Original Article

Effect of "sexual educational package in discharge planning" on sexual knowledge and quality of life in post coronary artery bypass grafting or coronary angioplasty patients

Sadatinejad SM[1,2], Farrokhian AR[3], Taghadosi M[4*], Mousavi GA[5]

1- Bahrami Children Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.
2- General Physician, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.
3- Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.
4- Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.
5- Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.

Received: 2019/03/29 | Accepted: 2019/09/15

Abstract:

Background: Sexual problems are common in cardiac patients. While several methods were introduced as treatment, but this problems have negative impact on quality of life. This study aimed to evaluate effect of sexual education during the discharge plan of hospital on sexual knowledge and sexual quality of life in post CABG or PTCA patients in Kashan Shahid Behashti hospital (2018).

Methods and Materials: Study was done as clinical randomized trial. In the case group, patients were educated based on nursing cardiac references (sexual problems section) and in the control group, routine educations during discharge were done. Sexual knowledge scale of Yi-Hung (SKS) and sexual quality of life of Abraham (SQOL) was measured before and 2 months after discharge. After obtaining consent, we randomly assigned 71 patients into the 'Educated group' (n=34) and the 'control group' (n=37). Both groups were matched in term of age, sex, underlying disease, and the previous treatment method. Collected data were compiled with SPSS-16 and analysis was performed on them.

Results: Results showed the sexual knowledge mean and sexual quality of life mean increased significantly at discharge and two months thereafter (P=0.001 and P=0.01, respectively).

Conclusion: Sexual education in the discharge plan is significantly effective in improving the sexual knowledge and sexual quality of life in patients after CABG or PTCA beyond the usual cardiac rehabilitation. Therefore, sexual education can help with cardiac rehabilitation.

Keywords: CABG, PTCA, Sexual knowledge, Sexual quality of life, Sexual Education

***Corresponding Author:**
Email: taghadosi_m@kaums.ac.ir
Tel: 0098 913 363 4439
Fax: 0098 315 554 6633

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, December, 2019; Vol. 23, No 5, Pages 521-527

Please cite this article as: Sadatinejad SM, Farrokhian AR, Taghadosi M, Mousavi GA. Effect of "sexual educational package in discharge planning" on sexual knowledge and quality of life in post coronary artery bypass grafting or coronary angioplasty patients. ***Feyz*** 2019; 23(5): 521-7.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-01]

تأثیر «بسته آموزش جنسی حین ترخیص» بر دانش و کیفیت زندگی جنسی بیماران پس از پیوند یا آنژیوپلاستی عروق کرونر

سیدمحسن ساداتی‌نژاد[۱و۲]، علیرضا فرخیان[۳]، محسن تقدسی[۴*]، سید غلام‌عباس موسوی[۵]

خلاصه:

سابقه و هدف: اختلالات جنسی به‌وفور بین بیماران قلبی مشاهده می‌شود. از روش‌های مختلفی برای بهبود این اختلالات استفاده می‌شود ولی هنوز مشکلات جنسی، منجر به پیامدهای خانوادگی و افت کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین تأثیر بسته آموزش جنسی بر دانش و کیفیت زندگی جنسی مبتلایان پس از پیوند یا آنژیوپلاستی عروق کرونر در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه به روش مداخله‌ای تصادفی شاهددار انجام شد. در گروه مداخله، بسته آموزش از بحث آموزش جنسی پرستاری قلب و در گروه شاهد برنامه روتین اجرا شد. در ابتدای مطالعه و دو ماه پس از ترخیص، پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی آبراهام و دانش جنسی Yi-Hung تکمیل شد. مداخله روی ۷۱ نفر بیماری انجام شد که شرایط مطالعه را داشتند. بیماران پس از درمان تهاجمی قلب در گروه مداخله (۳٤ نفر) و شاهد (۳۷ نفر) تخصیص داده شدند که از نظر: سن و جنس، بیماری‌های زمینه‌ای، درمان دارویی و تهاجمی تفاوت معنی‌داری نداشتند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱٦ و با تست کای‌دو، تی‌تست، من‌ویتنی و ویل‌کاکسون مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که میانگین نمره دانش جنسی و کیفیت زندگی جنسی حین ترخیص و دو ماه بعد از آن در دو گروه، کاهش معنادار داشت (P به‌ترتیب ۰/۰۰۱ و ۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: آموزش جنسی حین ترخیص در بهبود نمره دانش و کیفیت زندگی جنسی بیماران، بعد از ترخیص از پیوند یا آنژیوپلاستی عروق کرونر مؤثر می‌باشد. بنابراین می‌توان از آموزش جنسی زمان ترخیص در حین توانبخشی بیماران بعد از درمان‌های تهاجمی قلبی استفاده نمود.

واژگان کلیدی: پیوند عروق کرونر، آنژیوپلاستی عروق کرونر، دانش جنسی، کیفیت زندگی جنسی، آموزش جنسی

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۵، آذر و دی ۹۸، صفحات ۵۲۷-۵۲۱

مقدمه

یکی از مشکلات شایع در بیماران قلبی، اختلالات جنسی است که پس از حوادث قلبی رخ می‌دهد و می‌تواند سبب عدم تعادل در روابط بین فردی و مشکلات خانوادگی شده، کیفیت زندگی زوجین را تحت‌تأثیر قرار دهد [۱]. همچنین داروهای این بیماران نیز می‌تواند عامل بروز اختلالات جنسی باشد [۲]. پس از جراحی قلب نیز اختلال جنسی بیشتر از نیمی از بیماران را درگیر می‌کند [۳]. مطالعات نشان داده‌است ۸۵-٤۸ درصد بیماران بعد از پیوند عروق کرونر در عملکرد جنسی خود دچار اختلال می‌شوند و رضایت کافی ندارند [۷-٤].

همچنین ٤۷ درصد بیماران بعد از آنژیوپلاستی نیز دچار اختلالات جنسی می‌شوند [۸]. این اختلالات جنسی به‌صورت تخمینی در تمام بیماران قلبی، در هر دو جنس به‌صورت کاهش در میزان فعالیت و رضایت از فعالیت جنسی دیده شده‌است [۹].Gallegos و Lai عوامل مرتبط با کیفیت زندگی جنسی قبل و سه ماه بعد از CABG را شامل: مدت بیماری و سنّ بیمار بیان کرده، بعد از درمان، دانش جنسی را مؤثر می‌دانند. به‌طوری‌که ضعیف بودن دانش جنسی بر جنبه‌های سلامت، عملکرد، رضایت و کیفیت جنسی تأثیر بالایی دارد [۱۰،۳]. درمان مشکلات روانی بیمار می‌تواند روی اختلالات جنسی بیمار تأثیر بگذارد [۱۱]، همچنین، آموزش و بهبود روابط زوجین نیز یکی از راه‌های درمانی به شمار می‌رود [۱۲]. بخشی از مشکلات روانی (مثل اضطراب) مربوط به کمبود دانش و اطلاعات صحیح در مورد رابطه صحیح و عدم توصیه‌های صحیح توسط پزشک پیش از ترخیص می‌باشد [۱۳]. پژوهش‌ها، نتایج متفاوتی از آموزش جنسی را گزارش می‌دهند. آموزش جنسی توسط تیم درمان که بر افزایش احتمال خطر حمله قلبی در زمان رابطه جنسی تأکید بیش از حد داشته باشد، از

۱. دستیار اطفال، بیمارستان کودکان بهرامی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳. دانشیار، گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات ترومای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، کاشان، ایران
۵. مربی، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:**
مرکز تحقیقات ترومای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی
تلفن: ۰۹۱۳۳۶۳۴۴۳۹ **دورنویس:** ۰۳۱ ۵۵۵۴۶۶۳۳
پست الکترونیک: taghadosi_m@kaums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۹ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۸/۶/۲۴

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-01]

عوامل دخیل در مشکلات جنسی بیماران است [۱٤]. از سوی دیگر آموزش نادرست و اطمینان‌بخشی بیش از حد نیز می‌تواند نتایج زیان‌باری برای بیمار داشته‌باشد. بعضی آموزش‌ها سبب بهبود دانش، عملکرد و رضایت جنسی و بازگشت زودتر افراد به فعالیت جنسی پس از یک رویداد قلبی شده بود و دیگری نتایج عکس را نشان می‌داد [۱۵]. باتوجه به تأثیرات مثبت درمان ناتوانی جنسی در افزایش کیفیت زندگی بیماران، تشخیص زودرس و درمان به‌موقع ایـن عارضه اهمیت خاصّی دارد [۱۷،۱٦]. دلایل متعددی سبب شد تا مطالعه حاضر انجام شود؛ دلایلی نظیر: پایین‌بودن کیفیت زندگی جنسی و کیفیت زندگی عمومی، تعداد زیاد بیماران قلبی نیازمند درمان تهاجمی مثل Coronary artery (CABG) bypass grafting و Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)، کم‌توجهی به مشکلات جنسی بیماران بعد از اعمال جراحی قلب، کمبود اطلاعات کافی در مورد تأثیر بسته‌های آموزش جنسی بر روی بیماران تحت درمان با CABG و PTCA و نبود محتوای کامل و جامع آموزش جنسی مخصوص بیماران قلبی. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر بسته آموزش جنسی حین ترخیص روی دانش و کیفیت زندگی جنسی بیماران بعد از پروسیجرهای تهاجمی PTCA,CABG انجام شد که نتایج آن می‌تواند در بازتوانی بیماران قلبی در جهت بهبود کیفیت زندگی جنسی آن‌ها کمک کند.

مواد و روش‌ها

مطالعه فوق از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده (RCT) بر روی بیمارانی که طی سال ۱۳۹۷ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان تحت CABG یا PTCA قرار گرفته‌اند، انجام شد. بیماران دارای شرایط زیر وارد مطالعه شدند: آن‌ها که سنّ بین ٦۵ -۳۵ سال داشتند و متأهل، فاقد بیماری سیستمیک شناخته‌شده جسمی و روانی، نارسایی قلبی کلاس ۳ و ٤ New York Heart Association (NYHA) (طبق تأیید متخصص قلب)، عدم مصرف الکل یا مواد مخدر (براساس اظهارات بیمار) و عدم اختلالات جنسی شناخته‌شده قبلی بودند. جمع‌آوری اطلاعات پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی و مجوز کمیته اخلاق (کدّ Ir.kaums.mednp.rec.1396.97) توسط محقق انجام شد. داده‌ها با اطمینان محرمانه‌بودن اطلاعات، شامل: مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه مداخه قلبی، شغل، بیماری‌های زمینه‌ای و مصرف داروها) و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی جنسی آبراهام و دانش جنسی Yi-Hung به‌صورت خودگزارشی تکمیل شد. پرسشنامه‌ها در دو مرحله حین ترخیص (قبل از مداخله) و ۲ ماه پس از ترخیص (به‌صورت تلفنی) تکمیل شد. برای افراد کم‌سواد، محقق عین گفته‌های بیمار را وارد پرسشنامه کرد. پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی آبراهام Sexual Quality of Life در ایران با ضریب آلفا ۰/۸۲ تأیید شده‌است [۱۹،۱۸]. کیفیت زندگی جنسی مردان ۱۱ سؤالی (SQOL-M) و زنان (SQOL-F) ۱۸ سؤالی می‌باشد. هر سؤال ٦-۱ نمره (مقیاس لیکرت) دارد. (نمره کلّ کیفیت زندگی جنسی در مردان بر ۱۱ و در زنان تقسیم بر ۱۸ شد). پرسشنامه دانش جنسی (SKS) Yi-Hung Lai Sexual Knowledge Scale [۳] که روایی محتوایی آن ۰/۷۸ و آلفا کرونباخ ۰/۷۳ به‌دست آمد. این پرسشنامه‌ها پس از ترجمه به‌روش استاندارد (forward، backward) به ده نفر از خبرگان در زمینه بیماری-های قلبی و موضوعات جنسی داده شد، پس از آن روایی محتوا و پایایی آن با روش آزمون ـ باز آزمون سنجیده شد. در گروه شاهد برنامه معمول حین ترخیص و در گروه مداخله بسته آموزش جنسی ارائه شد. بدین‌صورت که به‌مدت ۲۰ دقیقه -در حالی که در اتاق بستری تنها بودند- توسط پژوهشگر هم‌جنس تحت آموزش قرار گرفتند و سپس بروشور و لوح فشرده حاوی فیلم آموزش که از منابع [۲٤-۲۰] تهیه شده و به تأیید متخصصان قلب و پرستاری قلب رسیده بود، در اختیارشان قرار می‌گرفت. آموزش حضوری منطبق بر اطلاعات داخل بروشور به بیماران ارائه شد و سپس پاسخ به سؤالات و ابهامات بیمار برای شفاف‌شدن مطالب انجام شد. برای در نظر گرفتن حقوق بیماران، در گروه شاهد، پس از تکمیل پرسشنامه دوم، آموزش جنسی به‌صورت حضوری یا تلفنی به‌مدت ۳۰-۲۰ دقیقه به آن‌ها ارائه شد. برای محاسبه‌ی حجم نمونه از مطالعه کلین ۲۰۰۷ [۱۳] میزان ادامه فعالیت جنسی در گروه مورد ۸۷ درصد و در گروه کنترل ۵۰ درصد بود. با در نظر گرفتن خطای نوع اوّل ۵ درصد و توان ۹۰ درصد حجم نمونه در هر گروه ۳۱ نفر محاسبه شد و با در نظر گرفتن امکان ریزش نمونه‌ها در هر گروه ۳۷ بیمار مورد مطالعه قرار گرفت. تصادفی‌سازی براساس تصادفی ساده بیماران به یکی از دو گروه مداخله و شاهد تخصیص داده شدند و بیماران از تفاوت بین دو گروه اطلاع نداشتند. داده‌های خام با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱٦ و با آزمون‌های Chi-square، T-test، paired T-test، Fisher exact test، Kolmogorov-Smirnov، Leven و Mann-Whitney و با میزان خطای کمتر از P=۰/۰۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-01]

نتایج

از ۱۵٤ بیمار مراجعه‌کننده، ۷٤ مورد شرایط حضور در مطالعه را داشتند (هر گروه ۳۷ نفر). طی ۲ ماه، ۳ نفر از افراد موردمطالعه به دلیل عدم دسترسی مجدد و عدم تمایل به ادامه همکاری حذف شدند. از ۷۱ نفر بیمار شامل ٥٤ مرد و ۱۷ زن، ٥٦ نفر (۷۸,۹ درصد) PTCA و ۱٥ نفر (۲۱/۱ درصد) CABG انجام داده‌بودند (جداول شماره ۱).

جدول شماره ۱- شاخص‌های آماری مشخصات دموگرافیک دو گروه مداخله

متغیر		مداخله معمول تعداد (درصد)	آموزش جنسی تعداد (درصد)	P
جنسیت	مرد	(۷۳)۲۷	(۷۹/٤)۲۷	۰/٥۲٥
	زن	(۲۷)۱۰	(۲۰/٦)۷	
سن (سال)	$\bar{X} \pm SD$	٥۷/٦±٤/۸۳	٥٤/٦±۷/۱٤	۰/۰٤۲
نوع درمان	PTCA	(۷۸/٤)۲۹	(۷۹/٤)۲۷	۰/۹۱٥
	CABG	(۲۱/٦)۸	(۲۰/٦)۷	
تعداد فرزند	۱ و ۲	(۱٦/۲)٦	(۳٥/۲)۱۲	۰/۱٦۸
	۳ و ٤	(٥٤/۱)۲۰	(۳۸/۲)۱۳	
	بیش از ٤	(۲۹/۷)۱۱	(۲٦/٥)۹	
شغل	آزاد	(۱۸/۹)۷	(۲٦/٥)۹	۰/۸۹۷
	کارمند	(٥/٤)۲	(۲/۹)۱	
	کشاورز	(۱۰/۸)٤	(۸/۸)۳	
	خانه دار	(۲٤/۳)۹	(۱۷/٦)٦	
	سایر	(٤۰/٥)۱٥	(٤٤/۱)۱٥	
درآمد به میلیون تومان	$\bar{X} \pm SD$	۱/۲۷±۰/٥٦	۱/۲٦±۰/٦٦	۰/۷۱٥
تحصیلات	ابتدایی	(۲۱/٦)۸	(۲۰/٦)۷	۰/۸٥٥
	سیکل	(٤۸/٦)۱۸	(٥۲/۹)۱۸	
	دیپلم	(۲۱/٦)۸	(۱٤/۷)٥	
	دانشگاهی	(۸/۱)۳	(۱۱/۸)٤	
بیماری‌های زمینه‌ای	دیابت	(٤۸/٦)۱۸	(٥۲/۹)۱۸	۰/۷۱۸
	پرفشاری خون	(٥٦/۸)۲۱	(۷۰/٦)۲٤	*۰/۲۲
داروهای مصرفی	نیترات	(۲۹/۷)۱۱	(۳۲/٤)۱۱	۰/۸۱۱
	بتابلاکر	(۲۷)۱۰	(۲۹/٤)۱۰	۰/۸۲۳
	ARB	(۳٥/۱)۱۳	(٤٤/۱)۱٥	۰/٤۳۹
	ACEI	(٥/٤)۲	(٥/۹)۲	۰/۹۳۱
	استاتین	(٤۰/٥)۱٥	(٥٥/۹)۱۹	۰/۱۹٦
	تیازید	(۲/۷)۱	(٥/۹)۲	۰/٦۰٤
اقلام داروهای مصرفی	صفر	(۳۲/٤)۱۲	(۲٦/٥)۹	۰/٥۸٤
	۱-٤	(۲٤/۳)۹	(۱٤/۷)٥	
	٥-۸	(۳۷/۸)۱٤	(٥۲/۹)۱۸	
	۹-۱۲	(٥/٤)۲	(٥/۹)۲	

نتایج نشان داد که گروه‌ها از لحاظ بیماری‌های زمینه‌ای در بین دو گروه، مشابه بود و اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. نتایج نمرات دانش جنسی و کیفیت زندگی جنسی در دو گروه طی دو مرحله بدو و دو ماه بعد از مداخله آموزش جنسی در جدول شماره ۲ آورده شده‌است.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-01]

جدول شماره ۲- شاخص‌های آماری نمره دانش و کیفیت زندگی جنسی در زمان ترخیص و ۲ ماه بعد

متغیر	گروه مداخله	موقع ترخیص	۲ ماه بعداز مداخله	*P* در طول ۲ ماه	*P* میان دو گروه
نمره دانش جنسی	آموزش جنسی	۱۰/۸۵±۳/۹۶	۱۴/۶۱±۱/۰۷	کمتر از ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	روند معمول	۱۰/۸۱±۳/۶۲	۱۳/۵۹±۱/۴۶	کمتر از ۰/۰۰۱	
نمره کیفیت زندگی جنسی	آموزش جنسی	۴/۳۹±۱/۰۰	۵/۱۷±۱/۱۲	۰/۰۰۴	۰/۰۱
	روند معمول	۴/۳۷±۱/۴۰	۴/۴۰±۱/۳۵	۰/۹۰	

مقایسه نمرات دانش جنسی موقع ترخیص و ۲ ماه بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها نشان می‌دهد که نمرات دانش جنسی ۲ ماه بعد از مداخله نسبت به موقع ترخیص افزایش یافته‌است (از لحاظ آماری معنی‌دار است). سپس آنالیز کوواریانس با متغیر وابسته دانش جنسی ۲ ماه بعد از مداخله، متغیر مستقل گروه (آموزش-یافته/ روند معمول) و متغیر کوواریت نمره دانش جنسی قبل مداخله انجام شد. همگنی شیب رگرسیون با f=۰/۵۱۴ و *P*=۰/۴۷ تأیید شد. نتیجه آنالیز کوواریانس با f=۱۲/۰۹۵ و *P*=۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که نمره دانش جنسی گروه مداخله در مقایسه با گروه روند معمول بیشتر است (جدول شماره ۲). مقایسه نمرات کیفیت زندگی جنسی موقع ترخیص و ۲ ماه بعد از مداخله در گروه آموزش نشان می‌دهد که نمرات کیفیت زندگی جنسی ۲ ماه بعد از مداخله نسبت به موقع ترخیص افزایش یافته‌است و این افزایش از لحاظ آماری معنی‌دار است. اما در گروه روند معمول افزایش نمره در ۲ ماه بعد از مداخله نسبت به موقع ترخیص از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. سپس آنالیز کوواریانس انجام شد. همگنی شیب رگرسیون با f=۴/۱۶۷ و *P*=۰/۰۴۵ تأیید نشد. بنابراین تفاوت نمره ۲ ماه بعد از مداخله و موقع ترخیص محاسبه شد و میانگین نمره تفاوت در دو گروه مقایسه شد. نتیجه مقایسه نشان می‌دهد که تفاوت نمرات تفاوت در گروه آموزش جنسی بیش از گروه روند معمول می‌باشد (جدول شماره ۲).

بحث

مقایسه نمرات دانش جنسی موقع ترخیص و ۲ ماه بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها نشان می‌دهد که نمرات دانش جنسی ۲ ماه بعد از مداخله نسبت به موقع ترخیص افزایش یافته‌است (از لحاظ آماری معنی‌دار است). نتیجه آنالیز کوواریانس نشان می‌دهد که نمره دانش جنسی گروه مداخله در مقایسه با گروه روند معمول بیشتر است. مقایسه نمرات کیفیت زندگی جنسی موقع ترخیص و ۲ ماه بعد از مداخله در گروه آموزش نشان می‌دهد که نمرات کیفیت زندگی جنسی ۲ ماه بعد از مداخله نسبت به موقع ترخیص افزایش یافته‌است و این افزایش از لحاظ آماری معنی‌دار است. اما در گروه روند معمول افزایش نمره در ۲ ماه بعد از مداخله نسبت به موقع ترخیص از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. نتیجه مقایسه نشان می‌دهد که تفاوت نمرات تفاوت در گروه آموزش جنسی بیش از گروه روند معمول می‌باشد (جدول شماره ۲). طبق مطالعه Li، درمان‌های تهاجمی قلبی، سبب افزایش نمره کیفیت زندگی جنسی بیماران قلبی می‌شوند [۲۵]. اما نتایج، بازگشت به فعالیت جنسی در حدّ قبل از حادثه قلبی را نشان نداد. ولی بیمارانی که تحت CABG یا آنژیوپلاستی قرار گرفته‌اند، از نظر فعالیت جنسی نسبت به بیماران با درمان‌های دارویی وضع بهتری نشان دادند [۲۶]. Reese و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که ترس عامل اصلی کاهش رضایت جنسی در بیماران می‌باشد و افزایش آگاهی و اطلاعات، اثر قابل ملاحظه‌ای در کاهش ترس این بیماران و درنتیجه افزایش رضایت جنسی آن‌ها دارد [۲۸،۲۷]. حاجی محمّد حسینی (۲۰۱۸) و تیرگری (۲۰۱۹) نشان دادند آموزش جنسی می‌تواند عملکرد جنسی بیماران قلبی را بهبود دهد [۳۰،۲۹]. مطالعات، سهم علل ارگانیک ناتوانی جنسی نظیر اختلال نعوظ را تنها ۲۰-۱۵ درصد و مابقی را علل سایکولوژیک می‌دانند [٤]. علل سایکولوژیک را می‌توان با افزایش دانش جنسی (بدون درمان دارویی) حل نمود [۳۳-۳۱]. بحث درباره مسائل جنسی در بیمارستان به دلایل متعدد، مورد بی‌توجهی تیم مراقبتی است [۳٤]. Lunelli و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند بیشتر بیماران، بیمارستان را، بدون دریافت پاسخ سؤالاتشان در مورد بازگشت به فعالیت جنسی ترک می‌کنند. درحالی‌که اکثر بیماران، علاقمند به کسب اطلاعات در مورد فعالیت جنسی بعد از ترخیص بودند، ٦۹ درصد آنان هیچ آموزش جنسی دریافت ننموده، ترخیص می‌شدند [۳۵]. این قضیه به حدّی مهم است که فعالیت جنسی نامناسب در بیماران قلبی یکی از علل بستری مجدد طی ٦ ماه بعد از ترخیص می‌باشد [۳٦]. بخشی از مشکلات مربوط به عدم آموزش و توصیه‌های لازم تیم درمان در مورد رابطه صحیح پیش از ترخیص می‌باشد [۳۷،۳٦]. همچنین بسیاری از همسران بیماران قلبی، از پیامد فعالیت جنسی می‌ترسند و ترس آن‌ها می‌تواند به صورت اجتناب از روابط جنسی و اظهار خشم نسبت به سلامتی بیمار جایگزین شود [۳۸]. در آموزش جنسی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-01]

برخلاف سایر آموزش‌های مراقبتی باید بومی‌سازی آموزش‌ها براساس فرهنگ، اعتقادات و قومیت انجام گیرد و نمی‌توان یک روش آموزش را در مورد مسائل جنسی برای همه افراد استفاده کرد. سرهادی (۲۰۱۳) تأکید بیش از حد بر افزایش احتمال خطر حمله قلبی در هنگام برقراری رابطه جنسی توسط تیم درمان را، یکی دیگر از عوامل دخیل در مشکلات جنسی بیماران می‌داند [۱٤]. Byrne با بررسی ۳۸۱ بیمار قلبی در ۳ گروه که آموزش دریافت کردند، نشان داد که در یک گروه، آموزش سبب بهبود دانش، عملکرد و رضایت جنسی و بازگشت زودتر افراد به فعالیت جنسی پس از یک رویداد قلبی شده بود. ولی در دو گروه دیگر مداخله با مراقبت معمول تفاوتی ایجاد نکرده‌است [۱۵]. این تفاوت می‌تواند به‌دلیل عدم شباهت در نوع محتوا و نحوه آموزش‌ها رخ داده باشد. بنابراین نوع و شیوه آموزش می‌تواند میان مطالعات تفاوت ایجاد کند. در این مطالعه تلاش شد از بسته آموزش شامل مشاوره حضوری و فیلم و بروشور استفاده شود تا اثرات تجمعی آن‌ها به‌کار گرفته شود.

نتیجه‌گیری

آموزش جنسی حضوری حین ترخیص و به کمک فیلم و بروشور منجر به بهبود دانش و کیفیت زندگی جنسی در بیماران پس از مداخلات تهاجمی CABG و PTCA شد. بنابراین متخصصان قلب حین ترخیص و زمان بازتوانی می‌توانند در کنار توان‌بخشی و درمان‌های دارویی از آموزش جنسی به کمک فیلم و پمفلت‌های آموزشی در بهبود دانش و کیفیت زندگی جنسی بیماران استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای عمومی از دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد. از کلیه بیمارانی که صبر و حوصله به خرج دادند و در این پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References:

[1] Søderberg LH, Johansen PP, Herning M, Berg SK. Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. ***J Clin Nurs*** 2013; 22(23-24): 3532-40.

[2] Roushias S, Ossei-Gerning N. Sexual function and cardiovascular disease :what the general cardiologist needs to know. ***Heart*** 2019; 105(2): 160-8.

[3] Lai YH, Hsieh SR, Ho WC, Chiou AF. Factors associated with sexual quality of life in patients before and after coronary artery bypass grafting surgery. ***J Cardiovasc Nurs*** 2011; 26(6): 487-96.

[4] Schumann J, Zellweger MJ, Di Valentino M, Piazzalonga S, Hoffmann A. Sexual dysfunction before and after cardiac rehabilitation. ***Rehabil Res Practice*** 2010; 2010.

[5] Murphy PJ, Mc Sharry J, Casey D, Doherty S, Gillespie P, Jaarsma T, et al. Sexual counselling for patients with cardiovascular disease: protocol for a pilot study of the CHARMS sexual counselling intervention. ***BMJ Open*** 2016; 6(6): e011219.

[6] Pournaghash Tehrani S, Etemadi S, Dehdari T, Lavasani MG, Sadeghian S. Assessment of the relationship between psychological factors and impotency with quality of life of male patients following CABG. ***Razi J Med Sci*** 2013; 19(104): 34-42.

[7] Lemogne C, Ledru F, Bonierbale M, Consoli SM. Erectile dysfunction and depressive mood in men with coronary heart disease. ***Int J Cardiol*** 2010; 138(3): 277-80.

[8] Khodaminasab A, Reisi M, Vahedparast H, Tahmasebi R, Javadzade H. Utilizing a health-promotion model to predict self-care adherence in patients undergoing coronary angioplasty in Bushehr, iran. ***Patient Prefere Adherence*** 2019; 13: 409.

[9] Papadopoulos C, Beaumont C. Myocardial infarction and sexual activity of the female patient. ***Arch Intern Med*** 1983; 143(8): 1528-30.

[10] Gallegos EC, Villarruel AM, Gómez MV, Onofre DJ, Zhou Y. Research brief: sexual communication and knowledge among Mexican parents and their adolescent children. ***J Association Nurses AIDS Care*** 2007; 18(2): 28-34.

[11] Doulatyari PK, Gholami M, Toulabi T, Birjandi M, Abdi A. The Effect of Modified Cardiac Rehabilitation on Erectile Dysfunction and Coping with Stress in Men Undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG): A Clinical Trial. ***Sex Disabil*** 2019:1-13.

[12] Tanagho EA. Smiths general urology. 15th edition ed: McGraw-Hill Education (India) Pvt Limited, 2000; 2000

[13] Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom Lundqvist C, Borger MA, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. ***Revista Española De Cardiología*** 2013; 66(01): 53.-

[14] Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandy T, Ansari Moghadam A. Comparing quality of marital relationship of spouses of patients with and without a history of myocardial infarction. ***J Health Promot Manag*** 2013; 2(1): 39-48.

[15] Byrne M, Doherty S, Fridlund BG, Mårtensson J, Steinke EE, Jaarsma T, Devane D. Sexual counselling for sexual problems in patients with

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-01]

cardiovascular disease. ***Cochrane Database Syst Rev*** 2016(2): CD010988.
[16] Wolfram JA, Donahue JK. Gene therapy to treat cardiovascular disease. ***J Am Heart Association*** 2013; 2(4): e000119.
[17] A Miri MG, A Najafi The relationship between health literacy and the recovery rate of cardiovascular patients after bypass surgery. ***J Health Literacy*** 2016; 1(2): 83-91.
[18] Sadat Z, Ghofranipour F, Goshtasebi A, Azin SA. Validity and relibility of the persian version of the sexual quality of life-male questionnaire. 2017.
[19] Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. ***Reproductive Health*** 2013; 10(1): 25.
[20] Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, et al. Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). ***Eur Heart J*** 2013; 34(41): 3217-35.
[21] Steinke EE, Jaarsma T. Sexual counseling and cardiovascular disease: practical approaches. ***Asian J Androl*** 2015; 17(1): 32.
[22] Hoeman SP. Rehabilitation nursing: Prevention, intervention, and outcomes: Elsevier Health Sciences; 2008.
[23] Moser DK, Riegel B. Cardiac Nursing: A Companion to Braunwald's Heart Disease: Saunders/Elsevier; 2008.
[24] Woods SL. Cardiac Nursing: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
[25] Li R, Yan BP, Dong M, Zhang Q, Yip GWK, Chan CP, et al. Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. ***Int J Cardiol*** 2012; 155(1): 90-6.
[26] Klein R, Bar-on E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. ***Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*** 2007; 14(5): 672-8.
[27] Reese JB, Shelby RA, Taylor KL. Sexual quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. ***Psychol Health*** 2012; 27(6): 721-36.
[28] Soroush A, Komasi S, Heydarpour B, Ezzati P, Saeidi M. The effectiveness of psychosexual education program on psychological dimensions of sexual function and its quality in cardiac rehabilitation patients. ***Res Cardiovasc Med*** 2018; 7(2): 82-6.
[29] Hoseini MHM, Afra LG, Asayesh H, Goudarzi M, Afra MG. The effect of Self-care educational program on sexual function and quality of life in patients with ischemic heart disease. ***J Res Med Dental Sci*** 2018; 6(1): 226-35.
[30] Tirgari B, Rafati F, Mehdipour Rabori R. Effect of Sexual Rehabilitation Program on Anxiety, Stress, Depression and Sexual Function among Men with Coronary Artery Disease. ***J Sex Marital Therapy*** 2019(just-accepted): 1-15.
[31] Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. ***Clin Psychol Review*** 2006; 26(1): 17-31.
[32] Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn I-M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. ***J Affect Disord*** 1998; 49(1): 59-72.
[33] Blackburn IM, Bishop S, Glen A, Whalley L, Christie J. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. ***British J Psychiatry*** 1981; 139(3): 181-9.
[34] Ivarsson B, Fridlund B, Sjöberg T. Information from health care professionals about sexual function and coexistence after myocardial infarction: a Swedish national survey. ***Heart Lung*** 2009; 38(4): 330-5.
[35] Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Sexual activity after myocardial infarction: taboo or lack of knowledge? ***Arq Bras Cardiol*** 2008; 90(3): 172-6.
[36] Arenhall E, Kristofferzon ML, Fridlund B, Malm D, Nilsson U. The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. ***Eur J Cardiovasc Nurs*** 2011; 10(2): 108-14.
[37] Byrne M, Doherty S, McGee HM, Murphy AW. General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. ***BMC Fam Pract*** 2010; 11(1): 40.
[38] Pouraboli B, Azizzadeh F, Mohammad A. Knowledge and attitudes of nurses in sexual activity and educate it to patients with myocardial infarction and their spouses. ***Iran J Crit Care Nurs*** 2010; 2(4): 5-6.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-01]