

Seksueel functioneren en de behoefte aan informatie bij patiënten met chronisch hartfalen en hun partners

Naam student	:A.G. van Driel
Studentnummer	:3180425
Opleiding	:Masteropleiding Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht
Blok	:Afstudeerproject
Onderwerp	:Seksueel functioneren en de behoefte aan informatie bij patiënten met chronisch hartfalen en hun partners.
Datum	:28 juni 2010
Status	:Definitief
Begeleider	:Dr. C.J. Gamel
Blokdocent	:Dr. R. de Leeuw
Instellingen	:Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht :St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein
Tijdschrift	:Heart and Lung
Referentiestijl	:Vancouver
Aantal woorden artikel	:4259
Aantal woorden samenvatting	:177
Aantal woorden abstract	:170

Voorwoord

Afgelopen jaar heb ik in het kader van de masteropleiding Verplegingswetenschap aan de Universiteit Utrecht gewerkt aan mijn afstudeeronderzoek. Het afstudeeronderzoek ging over seksueel (dis)functioneren en de informatiebehoefte die hieromtrent kan bestaan bij hartfalenpatiënten en hun partners.

De uitvoer van het onderzoek is middels vele mensen tot stand gekomen, die ik dan ook graag wil bedanken. Vanuit de Universiteit Utrecht ben ik begeleid door Dr. C.J. Gamel. Dank voor de feedback en bijsturing! Tevens een dankwoord voor mijn blokdocent Dr. R. de Leeuw en de medestudenten uit mijn blokgroep. Bedankt voor de prettige en structurele samenwerking!

Ook de hartfalenverpleegkundigen en nursepractitioners vanuit het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht en het Sint Antonius ziekenhuis in Nieuwegein wil ik bedanken voor hun onmisbare inzet in het werven van participanten voor mijn onderzoek. Anita, Corry, Esther en Henriette bedankt!

Ten slotte een woord van dank aan mijn lieve vrouw en kinderen; jullie waren en zijn onmisbaar!

Anne Geert van Driel

Strijen, juni 2010

Achtergrond

Hartfalen en kwaliteit van leven

Zo'n 180.000 mensen in Nederland (1), worden dagelijks geconfronteerd met de symptomen van chronisch hartfalen (CHF), zoals vermoeidheid, kortademigheid en opgezette benen en enkels. CHF wordt gedefinieerd als een complex van klachten en verschijnselen ten gevolge van een tekortschietende pompfunctie van het hart (2). De ernst van het pompfunctieverlies, aangegeven met de linkerventrieklejectiefractie (LVEF), is bij CHF patiënten < 40%. Symptomen van CHF worden vaak geclassificeerd volgens de New York Heart Association (NYHA); deze loopt van graad I (geen klachten) tot graad IV (klachten tijdens rust of inspanning) (3). Symptomen bij CHF kunnen leiden tot een verminderde kwaliteit van leven (4), hetgeen gedefinieerd wordt als 'de subjectieve evaluatie van het functioneren op fysiek, psychisch en sociaal gebied' (5). Behandeling van CHF is gericht op verlichting van symptomen en verhoging van kwaliteit van leven. Dit wordt in Nederland multidisciplinair aangeboden op de hartfalenpolikliniek van het ziekenhuis (6). Ondanks goede behandeling, is de prognose van CHF wereldwijd slecht (mortaliteit van 65 -75 % na 5 jaar) (7). Verwacht wordt dat het aantal CHF patiënten tot 2025 met 46,9% zal stijgen in Nederland; hetgeen langer leven met fysieke beperkingen betekent. Dit komt de kwaliteit van leven niet ten goede.

Kwaliteit van leven en seksualiteit

Seksualiteit wordt als een belangrijk aspect van kwaliteit van leven gezien (8,9). Verschillende studies bij chronisch zieken laten een relatie zien tussen seksueel disfunctioneren (SD) en kwaliteit van leven. Patiënten zijn minder tevreden over hun seksueel leven en hebben lagere seksuele en lichamelijke zelfwaardering in vergelijking met gezonde mannen en vrouwen (10 - 12). Bij SD is er een sprake van een verstoring in de seksuele responscyclus (SRC) (13). Deze verstoring kan zowel fysiologisch als psychologisch van aard zijn. De SRC beschrijft het seksueel (dis)functioneren in verschillende fasen: verlangen, opwinding, plateau, orgasme en herstel. Verstoringen in de SRC worden niet altijd als probleem ervaren; het wordt pas problematisch als iemand ten aanzien van seks niet beleeft wat hij of zij zou willen beleven en / of niet kan wat hij of zij zou willen kunnen (14).

Hartfalen en seksueel disfunctioneren

Verschillende studies onder CHF patiënten laten verstoringen in de SRC zien. Verlies van seksuele interesse (verlangen) wordt bij 47%-81% van de CHF patiënten beschreven (15-19). Ook Ekman et al. (20) beschrijven in een studie naar vermoeidheid bij CHF patiënten, een verminderd libido bij 78% van de studiepopulatie.

Problemen omtrent opwinding en orgasme uit zich bij mannen veelal in erectieel disfunctioneren (ED). Een Duits onderzoek laat zien dat het percentage mannen (tussen de 30 – 80 jaar) met ED en CHF 57,9% is versus 17,2% bij mannen zonder CHF (21). In drie andere onderzoeken naar ED en CHF, lag het percentage tussen de 79% - 92%. (19,22,23). Zo duidelijk als cardiovasculaire risico's bij mannen gerelateerd zijn aan ED, is dit niet het geval bij vrouwen als het gaat om seksuele

bevrediging. In een studie in de Verenigde Staten, werden seksueel actieve vrouwen tussen de 50 – 79 jaar in twee groepen verdeeld; seksueel bevredigd versus seksueel niet-bevredigd. Vervolgens werd gekeken naar cardiovasculaire aandoeningen. Enkel het hebben van fysieke activiteiten, niet-roken en een normale Body Mass Index bleken significant te zijn voor het ervaren van seksuele bevrediging. Cardiale risicofactoren zoals hypertensie, diabetes mellitus en hyperlipidemie, bleken niet van invloed op de seksuele bevrediging bij vrouwen (24). Bij vrouwen met CHF is omtrent 'opwinding en orgasme' weinig bekend. Schwarz et al. (19) beschrijven vaginale droogheid (80%) en pijn tijdens de coïtus (50%) bij vrouwen.

SD zou de relatie met de partner kunnen beïnvloeden. Uit onderzoek blijkt een meerderheid van de CHF patiënten geen relationele problemen met zijn of haar partner te ervaren. Ook is er weinig onenigheid of ruzie omtrent het ziek-zijn en het seksleven van de CHF patiënt en diens partner (15,16,19). De meeste echtparen ervaren juist steun en begrip in hun partner (19,25). Ondanks de steun en het begrip, is het voorstelbaar dat CHF het seksueel functioneren van de partner kan beïnvloeden. Over diens zorgen en vragen omtrent het seksueel (dis)functioneren is weinig bekend. Enkel Westlake et al. (17) hebben het seksueel functioneren bij partners van CHF patiënten onderzocht. Hieruit bleek een verminderd verlangen (63%), een verminderde bevrediging (56%) en een verminderde seksuele activiteit (77%) onder partners.

De resultaten uit bovenstaande studies komen veelal uit internationale kwantitatieve beschrijvende onderzoeken. Hoewel de studies qua methodiek, onderwerp en resultaat raakvlakken met elkaar hebben, blijft interpretatie en generaliseerbaarheid van de resultaten voor de situatie in Nederland lastig. Niet alleen contaminerende elementen, zoals leeftijd, geslacht, medicatiegebruik, comorbiditeit en de ernst van CHF kunnen de uitkomst van seksueel (dis)functioneren bepalen, maar ook de verschillende settings en de diverse meetinstrumenten die gebruikt zijn kunnen hierop van invloed zijn.

Verpleegkundige educatie en hartfalen

Educatie aan patiënten, van oudsher onderdeel van de verpleegkundige professie (26, 27), wordt gedefinieerd als een proces waarin kennis en vaardigheden toenemen, met als doel houding en gedrag dusdanig te beïnvloeden dat de gezondheid van de patiënten in stand blijft of toeneemt (28). Voor CHF patiënten zijn in de richtlijnen van de 'European Society of Cardiology' vijf thema's opgesteld, waarover educatie gewenst is (29). Onder één van deze thema's, rust en inspanning, valt het onderwerp seksuele activiteit. Seksuele activiteit heeft te maken met de SRC en het mogelijke SD. De huidige praktijk op de hartfalenpoli's laten een kloof zien tussen wenselijkheid en werkelijkheid als het gaat om educatie in het algemeen, maar ook specifiek als het gaat om informatievoorziening omtrent SD. In algemene zin blijken CHF patiënten meer waarde te hechten aan informatievoorziening dan wordt ingeschat door de verpleegkundigen die hen begeleiden (30-32). Meer specifiek blijkt het niet vanzelfsprekend, dat seksuele problemen door gezondheidsmedewerkers bespreekbaar worden gemaakt (33). Uit onderzoek onder cardiale patiënten bleken deze het moeilijk te vinden hun angsten,

vragen en zorgen rondom seksueel functioneren bespreekbaar te maken (34,35). Ondanks het feit dat seksuele problemen moeilijk bespreekbaar lijken, wordt de behoefte om specifieke informatie te krijgen omtrent seksuele activiteiten door CHF patiënten en hun partners als 'gemiddeld' tot 'erg belangrijk' gecategoriseerd (17). Om verpleegkundigen in staat te stellen vragen en zorgen rondom het seksueel functioneren van de CHF patiënt en diens partner te bespreken, is tenminste voldoende kennis over de aard van de seksuele problemen noodzakelijk (36). Dit kan niet zonder dat er een inschatting is gemaakt, welke specifieke informatie CHF patiënten en hun partners nodig hebben omtrent seksueel functioneren.

Probleemstelling

Verpleegkundigen hebben de taak om CHF patiënten en hun partners van informatie te voorzien omtrent het seksueel functioneren. Hiervoor is ten minste voldoende kennis over de aard van de problemen, het seksueel (dis)functioneren, noodzakelijk. De studies naar CHF en SD leveren onvoldoende informatie op om tot generaliseerbare uitspraken te komen voor de situatie in Nederland. Ook richten de meeste studies zich op de CHF patiënt en niet op de partner. Daarom is verder onderzoek nodig om kennis van SD bij CHF patiënten en hun partners verder aan te vullen en beter te begrijpen. Om CHF patiënten en hun partners van educatie te voorzien omtrent het SD, is het wenselijk aan te sluiten bij de informatiebehoefte van de CHF patiënt en diens partner. Onderzoek naar deze informatiebehoefte is belangrijk, temeer omdat vanuit de literatuur hierover weinig bekend is.

Doel

Doel van deze studie is middels beschrijvend onderzoek verpleegkundigen van kennis te voorzien omtrent seksueel functioneren van CHF patiënten en hun partners. Dit zou de bespreekbaarheid van problemen rondom seksuele disfuncties tussen de verpleegkundige en de patiënt kunnen vergroten. Tevens wordt beschreven welke specifieke informatiebehoefte CHF patiënten en hun partners hebben omtrent seksueel functioneren. Dit biedt verpleegkundigen de kans middels gerichte educatie aan te sluiten bij de informatiebehoefte van de CHF patiënt en diens partner.

Vragen

- Met welke seksuele disfuncties worden CHF patiënten en hun partners geconfronteerd?
- Welke specifieke informatie behoefte(n) hebben CHF patiënten en hun partners omtrent SD?

Method

Design en setting

De vragen in deze studie werden beantwoord middels een prospectief beschrijvend dwarsdoorsnede onderzoek op de hartfalenpoliklinieken van het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz) te Dordrecht en het Sint Antonius ziekenhuis (StAz) te Nieuwegein. Beide ziekenhuizen behoren tot de grote algemene

ziekenhuizen in Nederland. Toestemming voor het onderzoek is door de lokale Medisch Ethische commissies verleend.

Steekproef

De ideale steekproef voor dit onderzoek, berekend middels een steekproefcalculator (37), zou bij een doelpopulatie van 180.000 patiënten, 384 zijn. Dit bleek qua tijd niet haalbaar. Daarom is gekeken naar voorgaand vergelijkbaar onderzoek (15,17,19). Op basis van deze studies zou een populatie van 70-100 (35-50 echtparen) wenselijk zijn. Hoewel een kleinere steekproef beperkingen voor de generaliseerbaarheid kan betekenen, is aanvulling, vergelijking en discussie met voorgaand onderzoek wel mogelijk.

Populatie en dataverzameling

Indien potentiële participanten (PP) voldeden aan de inclusiecriteria (CHF patiënt of partner van CHF patiënt, ouder dan 18 jaar en goed beheersing van de Nederlandse taal), werden ze mondeling benaderd door hartfalenverpleegkundigen of nurse practitioners. PP werd uitgelegd wat de studie inhield en wat er van hen werd verwacht. Tevens kregen PP een patiënteninformatiebrief met daarin uitleg over achtergrond, doel en privacywaarborging van de studie. Door PP ten minste 24 uur later telefonisch te benaderen, door de onderzoeker, werd voldoende bedenktijd voor besluit tot deelname aan het onderzoek gegarandeerd. Indien PP wilden participeren, kregen zij de vragenlijsten thuisgestuurd. Deze konden middels een voorgefrankeerde enveloppe naar de onderzoeker worden gestuurd.

Demografische gegevens en vragenlijsten

Om interpretatie en vergelijking van de resultaten met andere studies mogelijk te maken, zijn klinische- en demografische gegevens verzameld. Op de toegestuurde vragenlijst konden CHF patiënten hun geslacht aangeven, hun leeftijd, of ze een partner hadden en hoelang hun relatie bestond. In het ziekenhuis werd medicatiegebruik, de LVEF en de NYHA klasse van de CHF patiënten nagegaan. Tevens werd de oorzaak van CHF achterhaald en hoelang CHF al bestond.

Om seksueel (dis)functioneren te meten werd de "Sexual Adjustment Scale" (SAS) gebruikt. De keuze voor de SAS is bepaald door de bruikbaarheid; de SAS meet SD ongeacht geslacht of leeftijd. Een andere reden om de SAS te gebruiken is eerder onderzoek naar CHF en SD waarin de SAS gebruikt is (15-17). Dit maakt bredere beoordeling en analyse van de data mogelijk. De SAS maakt als subschaal deel uit van de "Psychosocial Adjustment to Illness Scale – Self Report" (PAIS-SR), ontwikkeld en gevalideerd door Derogatis (38). Middels de SAS is het mogelijk om op kwantitatieve wijze veranderingen in de kwaliteit van seksueel functioneren weer te geven, die gerelateerd zijn aan de ziekte van de patiënt. De SAS meet zes items, waaronder seksuele interesse, frequentie van seksuele activiteiten, seksuele bevrediging, seksuele vermogen en de seksuele relatie. De totaal score van de SAS kan variëren van nul tot achttien. Een lage score betekent dat seksueel functioneren niet of nauwelijks door CHF wordt verstoord, terwijl dit bij een hoge score wel het geval

is. Tevens kan de SAS per item op een vierpuntsschaal variërend van 0 (geen verandering) tot 3 (significante verandering) worden beantwoord en geanalyseerd.

De vragenlijst "Behoeftte aan Informatie omtrent Seksueel Functioneren bij Chronisch Hartfalen" (BISF-CHF) is gebruikt om de behoefte aan informatie omtrent seksueel functioneren na te gaan. De BISF-CHF is door Hosson (39) in een soortgelijke studie in België ontwikkeld en gevalideerd. Voor deze studie is de BISF-CHF op aanbevelingen van Hosson (39) op detail aangepast. Dit betekent dat enkele items uit de lijst zijn verdwenen en dat twee items zijn toegevoegd, die het psychologisch aspect van seksualiteit benaderen. De naam van de vragenlijst is aangepast in 'informatiebehoefte omtrent seksueel functioneren'; omdat 'seksuele voorlichting' en 'seksuele hulpverlening' niet passend werd gevonden voor de doelgroep van de vragenlijst.

De BISF-CHF omvat twee domeinen; 'inhoud' en 'omstandigheden'. Het domein 'inhoud' bevat 18 vragen over vijf verschillende subdomeinen; symptomen, medicatie en informatie, ontspanning en belang, relatie en psychologische aspecten. Iedere vraag bestaat uit een vierpuntsschaal, variërend van 1 (= totaal niet belangrijk) tot 4 (= heel erg belangrijk). Het domein 'omstandigheden', bestaat uit drie meerkeuzevragen, waarop kan worden aangegeven door wie, met wie en op welke wijze de informatie gegeven kan worden.

Data-analyse

De data is geanalyseerd middels Predictive Analytics Software (PASW) versie 18. Voor klinische- en demografische gegevens is middels gemiddelden, standaarddeviaties (s.d.) en frequenties, gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. Enkel volledig ingevulde vragenlijsten (> 75% van de vragen beantwoord), werden geanalyseerd. Voor SD werd de gemiddelde totaalscore van de SAS bepaald. Tevens werd SD per item van de SAS percentueel weergegeven. Dit gebeurde op items waar de respondenten 2 of 3 scoorden; omdat deze scores gezamenlijk een duidelijke verandering in seksueel functioneren vertegenwoordigen. Indien de helft of meer van de steekproefpopulatie 2 of 3 scoorden op een item van de SAS, werd dit als SD aangemerkt. De items uit de BISF-CHF, die het inhoudsdomein vertegenwoordigen, werden weergegeven met gemiddelden (\pm s.d.). De items die gemiddeld 2,5 of meer scoorden, werden als de belangrijkste items voor informatievoorziening aan CHF patiënten en hun partners gezien. Dit omdat 2,5 het middelpunt van de schaal vertegenwoordigt. Het domein omstandigheden werd in absolute en percentuele cijfers uitgedrukt.

Resultaten

Respons

Tussen februari en mei 2010 werden 224 CHF patiënten gezien op de hartfalenpoliklinieken van het ASz en het StAz. Hiervan werden 94 CHF patiënten benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek; 19 CHF patiënten wilden niet deelnemen. De onderzoeker heeft 66 CHF patiënten telefonisch benaderd om te participeren in het onderzoek, hierbij werd gevraagd of eventuele partners wilden

deelnemen. Uiteindelijk wilden 43 CHF patiënten en 27 partners participeren in dit onderzoek. De uiteindelijke respons bedroeg 31 CHF patiënten en 19 partners.

Zie fig. 1 Selectie en responsoverzicht

Studiepopulatie

De 31 CHF patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 66,9 jaar. Zowel de NYHA klasse als de LVEF was niet voor iedere patiënt te achterhalen. Gemiddeld bedroeg de LVEF 23,3%. De NYHA klasse varieerde van I tot III. Het merendeel van de patiënten viel in NYHA klasse II. Gemiddeld hadden patiënten 3,7 jaar CHF. Er participeerden 19 partners, met een gemiddelde leeftijd van 65,9 jaar. Zie tabel 1 voor overige klinische- en demografische gegevens.

Tabel 1 klinische- en demografische gegevens

Seksueel disfunctioneren

De SAS werd door alle respondenten ingevuld. Eén patiënt had geen partner; hierdoor zijn twee vragen uit de SAS, over de relatie met de partner, niet ingevuld. Bij de partners bleek één vraag van de SAS niet ingevuld.

De totaal score van de SAS bedroeg gemiddeld 6,6 bij CHF patiënten en 6,8 bij de partners. Op itemniveau werd een duidelijk of absoluut verlies van interesse in seksuele activiteiten door 35,5% van de patiënten en 36,9% van de partners gerapporteerd. Problemen omtrent opwinding en orgasme vertalen zich in de SAS naar het vermogen om seks te hebben, verandering van plezier of bevrediging en het aantal keren seks. Het vermogen om seks te hebben bleek bij 45,2% van de patiënten constante problemen op te leveren of dusdanig verstoord waardoor seks niet meer mogelijk was. Bij partners was dit percentage 36,9%. Een duidelijk verlies van plezier of bevrediging of het ontbreken van plezier of bevrediging werd door 45,1% van de patiënten en 42,2% van de partners gerapporteerd. Ten slotte rapporteerden 70,9% van de patiënten en 68,5% van de partners een duidelijke vermindering in het aantal keren seks of het staken van seksuele activiteit. De onderlinge relatie tussen de CHF patiënt en diens partner werd door 23,3% van de patiënten en 16,7% van de partners als minder innig ervaren sinds de ziekte. Eén partner maakte melding van serieuze problemen of een breuk in de relatie. Frequente woordenwisselingen omtrent seks werd door 3,3% van de patiënten en 10,5% van de partners gerapporteerd.

Tabel 2 resultaten SAS

Behoeftte aan informatie

De BISF-CHF werd door 22 patiënten en 14 partners volledig ingevuld. Over de inhoud van de informatievoorziening, gaven CHF patiënten hun informatiebehoefte weer over het subdomein 'relatie'. Partners van CHF patiënten gaven aan informatie te willen ontvangen over de subdomeinen

'symptomen', 'ontspanning en het belang', en de 'relatie'. Partners scoorden op vier van de vijf subdomeinen hoger dan CHF patiënten.

Tabel 3 Resultaten BISF-CHF, de inhoud

Qua omstandigheden gaf het merendeel van de patiënten en partners aan geschreven informatie te willen ontvangen. De verpleegkundige (hartfalenverpleegkundige / thuisverpleegkundige) werd het meest genoemd als de persoon die informatie zou kunnen verstrekken. De meeste patiënten en partners gaven aan graag samen informatie te willen ontvangen.

Tabel 4 Resultaten BISF-CHF, de omstandigheden

Discussie

Seksueel disfunctioneren (SD) bij patiënten met chronisch hartfalen (CHF) en hun partners werd gemeten met de Sexual Adjustment Scale (SAS). Middels de SAS gaf een meerderheid (>50%) van de studiepopulatie aan dat de frequentie van seksuele activiteit duidelijk is verminderd of gestaakt. Met de 'Behoeftte aan Informatie omtrent Seksueel Functioneren' (BISF-CHF) gaven CHF patiënten te kennen informatie te willen ontvangen over het onderwerp 'relatie'. Partners gaven aan behoefte te hebben aan informatie over 'symptomen', 'ontspanning en het belang', en 'relatie'. Zowel de meeste patiënten als partners wilden geschreven informatie ontvangen door een hartfalenverpleegkundige in het bijzijn van hun partner.

Chronisch hartfalen en seksueel disfunctioneren

Om de gevonden resultaten te vergelijken met ander Nederlands onderzoek, is vooral de vergelijking gemaakt met onderzoek van Jaarsma (15). Zij heeft in Nederland een follow-up studie gedaan naar CHF en SD; hierin werden 73 CHF patiënten gedurende 9 maanden gevraagd drie maal de SAS in te vullen. Het onderzoek van Jaarsma (15) heeft op itemniveau overeenkomsten met de huidige studie. Zij beschrijft een duidelijk verlies van seksuele interesse variërend van 28% tot 37%; dit komt overeen met deze studie waar het percentage 35,5% is. Problemen omtrent het vermogen om seks te hebben, in deze studie 45,2%, varieerde bij Jaarsma van 29% tot 45%. Een duidelijk verlies van plezier en bevrediging, in deze studie 45,1% varieerde bij Jaarsma van 29% - 40%. Het enige duidelijke verschil tussen deze studie en die van Jaarsma, is de vermindering van het aantal keren seks. Deze bedroeg 70,9% in deze studie, terwijl bij Jaarsma dit varieerde van 34%-48%. Het hoe en waarom van dit hogere percentage is niet duidelijk. Vergeleken met dit onderzoek, is de studiepopulatie van Jaarsma gemiddeld ouder (70 jaar) en zijn de symptomen van CHF ernstiger (55% in NYHA IV). Het percentage mannen in de populatie van Jaarsma was met 80% iets lager dan in deze studie (87%). Gesteld kan worden dat het huidige onderzoek, de resultaten van Jaarsma over SD in Nederland onder CHF patiënten, grotendeels lijkt te bevestigen.

Erectioneel dysfunctioneren

Een belangrijke confounder in deze studie is geslacht. De studiepopulatie bestond voornamelijk uit mannen. SD bij mannen uit zich vaak in erectioneel dysfunctioneren (ED). Friedman (40) en Drory et al. (41) toonden in onderzoek aan dat 50-75% van de mannen met cardiovasculaire aandoeningen, waaronder CHF, geconfronteerd worden met ED. Deze hoge prevalentie werd aan drie factoren geweten. Allereerst de vasculaire aandoening zelf, waardoor er verminderde doorbloeding is van onder andere de genitale bloedvoorziening. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Baumhäkel & Böhm (22). Zij beschrijven dat een verminderde linkerventrikelfunctie (LVEF) significant geassocieerd wordt met verminderd erectioneel functioneren. Ten tweede het vele medicatiegebruik. Rastogi et al. (42) beschrijven dat medicatiegebruik, zoals digoxine, bètablokkers en diuretica, ED kan verergeren of veroorzaken bij CHF patiënten. Ten slotte depressie, waar zo'n 20-30% van de CHF patiënten mee geconfronteerd wordt (40). Hoewel ED in dit onderzoek niet is gemeten, kunnen bovenstaande factoren wijzen op ED. In ieder geval zijn de factoren van een lage LVEF (23,3%) en hoog medicatiegebruik in dit onderzoek (zie tabel 1) aanwezig. Ook de 45,2% van de CHF patiënten die aangeven problemen met het vermogen om seks te hebben (tabel 2) en het sildenafil (viagra) gebruik doet ED in deze populatie vermoeden.

Partners en seksueel dysfunctioneren

SD bij partners van CHF patiënten is nauwelijks onderzocht. Deze studie laat zien dat bij 68,5% van de partners de frequentie van het aantal keren seks duidelijk verminderd of gestaakt is. In een vergelijkbare studie (39) in België, was dit percentage (46,2%) aanzienlijk lager. In de VS heeft Westlake et al. (17) het SD van partners onderzocht. Hier werd SD echter niet op itemniveau weergegeven, maar werd de gemiddelde totaalscore van de SAS bepaald. Deze was voor partners 5,5 tegen 6,8 in deze studie. Het seksueel functioneren bleek in deze studie gemiddeld dus iets meer verstoord dan in de studie van Westlake et al. (17).

Relatie

Evenals in ander onderzoek (15-17) lijkt de onderlinge relatie tussen de CHF patiënt en diens partner beperkt aangedaan. Een minderheid van patiënten (23,3%) en partners (16,7%) geeft aan minder innig te zijn sinds het CHF. Slechts één partner (5,6%) zou frequent woordenwisselingen hebben met betrekking tot seks. In onderzoek van Schwarz et al. (19) werden 100 patiënten met CHF gevraagd of ze steun ervoeren van hun partner ten aanzien van hun seksuele problemen. Een meerderheid van de mannen (62%) en ongeveer de helft van de vrouwen (45%) bleek steun van de partner te ervaren. In kwalitatief onderzoek van Luttkik et al. (25) beschrijven enkele respondenten een positieve verandering in hun relatie en gevoelens van solidariteit met hun partner.

Behoeftte aan informatie

CHF patiënten geven aan behoefte te hebben aan informatie omtrent seksueel functioneren. Deze behoefte, gemeten met de BISF-CHF, wordt enkel op het subdomein 'relatie' weergegeven. Dit zegt echter niets over individuele CHF patiënten. Individueel gezien bleken sommige patiënten duidelijk behoefte aan informatie te hebben; hetgeen tot uiting komt in de spreiding van de data. Ook kwamen enkele afzonderlijke items gemiddeld boven het afkappunt van 2,5 uit. Binnen de subdomeinen waren er echter te weinig andere items die hoog scoorden, zodat het subdomein geen onderwerp van informatievoorziening voor de studiebevolking werd. Kritisch beschouwd zou de BISF-CHF eerst moeten nagaan of mensen informatie omtrent seksueel functioneren zouden willen ontvangen. In België is de behoefte aan informatie omtrent seksueel functioneren bij CHF patiënten eerder onderzocht (39). Hoewel het Belgisch onderzoek qua opzet vergelijkbaar was met het huidige onderzoek, gaven respondenten in België aan over alle subdomeinen informatie te willen ontvangen.

Bijzonder in deze studie is dat de informatiebehoefte bij partners hoger bleek te zijn dan bij CHF patiënten; de reden hiervan is niet duidelijk. Mogelijk dat geslacht hier een rol speelt; de meeste partners waren vrouw. De studie van Hosson (39) laat zien dat de informatiebehoefte bij CHF patiënten juist hoger is dan bij partners. In deze populatie van partners was de verhouding man-vrouw meer gelijk verdeeld dan in de huidige studie.

Verpleegkundige implicaties

In de zorg rond de CHF patiënt en diens partner is het belangrijk dat verpleegkundigen seksueel functioneren bespreekbaar maken. Kennis over seksueel functioneren bij CHF patiënten is hierbij een voorwaarde. Steinke (43) geeft praktische tips hoe seksueel functioneren te bespreken. Vervolgens kan beoordeeld worden of en in hoeverre er sprake is van SD en of en welke behoefte er is aan informatie omtrent seksueel functioneren. Zowel de SAS als de BISF-CHF kunnen hiervoor worden gebruikt. Om seksueel functioneren te verbeteren zouden verpleegkundigen kunnen wijzen op verbetering van de fysieke conditie. Jaarsma (15) en Belardinelli et al. (44) laten zien dat verbetering van de fysieke conditie een positief effect lijkt te hebben op seksuele activiteit en seksueel functioneren. Voor CHF patiënten met ED zouden verpleegkundigen in overleg met de cardioloog het gebruik van sildenafil (viagra), kunnen overwegen. Een review van Mandras et al. (45) laat zien dat sildenafil veilig gebruikt kan worden bij CHF patiënten met milde tot matig hartfalen. Bij patiënten met actieve ischaemie en nitraatgebruik wordt sildenafil afgeraden. Voor psychische begeleiding bepleiten Barsky et al. (46) een coping model bij SD van chronisch zieken. Zij bepleiten flexibel om te gaan met de definitie van seksueel functioneren en hoe dit deel uitmaakt van de patiënt zijn zelfbeeld.

Methodologische beperkingen

Generaliseerbaarheid van de resultaten is vanwege de kleine steekproef beperkt. Desondanks lijken de resultaten omtrent SD, eerder onderzoek in Nederland te bevestigen. Selectie van de populatie speelt een rol in de uitkomst van de resultaten. Het weergeven van contaminerende factoren in de demografische- en klinische gegevens laat echter zien dat de steekproef niet veel afwijkt van ander

onderzoek naar SD onder CHF patiënten. Mogelijk heeft informatiebias een rol gespeeld; de vragenlijsten van de CHF patiënt en de partner werden in één enveloppe verstuurd. Hierdoor zou de vragenlijst gezamenlijk, door CHF patiënten en partners, kunnen zijn ingevuld. Gezien de verschillende resultaten tussen CHF patiënten en partners van zowel de SAS als de BISF-CHF lijkt dit echter niet reëel.

Conclusie

Deze studie beschrijft SD en de behoefte aan informatie omtrent seksueel functioneren bij CHF patiënten en de partners. De studiepopulatie bestond voornamelijk uit mannelijke CHF patiënten en vrouwelijke partners. Zowel voor CHF patiënten als voor partners bleek een duidelijk verlies van seksuele activiteit sinds CHF. Omtrent de inhoud van informatievoorziening wilden CHF patiënten informatie over het subdomein 'relatie'. De informatiebehoefte van partners bleek bij vier van de vijf subdomeinen hoger dan de CHF patiënt. Partners wilden over de subdomeinen 'symptomen', 'ontspanning en het belang' en 'relatie' informatie ontvangen. Voor de methode van informatieoverdracht gaven de meeste patiënten en partners aan geschreven informatie te willen ontvangen door een verpleegkundige, in het samenzijn met hun partner.

Aanbevelingen

Voor verpleegkundigen is het belangrijk te weten dat niet enkel de CHF patiënt, maar ook diens partner vragen en zorgen kan hebben omtrent seksueel functioneren. Naast het bespreekbaar maken van seksueel functioneren dienen verpleegkundige de CHF patiënt en diens partner van de juiste informatie te voorzien. Het gebruik van de BISF-CHF kan hierbij een hulpmiddel zijn om de informatiebehoefte van zowel de patiënt als diens partner te analyseren. Dit maakt aansluiting mogelijk tussen juiste informatie en de behoefte die er bij CHF patiënten en partners bestaat.

Verder onderzoek zou zich kunnen richten op de informatiebehoefte en de beleving van de partner. Hierbij zou men zich af kunnen vragen of de behoefte aan informatie bij de partner significant anders is dan bij de patiënt, welke factoren hier een mogelijke rol in spelen en welke gevolgen dit zou hebben voor de verpleegkundige zorg rondom de CHF patiënt en diens partner.

Samenvatting

Titel: “Seksueel functioneren en de behoefte aan informatie bij patiënten met chronisch hartfalen en hun partners”.

Achtergrond: Patiënten met chronisch hartfalen (CHF) en hun partners kunnen vragen en zorgen hebben omtrent seksueel disfunctioneren (SD). Verpleegkundige kennis omtrent seksueel functioneren is noodzakelijk om CHF patiënten en partners van juiste informatie te voorzien.

Doel: Beschrijven in hoeverre en met welke seksuele disfuncties CHF patiënten en hun partners geconfronteerd worden en welke behoefte bij deze groep bestaat aan informatie omtrent seksueel functioneren.

Methode: Prospectief, beschrijvend dwarsdoorsnede onderzoek op de hartfalenpoli's van twee grote algemene ziekenhuizen in Nederland. SD werd gemeten met de Sexual Adjustment Scale (SAS). De behoefte aan informatie omtrent seksueel functioneren werd gemeten met de Behoeftte aan Informatie omtrent Seksueel Functioneren bij Chronisch Hartfalen (BISF-CHF). Er participeerden 31 CHF patiënten en 19 partners.

Resultaten: Een meerderheid van zowel de CHF patiënten als de partners rapporteren een duidelijke vermindering van hun seksuele activiteit. De behoefte aan informatie omtrent seksueel functioneren lijkt bij partners groter dan bij de CHF patiënten.

Sleutelwoorden: Chronisch hartfalen, seksueel functioneren, behoefte aan informatie, partners

Abstract

Title: "Sexual functioning and the need of information by patients with chronic heart failure and their spouses".

Background: Patients with chronic heart failure (CHF) and their spouses may have questions and sorrows about sexual dysfunctioning. Nurses' knowledge about sexual functioning is necessary to provide the right information for CHF patients and their spouses.

Aim: To describe if and which sexual dysfunctions CHF patients and their spouses are faced with and to describe their need of information around sexual functioning.

Method: A prospective, descriptive cross-sectional design was undertaken in two Dutch hospitals. Sexual dysfunctions were measured with the Sexual Adjustment Scale (SAS). The need of information around sexual functioning, was measured with the 'Need of information around sexual functioning by CHF patients' (BISF-CHF). There participated 31 CHF patients and 19 spouses.

Results: Most of the patients and spouses reported a marked decrease of sexual activity. The need of information around sexual functioning seems higher by spouses than by CHF patients.

Keywords: Chronic heart failure, sexual function, need of information, spouses

Referenties

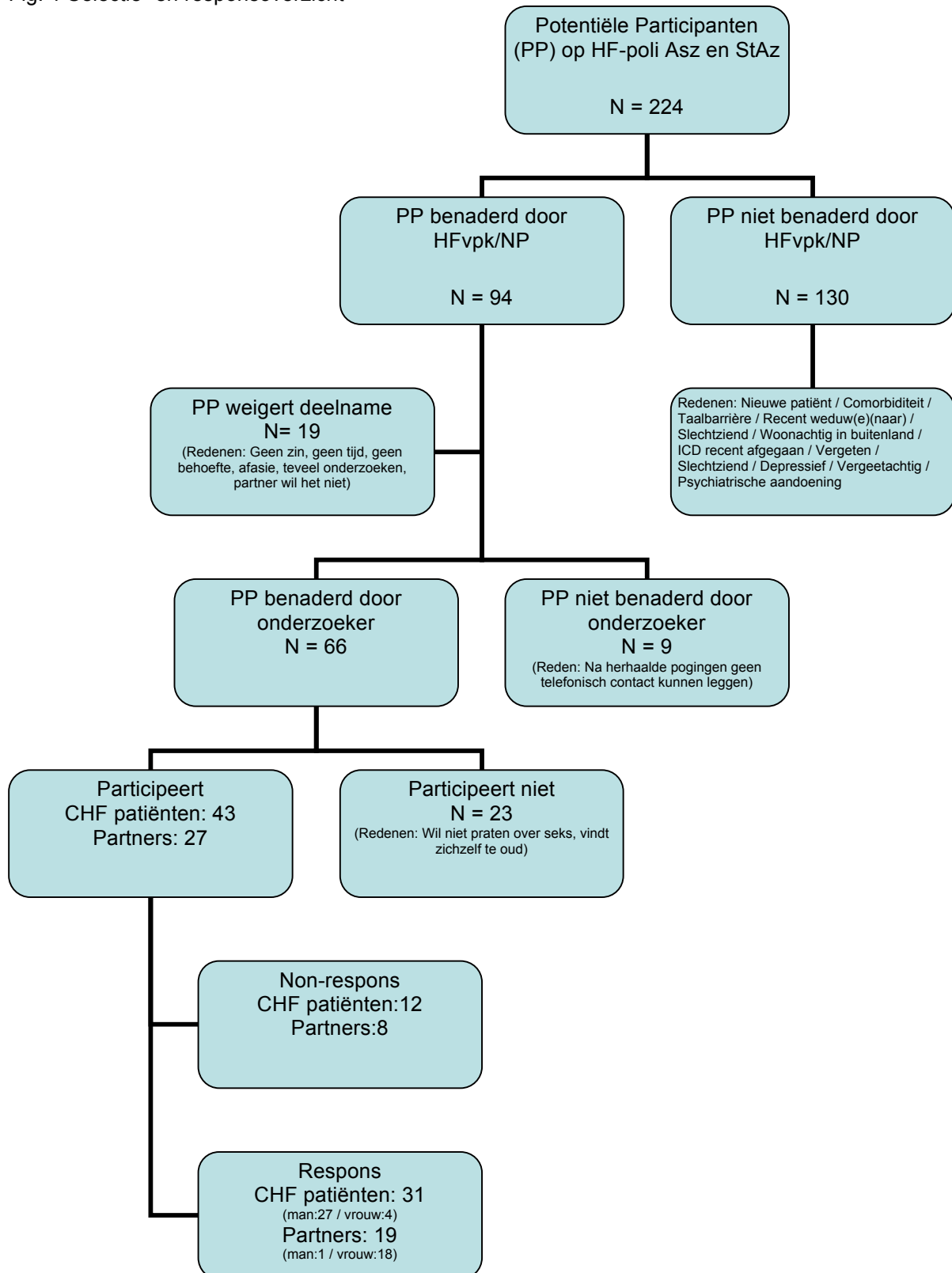
- (1) Hoes AW, Mosterd A, Rutten FH, Poos MJJC. Hoe vaak komt hartfalen voor en hoeveel mensen sterven eraan? Ontleend aan:
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1647n17965.html.
- (2) CBO/NHG/NVVC/NIV e.a. Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen, 2009.
- (3) Hurst JW, Morris DC, Alexander RW. The use of the New York Heart Association's classification of cardiovascular disease as part of the patient's complete Problem List. Clin Cardiol 1999; 385-90.
- (4) Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. Quality of life in patients with advanced heart failure. J Heart Lung Transplant 1992; 11: 273-9.
- (5) Sprangers M. Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten? Ontleend aan:
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2297n18749.html.
- (6) Het resultaat telt, 2004. Prestatieindicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuis verleende zorg, 2006.
- (7) Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure. Eur Heart J 2004; 25: 1614-9.
- (8) Grady KL, Jalowiec A, Grusk BB, White-Williams C, Robinson JA. Symptom distress in cardiac transplant candidates. Heart Lung 1992; 21: 434-9.
- (9) Wassertheil-Smoller S, Blafox MD, Oberman A, Davis BR, Swencionis C, Knerr MO, et al. Effect of antihypertensives on sexual function and quality of life: the TAIM Study. Ann Intern Med 1991; 114: 613-20.
- (10) McCabe MP, Taleporos G. Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. Arch Sex Behav 2003; 32: 359-69.
- (11) DeHaan CB, Wallander JL. Self-concept, sexual knowledge and attitudes, and parental support in the sexual adjustment of women with early- and late-onset physical disability. Arch Sex Behav 1988; 17: 145-61.

- (12) Taleporos G, McCabe M. The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sex Disabil* 2002; 20: 177-83.
- (13) Leusink, PM. Seksuele gezondheidszorg Deel 2 Handboek Seksualiteit en reproductie 2009; Ontleend aan: http://www.rivm.nl/cib/binaries/Handboek%20seksualiteitshulpverlening%20januari%2009_tcm92-59264.pdf.
- (14) Seksuele anamnese versie 2.0. 2007. Ontleend aan: <http://www.nvog-documenten.nl/richtlijn/doc/download.php?id=557>.
- (15) Jaarsma T. Sexual problems in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2002; 1: 61-7.
- (16) Jaarsma T, Dracup K, Walden J, Stevenson LW. Sexual function in patients with advanced heart failure. *Heart Lung* 1996; 25: 262-70.
- (17) Westlake C, Dracup K, Walden JA, Fonarow G. Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. *J Heart Lung Transplant* 1999; 18: 1133-8.
- (18) Anderson H, Ward C, Eardley A, Gomm SA, Connolly M, Coppinger T, et al. The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met. *Palliat Med* 2001; 15: 279-86.
- (19) Schwarz ER, Kapur V, Bionat S, Rastogi S, Gupta R, Rosanio S. The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *Int J Impot Res* 2008; 20: 85-91.
- (20) Ekman I, Ehrenberg A. Fatigued elderly patients with chronic heart failure: do patient reports and nurse recordings correspond? *Int J Nurs Terminol Classif* 2002; 13: 127-36.
- (21) Braun M, Sommer F, Lehmacher W, Raible A, Bondarenko B, Engelmann U. Erectile dysfunction. Are interdisciplinary diagnosis and therapy necessary? *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 131-6.
- (22) Baumhäkel M, Böhm M. Erectile dysfunction correlates with left ventricular function and precedes cardiovascular events in cardiovascular high-risk patients. *Int J Clin Pract* 2007; 61: 361-6.
- (23) Herbert K, Lopez B, Castellano J, Palacio A, Tamari L, Arcemen LM. The prevalence of erectile dysfunction in heart failure patients by race and ethnicity. *Int J Impot Res* 2008; 20: 507-11.

- (24) McCall-Hosenfeld JS, Freund KM, Legault C, Jaramillo SA, Cochrane BB, Manson JE, et al. Sexual satisfaction and cardiovascular disease: the Women's Health Initiative. *Am J Med* 2008; 121: 295-301.
- (25) Luttik ML, Blaauwbroek A, Dijker A, Jaarsma T. Living with heart failure: partner perspectives. *J Cardiovasc Nurs* 2007; 22: 131-7.
- (26) Nightingale, F. *Notes on nursing: what it is and what it is not*. Philadelphia: Lippincott, 1859.
- (27) Benner P. *From novice to expert. Excellence in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA, USA: Addison-Wesley, 1984.
- (28) Rankin SH, Stallings KD. *Patient education, principles and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
- (29) Remme WJ, Swedberg K, Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001; 22:1527-60.
- (30) Hagenhoff BD, Feutz C, Conn VS, Sagehorn KK, Moranville-Hunziker M. Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their nurses. *J Adv Nurs* 1994; 19: 685-90.
- (31) Frattini E, Lindsay P, Kerr E, Park YJ. Learning needs of congestive heart failure patients. *Prog Cardiovasc Nurs* 1998; 13: 11-6.
- (32) Wehby D, Brenner PS. Perceived learning needs of patients with heart failure. *Heart Lung* 1999; 28: 31-40.
- (33) Riegel B, Moser DK, Powell M, Rector TS, Havranek EP. Nonpharmacologic care by heart failure experts. *J Card Fail* 2006; 12: 149-53.
- (34) Langeluddecke P, Fulcher G, Baird D, Hughes C, Tennant C. A prospective evaluation of the psychosocial effects of coronary artery bypass surgery. *J Psychosom Res* 1989; 33: 37-45.
- (35) Tardif GS. Sexual activity after a myocardial infarction. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 70: 763-6.

- (36) Gamel C, Hengeveld MW, Davis B, Van der Tweel I. Factors that influence the provision of sexual health care by Dutch cancer nurses. *Int J Nurs Stud* 1995; 32: 301-14.
- (37) steekproefcalculator. Ontleend aan:
<http://www.allesovermarktonderzoek.nl/Extra/Steekproef.aspx>.
- (38) Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986; 30: 77-91.
- (39) Hosson M. Seksualiteit en de behoefte aan seksuele hulpverlening van patienten met chronisch hartfalen en hun partners. Een beschrijvend onderzoek. 2009. Niet gepubliceerd. Ontleend aan: <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2009-1026-200130/studentnr%203165264%20scriptie.pdf>
- (40) Friedman MM, Griffin JA. Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. *Heart Lung* 2001; 30: 98-104.
- (41) Drory Y, Kravetz S, Florian V, Weingarten M. Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-aged men: demographic, psychological and medical predictors. *Cardiology* 1998; 90: 207-11.
- (42) Rastogi S, Rodriguez JJ, Kapur V, Schwarz ER. Why do patients with heart failure suffer from erectile dysfunction? A critical review and suggestions on how to approach this problem. *Int J Impot Res* 2005;17 Suppl 1:S25-36.
- (43) Steinke EE. Intimacy Needs and chronic illness. Strategies for Sexual Counseling and Self-Management. *J Gerontol Nurs* 2005; 31: 40-50.
- (44) Bellardinelli R, Lacalaprice F, Faccenda E, Purcaro A, Perna G. Effects of short-term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. *Int J Cardiol* 2005; 101: 83-90.
- (45) Mandras SA, Uber PA, Mehra MR. Sexual activity and chronic heart failure. *Mayo Clin Proc* 2007; 82: 1203-10.
- (46) Barsky JL, Friedman MA, Rosen RC. Sexual Dysfunction and Chronic illness: The role of Flexibility in Coping. *J Sex Marit Ther* 2006; 32: 235-53.

Fig. 1 Selectie- en responsoverzicht



Tabel 1 Klinische- en demografische gegevens

	Patiënt	Partner
N	31	19
Geslacht (man-vrouw) (%)	(27-4) (87%-13%)	(1-18) (5%-95%)
Ziekenhuis (ASz – StAz)	(17-14)	(11-8)
Leeftijd (gem.± s.d.)	66,9±8,9	65,9±8,2
Relatie in jaren (gem.± s.d.)	40,8±12,2	43,4±11,1
Aantal patiënten met partner	30	
Aantal jaren CHF (gem.± s.d.)	3,7±2,7	
Ejectiefractie (gem.± s.d.)	23,3±7,5	
NYHA-klasse:		
I (%)	3 (12%)	
II (%)	17 (68%)	
III (%)	5 (20%)	
NYHA klasse onbekend	6	
Oorzaak CHF:		
Cardiomyopathie (%)	16 (52%)	
Coronairlijden (%)	11 (35%)	
Kleplijden (%)	4 (13%)	
Comorbiditeiten:		
Pacemaker	14	
Diabetes Mellitus	7	
Hypertensie	7	
COPD	6	
Perifeer vaatlijden	5	
Nierfunctiestoornissen	4	
Hypercholesterolemie	3	
Pulmonale Hypertensie	2	
Depressie	2	
Overig	5	
Medicatie:		
Diuretica	39	
Antistollingsmiddelen	33	
Cholesterolverlagers	19	
Longmedicatie	18	
Overig	17	
Bloedglucose verlagende middelen	15	
ACE remmers	14	
Anti-aritmica klasse II (β-blokkers)	11	
Anti-artimica klasse III (cordarone, sotalol)	10	
Sympaticolytica	8	
Nitraten	5	
Sildenafil	4	
Digoxine	3	
Medicatie per patiënt (gemiddelde ± s.d.)	6,3 ± 2,7	

Tabel 2. Resultaten SAS

	Patient (n=31)		Partner (n=19)	
Totaal score SAS (gemiddelde ± s.d.)	6,6±4,1		6,8±4,3	
Relatieverandering sinds CHF	absoluut	(%)	absoluut	(%)
Geen verandering in relatie	16	53,3	7	38,9
Iets minder Innig	7	23,3	7	38,9
Zeker minder innig	7	23,3	3	16,7
Serieuze problemen of breuk in relatie	0		1	5,6
Missing Value	1		1	
Interesse in seksuele activiteiten sinds CHF				
Geen verlies in interesse	9	29,0	4	21,1
Licht verlies in interesse	11	35,5	8	42,1
Duidelijk verlies in interesse	9	29,0	6	31,6
Absoluut geen interesse	2	6,5	1	5,3
Aantal keren seks sinds CHF				
Geen vermindering	4	12,9	2	10,5
Een kleine vermindering	5	16,1	4	21,1
Een duidelijke vermindering	17	54,8	9	47,4
Geen seksuele activiteit meer	5	16,1	4	21,1
Verandering van plezier of bevrediging sinds CHF				
Geen verandering van plezier of bevrediging	7	22,6	4	21,1
Enigszins verlies van plezier of bevrediging	10	32,3	7	36,8
Een duidelijk verlies van plezier of bevrediging	9	29,0	4	21,1
Geen seksueel plezier of bevrediging meer	5	16,1	4	21,1
Vermogen om seks te hebben sinds CHF				
Geen verandering	5	16,1	6	31,6
Enkele problemen	12	38,7	6	31,6
Constante problemen	11	35,5	3	15,8
Helemaal niet meer in staat om seks te hebben	3	9,7	4	21,1
Woordenwisselingen tussen partners m.b.t seks sinds CHF				
Geen	23	74,2	16	84,2
Enige	6	19,4	1	5,3
Frequent	1	3,3	2	10,5
Constant	0		0	
Missing Value	1			

Tabel 3. Resultaten BISF-CHF, de inhoud

Items	Patient (n=31)		Partner (n=19)	
	Gemiddelde ± s.d.	N	Gemiddelde ± s.d.	N
Symptomen	2,4 ± 0,9		2,8 ± 1,0	
Rekening houden met symptomen van CHF tijdens de seks	2,3 ± 0,9	22	2,6 ± 1,2	14
Inspanning en de mogelijke gevaren van seks	2,5 ± 0,8	22	2,9 ± 0,9	14
Het omgaan met symptomen van CHF die verergeren tijdens de seks	2,5 ± 0,9	22	2,9 ± 1,1	14
Het bij de hulpverlener melden van deze symptomen	2,4 ± 1,0	22	2,9 ± 1,0	14
Medicatie en informatie	2,1 ± 1,0		2,2 ± 1,0	
Het effect van hartmedicatie op het seksueel functioneren	2,3 ± 1,0	22	2,4 ± 1,0	14
Het aanpassen van tijden van plasmedicatie	2,0 ± 0,9	22	2,0 ± 1,0	14
Medicatie die het seksueel functioneren bevordert	2,2 ± 1,1	21	2,2 ± 1,0	14
De invloed van stimulerende middelen op het hebben van seks	2,0 ± 1,1	21	2,1 ± 1,0	14
Ontspanning en het belang	2,4 ± 0,9		2,5 ± 1,0	
Van een ontspannen en vertrouwde setting	2,5 ± 1,0	22	2,4 ± 1,1	14
Van een ontspannen manier van het hebben van seks	2,7 ± 0,8	22	2,4 ± 1,1	14
Van aandacht voor intimiteit van aanraken, knuffelen en zoenen	2,9 ± 0,7	22	2,7 ± 1,0	14
Om uitgerust te zijn voor het hebben van seks	2,4 ± 1,0	22	2,7 ± 0,9	14
Om het drinken van alcohol te vermijden voor het hebben van seks	1,8 ± 0,9	22	2,4 ± 1,2	14
Om het hebben van seks te vermijden wanneer iemand emotioneel van streek is	2,3 ± 1,1	22	2,6 ± 1,0	14
Relatie	2,7 ± 0,9		2,5 ± 0,9	
Het communiceren over gevoelens of zorgen, zoals angst en overbescherming	2,7 ± 0,8	22	2,6 ± 0,9	14
Het communiceren over de (on)mogelijkheden omtrent het hebben van seks	2,6 ± 0,9	22	2,5 ± 0,9	14
Psychologische factoren	2,0 ± 0,8		2,1 ± 0,9	
Angst en gespannenheid over uw seksueel functioneren	2,0 ± 0,8	22	2,1 ± 0,9	14
Depressieve gevoelens over uw seksueel functioneren	2,0 ± 0,7	22	2,2 ± 1,0	14

Tabel 4. Resultaten BISF-CHF, de methode

	Patiënt	Partner	Totaal
Methode			
Geschreven informatie	10	7	17
Gesprek	6	3	9
Computer	1	3	4
Anders nl.	2	2	4
Video / DVD	3	0	3
Missing Value(s)	6	4	10
Wie			
Hartfalenverpleegkundige	12	6	18
Huisarts	5	4	9
Cardioloog	4	3	7
Thuisverpleegkundige	4	3	7
Seksuoloog	5	1	6
Anders nl.	1	1	2
Missing Value(s)	0	1	1
Gezelschap			
Mezelf en partner	14	12	26
Anders nl.	5	1	6
Aleen	4	1	5
Mezelf en partner en een groep hartfalenpatiënten	3	0	3
Missing Value(s)	5	5	10