

Tilfredshet med seksuallivet hos hjertesyrke

Ragnhild Sørensen Høifødt , Ingvild Nordnes Myrbakk og Bente Træen

Tilfredshet med seksuallivet hos hjertesyke

Misnøye med seksuallivet og seksuelle problemer er utbredt hos hjertesyke. I møte med hjertesyke pasienter bør oppmerksomheten ikke bare rettes mot det somatiske, men også mot pasientens psykiske og relasjonelle forhold.

Av den norske befolkning er det estimert at omtrent 16 % lider av hjertesykdom (Svalund, 2005). Denne gruppen består både av personer med medfødt og ervervet hjertesykdom. De med ervervet hjertesykdom utgjør den største gruppen, men i de siste 30 årene har fremskritt i diagnostisering og behandling ført til at antall voksne med medfødt hjertesykdom har økt (Daliento, Mapelli & Volpe, 2006; Træen, 2007). Overlevelse har vært en måte å evaluere behandling på, men i den senere tid har det vært økt oppmerksomhet rundt livskvaliteten til personer med hjertesykdom, der blant annet det seksuelle aspektet av livskvalitet har blitt studert (Burchardt et al., 2002; Daliento et al., 2006; Hale, Hannan, Heaton & Adams, 2005; Træen, 2007; Træen & Olsen, 2007). Denne artikkelen er en av flere (se Træen og Olsen, 2007, og Træen, 2007) fra en større undersøkelse av sex og samliv hos hjertesyke. Artikkelen analyserer sammenhenger mellom misnøye med seksuallivet og plager som følge av hjertesykdom, angst- og depresjonssymptomer og tilfredshet med parforholdet blant personer med hjertesykdom.

Studier av utbredelsen av seksuelle problemer både i den generelle befolkningen og hos personer med hjertesykdom har vist sprikende resultater. Studier av selvrapporterte seksuelle problemer i den generelle befolkningen har vist en forekomst fra 10 % til 66 % hos menn, og fra 12 % til 80 % hos kvinner (Dunn, Croft & Hackett, 1998; 2000; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane & McKinlay, 1994; MMI, 1987; Osborn, Hawton & Gath, 1998; Wabrek & Burchell, 1980; Öberg, Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2004). For personer med hjertesykdom har studier vist en utbredelse fra 23 % til 30 % hos menn og fra 25 % til 43 % hos kvinner (Burchardt et al., 2002; Hale et al., 2005; Træen, 2007; Træen & Olsen, 2007). Den store variasjonen i resultatene kan ha sammenheng med metodologiske forskjeller i studiene, blant annet hvilken populasjon som er undersøkt, ulike spørsmålsformuleringer og ulike definisjoner av seksuelle problemer.

Træen og Olsen (2007) fant at 26 % av personer med diagnostisert hjertesykdom og 11 % av den generelle befolkningen rapporterte å ha hatt seksuelle problemer noen gang. Denne forskjellen mellom personer med hjertesykdom og den generelle befolkningen var signifikant for menn over 40 år, samt for kvinner under 40 år og over 49 år. For menn med hjertesykdom var det vanligste problemet erektil dysfunksjon, mens redusert lyst var vanligst hos hjertesyke kvinner. Lignende

studier har vist at utbredelsen av erektil dysfunksjon hos hjertesyke menn var høyere enn i den generelle befolkningen, og dette støttes også av epidemiologiske studier (Araujo, Durante, Feldman, Goldstein & McKinlay, 1998; Braun, Wassmer, Klotz, Reifenrath, Mathers & Engelmann, 2000; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane & McKinlay, 1994; Kubin, Wagner & Fugl-Meyer, 2003). Træen og Olsen (2007) fant også en signifikant forskjell i tilfredshet med seksuallivet mellom mennesker med hjertesykdom og den generelle befolkningen, der 66 % av den generelle befolkningen var tilfreds, sammenlignet med 53 % av de hjertesyke. En negativ sammenheng mellom seksuelle problemer og tilfredshet med seksuallivet støttes for både menn og kvinner, og en studie av menn har vist at tilfredshet med seksuallivet er en sterk prediktor for generell tilfredshet med livet (Dunn et al., 2000; Fugl-Meyer, Lodnert, Branholm & Fugl-Meyer; 1997; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Öberg et al., 2004).

Somatiske faktorer

Hjertesykdom er en av flere vanlige medisinske tilstander som kan ha negativ innvirkning på den seksuelle funksjonen, og kronisk sykdom er ofte forbundet med seksuelle problemer (Basson & Schulz, 2007; Braun et al., 2000; Bughra, 2000; Feldman et al., 1994). Kronisk sykdom kan ha fysiologisk påvirkning på den seksuelle funksjonen, enten direkte som følge av sykdommen eller som resultat av bivirkninger av medisiner (Basson & Schulz, 2007). Studier har vist at blodtrykksmedisiner som -blokkere og ACE-hemmere kan ha sammenheng med lystproblemer hos både menn og kvinner, og i noen tilfeller også erektil dysfunksjon hos menn (Dunn, Croft & Hackett, 1999; Fogari et al., 2002; Fogari et al., 2004). Disse resultatene er imidlertid ikke entydige (Rosen, Kostis & Jekelis, 1988).

Psykologiske faktorer

Sykdom kan også ha en indirekte påvirkning på seksuell fungering ved å føre til endret selvbilde, nedsatt allmenntilstand og ubehagelige symptomer og smerter (for eksempel angina pectoris ved seksuell stimulering) (Basson & Schultz, 2007). I en undersøkelse der hjertesyke menn ble bedt om å forklare sine ereksjonsproblemer, forklarte mange disse problemene med smerter (Wabrek & Burchell, 1980). Mange hjertesyke opplever ubehagelige symptomer som for eksempel brystmerter, tung pust og hjertebank, og slike symptomer kan gi økt bekymring og engstelse for egen helsetilstand og hva kroppen tåler (Bernardo, 2001; Træen & Olsen, 2007; Wabrek & Burchell, 1980; Whitehead, Strike, Perkins-Porras & Steptoe, 2005). Denne typen engstelser og bekymringer har vist seg å predikere psykologiske problemer som angst og depresjon hos personer med ervervede

hjerterproblemer (Whitehead et al., 2005). Forskning har vist at psykologiske faktorer av denne typen kan ha sammenheng med seksuelle problemer og tilfredshet med seksuallivet, både i den generelle befolkningen og blant hjertesyke (Dunn et al., 1999; Hale & Strassberg, 1990; Træen & Olsen, 2007). I en studie av Wabrek og Burchell (1980) ble frykt for hjerterproblemer som følge av seksuell aktivitet oppgitt som årsak til egne seksuelle problemer blant menn. At hjertesyke bekymrer seg for om høy seksuell aktivisering kan påvirke helsetilstanden negativt, støttes også av en studie som viste at hjertesyke og deres partnere klart overestimerte sannsynligheten for helsemessige komplikasjoner under seksuell aktivitet (Bernardo, 2001). En studie av kvinner med høyt blodtrykk viste at 29 % opplevde angst og hemninger i forbindelse med seksuell aktivitet (Burchardt et al., 2002). I samsvar med disse resultatene fant Træen og Olsen (2007) at psykologiske faktorer var mer bestemmende for utbredelsen av seksuelle problemer hos hjertesyke enn sosiale og medisinske faktorer. Tilfredshet med seksuallivet økte med økt selvtillit, og risikoen for å oppleve seksuelle problemer økte med økt bekymring for seksuelle temaer (frykt for aktivisering, orgasme, erektil dysfunksjon eller samleie) og økt grad av negativ kroppsoppfatning. Disse faktorene er trolig knyttet til angst og depresjon, men få studier har sett på forbindelsen mellom seksuelle problemer hos hjertesyke og angst- eller depresjonssymptomer.

En klar sammenheng mellom angst og depresjon og seksuelle problemer hos kvinner, og for tidlig utløsning hos menn, ble funnet i en befolkningsstudie (Dunn et al., 1999). I en laboratoriestudie av Hale og Strassberg (1990) hadde deltakere som ble presentert for angstfremkallende informasjon, lavere seksuell aktivisering til seksuelle stimuli enn deltakere i en kontrollgruppe. Andre laboratoriestudier har imidlertid vist at induisert angst kan føre til økt seksuell aktivisering (Norton & Jehu, 1984), eller har ikke funnet noen sammenheng med seksuell aktivisering (Beck & Barlow, 1986). Med hensyn til tolkningen av resultater fra laboratoriestudier kan det stilles spørsmål ved generaliserbarhet til situasjoner utenfor laboratoriet.

Epidemiologiske undersøkelser har vist en forbindelse mellom depresjon og erektil dysfunksjon (Araujo et al., 1998; Kubin et al., 2003). En studie viste at forekomsten av erektil dysfunksjon økte med økende grad av depressive symptomer, og sammenhengen mellom depresjon og hjertesykdom var også sterk (Araujo et al., 1998). Også andre studier støtter at det er en sammenheng mellom hjerteinfarkt og økt risiko for depresjon og angst, og studier av komorbiditet mellom hjertesykdom og depresjon og angst har vist at mellom 33 % og 58 % av pasienter etter hjerteinfarkt viste symptomer på depresjon eller angstlidelser (Bjerkeset, Nordahl, Mykletun, Holmen

& Dahl, 2005; Friedman, 2000; Sclifer et al., 1989). En populasjonsstudie viste tilsvarende at depresjon var mer utbredt hos hjertesyke enn i den generelle befolkningen (Aromaa et al., 1994).

Relasjonelle faktorer

Seksuelle problemer og tilfredshet med seksuallivet kan også være forbundet med relasjonelle faktorer (Dunn et al., 1999; 2000; Gulsun, Aydin & Gulcat, 2006; Osborn et al., 1988). Resultater fra en studie av hjertesyke viste at stress i forbindelse med å få en hjertediagnose kan føre til endret dynamikk i partnerforhold, der begge parter opplever økt bekymring for den hjertesykes helse (Friedman, 2000). Dette kan være en faktor som kan ha negativ innvirkning på seksuallivet. Træen og Olsen (1997) fant at seksuell tilfredshet hos hjertesyke falt med økende grad av konflikter med partneren om seksuelle temaer. Generelle befolkningsstudier har funnet lignende resultater, der problemer i ekteskapet var sterkt knyttet til flere kvinnelige seksuelle problemer (Dunn et al., 1999; Osborn et al., 1988). Problemer i ekteskapet var ikke forbundet med seksuelle problemer hos menn i studien av Dunn et al., men resultater fra andre studier har vist en sammenheng mellom konflikter i parforholdet og seksuelle problemer hos menn (Rust, Golombok & Collier, 1988; Wabrek & Burchell, 1980). Flere studier har vist at samleiefrekvens er en faktor som er positivt relatert til tilfredshet både med parforholdet og seksuallivet (Christoffer & Sprecher, 2000; Rao & Demaris, 1995).

Få studier har undersøkt seksuelle problemer og hva slike problemer er forbundet med hos personer med hjertesykdom. Resultater fra tidligere studier på dette feltet antyder at psykologiske faktorer som for eksempel bekymring for egen helse kan bidra til å forklare seksuelle problemer hos hjertesyke (Bernardo, 2001; Træen & Olsen, 2007; Wabrek & Burchell, 1980). Utbredelsen av angst og depresjonssymptomer har i tillegg vist seg å være større blant personer med hjertesykdom enn blant friske (Aromaa et al., 1994; Friedman, 2000; Sclifer et al., 1989). Kunnskap om hvilke faktorer som har sammenheng med seksuelle problemer hos hjertesyke, er viktig for å kunne gi best mulig behandling for denne typen problemer, og slik øke hjertesykes livskvalitet. I møte med mennesker med hjertesykdom og seksuelle problemer er det viktig å se både på den direkte sammenhengen mellom hjertesykdom og seksuelle problemer, men også på sammenhengen mellom denne typen problemer og psykologiske og relasjonelle forhold i pasientens liv.

En tidligere artikkel fra undersøkelsen av sex og samliv hos hjertesyke har fokusert på forskjeller i misnøye med seksuallivet mellom kjønnene og mellom personer med medfødt og ervervet hjertesykdom (Træen, 2007). Træen & Olsen (2007) har sett på tilfredshet med seksuallivet og utbredelsen av seksuelle problemer hos hjertesyke i forhold til en normalpopulasjon. De har

også studert sammenhengen mellom seksuelle problemer / misnøye med seksuallivet og selvtillit, negativt kroppsbilde og bekymringer omkring kropp og sex. Formålet med denne studien er å beskrive og analysere sammenhenger mellom misnøye med seksuallivet og fysiske plager som følge av hjertesykdom, angst- og depresjonssymptomer og tilfredshet med parforholdet blant personer med hjertesykdom. I hvilken grad rapporterer mennesker med hjertesykdom å være tilfreds med sitt seksualliv? Hvordan bidrar faktorene fysiske plager som følge av sykdommen, angst- og depresjonssymptomer og tilfredshet med parforholdet til å predikere misnøye med seksuallivet? I lys av tidligere forskning vil forventede resultater være at tilfredshet med parforholdet og angst- og depresjonssymptomer har en henholdsvis negativ og positiv sammenheng med misnøye med seksuallivet. I tråd med forskning som viser at bekymring for egen helse har sammenheng med seksuelle problemer, kan plager som følge av sykdommen være en faktor som kan bidra til slik bekymring og dermed kunne ha positiv sammenheng med misnøye med seksuallivet.

Metode

Deltakere

I samarbeid med Universitetet i Tromsø, Institutt for psykologi, ble alle medlemmer med hjertesykdomsdiagnose av Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL) mellom 18 og 55 år (1664 personer) i november 2005 bedt om å delta i en studie om sex og samliv. Det ble i tillegg samlet inn data fra 42 pasienter på LHLs rehabiliteringsklinikk (27 pasienter som var mellom 56 og 84 år). Til sammen deltok 643 personer i studien, med en kjønnsfordeling på 30 % kvinner og 70 % menn (se tabell 1). Gjennomsnittsalderen til deltakerne var for menn 50.1 år (SD = 7.0) og for kvinner 46.7 år (SD = 8.7), og 3 % var mellom 18 og 25 år, 4 % var mellom 26 og 35 år, 17 % var mellom 36 og 45 år og 77 % var mellom alderen 46 og 84 år. Blant deltakerne var 13 % single, mens 87 % hadde en fast partner.

Tabell 1. Fordeling av utvalget på selekterte demografiske og medisinske variabler (i prosent)

	Mann	Kvinne	Alle
Kjønn	69.8 (n = 448)	30.2 (n = 194)	100 (n = 642)
Alder			
< 40 år	5.8	16.7	9.1

Tabell 1. Fordeling av utvalget på selekterte demografiske og medisinske variabler (i prosent)

40 – 49 år	29.1	33.3	30.4
50 år +	65.0 (n = 446)	5.0 (n = 192)	60.5 (n = 638)
Utdanning			
< 10 år	18.7	22.5	19.8
10 – 12 år	38.0	33.5	36.6
13 – 15 år	21.8	17.8	20.6
15 år +	21.6 (n = 445)	26.2 (n = 191)	23.0 (n = 636)
Fast partner som en har sex med			
Partner	84.1	91.2	86.2
Ikke partner	15.9 (n = 429)	8.8 (n = 181)	13.8 (n = 610)
Plager som følge av sykdommen			
Plager	56.9	66.8	59.9
Ikke plager	43.1 (n = 441)	33.2 (n = 187)	40.1 (n = 628)
Ervervet hjertesykdom	6.3	26.0	12.2
Medfødt hjertesykdom	93.8 (n = 448)	74.0 (n = 192)	87.8 (n = 640)

Prosedyre

Datainnsamlingen ble utført ved bruk av anonymiserte, selvadministrerte spørreskjemaer som ble sendt i posten hjem til medlemmene. To uker etter at spørreskjemaet var sendt ut, ble det sendt en påminnelse. Responsraten var på 36 % (601 personer).

Spørreskjemaet som ble brukt i studien, hadde spørsmål knyttet til seksuelle problemer, seksuell atferd, motiver for sex, tilfredshet med seksuallivet og forholdet til eventuell partner. Gjennom spørreskjemaet ble også demografiske data (alder, kjønn, utdanning, siviltilstand), medisinsk diagnose og angst- og depresjonssymptomer (SCL5 Tambs & Moum, 1993) kartlagt. Spørsmålene forbundet med seksuell tilfredshet, samleiefrekvens, tilfredshet med samleiefrekvens, viktigheten av sex for å være fornøyd med livet, bekymringer og seksuell erfaring har tidligere vært

brukt i seksuelle atferdsstudier av den norske voksenpopulasjonen utført av MMI i 1987 og 1997 (MMI, 1987; 1997).

Måleinstrumenter

Misnøye med seksuallivet ble målt med spørsmålet: *Alt i alt – hvor fornøyd er du med ditt seksualliv?* Responskategoriene var 1 = veldig fornøyd, 2 = ganske fornøyd, 3 = verken fornøyd eller misfornøyd, 4 = litt misfornøyd og 5 = misfornøyd. Fra svarene på dette spørsmålet ble det konstruert en ny variabel med kategoriene: 0 = fornøyd (tidligere responskategorier 1 og 2) og 1 = ikke fornøyd (tidligere responskategorier 3–5).

Seksuelle problemer. Forekomsten av seksuelle problemer ble målt med spørsmålet: *Har du noen gang hatt seksuelle problemer som du har trengt hjelp til å løse?* Responskategoriene var 0 = ja og 1 = nei. Nåværende seksuelle problemer ble målt med spørsmålet: *Har du hatt noen av disse samme problemene den siste måneden, i så fall hvilke?* Deltakerne fikk presentert en liste av problemer, samt den ekstra responskategorien: *Ingen problemer.* Svarene på dette spørsmålet ble brukt til å konstruere en ny variabel med kategoriene: 0 = ingen problemer og 1 = problemer, der de som aldri hadde opplevd seksuelle problemer, ble inkludert i kategorien 0 = ingen problemer. Denne variabelen (ingen problemer/problemer) ble brukt i de statistiske analysene.

Fysiske plager som følge av sykdommen ble målt med spørsmålet: *Har du hatt plager som følge av sykdommen?* Responskategoriene var 1 = ja og 0 = nei. Videre ble deltakerne bedt om å indikere type plager ut fra en liste av plager utbredt blant hjertesyke.

Angst- og depresjonssymptomer ble målt med SCL5 (Symptom Check List 5, Tambs & Moum, 1993), en kortversjon av spørreskjemaet SCL25. Korrelasjonen mellom SCL5 og SCL25 er på $r = 0,92$ og Cronbach's alpha for SCL5 var 0,85 (Tambs & Moum, 1993). SCL5 består av følgende spørsmål: *Har du i løpet av de siste 14 dagene vært plaget av noe av dette? 1. Stadig redd eller engstelig. 2. Nervøsitet, indre uro. 3. Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert. 4. Følt håpløshet med tanke på fremtiden. 5. Bekymret deg for mye om ting.* Responskategoriene var 1 = ikke plaget, 2 = litt plaget, 3 = ganske mye plaget og 4 = veldig mye plaget. Skårene på de fem spørsmålene ble summert. SCL5 skiller ikke symptomene for angst og depresjon, slik at sumskårene kan vise til angst- og/eller depresjonssymptomer. Det ble ikke brukt kutteskåre for å klassifisere klinisk angst og depresjon.

Tilfredshet med parforholdet. Deltakerne fikk spørsmål om de hadde en partner de også har sex med: *Har du for tiden en fast partner som du også har sex med?* Responsalternativene her var 1 = ja og 2 = nei. Tilfredshet med parforholdet for personer som var gift eller i faste forhold, ble

målt ved å plassere hvor godt følgende egenskaper passet deltakeren nå eller de siste seks månedene på responskategoriene 0 = passer meg ikke, 1 = passer til en viss grad/ iblant og 2 = passer bra/ ofte. Egenskapene var: *Jeg er fornøyd med partneren min; Partneren min og jeg er uenige om penger; Partneren min og jeg er uenige om hvor mye tid vi skal tilbringe sammen; Partneren min og jeg er uenige om hva vi skal gjøre når vi er sammen; Partneren min og jeg liker de samme aktivitetene; Partneren min og jeg er uenige om seksuelle forhold; Partneren min og jeg er uenige om samlivsforhold, for eksempel slikt som hvor vi skal bo og lignende; og Jeg har problemer med min partners familie.*

Samleiefrekvens ble målt med spørsmålet: *Hvor mange ganger har du hatt samleie de siste 4 uker?* Responskategoriene var 1 = ingen ganger, 2 = 1 gang, 3 = 2–4 ganger, 4 = 5–10 ganger og 5 = 11 ganger eller flere.

Statistiske analyser

Analysene ble utført i SPSS 14.0. for Windows. Kun deltakere som hadde oppgitt å ha en fast partner som de har sex med, ble inkludert i analysene.

En prinsippal komponentanalyse med VARIMAX-rotasjon ble anvendt for å undersøke dimensjonalitet i tilfredshet med parforholdet.

Det ble anvendt logistiske regresjonsanalyser for å undersøke hvilke faktorer som predikerte seksuelle problemer og misnøye med seksuallivet (dikotom variabel). Effektene er uttrykt i odds ratio (OR). En OR på mindre enn 1 indikerer redusert sannsynlighet for å oppleve seksuelle problemer/ være misfornøyd med seksuallivet, mens en OR over 1 indikerer økt sannsynlighet. Estimatene er presentert med 95 % konfidensintervall.

Khikvadrattester ble utført for å beregne prosentandelen innenfor de ulike kategoriene av tilfredshet/misnøye med seksuallivet for gruppene menn og kvinner over og under 40 år, menn og kvinner med eller uten seksuelle problemer, og personer med ulike samleiefrekvenser.

Resultater

Resultatene viste en statistisk signifikant kjønnsforskjell i misnøye med seksuallivet, χ^2 (N = 516) = 11.66, $p < .05$, der flere kvinner enn menn oppga at de var fornøyd med seksuallivet sitt. Denne forskjellen var bare statistisk signifikant for gruppen fra 40 år og oppover, χ^2 (N = 470) = 11.31, $p < .05$, der 29 % av kvinnene og bare 16 % av mennene rapporterte at de var veldig fornøyd med

seksuallivet (se tabell 2). Av menn over 40 år oppga 16 % å være litt misfornøyd med seksuallivet, mens bare 10 % av kvinnene sa at de var litt misfornøyd.

Tabell 2. Misnøye/ tilfredshet med seksuallivet for hjertesyke menn og kvinner under 40 år og fra 40 år og oppover (i prosent)

	Alder			
	< 40		> 39	
	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne
Veldig fornøyd	21.1	2.0	16.3	29.0
Ganske fornøyd	36.8	44.0	38.6	37.7
Verken fornøyd eller misfornøyd	10.5	2.0	21.1	16.7
Litt misfornøyd	26.3	8.0	16.3	10.1
Misfornøyd	5.3	8.0	7.8	6.5
	n = 44		n = 470	

NOTE: Bare personer med fast partner er inkludert.

Tjueseks prosent av deltakerne rapporterte at de hadde hatt seksuelle problemer noen gang, mens 21 % sa de hadde opplevd problemer den siste måneden. Både menn og kvinner som rapporterte å ha hatt seksuelle problemer den siste måneden, sa at de var mer misfornøyd med seksuallivet sitt, enn de som oppga at de ikke hadde hatt seksuelle problemer, menn: $\chi^2 (N = 353) = 25.64, p < .01$, kvinner: $\chi^2 (N = 162) = 41.52, p < .01$ (se tabell 3). I gruppen uten seksuelle problemer sa 19 % av mennene og 34 % av kvinnene at de var veldig fornøyd med seksuallivet, mens 6 % av mennene og 4 % av kvinnene oppga å være misfornøyd. Blant personer med seksuelle problemer rapporterte 6 % av mennene og 0 % av kvinnene at de var veldig fornøyd med seksuallivet, mens 15 % av mennene og 19 % av kvinnene at de var misfornøyd.

Tabell 3. Misnøye/ tilfredshet med seksuallivet for hjertesyke menn og kvinner med og uten seksuelle problemer (i prosent).

	Mann		Kvinne	
	Ikke problem	Problem	Ikke problem	Problem
Veldig fornøyd	19.3	6.3	33.8	.0
Ganske fornøyd	42.0	25.3	41.5	28.1
Verken fornøyd eller misfornøyd	19.0	26.6	33.8	21.9

Tabell 3. Misnøye/ tilfredshet med seksuallivet for hjertesyke menn og kvinner med og uten seksuelle problemer (i prosent).

Litt misfornøyd	14.2	26.6	4.6	31.3
Misfornøyd	5.5	15.2	3.8	18.8
	n = 353		n = 162	

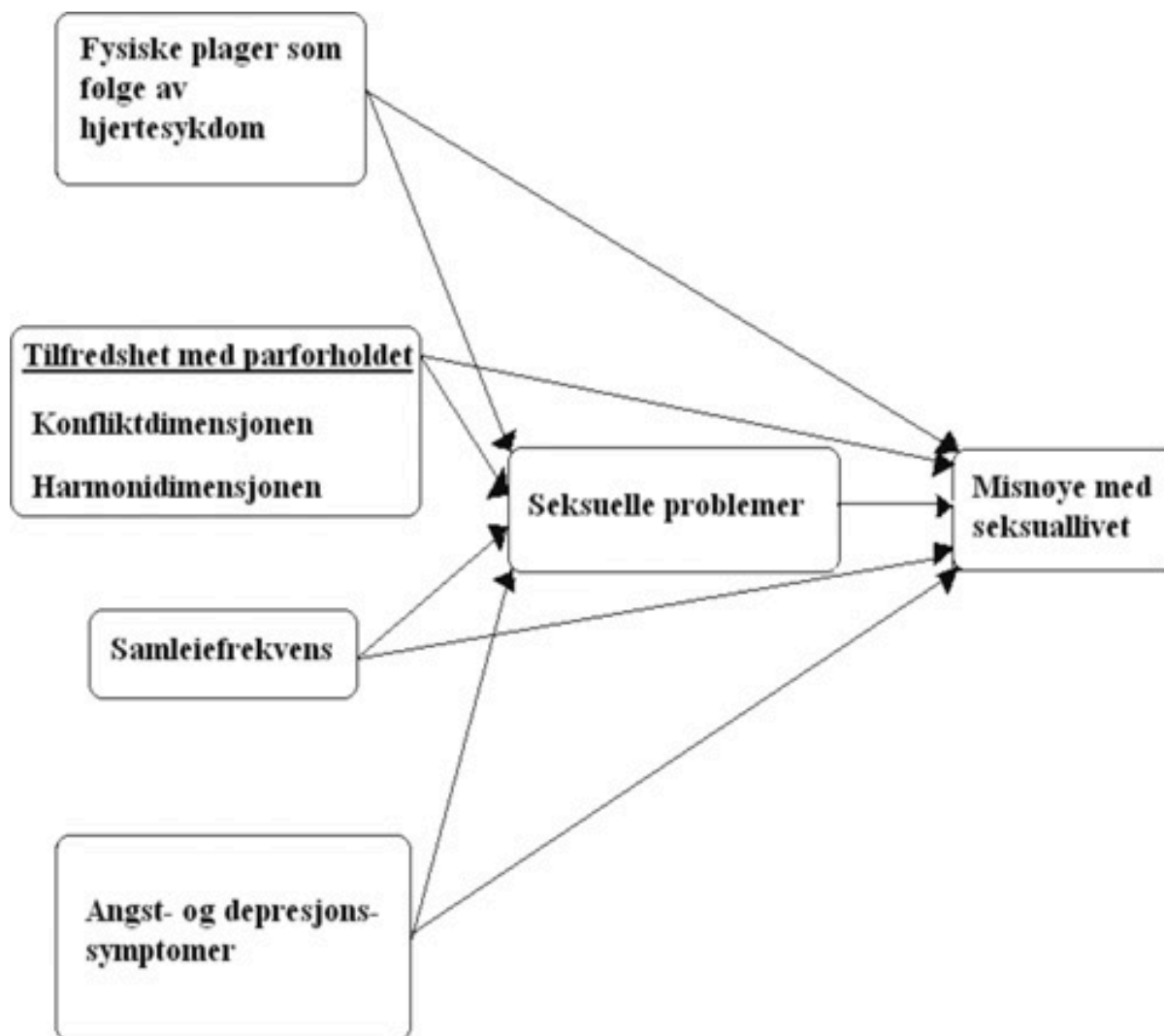
NOTE: Bare personer med fast partner er inkludert.

Det ble anvendt logistiske regresjonsanalyser for å undersøke hvilke faktorer som predikerte misnøye med seksuallivet. Forut for disse analysene ble det utført en prinsipal komponentanalyse for å utforske dimensjonalitet i tilfredshet med parforholdet. Den prinsipale komponentanalysen resulterte i to faktorer. Faktorene ble trukket ut fra kriteriet at faktorenes eigenvalue var over 1, og ut fra tolkning av screen plot. Seks spørsmål ladet høyest på faktor 1, og to spørsmål ladet høyest på faktor 2. Alle spørsmålene som hadde høye faktorladninger (over 0.3 ved over 350 deltakere, Hair et al., 2006) på faktor 1, omhandlet uenighet: *Partneren min og jeg er uenige om: hvor mye tid vi skal tilbringe sammen* (faktorladning = 0.75), *penger* (faktorladning = 0.65), *hva vi skal gjøre når vi er sammen* (faktorladning = 0.67), *seksuelle forhold* (faktorladning = 0.49), *samlivsforhold, for eksempel slikt som hvor vi skal bo og lignende* (faktorladning = 0.75), og *jeg har problemer med min partners familie* (faktorladning = 0.61). Denne faktoren ble derfor kalt «Konfliktdimensjonen» (eigenvalue 2.82; forklart varians etter rotasjon 32.7 %; Cronbach's # = 0.76). Spørsmålene «*Jeg er fornøyd med partneren min*» (faktorladning = 0.77) og «*Partneren min og jeg liker de samme aktivitetene*» (faktorladning = 0.72) ladet høyest på faktor 2. Denne faktoren ble kalt «Harmonidimensjonen» (eigenvalue 1.17; forklart varians etter rotasjon 17.1 %; Cronbach's # = 0.39). Noen av variablene var sterkere assosiert med de underliggende dimensjonene, dvs. hadde høyere faktorladninger, og disse kan det være viktigere å vektlegge i tolkningen av faktoren. Derfor ble de to identifiserte dimensjonene lagret på bakgrunn av faktorladningene, det vil si at variablene vektet i faktorskåren på grunnlag av styrken til faktorladningen.

For å organisere den empiriske analysen, og for å illustrere hvilke prosesser som kan være operative i forhold til misnøye med seksuallivet, ble det konstruert en årsaksmodell. I modellen er seksuelle problemer inkludert som mellomliggende variabel mellom de uavhengige faktorene (plager som følge av sykdommen, angst- og depresjonssymptomer og tilfredshet med parforholdet) og misnøye med seksuallivet (se figur 1). For å estimere de direkte effektene av prediktorvariablene på misnøye med seksuallivet ble det anvendt logistisk regresjonsanalyse som beskrevet i Hair et al.

(2006). Dette estimerer hvor mye hver av de uavhengige variablene bidrar til å predikere misnøye med seksuallivet. Indirekte effekter er produktet av effekten av en uavhengig variabel på den mellomliggende variabelen seksuelle problemer, og effekten av seksuelle problemer på misnøye med seksuallivet. I alle analysene ble alder (som kontinuerlig variabel), kjønn og utdanningsnivå inkludert som kovariater, for å justere for mulige utvalgsskjevheter.

Figur 1. Årsaksmodell for prediksjon av misnøye med seksuallivet.



Det var relativt svake korrelasjoner mellom prediktorvariablene fysiske plager som følge av sykdommen, konfliktdimensjonen, harmonidimensjonen, samleiefrekvens og angst- og depresjonssymptomer. De sterkeste korrelasjonene var mellom fysiske plager og angst- og depresjonssymptomer ($r = 0.3, p < .01$), og mellom harmonidimensjonen og samleiefrekvens ($r = -0.3, p < .01$).

I trinn 1 av analysen ble seksuelle problemer anvendt som avhengig variabel. Kun samleiefrekvens hadde en statistisk signifikant effekt på seksuelle problemer (se tabell 4, venstre side). Når det var justert for effekten av de andre variablene, sank sannsynligheten for å oppleve seksuelle problemer med en OR på 0.66 for hver enhets økning i samleiefrekvens.

Tabell 4. Sammenhengen mellom seksuelle problemer og selekterte prediktorvariabler (venstre side, n = 455), og sammenhengen mellom misnøye med seksuallivet og selekterte prediktorvariabler (høyre side, n = 553)

Prediktorer	Seksuelle problemer		Misnøye med seksuallivet	
	OR	CI	OR	CI
Fysiske plager som følge av sykdommen	1.03	0.63–1.71	1.08	0.66–1.78
Konfliktdimensjon	1.02	0.81–1.30	1.02	0.79–1.30
Harmonidimensjon	0.97	0.77–1.24	0.52***	0.41–0.67
Samleiefrekvens	0.66**	0.53–0.84	0.33***	0.25–0.44
Angst & depresjon	1.08	1.00–1.16	1.09*	1.01–1.17
Kjønn	0.91	0.53–1.55	0.66	0.37–1.16
Alder	1.00	0.97–1.04	0.98	0.95–1.01
Utdanning	1.08	0.85–1.35	1.13	0.89–1.43
Seksuelle problemer			3.37***	1.90–5.99

Note: OR = Odds Ratio, CI = Confidence Intervals. * < .05, ** < .01, *** < .001

I trinn 2 av regresjonsanalysen ble seksuelle problemer inkludert i analysen for å predikere misnøye med seksuallivet. I denne analysen ble det brukt en dikotom variabel for fornøyd/ikke fornøyd med seksuallivet. Modellen predikerte tilhørighet i kategorien fornøyd med en nøyaktighet på 85.8 % og på 70.3 % i kategorien ikke fornøyd. Resultatene viste at samleiefrekvens, seksuelle problemer, harmonidimensjonen og angst- og depresjonssymptomer hadde signifikant påvirkning på misnøye med seksuallivet i direkte prosesser (se tabell 4, høyre side). Når det var justert for effekten av de andre variablene, økte sannsynligheten for misnøye med seksuallivet med en OR på 1.09 for hver enhets økning i angst- og depresjonssymptomer og med en OR på 3.37 for de med et seksuelt problem sammenlignet med dem uten. Sannsynligheten for misnøye sank med en OR på 0.52 for hver enhets økning i harmonidimensjonen og med en OR på 0.33 for hver enhets økning i samleiefrekvens. Samleiefrekvens påvirket også misnøye med seksuallivet i en indirekte prosess, via seksuelle problemer.

Den klare sammenhengen mellom samleiefrekvens og misnøye med seksuallivet viste seg også i andre analyser, der personer som oppga lav samleiefrekvens, rapporterte statistisk signifikant mer misnøye med seksuallivet sitt enn personer som rapporterte høy samleiefrekvens,^{#2 16} (N = 513) = 199.52, $p < .001$ (se tabell 5). Blant de som oppga å ikke ha hatt samleie de siste fire ukene, rapporterte 1 % at de var veldig fornøyd med sitt seksualliv, mens 38 % av de som oppga å ha hatt samleie 5–10 ganger og 51 % av de som oppga å ha hatt samleie 11 eller flere ganger, rapporterte at de var veldig fornøyd. Videre rapporterte 33 % av de som sa de ikke hadde hatt samleie de siste fire ukene, at de var misfornøyd, mens 0 % av de som oppga å ha hatt samleie 5–10 ganger og 11 ganger eller mer, rapporterte dette.

Tabell 5. Misnøye/ tilfredshet med seksuallivet for hjertesyke med ulike samleiefrekvenser de siste fire uker (i prosent)

	Ingen ganger	1 gang	2–4 ganger	5–10 ganger	11+ ganger
Veldig fornøyd	1.4	7.7	15.0	37.7	51.4
Ganske fornøyd	14.3	2.0	45.4	47.4	43.2
Verken fornøyd eller misfornøyd	24.3	29.2	23.3	8.8	5.4
Litt misfornøyd	27.1	30.8	13.2	6.1	.0
Misfornøyd	32.9	12.3	3.1	.0	.0
	n = 70	n = 65	n = 227	n = 114	n = 37

NOTE: Bare personer med fast partner er inkludert.

Diskusjon

Resultatene viste at 21 % av hjertesyke i denne studien hadde opplevd seksuelle problemer den siste måneden, mens 26 % hadde på et eller annet tidspunkt opplevd seksuelle problemer som de hadde trengt profesjonell hjelp til å løse. Hjertesyke med seksuelle problemer sa at de var mer misfornøyd med sitt seksualliv, enn hjertesyke uten seksuelle problemer. Uavhengig av seksuelle problemer var det en kjønnsforskjell i gruppen over 40 år, der kvinner rapporterte at de var mer fornøyd med seksuallivet sitt enn menn. Hjertesykes rapporterte misnøye med seksuallivet økte med tilstedeværelsen av angst- og depresjonssymptomer og seksuelle problemer, men sank med større grad av harmoni i parforholdet og økt samleiefrekvens. Misnøye med seksuallivet ble direkte influert av samleiefrekvens, seksuelle problemer, harmoni i parforholdet og angst- og depresjonssymptomer.

Samleiefrekvensen påvirket også misnøye med seksuallivet i en indirekte prosess via seksuelle problemer. Den relasjonelle faktoren tilfredshet med parforholdet og den psykologiske faktoren angst- og depresjonssymptomer var viktigere for å predikere misnøye med seksuallivet enn fysiske plager som følge av sykdommen.

Responsraten i denne studien var på 36 %, og denne lave svarprosenten kan være et problem i forhold til generaliserbarhet. Svarprosenten på 36 % tilsvarer imidlertid svarprosenten til den norske seksualvaneundersøkelsen utført av Nasjonalt Folkehelseinstitutt i 2002 (Træen, Stigum & Magnus, 2003). Det har vært en nedgang i svarprosentene i Folkehelsas seksualvaneundersøkelser fra 63 % i 1987 til 36 % i 2002. Også andre typer spørreundersøkelser har vist synkende responsrater i de siste årene (Hellevik, 1999). Resultater fra seksualvaneundersøkelsen i 1992 viste at årsaker som ble oppgitt for ikke å delta i undersøkelsen, sjelden hadde sammenheng med seksualvaner, og at personer som svarte før og etter påminnelse, ikke var ulike på viktige variabler (Stigum, 1997). Forskjellen mellom personer som svarer med en gang, etter påminnelse og ikke i det hele tatt, kan ses på som en forskjell i grad av uvillighet til å svare. De som svarer med en gang, er lite uvillige, de som svarer etter påminnelse er i noen grad uvillige, mens de som ikke svarer i det hele tatt, er i høy grad uvillige. I seksualvaneundersøkelsen ble det ikke funnet noen forskjell på sentrale variabler mellom tidlige respondenter og de som svarer etter påminnelse. Det indikerer at grad av uvillighet ikke har betydning for resultatene, og at det ikke er vesentlig forskjell mellom respondenter og ikke-respondenter.

Generaliserbarheten av resultatene i denne undersøkelsen til mennesker med hjertesykdom styrkes av at utvalget hadde omtrent samme kjønnsfordeling som medlemsregisteret til LHL i 2005 (71 % menn og 29 % kvinner). Aldersfordelingen i utvalget var også representativ for medlemsregisteret til LHL (3 % var mellom 18 og 25 år, 5 % var mellom 26 og 35 år, 15 % var mellom 36 og 45 år og 82 % var mellom 46 og 55 år). Både kjønnsfordelingen og aldersfordelingen i utvalget var skjev, men utvalget anses som representativt for LHL-populasjonen. LHL-populasjonen er imidlertid kun et begrenset utvalg av den totale populasjonen av hjertesyke i Norge. Den totale populasjonen av hjertesyke i Norge er ikke kartlagt, og det medfører at resultatene fra denne studien ikke uten videre kan generaliseres til alle hjertesyke i Norge. Det kan tenkes at LHL-populasjonens hjertesyke i større grad består av medlemmer med alvorlig hjertesykdom. Dersom dette er tilfellet, kan det argumenteres for at resultatene av denne undersøkelsen trolig også kan generaliseres til personer med mindre alvorlig sykdom, ettersom variablene som var de viktigste prediktorene for misnøye med seksuallivet, ikke er spesifikke for personer med hjertesykdom. Det foreligger imidlertid

ikke forskning som kan bekrefte eller avkrefte at LHL-populasjonen skiller seg fra andre hjertesyke med hensyn til alvorlighetsgrad av sykdommen.

I likhet med tidligere studier var seksuelle problemer, samleiefrekvens samt tilfredshet med parforholdet og angst- og depresjonssymptomer de sterkeste prediktorene for misnøye med seksuallivet i denne studien (Christoffer & Sprecher, 2000; Dunn et al., 1999, 2000; Gulsun, Aydin & Gulcat, 2006; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Osborn et al., 1988; Rao & Demaris, 1995; Öberg et al., 2004). Dette peker i retning av at misnøye med seksuallivet hos hjertesyke i stor grad predikeres av de samme faktorene som i den generelle befolkningen, der tilfredshet med parforholdet og psykisk helse er viktige bestemmende faktorer. Fysiske plager som følge av sykdommen, faktoren som i denne studien er spesifikk for hjertesyke, ser ut til å ha mindre betydning for misnøye med seksuallivet. Det er imidlertid viktig å merke seg at målene for angst- og depresjonssymptomer baserer seg på summerte skårer fra en skala med symptomer på både angst og depresjon. Dette vil si at når angst- og depresjonssymptomer predikerer misnøye med seksuallivet, betyr det at det er økt grad av bekymring/angstsymptomer eller depressive symptomer eller en kombinasjon av disse som har sammenheng med misnøye med seksuallivet.

Av de to dimensjonene av tilfredshet med parforholdet var det bare harmonidimensjonen som hadde statistisk signifikant sammenheng med misnøye med seksuallivet. Dette skiller seg ut fra tidligere studier av problemer i parforholdet, der det er funnet en sammenheng mellom denne faktoren og seksuelle problemer og misnøye med seksuallivet (Dunn et al., 1999, 2000; Gulsun, Aydin & Gulcat, 2006; Osborn et al., 1988, Rust et al., 1988; Wabrek & Burchell, 1980). En mulig årsak til at harmonidimensjonen i denne studien var mer utslagsgivende for misnøye med seksuallivet enn konfliktdimensjonen, kan være at harmonidimensjonen inneholdt bredere spørsmål som i større grad måler den generelle tilfredsheten i parforholdet («Jeg er fornøyd med partneren min»). Samtlige spørsmål i konfliktdimensjonen dreide seg om uenigheter på spesifikke områder av parforholdet (hvor mye tid en skal tilbringe sammen, hva en gjør når en er sammen, penger, hvor en skal bo, osv.). Det ble ikke spurt om disse uenighetene førte til konflikter og problemer i forholdet, og det er derfor ikke sikkert at de som svarte at de opplevde uenigheter i parforholdet, også opplevde disse uenighetene som problematiske eller konfliktfylte. Det er også mulig at par som skårer høyt på harmonifaktoren, er bedre i stand til å takle denne typen uenigheter uten at det fører til store konflikter. Slik kan harmonidimensjonen i denne undersøkelsen ha vært en bedre indikator på tilfredshet med parforholdet enn konfliktdimensjonen.

Tidligere studier har diskutert hvorvidt tilfredshet med parforholdet, angst og depresjon fører til misnøye med seksuallivet, eller om disse faktorene kan være et resultat av misnøye med seksuallivet (Araujo et al., 1998; Dunn et al., 1999; Rust et al., 1988). Det kan tenkes at konflikter i parforholdet kan bidra til misnøye med seksuallivet, samtidig som misnøye med seksuallivet kan føre til konflikter i parforholdet. En lignende sammenheng kan være til stede mellom misnøye med seksuallivet og angst- og depresjonssymptomer, der angst- og depresjonssymptomer kan være årsak til misnøye med seksuallivet, samtidig som misnøye med seksuallivet også kan forårsake bekymringer og negative emosjoner. Denne studien er en tverrsnittsstudie, og det er derfor vanskelig å fastslå hvilke faktorer som er årsak og hvilke som er effekt. Dette kan være et interessant fokus for videre prospektiv forskning.

Resultatene viste en kjønnsforskjell for deltakere over 40 år, der flere kvinner enn menn rapporterte at de var veldig fornøyd med seksuallivet sitt. Sammenlignet med gruppen under 40 år sa eldre kvinner at de var mer fornøyd, mens eldre menn oppga å være mindre fornøyd med seksuallivet. Det kan ligge flere årsaksmekanismer bak dette funnet. En mulig årsak kan være at unge kvinner er mer opptatt av å tilfredsstillte partnerens behov enn sine egne, mens eldre kvinner kan ha fått et mer avslappet forhold til seksualitet, og samtidig ha blitt flinkere til å kommunisere sine behov med årene (Barr, Bryan & Kenrick, 2002; Fredrickson & Roberts, 1997). Denne forskjellen mellom kjønnene kan også komme av ulike forventninger. En studie har vist at både menn og kvinner forventer at menn når sitt seksuelle høydepunkt tidligere i livet enn kvinner (Barr et al., 2002). Seksuelt høydepunkt ble imidlertid definert ulikt for kvinner og menn. Både menn og kvinner definerte i større grad menn som seksuelt på høyden ut fra seksuell lyst og kvinner som seksuelt på høyden ut fra seksuell tilfredshet. Forskning har vist at både menn og kvinners seksuelle lyst går nedover med årene (Eplov, Giraldi, Davidson, Garde & Kamper-Jørgensen, 2007). Dette kan ha større konsekvenser for menns misnøye med seksuallivet, siden dette i større grad bryter med hva som forventes av en seksuelt velfungerende mann. En tredje mulighet er at gruppen hjertesyke under 40 år ikke er stor nok til at en eventuell forskjell mellom kjønnene i denne aldersgruppen når statistisk signifikans.

Fysiske plager som følge av sykdommen viste ingen sammenheng med misnøye med seksuallivet i denne undersøkelsen. Det kan diskuteres om et dikotomt spørsmål for å måle fysiske plager var tilstrekkelig. Hensikten med denne undersøkelsen var imidlertid å undersøke deltakernes subjektive opplevelse av å ha fysiske plager som følge av sykdommen, og i denne sammenhengen

kan det argumenteres for at spørsmålet var tilstrekkelig til å fange opp de personene som opplever å ha plager.

I dette utvalget av hjertesyke var det ingen statistisk signifikant sammenheng mellom tilfredshet i parforholdet og seksuelle problemer, eller mellom angst- og depresjonssymptomer og seksuelle problemer. Dette skiller seg klart ut fra tidligere resultater som har funnet robuste sammenhenger mellom angst og depresjon og forekomsten av seksuelle problemer, og konflikter i parforholdet og seksuelle problemer (Araujo et al., 1998; Dunn et al., 1999, 2000; Hale & Strassberg, 1990; Kubin et al., 2003; Osborn et al., 1988; Rust et al., 1988; Wabrek & Burchell, 1980). Dette funnet bør studeres videre for å undersøke om det samme gjelder i andre utvalg av hjertesyke, og for å finne årsaker til denne manglende sammenhengen.

Denne studien har sett på sammenhengen mellom fysiske plager, angst- og depresjonssymptomer og tilfredshet med parforholdet og misnøye med seksuallivet innenfor et utvalg av hjertesyke i Norge. Misnøye med seksuallivet og seksuelle problemer er utbredt hos hjertesyke. Resultatene fra denne studien kan være viktige å ta i betraktning i en klinisk sammenheng. I møte med hjertesyke pasienter bør oppmerksomheten ikke bare rettes mot det somatiske, men også mot pasientens psykiske og relasjonelle forhold. Dette krever en helhetlig tilnærming, der det ikke bare fokuseres på hjertediagnosen, men der hele pasientens daglige fungering blir et tema.

Ragnhild Sørensen Høifødt
Profesjonsstudiet, kull -04
Institutt for psykologi
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø
Tlf. 913 50 235
E-post ragga_sh@hotmail.com

Referanser

- Araujo, A. B., Durante, R., Feldman, H. A., Goldstein, I. & McKinlay, J. B. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts male aging study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458–465.
- Aromaa, A., Raitasalo, R., Reunanen, A., Impivaara, O., Heilivaara, M., Knekt, P., et al. (1994). Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 377, 77–82.
- Barr, A., Bryan, A. & Kenrich, D. T. (2002). Sexual peak; socially shared cognitions about desire, frequency, and satisfaction in men and woman. *Personal Relationship*, 9, 287–299.
- Basson, R. & Schultz, W.W. (2007). Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*, 369, 409–424.
- Beck, J. G. & Barlow, D. H. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding -1. *Behavioral Research Therapy*, 24, 9–17.
- Bernardo, A. (2001). Sexuality in patients with coronary disease and heart failure. *Herz*, 26, 353–359.
- Bhugra, D. (2000). Litterature update: a critical review. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 421–427.
- Bjerkeset, O., Nordahl, H. M., Mykletun, A., Holmen, J. & Dahl, A. A. (2005). Anxiety and depression following myocardical infarction: gender differences in a 5-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 153–161.
- Braun, M., Wassmer, G., Klotz, T., Reifenrath, B., Mathers, M. & Engelmann, U. (2000). Epidemiology of erectile dysfunction: results of the «cologne male survey». *International Journal of Impotence Research*, 12, 305–311.
- Burchardt, M., Burchardt, T., Anastasiadis, A. G., Kiss, A. J., Baer, L., Pawar, R. V., De la Taille, A., Shabsigh, A., Ghafar, M. A. & Shabsigh, R. (2002). Sexual dysfunction is common and overlooked in female patients with hypertension. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 17–26.
- Christoffer, F. S. & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: a decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 999–1017.
- Daliento, L., Mapelli, D. & Volpe, B. (2006). Measurement of cognitive outcome and quality of life in congenital heart disease. *Heart*, 92, 569–574.

- 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 psychological, and physical problems in men and woman: a cross sectional population study. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 53, 144–148.
- Dunn, K. M., Croft, P. R. & Hackett, G. I. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex & Marital Theraphy*, 26, 141–151.
- Eplöv, L., Giraldi, A., Davidson, M., Garde, K. & Kamper-Jørgensen, F. (2007). Sexual desire in a nationally representative Danish population. *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 47–56.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J. & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *Journal of Urology*, 151, 54–61.
- Fogari, R., Preti, P., Derosa, G., Marasi, G., Zoppi, A., Rinaldi, A. et al. (2002). Effect of antihypertensive treatment with valsartan or atenolol on sexual activity and plasma testosterone in hypertensive men. *European Journal of clinical Pharmacology*, 58, 177–180.
- Fogari, R., Preti, P., Zoppi, A., Corradi, L., Pasotti, C., Rinaldi, A. et al. (2004). Effect of valsartan and atenolol on sexual behavior in hypertensive postmenopausal women. *American Journal of Hypertension*, 17, 77–81.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173–206.
- Friedman, S. (2000). Cardiac disease, anxiety, and sexual functioning. *The American Journal of Cardiology*, 86, 46–50.
- Fugl-Meyer, A. R., Lodnert, G., Branholm, I. B. & Fugl-Meyer, K. S. (1997). On life satisfaction in male erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 9, 141–148.
- Gulsun, M., Aydin, H. & Gulcat, Z. (2006). A study of marital relationship and female sexual dysfunction. *Tukiye'de-Psikiyati*, 8, 67–73.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behaviour*, 26, 399–419.
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C, Babin, B. J, Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Hale, T. M., Hannan, J. L., Heaton, J. P. W. & Adams, M.A. (2005). Common therapeutic strategies in the management of sexual dysfunction and cardiovascular disease. *Current Drug Targets- Cardiovascular & Hermatological Disorders*, 5, 185–195.
- Hale, V. E. & Strasseberg, D. S. (1990). The role of anxiety on sexual arousal. *Archives of Sexual Behaviour*, 19, 569–581.
- Hellevik, O. (1999). *Norske forskningsetiske problemer innenfor kvantitativ metode. I Etikk og metode*. Oslo: The National Committees for Research Ethics Norway, 12, 37–48.
- Kubin, M., Wagner, G. & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Epidemiology of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 15, 63–71.
- MMI (1987). *Undersøkelse om seksualvaner November 1987*. Oslo: Markeds og media institutt.
- MMI (1997). *Undersøkelse om seksualvaner i Mai 1997*. Oslo: Markeds og media institutt.
- Norton, G. R. & Jehu, D. (1984). The role of anxiety in sexual dysfunctions: a review. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 165–182.
- Osborn, M., Hawton, K. & Garth, D. (1988). Sexual dysfunctions among middle aged woman in the community. *British Medical Journal*, 296, 959–962.
- Rao, K. V. & Demaris, A. (1995). Coital frequency among married and cohabiting couples in the United States. *Journal of Biosocial Science*, 27, 135–150.
- Rosen, R. C., Kostis, M. D. & Jekelis, A. W. (1988). Beta-blocker effects on sexual function in normal males. *Archives of Sexual Behaviour*, 17, 241–255.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and applied*, 80, 1–28.
- Rust, J., Golombok, S. & Collier J. (1988). Marital problems and sexual dysfunction: How are they related?. *British Journal of Psychiatry*, 152, 629–631.
- Schleifer, S. J., Macari-Hinson, M. M, Coyle, D. A., Slater, W. R, Kahn, M, Gorlin, R. et al. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785–1789.
- Stigum, H. (1997). Mathematical models for the spread of sexually transmitted diseases using sexual behaviour data. *Norsk Epidemiologi*, 7(Suppl. 5), 1–23.
- Svalund, J. (2005, September). Kvinner lever lenger – med flere sykdommer. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet 17. april, 2007, fra <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200504/04/index.html>.

- Tambs, K. & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 364–367.
- The share questionnaire. (1998). Glasgow, UK: WRC Medical Sociology Unit, 6 Lilibank Gardens.
- Træen, B. (2007). Sexual dissatisfaction among men and woman with congenital and acquired hearth disease. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 13–26.
- Træen, B. & Olsen, S. M. (in press). Sexual dysfunctions and sexual well-being in people with hearth disease. *Sexual and Relationship Therapy*.
- Træen, B., Stigum, H. & Magnus, P. (2003). *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992 og 2002*. Oslo: National Institute of Public Health.
- Verplanken, B. (2006). Beyond frequency: habit as a mental construct. *British Journal of Social Psychology*, 45, 639–656.
- Wabrek, A. J. & Burchell, R. C. (1980). Male sexual dysfunction associated with coronary heart disease. *Archives of Sexual Behaviour*, 9, 69–75.
- Widermann, M. W. (2001). Gender differences in sexuality: perceptions, myths, and realities. *The Family Journal*, 9, 468–471.
- Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L. & Steptoe, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *The American Journal of Cardiology*, 96, 1512–1516.
- Öberg, K., Fugl-Meyer, A. R. & Fugl-Meyer, K. S. (2004). On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: an epidemiological approach. *International Journal of Impotence Research*, 16, 261–269.