Prof. Dr. A. Lagro-Janssen, huisarts, UMC St Radboud Nijmegen, afdeling huisartsgeneeskunde en vrouwenstudies medische wetenschappen, Postbus 9101, 229 HSV, 6500 HB Nijmegen; T: 024-3613110, F: 024-3541862, E: A.Lagro-Janssen@HAG.umcn.nl.
Drs. M. Vergeer, arts-seksuoloog, UMC St Radboud Nijmegen, afdeling gynaecologie en obstetrie.
Met dank aan de Stichting tot Bevordering van de Seksuologie in de Huisartspraktijk voor hun bijdrage in de onkosten.
Ontvangen: 19 maart 2004; Geaccepteerd: 21 juni 2004.

ervaren waar ze onder lijden en waar ze professionele hulp voor zouden willen inroepen. Het louter bestaan van een disfunctie zegt immers niets over de ernst en de hulpbehoefte. Mogelijk is ook de barrière om naar de huisarts te gaan te groot of willen patiënten seksuele problemen juist liever zelf oplossen.

Er is op basis van literatuur gekozen om bij drie groepen chronisch patiënten de seksuele problematiek te onderzoeken: diabetici, hypertensieven en COPD-patiënten. Zij vormen namelijk het grootste deel van de chronisch zieken in de huispraktijk. Het doel van deze studie is het in kaart brengen van de frequentie en aard van seksuele disfuncties bij dit drietal veel voorkomende ziekten en de wensen ten aanzien van de hulpverlening. Daartoe stelden wij de volgende vragen:

- Hoe vaak komen seksuele problemen voor bij diabetici, hypertensieven en COPD-patiënten in een huisartspraktijk?
- Om welke problemen gaat het en hoe ernstig vinden patiënten deze problemen?
- Willen patiënten met een seksueel probleem hulp voor dat probleem? En van wie?

Methoden

Uit het patiëntenbestand (2800 patiënten) van een academische huisartspraktijk in Nijmegen, die deel uitmaakt van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van de vakgroep Huisartsgeneeskunde, zijn patiënten met diabetes, hypertensie en COPD tussen de 16 en 75 jaar geselecteerd. In deze registratie wordt alle gepresenteerde morbiditeit d.m.v. de International Classification Primary Care (ICPC) gecodeerd en computermatig opgeslagen. Het diagnosticeren van aandoeningen gebeurt in de CMR nauwkeurig en betrouwbaar, nog versterkt door de monitoring van deze patiëntcategorieën (Nijmeegs Monitoring Project). De definities van de patiëntcategorieën zijn conform de geldende definitie in de standaarden van het Nederlands Huisarts Genootschap. Genoemde leeftijdscategorie is gekozen, omdat het aantal mensen met seksuele activiteiten buiten deze leeftijdsgroep laag is en de versturende co-morbiditeit hoog is. Als exclusiecriteria golden patiënten met ernstige co-morbiditeit zoals een maligniteit of een psychiatrische aandoening, patiënten die niet in staat zijn de enquête in te vullen en religieuzen.

Met behulp van dezelfde geautomatiseerde CMR registratie is uit het patiëntenbestand van dezelfde huisartspraktijk een controlegroep (omvattende patiënten zonder de drie genoemde aandoeningen) van 60 mensen geselecteerd, gematcht naar geslacht, leeftijd en sociaal economische status. Dezelfde exclusiecriteria golden als genoemd bij de onderzoeksgroep (dus maligniteit etc).

Aan de geselecteerde patiënten is door hun eigen huisarts de vragenlijst gestuurd met een bijbehorende brief met uitleg over het doel van het onderzoek. Twee weken na het versturen van de enquête volgde een reminder naar alle patiënten.

De vragenlijst bestond uit drie delen. Allereerst een algemeen deel, met bij geen invullen van de enquête een vraag naar de reden hiervan. Deel 2 omvatte vragen over de drie genoemde aandoeningen, comorbiditeit en medicatie. Er werd expliciet gevraagd naar een depressieve stoornis, rookgedrag en alcoholgebruik als bekende factoren bij seksuele disfunctie (Ferguson, 2001; Lemere & Smith, 1973). Deel 3 was de daadwerkelijke vragenlijst over seksualiteit. Een groot deel van de vragen is overgenomen uit de Keele SeRQ vragenlijst (bijlage 1) (Dunn et al., 1998). De vragen zijn uit het Engels vertaald. Drie huisartsen en een seksuologe beoordeelden of de vragen begrijpelijk waren, inhoudelijk juist en eenduidig geformuleerd. De vragenlijst omvatte vragen op het gebied van alle domeinen van de seksuologie volgens Masters en Johnson en vragen over de hulpvraag. Daarnaast zijn drie vragen toegevoegd over de meningen die mensen zelf hebben over een seksueel probleem en de attributies daarbij.

Tot slot werd gevraagd of zij het seksueel probleem zelf als een probleem ervoeren en of ze wilden (in vrije tekst) uitleggen wat dat probleem dan inhield. In dit onderzoek wordt onder seksuele problemen de subjectieve ervaring van de patiënt verstaan, zoals bijvoorbeeld het niet vochtig genoeg worden van de schede.

Voorafgaand aan de analyse van de data zijn de vragen die meer dan twee antwoordmogelijkheden hadden gehercodeerd tot twee categorieën. De data zijn met behulp van het statistisch programma SPSS geanalyseerd. Verschillen tussen verschillende leeftijdsklasse, tussen mannen en vrouwen en tussen de verschillende chronische aandoeningen en de controlegroep werden d.m.v. logistische regressie geanalyseerd en in oddsratios weergegeven. Bij de binaire logistische regressie werd gekeken naar de relatie tussen een bepaald seksueel probleem en een van de hierboven genoemde variabelen. Met behulp van het programma SPSS is gematcht voor leeftijd, geslacht en het hebben van een van de drie aandoeningen.

Naast geslacht en leeftijd als confounder is daar waar mogelijk rekening gehouden met andere confounders. Deze confounders zijn rookgedrag, het hebben van een partner, gebruik van diuretica en gebruik van bronchodilatoren.

Resultaten

Populatie

In totaal omvatte de praktijkpopulatie 56 diabetici, 106 hypertensieven en 102 COPD-patiënten. Er werden zeven diabetici, zeven hypertensieven en zes COPD-patiënten uitgesloten op basis van de exclusiecriteria en een patiënt bleek verhuisd. Hierdoor kwam het aantal aangeschreven patiënten op 240. De aangeschreven controlegroep bestond uit 60 mensen. Van deze 300 personen hebben 212 mensen de enquête teruggestuurd, waarvan 136 ingevuld: een responsgroep van 45,3%. Zij die de enquête wel terugstuurden, maar deze niet invulden ($n = 76$) gaven daarvoor de volgende redenen: geen seksuele relatie (46,1 %), de enquête liever niet willen invullen (26,3 %), de enquête nutteloos vinden (10,5 %), een andere reden (17,1 %). Er zijn geen significante verschillen in leeftijd en geslacht tussen de respondenten en de non-respondenten.

De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep is 55,8 jaar (SD 12,7), 52,1 % is man en 47,9 % is vrouw. In de onderzoeksgroep had 82,4 % een partner en 78,6 % van de mensen woonde op het moment van invullen samen. De verdeling van de verschillende ziekten is als volgt: 13,8 % heeft DM ($n = 14$), 41,5 % heeft hypertensie ($n = 42$), 34,6 % heeft COPD ($n = 35$), 5,9 % heeft zowel hypertensie als DM ($n = 6$) en 3 patiënten lijden zowel aan hypertensie als aan COPD.

Seksuele problemen

Algemeen

Ruim 40% van de mensen had minder seks dan gewenst en bijna 27% gaf aan niet tevreden te zijn met hun seksleven (tabel 1). De meest voorkomende seksuele problemen waren erectiele disfunctie, vaginale droogte en niet kunnen klaarkomen. Naarmate mensen ouder werden namen de seksuele activiteit af en de problemen toe. We berekenden de oddsratio's per tien jaar leeftijdsverschil en het bleek dat mensen per tien jaar 2.4 (1.5-3.8) maal vaker minder dan 1 keer per week zin in seks hadden en 2.0 (1.4-2.9) maal vaker minder dan 1 keer per week seksueel contact hadden. De oudere groep gaf ook 1.8 (1.1-3.0) maal vaker aan problemen te hebben met de opwinding, 2.8 (1.4-4.9) maal vaker geen prettige seks te hebben en 2.7 (1.6-4.7) maal vaker niet klaar te komen. Tevens bleek de oudere groep 3.5 (1.6-6.0) maal vaker moeite met het krijgen van een erectie te hebben en 3.1 (1.6-6.0) maal vaker geen erectie te kunnen behouden.

Er waren duidelijke sekseverschillen. Mannen hadden vaker, 7.5 (2.6-22.2), 1 keer per week of meer zin in seks en zij zeiden 3.1 (1.4-7.0) maal vaker 1 keer per week of vaker seksueel contact te hebben dan vrouwen. Mannen gaven ook 6.8 (1.5-30.1) maal vaker aan dat hun seksleven prettig was en zij zeiden 5.1 (1.5-17.2) maal vaker dan vrouwen dat ze vaak of altijd klaarkwamen.

Tabel 1: Frequenties van seksuele problemen in de onderzoeksgroep ($n=101$)

Vraag	Antwoordcategorieën	Percentages
Hoeveel zin in seks?	Minder dan 1 maal per week	25.7
	1 maal per week of meer	47.3
Hoe vaak had u seks?	Minder dan 1 maal per week	43.5
	1 maal per week of meer	55.5
Hoe vaak problemen met opwinding?*	Zelden of nooit	73.3
	Vaak of altijd	13.9
Hoe vaak was seks prettig?*	Zelden of nooit	7.9
	Vaak of altijd	63.3
Hoe vaak kwam u klaar*	Zelden of nooit	13.8
	Vaak of altijd	58.8
Hoe vaak kwam u te vroeg klaar?	Zelden of nooit	50.5
	Vaak of altijd	7.9
Hoe beoordeelt u uw seksfrequentie?*	Minder dan gewenst	40.6
	Net zo veel als gewenst	45.6
	Meer dan gewenst	1.0
Bent u tevreden met uw seksleven?*	Nee	26.8
	Ja	67.3
Pijn bij vrijen?*	Nee	82.2
	Ja	5.9
Vaginale droogte [§]	Nee	43.8
	Ja	25.0
Moeite met krijgen erectie?#	Nee	60.4
	Ja	39.6
Moeite met behouden erectie?#	Nee	61.5
	Ja	38.5

[§] Deze vraag kon alleen door vrouwen beantwoord worden ($n=48$); [#] Deze vraag kon alleen door mannen beantwoord worden ($n=53$)

* Bij een aantal vragen zijn de percentages opgeteld geen 100 %. Dit komt, omdat niet iedereen deze vragen heeft ingevuld.

Chronische ziekten

Mannen met DM gaven vaker (oddsratio 6.7 (1.3-35.4)) aan moeite te hebben met het krijgen van een erectie vergeleken met mannen zonder DM (tabel 2). Mannen met DM gaven vaker aan te vroeg klaar te komen (oddsratio 10.4 (1.14-93.9)). Daarnaast bleken patiënten met DM vaker ontevreden met hun seksleven (oddsratio 3.7 (1.2-12.0)) en gingen zij vaker voor hun seksueel probleem naar een hulpverlener (oddsratio 4.9 (1.3-17.7)). Voor COPD is één significant resultaat gevonden, namelijk dat mannen met COPD vaker aangaven te vroeg klaar te komen (oddsratio 22.4 (1.29-388)). Voor hypertensiepatiënten zijn er geen significante verschillen ten aanzien van seksualiteit gevonden in vergelijking met de controlegroep.

Seksueel problemen en invloed op het leven

Wanneer mensen werd gevraagd of ze zelf vonden dat ze een probleem hadden met seksualiteit antwoordde één op de vier (25,7 %) positief, waarbij 94 % van deze groep al meer dan een jaar last had van het genoemde probleem. Tegelijkertijd gaf een ruime meerderheid van hen aan dat de kwaliteit van leven (85,7 %) en de kwaliteit van de relatie (63 %) nauwelijks tot matig was aangetast door dit probleem. Bij 1 op de 9 (13 %) werd de relatie ernstig aangetast. Bijna de helft van de mensen met een probleem (47,1%) dacht dat het seksueel probleem verband hield met hun ziekte, terwijl bijna eenderde deel (29,7 %) meende dat het seksueel probleem verband hield met hun medicatie.

Hulpvraaggedrag

Van de respondenten gaf 61 % aan bij een seksueel probleem professionele hulp te willen inroepen. Mannen en vrouwen verschilden in hun voorkeuren van hulpverlener, 56,4 % van de vrouwen koos de eigen huisarts als hulpverlener tegen 42,6 % van de mannen. Voor de seksuoloog daarentegen koos 10,3 % van de vrouwen en 27,7 % van de mannen. Bovendien bleek 71,1 % van de vrouwen hun voorkeur uit te spreken voor een vrouwelijke hulpverlener, terwijl de overgrote meerderheid (78,3 %) van de mannen geen voorkeur voor man of vrouw had.

Tot slot werd gevraagd om het probleem te beschrijven waarmee iemand ooit naar een hulpverlener was gegaan. Mannen zochten vooral hulp voor ED. Zo schreef iemand: "Een erectie duurt te kort, zelfs met geneesmiddel. Het is frustrerend wanneer je bij seksueel contact niet eens de kans krijgt klaar te komen." Daarnaast noemden mannen als probleem dat hun partner geen zin had. Verder noemden ze nog pijn bij vrijen, angst voor klachten tijdens de seks en zelf geen zin hebben. Vrouwen opperden veel minder problemen (n = 15), het meest werd het "geen zin in seks hebben" genoemd. Verder beschreven ze lubricatieproblemen, een partner met ED en een partner die geen zin had. De vraag naar redenen waarom men niet naar een hulpverlener zou gaan voor een seksueel probleem, leverde de volgende antwoorden op: "het voelt niet als een probleem al dan niet door de hoge leeftijd"; "geen behoefte om daar over te praten" en "zo'n probleem los je zelf of samen op", "rekening houdend met onze leeftijd en mijn hartprobleem accepteren we het leven zoals het is. Medische hulp heeft

Tabel 2. Oddsratio van seksuele problemen voor COPD, diabetes mellitus en hypertensie

	COPD			Diabetes Mellitus			Hypertensie		
	OR	(95% C.I.)	p	OR	(95% C.I.)	p	OR	(95% C.I.)	p
weinig zin in seksueel contact*	1,75	(0,53-5,90)	0,35	0,19	(0,03-1,09)	0,066	0,51	(0,16-1,64)	0,25
hoge frequentie seksueel contact***	0,56	(0,17-1,79)	0,33	1,66	(0,63-4,39)	0,30	1,64	(0,51-5,30)	0,41
probleem met arousal	0,24	(0,03-2,18)	0,20	1,44	(0,39-5,25)	0,58	0,95	(0,31-2,89)	0,93
veel prettige seks	1,95	(0,34-11,29)	0,46	1,09	(0,20-5,89)	0,92	4,36	(0,79-24,03)	0,09
vaak klaarkomen	1,04	(0,23-4,69)	0,96	2,26	(0,44-10,73)	0,35	1,59	(0,44-5,73)	0,48
pijn bij vrijen in afgelopen 3 mnd	1,59	(0,22-11,40)	0,64	2,67	(0,48-14,76)	0,26	0,87	(0,17-4,47)	0,26
vaginale droogheid in afgelopen 3 mnd	4,07	(0,79-20,89)	0,09	2,74	(0,39-19,40)	0,74	1,37	(0,22-8,46)	0,31
geen erectie krijgen in afgelopen 3 mnd**	3,13	(0,38-26,04)	0,29	6,65	(1,25-35,37)	0,026 ^s	3,86	(0,85-17,55)	0,08
geen erectie behouden in afgelopen 3 mnd	4,45	(0,58-34,11)	0,15	3,21	(0,69-14,99)	0,14	3,02	(0,73-12,47)	0,13
vaak te vroeg klaarkomen	22,40	(1,29-388)	0,03 ^s	10,40	(1,15-93,90)	0,04 ^s	5,88	(0,67-51,80)	0,11
ontevreden met seksleven	0,50	(0,12-2,08)	0,33	3,70	(1,15-11,95)	0,03 ^s	0,60	(0,20-1,58)	0,27
hulpverlener bezocht voor seksueel probleem	0	(0-oneindig)	0,82	4,84	(1,34-17,70)	0,016 ^s	1,05	(0,30-3,78)	0,94
subjectief een seksueel probleem	1,38	(0,42-4,56)	0,59	2,96	(0,99-8,79)	0,051 ^s	0,60	(0,23-1,56)	0,30
wil hulp voor seksueel probleem	0,55	(0,19-1,63)	0,28	1,06	(0,34-3,31)	0,92	0,60	(0,25-1,43)	0,25

* bij deze analyse is ook rekening gehouden met het hebben van een partner of niet

** bij deze analyse is ook rekening gehouden met het rookgedrag

*** bij deze analyse is ook rekening gehouden met het gebruik van diuretica en het gebruik van bronchodilatoren

^s deze oddsratio is statistisch significant

voor mijn gevoel geen zin." Vrouwen gaven daarnaast nog een paar keer aan hier niet met een arts over te durven praten.

Discussie

Allereerst is het opmerkelijk dat er in de geselecteerde onderzoeksgroep veel mensen seksuele problemen hebben, meer dan een kwart geeft dit zelf aan. Wanneer we de verschillen tussen de verschillende patiëntgroepen bekijken blijkt dat patiënten met diabetes mellitus meer kans hebben op het ondervinden van erectieproblemen en dat zij ook vaker problemen hebben met te vroeg klaarkomen. Daarnaast is het duidelijk dat COPD patiënten vaker te vroeg klaarkomen.

Diabetici zijn ook vaker ontevreden over hun seksleven en geven vaker zelf aan een probleem te hebben met seksualiteit. Hetzelfde kan voor ouderen worden geconcludeerd. Echter ondanks dat het merendeel meer dan een jaar last heeft van het seksueel probleem, geven de meesten aan dat de kwaliteit van hun leven en die van hun relatie nauwelijks is aangetast. Bovendien wijten veel patiënten hun seksuele problemen aan hun ziekte of medicatie.

Van groot belang voor de seksuele hulpverlening is dat een ruime meerderheid van de ondervraagden hulp zou willen voor een seksueel probleem. Kijken we naar de soort hulp die gewenst is dan valt op dat vrouwen voor seksuele klachten iemand van hun eigen geslacht willen en dat het mannen niet zoveel uit maakt. Zowel mannen als vrouwen vinden echter de huisarts de eerste keus om naar toe te gaan, met de seksuoloog op de tweede plaats.

Ons onderzoek kent een aantal methodologische beperkingen. Ten eerste is de respons laag, ook al is bekend dat de respons bij vragenlijsten op seksueel gebied vaak rond 50% ligt. Bijna de helft van de mensen in de non-responsgroep geven overigens aan geen seksuele relatie (meer) te hebben. Voor hen spelen actuele seksuele problemen waarschijnlijk niet of minder.

Ten tweede bestaat er onvermijdelijk een selectiebias. Mensen die een seksueel probleem ondervinden zijn misschien sneller of juist minder snel geneigd de enquête in te vullen. In beide gevallen zou dus het aantal seksuele problemen dat naar voren komt in dit onderzoek verschillen van de werkelijkheid. Daarnaast zijn alle ondervraagden afkomstig uit één huisartspraktijk. De manier waarop huisartsen en patiënten met elkaar omgaan en het gemak waarmee bepaalde problemen kunnen worden geuit verschilt per praktijk. De resultaten zijn dus niet representatief voor de Nederlandse huisartspraktijk. Ten derde is subjectiviteit bij het invullen van de vragen over seksuele problemen onver-

mijdelijk en zorgt dit ervoor dat er geen exact gedefinieerde en objectief vastgestelde problemen worden onderzocht. Wat te vroeg klaarkomen is bijvoorbeeld, is voor iedereen verschillend. Ook is niet bij elke disfunctie afzonderlijk gevraagd of patiënt er een probleem mee had. De gebruikte vragenlijst is echter vaker gebruikt. Ten slotte kon niet bij elke vraag rekening gehouden worden met alle confounders, en is het bestaan van relationele problemen als een confounder niet onderzocht.

Desalniettemin denken wij dat dit onderzoek het inzicht in de seksuele problemen bij chronisch zieken en hun behoefte aan hulp in de huisartspraktijk heeft vergroot.

Een aantal opvallende zaken behoeven nader onderzoek. Het is zowel voor diabetici als voor COPD-patiënten opmerkelijk te noemen dat zij vaker te vroeg klaar lijken te komen. Deze bevindingen hebben wij niet in de literatuur teruggevonden. Op dit gebied verdient onderzoek (in de huisartspraktijk) dan ook te worden voortgezet. Bovendien komen seksuele problemen zeer vaak voor bij chronische patiënten en patiënten geven aan hiervoor hulp te willen van hun huisarts. Of de huisarts hiertoe bereid is en daartoe capabel is moet verder worden onderzocht. Duidelijk is dat mannen en vrouwen in deze studie verschillen in hun voorkeur voor het geslacht van de hulpverlener. Meer inzicht in motieven en cognities is ook op dit gebied wenselijk.

Literatuur

- Barksdale, J.D., & Gardner, S.F. (1999). The impact of first-line antihypertensive drugs on erectile dysfunction. *Pharmacotherapy*, 19, 576-579.
- Blanker, M.H., Bohnen, A.M., Groeneveld, F.P.M.J., Bensen, R.M.D., Prins, A., Thomas, S., e.a. (2001). Correlates for erectile and ejaculatory dysfunction in older Dutch men: a community-based study. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 436-442.
- Burchardt, M., Burchardt, T., Baer, L., Kiss, A.J., Pawar, R.V., Shabsigh, A., e.a. (2000). Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. *The Journal of Urology*, 164, 1188-1191.
- Duncan, L.E., Lewis, C., Jenkins, P., & Pearson, T.A. (2000). Does hypertension and its pharmacology affect the quality of sexual function in women? *American Journal of Hypertension*, 13, 640-647.
- Dunn, K.M., Croft, P.R., & Hackett, G.I. (1998). Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice*, 15, 519-524.
- Dunn, K.M., Croft, P.R., & Hackett, G.I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Community Health*, 53, 144-148.

- Dunsmuir, W.D., & Holmes, S.A. (1996). The aetiology and management of erectile, ejaculatory and fertility problems in men with diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 13, 700-708.
- Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Bosteels, J., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2002). Sexual dysfunction in women with type-1 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 672-677.
- Enzlin, P., Mathieu, C., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (1998). Diabetes and female sexuality: a review of 25 years' research. *Diabetic Medicine*, 15, 809-815.
- Feldman, H.A., Goldstein, I., Hatzichristou, D.G., Krane, R.J., & McKinlay, J.B. (1994). Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts male aging study. *The Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Ferguson, J.M. (2001). The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-34.
- Fletcher, E.C., & Martin, R.J. (1982). Sexual dysfunction and erectile dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 81, 4213-4218.
- Grimm, R.H. Jr., Grandits, G.A., Prineas, R.J., McDonald, R.H., Lewis, C.E., Flack, J.M., e.a. (1997). Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. *Hypertension*, 29, 8-14.
- Guirguis, W.R. (1992). Impotence in diabetes: facts and fictions. *Diabetic Medicine*, 9, 287-289.
- Ibanez, M., Aguilar, J.J., Maderal, M.A., Prats, E., Farrero, E., Font, A., e.a. (2001). Sexuality in chronic respiratory failure: coincidences and divergences between patient and primary caregiver. *Respiratory Medicine*, 95, 975-979.
- Kolodny, R.C., Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1979). *Textbook of Sexual Medicine*. Boston: Little, Brown & Co.
- Lemere, F., & Smith, J.W. (1973). Alcohol-induced sexual impotence. *American Journal of Psychiatry*, 130, 212-213.
- Lewis, C., Duncan, L.E., Ballance, D.I., & Pearson, T.A. (1998). Is sexual dysfunction in hypertensive women uncommon or understudied? *American Journal of Hypertension*, 11, 733-735.
- Mannino, D.M., Klevens, R.M., & Flanders, W.D. (1994). Cigarette smoking: an independent risk factor for impotence? *American Journal of Epidemiology*, 140, 1003-1007.
- McCulloch, D.K. (2003). Erectile dysfunction in diabetes Mellitus. ©2003 UpToDate®11.1 .
- Mooradian, A.D., & Greiff, V. (1990). Sexuality in older women. *Archives of Internal Medicine*, 150, 1033-1037.
- Muir, A. (1994). Sexual functioning in persons with diabetes: Issues in research, treatment and education. *Clinical Psychology Review*, 14, 61-86.
- Podrid, P.J. (2003). Major side effects of beta blockers. ©2003 UpToDate®11.1 .
- Schönhofer, B. (2002). Sexualität bei Patienten mit beeinträchteter Atmung. *Medizinische Klinik*, 97, 344-349.
- Stevens, M.J. (2003). Diabetic autonomic neuropathy. ©2003 UpToDate®11.1 .
- Weiss, R.J. (1991). Effects of antihypertensive agents on sexual function. *American Family Physician*, 44, 2075-2082.

Abstract

Sexual problems and help seeking behaviour in diabetics, hypertensive patients and COPD-patients in a general practice

The goal of this research was to determine the amount and severity of sexual problems and the wish for help in chronically ill patients in a general practice. Patients between 16 and 75 year old having diabetes, hypertension and COPD were selected from a databank at a general practice with academic registration. Using a questionnaire translated from English into Dutch, we asked questions about sexual problems and help-seeking behaviour to a research group of 240 persons and a controlgroup of 60 persons. 25 % of the respondents admitted to have a sexual problem. Diabetics seemed to have more chance of having erectile dysfunction and both diabetics and COPD-patients said to have premature orgasms more often than the controlgroup. Six in ten respondents (61 %) that had a sexual problem indicated that they would like professional help for it. Women preferred a female doctor. Most patients also preferred their family doctor in handling sexual problems. It can be concluded that sexual problems are frequent among patients having the mentioned diseases and that patients expect their family doctor to help them. Whether doctors are willing and capable of doing so, has to be investigated.