



# چالش‌های تشدید کننده اختلال در روابط جنسی بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر: یک مطالعه کیفی

محمد پورابراهیمی<sup>۱</sup>، مسعود فلاحی خشک‌ناب<sup>۲</sup>، حمید رضا تقی پور<sup>۳</sup>، عباس عبادی<sup>۴</sup>،  
لیلا قلی زاده<sup>۵</sup>، محمدعلی حسینی<sup>۶\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات آترواسکلروز، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله تهران، ایران

<sup>۴</sup> استاد، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

<sup>۵</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات طب مکمل، دانشگاه UTS، سیدنی، استرالیا

<sup>۶</sup> دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: محمدعلی حسینی، استادیار، دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

ایمیل: mahmaimy2020@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۹/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۶/۰۶

## چکیده

**مقدمه:** بسیاری از بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر دچار اختلال در عملکرد جنسی خود می‌شوند که این اختلالات می‌تواند زمینه‌های روانی، جسمی و دارویی داشته باشد. اختلال عملکرد جنسی درمان‌نشده باعث اختلال در کیفیت زندگی این بیماران خواهد شد از این رو مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب بیماران مرد از مشکلات جنسی بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کیفی با رویکرد آنالیز محتوای در سال ۱۳۹۸ انجام گردید. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با ۱۸ مرد، شامل ۱۲ بیمار بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر، دو پزشک جراح قلب، دو پزشک داخلی قلب و دو پرستار شاغل در بخش قلب در درمانگاه جراحی قلب بیمارستان منتخب و همچنین مطب پزشک جراح قلب گردآوری شد. مشارکت کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند و سپس نظری انتخاب شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه، داده‌های بدست آمده به صورت کلمه به کلمه نوشته شد و از رویکرد آنالیز محتوا به منظور نامگذاری داده‌ها، ایجاد کدهای تحلیلی و تعیین زیرطبقات و طبقات استفاده گردید.

**یافته‌ها:** در این مطالعه طبقه اصلی سلامت عمومی تهدید شده بعد از عمل استخراج شد که خود شامل سه زیر طبقه محدود کننده‌های فیزیکی، محدود کننده‌های روانی و محدود کننده‌های درمانی بوده است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که اختلال در عملکرد جنسی در بیماران پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر رایج است و دلایل عمده‌ای از جمله موارد سایکولوژی، جسمی و دارویی در آن دخیل می‌باشد که باید به تمامی این موارد توجه جدی شود تا بیماران بعد از جراحی به سرعت به زندگی جنسی خود بازگردند و کیفیت زندگی این بیماران دچار اختلال نشود. لذا توصیه می‌شود سیاستگذاران حوزه‌های سلامت برای حل مشکلات ایجاد شده در مسیر روابط جنسی این بیماران به طور شفاف فرهنگ سازی و برنامه ریزی نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت عمومی تهدید شده، روابط جنسی، عمل جراحی پیوند عروق کرونر، تحقیق کیفی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

عامل مرگ و میر بیش از ۱۷/۷ میلیون نفر در دنیاست و از این تعداد ۸۰ درصد مرگ و میر سهم کشورهایی با درآمد متوسط و پایین است

بیماری‌های قلبی عروقی از جمله شایع‌ترین علت مرگ در سراسر جهان است که ۳۱/۵ درصد از کل مرگ و میر را شامل می‌شود [۱] و سالانه

جنسی به گونه‌ای شود که باعث کاهش کیفیت زندگی جنسی، کاهش میزان عملکرد کاری و افزایش نیاز استفاده از مراقبت‌های سلامتی شود [۲۰]. کمبود مطالعات در زمینه فعالیت جنسی بعد از عمل قلب باز در ایران [۲۱] و همچنین عوامل فرهنگی تاثیرگذار در کشور و با اشاره به اینکه عملکرد و رضایت جنسی اغلب اوقات توسط پزشکان پرسیده نمی‌شود و بیماران نیز از اشاره به این مشکلات اجتناب می‌کنند [۱۸-۲۱] از چالش‌هایی است که در مسیر زندگی جنسی بیماران بعد از عمل وجود دارد. با توجه به اینکه شناسایی عواملی که می‌تواند روابط جنسی را در این بیماران تحت الشعاع قرار دهد بسیار ضروری بوده و ماهیت چند بعدی و مبتنی بر تعامل روابط جنسی پژوهشگر را بر آن داشت تا این مطالعه با هدف کشف و تبیین تجارب بیماران مرد از روابط جنسی بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونری انجام دهد.

### روش کار

مطالعه حاضر، به روش تحقیق اکتشافی کیفی و با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. تحلیل محتوای کیفی به عنوان روش تحقیق، از طریق فرآیند طبقه بندی منظم اطلاعات جمع‌آوری شده، درون مایه‌ها یا الگوهای آشکار و پنهان در داده‌ها را مورد شناسایی قرار می‌دهد. در تحلیل محتوای قراردادی، محقق از به کارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب ورزیده و در عوض اجازه می‌دهد تا طبقات از درون داده‌ها نمایان شود [۲۲].

مشارکت کنندگان اصلی در این پژوهش، بیماران مردی بودند که در درمانگاه جراحی قلب بیمارستان منتخب و همچنین مطب پزشک جراح قلب مراجعه کرده که به صورت نمونه گیری هدفمند، انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند. در انتخاب مشارکت‌کنندگان معیار ورود به پژوهش متأهل بودن و داشتن رابطه جنسی رضایت بخش قبل از عمل جراحی بوده است و در صورتی که بیمار اظهار می‌نمود که از رابطه جنسی قبل از عمل رضایت نداشته به مطالعه وارد نمی‌شود. تمایل به شرکت در مطالعه و توانایی بیان تجارب، از دیگر معیارهای ورود به این مطالعه بود. نمونه گیری هدفمند آغاز و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت، به گونه‌ای که یافته جدیدی به دست نیامد. جمع‌آوری و تحلیل همزمان داده‌ها در طی سه ماه انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق، نیمه ساختاریافته، انفرادی و چهره به چهره انجام شد. مصاحبه‌ها در زمان و مکان توافق شده با مشارکت‌کنندگان انجام گرفت.

برای انجام مصاحبه و ضبط آنها رضایت نامه کتبی آگاهانه اخذ شد لیکن دو بیمار حاضر به ضبط مصاحبه‌ها نشدند که از ادامه فرایند پژوهش انصراف داده و در مصاحبه‌های بعدی نیز با اینکه بیماران رضایت جهت ضبط صدا را داده بودند ولی در پاسخ به سؤالات همکاری لازم را نداشته‌اند که تیم پژوهشی با توجه به موارد مطرح شده تصمیم به عدم استفاده از Mp3Player نمود و مصاحبه‌ها در همان محیط در حضور بیمار به طور کامل نوشته و بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه تایپ

[۲]. در کشور ایران افراد زیادی دچار بیماری قلبی عروقی بوده به طوری که شیوع این بیماری در سال ۲۰۱۵ در ایران ۳۲/۲ درصد گزارش شده [۲] و میزان مرگ و میر ناشی از آن ۴۶ درصد اعلام شده است [۴].

راههای مختلفی برای درمان بیماری‌های قلبی عروقی وجود دارد که یکی از شایع‌ترین مداخلات در این موارد جراحی است. یکی از شایع‌ترین انواع جراحی‌های قلب، جراحی پیوند عروق کرونری می‌باشد (۴). نزدیک به ۶۸۶۰۰۰ مورد عمل جراحی قلب باز سالانه در آمریکا انجام می‌شود و در استرالیا نیز سالانه ۲۰۰۰۰ مورد عمل جراحی قلب باز انجام می‌گردد. [۵]. در ایران نیز بالغ بر ۴۰ هزار جراحی قلب باز در سال در مراکز مختلف درمانی صورت می‌گیرد [۶] که ۵۰ تا ۶۰ درصد از آنها جراحی پیوند عروق کرونری است [۷].

پس از اعمال جراحی پیوند عروق کرونری قلب، مشکلات مختلف فیزیکی و روانی در زندگی این بیماران مشاهده می‌گردد و از سویی به دنبال بروز این مشکلات، کیفیت زندگی وابسته به سلامتی این بیماران مخدوش می‌گردد. [۸، ۹] 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 و کیفیت زندگی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد [۱۰].

برخی پژوهش‌ها نشان دهنده اختلال روابط جنسی در بیشتر از نیمی از بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونری می‌باشد [۱۱] و در مطالعات دیگری نیز نتایج نشان داد که ۴۸-۸۵ درصد بیماران بعد از پیوند عروق کرونری در عملکرد جنسی خود دچار اختلال شده و رضایت جنسی‌کافی را ندارند [۹، ۱۲-۱۴] در مطالعه‌ای که توسط فروزان نیا و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام شد نتایج نشان داد که میزان بروز اختلالات جنسی از ۲۰/۱ درصد قبل از عمل به ۷۶/۴ درصد بعد از عمل رسیده است [۱۵]. اختلالات در تعاملات جنسی به هر علتی که ایجاد شوند موجب کاهش رضایت جنسی، احساس محرومیت، به خطر افتادن سلامت روان و در نتیجه از هم پاشیدگی خانواده، کاهش کیفیت زندگی جنسی و در نهایت اختلال در کیفیت زندگی عمومی در این بیماران می‌شود [۱۶]. اگر مسائل مرتبط با روابط جنسی به عنوان بخشی از مراقبت‌های پرستاری بیماران با مشکلات قلبی عروقی در نظر گرفته نشود، بیماران ممکن است با فرض این که قادر به انجام فعالیت جنسی نیستند، محدودیت‌های بزرگ و اجتناب ناپذیری را برای همسر خود ایجاد کنند و یا با انجام فعالیت جنسی به طور نامناسب موجب مرگ ناگهانی بیمار شود [۱۶، ۱۷]. مطالعات نشان داد که در ایران به آموزش پیرامون روابط جنسی در این بیماران توجه نمی‌شود و یکی از موانع در مسیر آموزش‌های جنسی در این بیماران نگرش منفی به صحبت کردن در رابطه با روابط جنسی می‌باشد و در ایران به دلیل زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی صحبت کردن در مورد روابط زناشویی و مطرح کردن مشکلات جنسی به عنوان تابو در جامعه مطرح می‌گردد به نحوی که مشکلات زناشویی به وجود آمده جهت این بیماران به فراموشی سپرده می‌شود [۱۸، ۱۹]. اگر چه اختلال در روابط و عملکرد جنسی تهدید کننده حیات نیست، اما می‌تواند منجر به افت عملکرد

جراحی پیوند عروق کرونر" می‌باشد که در دانشگاه علوم توانبخشی و بهزیستی به تصویب رسیده است. مجوز اخلاقی این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با کد IR.USWR.REC.1397.165 اخذ گردید. به همه مشارکت کنندگان پس از ارائه اطلاعات لازم درباره اهداف مطالعه، اطمینان داده شد که شرکت آن‌ها در مطالعه، اختیاری است و هر زمان که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. همچنین به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات فردی آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. قبل از انجام مصاحبه، از مشارکت کنندگان برای انجام مصاحبه و یادداشت برداری رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. در این مطالعه برای دستیابی به قابلیت اعتبار داده‌ها، از درگیر شدن طولانی مدت با داده‌ها، بازبینی داده‌ها توسط همکاران و بازبینی داده‌ها توسط مشارکت کنندگان استفاده شد.

### یافته‌ها

مشارکت کنندگان در این مطالعه بر اساس دستیابی به حداکثر تنوع و با توجه به نمونه گیری هدفمند و سپس نظری جهت تبیین تئوری مطالعه، انتخاب شدند. تعداد مشارکت کنندگان شامل ۱۲ نفر بیمار که تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار گرفته بودند، ۲ نفر پزشک فوق تخصص جراح قلب، ۲ نفر پرستار متخصص قلب و ۲ نفر پزشک متخصص قلب و عروق بودند که در جدول جمعیت شناختی مشارکت کنندگان ارائه شده است. از توصیف‌های عمیق یافته‌های حاصل از مصاحبه با این مشارکت کنندگان طبقه اصلی سلامت عمومی تهدید شده بعد از عمل استخراج شد که خود شامل سه زیر طبقه محدود کننده‌های روانی، محدود کننده‌های جسمی و محدود کننده‌های درمانی بود. (جدول ۲).

شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۰ تا به ۷۰ دقیقه بوده و به طور میانگین ۵۰ دقیقه شد. سؤالات اصلی مصاحبه شامل موارد زیر بود: "میشه از شرایط و وضعیت خود بعد از عمل برایم توضیح بدهید؟ احساسات نسبت به خودت و جسمت چگونه بود؟ انجام عمل چه تأثیر روی رابطه زناشویی شما داشته؟ لطفاً توضیح بیشتری بدهید. بعد از عمل جراحی چه مشکلاتی در روابط زناشویی خود داشتید؟ لطفاً راجع بهش توضیح دهید. از وضعیت رضایت از رابطه زناشویی خود بعد از عمل توضیح دهید؟ اگر آموزشی در ارتباط با روابط زناشویی دریافت کرده‌اید برایم توضیح دهید؟ این آموزش‌ها را از چه منابع یا اشخاصی دریافت کرده‌اید؟ آموزش‌ها را به شما داده‌اند؟ در کل در مورد رضایت از زندگی زناشویی خود بعد از عمل اگر توضیحی دارید بیان نمایید." همچنین بر حسب ضرورت و براساس پاسخ‌ها و داده‌های ظاهر شده از سوی مشارکت کنندگان، از سؤالات اکتشافی نیز استفاده شد.

تحلیل داده‌ها، با توجه به مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman انجام یافت [۲۲]. ابتدا متن هر مصاحبه، چندین مرتبه خوانده شد تا درک کلی از محتوای آن به دست آید. سپس متن هر مصاحبه به واحدهای معنایی تقسیم و واحدهای معنایی خلاصه و کدگذاری شد. سپس کدهای مختلف با یکدیگر مقایسه و براساس شباهت، تفاوت و تجانس محتوا، در زیرطبقه‌ها و طبقات قرار داده شدند. پس از کدگذاری، جهت تعیین اعتبار داده‌ها کدها توسط سایر اعضای تیم تحقیق بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین یافته‌ها با تعدادی از مشارکت کنندگان نیز چک و تأیید گرفته شد.

این مطالعه، بخشی از نتایج پایان نامه دکترای پرستاری با عنوان "تبیین فرایند کیفیت زندگی جنسی بیماران بعد از عمل

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

ردیف	سن (سال)	تحصیلات	شغل	مدت زمان گذشته از عمل در بیماران	سابقه کار در تیم درمان برای تیم درمان
۱	۶۰	زیر دیپلم	بازنشسته	کمتر از یک سال	
۲	۶۱	دیپلم	بازنشسته	کمتر از یک سال	
۳	۶۶	دیپلم	بازنشسته	کمتر از یک سال	
۴	۵۷	دیپلم	بازنشسته	یک تا سه سال	
۵	۵۸	کاردان	بازنشسته	یک تا سه سال	
۶	۶۵	زیر دیپلم	بازنشسته	یک تا سه سال	
۷	۵۴	کارشناس	کارمند	کمتر از یک سال	
۸	۵۸	دیپلم	بازنشسته	کمتر از یک سال	
۹	۶۶	کاردان	بازنشسته	بیشتر از سه سال	
۱۰	۶۰	دیپلم	بازنشسته	کمتر از یک سال	
۱۱	۵۴	کاردان	کارمند	بیشتر از سه سال	
۱۲	۶۰	کارشناس	بازنشسته	یک تا سه سال	
۱۳	۵۲	فوق تخصص جراحی قلب	جراح قلب	۱۰ سال	
۱۴	۳۵	متخصص قلب و عروق	پزشک متخصص	۵ سال	
۱۵	۵۱	کارشناس پرستاری	پرستار	۲۶ سال	
۱۶	۳۴	کارشناس ارشد پرستاری	پرستار	۱۰ سال	
۱۷	۵۵	فوق تخصص جراحی قلب	جراح قلب	۲۰ سال	
۱۸	۴۶	فوق تخصص قلب	پزشک متخصص	۱۴ سال	

استرس‌هایی که حین و بعد از عمل دارند از نظر روحی و روانی بهم ریخته می‌شوند و این شرایط به وجود آمده یکی از دلایل مشکلات در روابط جنسی بیماران بعد از عمل قلب می‌تواند باشد". (مشارکت کننده ۱۴)

طبق نظر مشارکت کننده‌ها گوشه‌گیری و بی‌حوصله بودن بعد از عمل یکی از دلایل دوری از روابط جنسی بعد از عمل می‌باشد. "تا چند ماه اول بعد عمل به مقدار ترس و اضطراب داشتیم و اعتماد به نفسم کم شده بود. از انجام رابطه جنسی می‌ترسیدم. کلاً گوشه‌گیر بودم و حوصله هیچ کسی رو نداشتم این بی‌حوصلگی باعث می‌شد خیلی درگیر و دار رابطه جنسی نباشم. تقریباً تا ۵ ماه بعد از عمل هیچ رابطه جنسی نداشتم". (مشارکت کننده ۴)

#### ۲) محدود کننده‌های فیزیکی

این زیرطبقه به این معنا است که بدنال عمل جراحی، وجود برخی مشکلات جسمی و فیزیکی مانند داشتن تنگی نفس، وجود درد، زخم قفسه سینه و داشتن یبوست باعث ایجاد محدودیت‌هایی در روابط جنسی بعد از عمل می‌شود و بیماران بیشتر درگیر این عوارض بوده‌اند و وجود این مشکلات بیماران را از روابط جنسی خود دور کرده است. یکی از مشارکت کنندگان به این موضوع اشاره می‌کند که:

"با توجه به اینکه در یکی دو ماه اول بعد از عمل نفس زیاد کم می‌آوردم و درد هم تا چند ماه داشتم این مشکلات جسمی باعث می‌شد به این موضوع اصلاً فکر نکنم و خودم رو بزمنم به اون راه خانمم هم چیزی به من نمی‌گفت و هر دو نفر به جوری منکر این رابطه شده بودیم". (مشارکت کننده ۱)

مشارکت کننده دیگری نیز به وجود زخم قفسه سینه اشاره می‌کند: "تو چند ماه اول وقتی قفسه سینه‌ام رو می‌دیدم و جای عملم رو نگاه می‌کردم حس بدی بهم دست می‌داد. وجود همین زخم و این که فکر می‌کردم قفسه سینه‌ات کامل باز شده چنان واسم سنگین بود که سعی می‌کردم اصلاً بهش فکر نکنم و از خودم خوشم نمی‌ومد و احساس می‌کردم ناقص شدم و دیگه به درد نمی‌خورم و راجع به رابطه جنسی بعد از عمل خیلی تمایلی نداشتم". (مشارکت کننده ۴)

یکی دیگر از مشارکت کننده‌ها نیز به وجود برخی عوارض مانند یبوست اشاره می‌کند: "بعد از عمل به سری عوارض هست که ممکنه درگیرش بشی و تا اون عوارض باشه اصلاً رابطه جنسی واست بی‌معنی است و تا اونها حل نشه اصلاً به رابطه جنسی فکر نمی‌کنی مثلاً همون یبوست که من بعد از عمل داشتم یا درد جای عمل و مشکلات بخیه و حتی شکل قفسه سینه که اول اینها باید حل بشه و فکرت آزاد بشه بعد رفت به رابطه زناشویی فکر کرد چون هر کدوم از اینها یعنی یه ترس و دلهره و اعصاب خردی". (مشارکت کننده ۸)

#### ۳) محدود کننده‌های درمانی

طبق نظر مشارکت کننده‌ها بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر، برخی اقدامات درمانی مانند تجویز داروهای ضد فشار خون، داروهای بتابلوکر و همچنین انجام عمل جراحی‌های همزمان می‌تواند عملکرد جنسی این بیماران را تحت الشعاع قرار دهد. به عقده یکی از مشارکت کننده‌ها که خود جراح قلب می‌باشد اشاره می‌کند که:

جدول ۲. طبقه تشدید وضعیت سلامت عمومی تهدید شده به همراه زیر طبقه‌ها و کدهای استخراج شده

سلامت عمومی تهدید شده بعد از عمل
<b>محدود کننده‌های روانی</b>
نا امید بعد از عمل
احساس تنهایی بعد از عمل
اختلال در تعاملات اجتماعی با دیگران
بی‌حوصلگی بعد از عمل
عصبی بودن بعد از عمل
گوشه‌گیری بعد از عمل
کسل بودن بعد از عمل
<b>محدود کننده‌های فیزیکی</b>
احساس ضعف و ناتوانی بعد از عمل
احساس درد بعد از عمل
مشکلات فیزیکی از جمله زخم قفسه سینه
محدودیت حرکتی بعد از عمل
تنگی نفس در اعمال روزانه
یبوست بعد از عمل
<b>محدود کننده‌های درمانی</b>
مصرف داروهای قلبی
مصرف داروهای فشار خون
وجود عمل جراحی همزمان

این طبقه به این معنا است که بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر به دنبال عمل، دچار مشکلات و برخی عوارض مانند مشکلات روحی و روانی و استرس، مشکلات جسمی و محدودیت‌ها می‌گردند و با توجه به اینکه قبل از عمل نیز درجاتی از این مشکلات را داشته‌اند بعد از عمل به علت ماهیت بیماری، این عوارض را با شدت بیشتری درک کرده و روابط جنسی آنها به مراتب دچار اختلالات بیشتری می‌گردد. این طبقه از سه زیرطبقه محدود کننده‌های روانی، محدود کننده‌های فیزیکی و محدود کننده‌های درمانی تشکیل شده است.

#### ۱) محدود کننده‌های روانی

یکی از زیر طبقه‌ها نمایان شده محدود کننده‌های روانی می‌باشد و بدان معنی است که بیمار به دلیل ترس و استرس و اضطرابی که بدنال عمل جراحی قلب برای او ایجاد شده است در روابط زناشویی و جنسی خود دچار محدودیت و کاهش عملکرد شده است. یکی از مشارکت کننده‌ها اشاره می‌کند که: "من فکر می‌کنم از نظر جسمی و هم روحی باید شرایط هم بهتر بشه شاید بتونم رابطه داشته باشم باید تمایلم مثل قبل از عمل بشه که بتونم رابطه داشته باشم الان احساس می‌کنم خیلی ضعیف شدم احتیاج به تقویت دارم هم تقویت روحیه و هم تقویت جسمی. از ترس‌هایی که قبل از عمل داشتم فکر می‌کنم هنوز جسمم خسته هست و هنوز خسته هستم و هنوز واسه رابطه جنسی زوده اون حس خستگی و نا امید که آدم بعد از عمل داره باعث می‌شه که اصلاً فکرت این سمتی نیاد و باور کن یک درصد هم به رابطه زناشویی دیگه فکر نمی‌کنی و دوست داری ببوسی بزاری کنار". (مشارکت کننده ۳)

یکی از مشارکت کننده‌ها که متخصص قلب و عروق می‌باشد به مشکلات روحی و روانی بیماران بعد از عمل جراحی قلب اشاره می‌کند: "غالباً بیماران بعد از عمل به علت احساس نا امید و ترس و

روحي و رواني بودند مشکلات در روابط جنسي خود را با شدت بيشتري گزارش کرده‌اند. به عقیده سچمن [۹] عوامل متعددي در بروز ناتواني جنسي در بيماران قلبي نقش دارند، اما سهم عوامل روانشناختي در بروز اين عارضه برجسته مي‌باشد. در واقع بين وضعيت خلق منفي بيماران قلبي با ناتواني جنسي آنان رابطه معني وجود دارد.

همچنين در مطالعه وارز [۲۳] و فریدمن [۲۴] به نقش عوامل روانشناختي در بروز مشکلات در روابط جنسي بيماران قلبي اشاره مي‌شود. به اعتقاد وارز و فریدمن، اضطراب عملکرد و ترس از مرگ نقش برجسته‌اي در بروز ناتواني جنسي در بيماران قلبي دارد. ضمناً اضطراب و افسردگي سبب جلوگیری از افزايش سروتونين شده که در نتيجه آن کاهش عملکرد جنسي بيماران مي‌باشد.

همچنين نتايج ما با نتايج لموگنه [۱۴] همخواني داشته و به نقش مشکلات خلقي در بيماران قلبي اشاره مي‌کند. لموگنه در مطالعه‌اي گزارش کرد که ۵۷ درصد بيماران قلبي مورد مطالعه آنان داراي ناتواني جنسي بودند و خلق افسرده يکي از متغيرهاي پيش بيني کننده ناتواني جنسي در بيماران بود.

در مطالعه‌اي که توسط ريس و همکاران [۲۵] انجام شد نتايج حاكي از کاهش عملکرد جنسي بيماران بعد از عمل جراحي بوده است. ريس توصيه مي‌کند با توجه به اينکه ترس از فعاليت جنسي در انگيزش جنسي بيماراني که تحت عمل جراحي پيوند عروق کرونر قرار گرفته‌اند نقش اساسي داشته، دادن اطلاعات و انجام آموزش مي‌تواند در بازگشت به فعاليت جنسي و بازتواني جنسي در آن‌ها مؤثر باشد.

همچنين طبق نظر مشارکت کننده‌ها، بعد از عمل درمان‌هاي دارويي مانند متورال و داروهاي ضد چربي خون و داروهاي ضد فشار خون براي بيماران شروع شده يا ممکن است نسبت به قبل از عمل مقدار اين داروها براي بيماران افزايش يابد که مصرف اين داروها باعث اختلال در عملکرد و ميل جنسي اين بيماران مي‌شود که اين نتايج با مطالعه استينک [۲۶] همخواني دارد. در مطالعه استينک سال ۲۰۰۸ نتايج نشان دهنده تأثير منفي داروهاي بتابلوکر و استاتين‌ها (داروهاي ضد چربي خون) بر عملکرد جنسي بيماران قلبي بوده است و افراي که اين داروها را استفاده مي‌کردند کاهش محسوسي در عملکرد و رابطه جنسي خود داشتند. از محدوديت‌هاي اين مطالعه عدم مشارکت همسر و خانواده بيمار با توجه به ساختار حاکم بر فرهنگ کشور در پژوهش بوده است.

### نتيجه گيري

نتايج به دست آمده در اين پژوهش نشان داد که اختلال در عملکرد جنسي در بيماران پس از عمل جراحي پيوند عروق کرونر رايج است و دلایل عمده‌اي از جمله موارد سايکولوژي، جسمي و دارويي در آن دخيل مي‌باشد که بايد به تمامي اين موارد توجه جدي شود تا بيماران بعد از جراحي به سرعت به زندگي جنسي خود بازگردند و کيفيت زندگي اين بيماران دچار اختلال نشود. با توجه به نتايج پژوهش حاضر، لازم است به عملکرد جنسي بيماران کانديد عمل جراحي پيوند عروق کرونر توجه بيشتري شود و با آموزش‌هاي قبل، حين و بعد از عمل بيمار را براي رويارويي با شرايط آتي آماده کرد که در اين بين نقش پرستاران بسيار مهم مي‌باشد. توصيه به انجام بازتواني قلب بعد از عمل

"بيساري از داروهاي ما مثل بتابلوکرها و داروهاي فشار خون بر عملکرد جنسي تأثير مي‌زارد. خوب اين بيماران قبل از عمل هم مشکلات رو دارن چون هم دارو مي‌خورند و هم بيماران قلبي که عمل مي‌شوند از چند سال قبل درگير با بيماري قلبي هستند مضاف بر اين عمل قلب هم که عمل سنگيني است و حين عمل ممکن است مريض خونريزي هاي متعدد داشته باشد و دچار آنمي شود و ضعف و بي حالي که به خاطر اين عمل سنگين به آنها دست مي‌دهد. مصرف طولاني مدت داروهاي قلبي که از قبل بيماري شروع شده و غالباً تا سالهاي طولاني بعد از عمل نيز بايد ادامه داشته باشد نيز بر عملکرد جنسي اين بيماران مؤثر است و اينها فاکتورهاي هستند که روی ليبيدو تأثير گذاشته و بر تمايلات جنسي و فانکشن هاي آن‌ها تأثير مي‌گذارد". (مشارکت کننده ۱۳)

مشارکت کننده ديگري به مصرف داروهاي بعد از عمل و وجود عمل‌هاي سنگين اشاره مي‌کند: "من دو عمل پي در پي داشتم يکي عمل قلب باز و ديگري عمل عروق پا که توسط دکتر ..... انجام شد که واقعاً من هيچ اميدي به زندگي نداشتم چه برسه به رابطه زناشويي. دو عمل سنگين به فاصله نزديک هم از نظر جسمي آدم را خسته مي‌کند و هم از نظر روحي و بايد بدانيد که من چه سختي‌هايي کشيدم. بعد از عمل فکر کن حجم بالايي از داروهاي آنتي بيوتیک و قلبي که مصرف مي‌کردم انقدر من را ضعيف کرد که به مرگ راضي بودم و ديگر نايي براي من نمانده بود و ضعف بر من غالب شده و کلاً رابطه زناشويي يادم رفته بود و الان بعد از ۷ ماه رابطه جنسي نداشتم". (مشارکت کننده ۱۰)

### بحث

اين مطالعه با هدف کشف و تبیین تجارب بيماران مرد از روابط جنسي بعد از عمل جراحي پيوند عروق کرونري و عوامل تشديد کننده اختلالات در روابط جنسي آنها انجام شد. نتايج اين مطالعه نشان داد که عمل جراحي پيوند عروق کرونر باعث کاهش محسوس در روابط و عملکرد جنسي بيماران بعد از عمل جراحي پيوند عروق کرونر است. با توجه به ماهيت استرس زا و پر تنش اين عمل، بيماران اشاره به کاهش شديد در ميل جنسي و کارکرد جنسي خود مي‌نمودند و رابطه جنسي آنها بعد از عمل به شدت تهديد شده است. مواردی که در اين کاهش عملکرد تأثيرگذار بوده است شامل محدودکننده‌هاي رواني، محدودکننده‌هاي فيزيکی و محدودکننده‌هاي درماني است. طبق يافته‌هاي مطالعه ما بيماران بعد از عمل دچار نا اميدي، احساس تنهائي و اختلال در تعاملات اجتماعي با ديگران شده و بي حوصلگي و عصبي بودن بعد از عمل را تجربه مي‌کنند که با نتايج پورنقاش همخوان مي‌باشد. پورنقاش و همکاران [۱۳] در سال ۲۰۱۳ در مطالعه‌اي به بررسي ارتباط بين عوامل روان شناختي و ناتواني جنسي با کيفيت زندگي بيماران مرد پس از جراحي باي پس عروق کرونر بر روی ۱۶۰ بيمار پس از جراحي با ميانگين سني ۶۰ سال پرداختند. نتايج نشان داد ۸۵/۵ درصد از بيماران درجاتي از ناتواني جنسي را از خفيف تا شديد گزارش نمودند که ۲۷/۳ درصد ناتواني جنسي شديد و ۲۶/۱ درصد ناتواني جنسي متوسط و ۳۲/۱ درصد نيز ناتواني جنسي خفيف را گزارش نمودند. در اين مطالعه بين نمره اضطراب و افسردگي با ناتواني جنسي ارتباط معني داري وجود داشته است و بيماراني که دچار اختلال

**تضاد منافع**

نویسندگان این مطالعه اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

**کاربرد عملی مطالعه**

با شناسایی و درک ماهیت، ساختار و روند کیفیت زندگی جنسی در بیماران مرد پس از عمل جراحی قلب، که موضوعی مبتنی بر عوامل ساختاری فرهنگی است، می‌توان دانش نحوه حمایت از بیماران مبتلا به اختلال عملکرد جنسی بعد از جراحی قلب را افزایش داد. از این دانش می‌توان برای افزایش کیفیت مراقبت از بیمار، افزایش کیفیت زندگی و بازگشت سریعتر به زندگی مولد در این بیماران، تقویت بنیان خانواده، آموزش کارکنان، دانشجویان و بیماران استفاده کرد. همچنین مطالعات توصیفی و مداخله‌ای بر اساس این مفاهیم و به منظور افزایش حمایت از بیماران مرد با اختلالات روابط و عملکرد جنسی قابل طراحی و اجرا می‌باشد.

**سپاسگزاری**

مطالعه حاضر بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری مصوب در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد، لذا تیم تحقیق از تمامی مسئولین دانشگاه و مشارکت کنندگان که انجام این مطالعه را ممکن نمودند کمال تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌نماید.

**References**

- Pattyn N, Beulque R, Cornelissen V. Aerobic Interval vs. Continuous Training in Patients with Coronary Artery Disease or Heart Failure: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis with a Focus on Secondary Outcomes. *Sports Med.* 2018;48(5):1189-205. doi: 10.1007/s40279-018-0885-5 pmid: 29502328
- World Health Organization. Cardiovascular diseases. [Fact Sheet]. Retrieved September 27 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en>.
- Farahani A, Masoudnia E. Relationship between family functioning indices and incidence risk of myocardial infarction. *Iran J Cardiovasc Nurs.* 2015;4(3):26-34.
- Avazah A, Fetrat MK, Bashar FR. Effect of progressive muscle relaxation on the vital signs and oxygenation indexes in patients under coronary artery bypass graft surgery: A triple blinded randomized clinical trial. *Koomesh.* 2019;21(3):423-36.
- Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Zargar N, Sohrabi M, Gholipour-Baradari A, Khalilian A. The effects of foot reflexology massage on anxiety in patients following coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2014;20(1):42-7. doi: 10.1016/j.ctcp.2013.10.006 pmid: 24439644
- Hatami MM, Oshvandi K, Vardanjani MM, Mohamadi Y. The Effect of Cold Compresses on the Comfort of the Patients during Chest Drainage Tube Removal After Cardiac Surgery: a Randomized Clinical Trial. *Scien J Hamadan Nurs Mid Facult.* 2018;26(1):57-62. doi: 10.30699/sjnhmf.26.1.57
- Askari B, Mehdizadeh H. Evaluation of determinants of mortality in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery in Urmia Seyed-al-Shohada Heart Center. *Razi J Med Sci.* 2019;25(11):23-33.
- Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, Stewart KJ, et al. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation.* 2005;111(3):369-76. doi: 10.1161/01.CIR.0000151788.08740.5C pmid: 15668354
- Schumann J, Zellweger MJ, Di Valentino M, Piazzalonga S, Hoffmann A. Sexual Dysfunction before and after Cardiac Rehabilitation. *Rehabil Res Pract.* 2010;2010:823060. doi: 10.1155/2010/823060 pmid: 22110969
- Soderberg 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. doi: 10.1111/jocn.12382 pmid: 24118632
- 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. **doi:** [10.1097/JCN.0b013e3182050269](https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182050269) **pmid:** 21263341
12. 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. **doi:** [10.1136/bmjopen-2016-011219](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011219) **pmid:** 27342240
13. 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.
14. 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. **doi:** [10.1016/j.ijcard.2008.08.017](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2008.08.017) **pmid:** 18789827
15. Foruzan-Nia SK, Abdollahi MH, Hekmatimoghaddam SH, M. NS, Mortazavi MH. Incidence of sexual dysfunction in men after cardiac surgery in Afshar hospital, Yazd. *Iran J Reproductive Med.* 2011;9(2):89.
16. Stanley A, Brosman M. Erectile Dysfunction. *J Urol.* 2010;150:70-8.
17. Sadatinejad SM, Farrokhan A, Taghadosi M, Mosavai S. Effect of "sexual educational package in discharge planning" on Sexual knowledge and Quality of Life in post Coronary artery bypass grafting and Percutaneous coronary angioplasty patients. *KAUMS J (FEYZ).* 2019;1:0.
18. Hoseini MH, 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.
19. Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. The effect of sexual health education on couples' sexual satisfaction. *Iran J Obstetric Gynecol Infertil.* 2013;15(42):23-30.
20. Wessells H, Joyce GF, Wise M, Wilt TJ. Erectile dysfunction. *J Urol.* 2007;177(5):1675-81. **doi:** [10.1016/j.juro.2007.01.057](https://doi.org/10.1016/j.juro.2007.01.057) **pmid:** 17437781
21. Rahimi A, Taghipour H, Ebadi A, Pourebrahimi M. Sexual function of male patients before and after coronary artery bypass graft surgery. *Iran J Rehabil Res.* 2019;5(2):41-6.
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105-12. **doi:** [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001) **pmid:** 14769454
23. Schwarz ER, Rastogi S, Kapur V, Sulemanjee N, Rodriguez JJ. Erectile dysfunction in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol.* 2006;48(6):1111-9. **doi:** [10.1016/j.jacc.2006.05.052](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.05.052) **pmid:** 16978992
24. Friedman S. Cardiac disease, anxiety and sexual functioning. *Am J Cardiol.* 2000;86:46F-50F. **doi:** [10.1016/S0002-9149\(00\)00893-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(00)00893-6)
25. 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.
26. Steinke EE, Wright DW, Chung ML, Moser DK. Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. *Heart Lung.* 2008;37(5):323-33. **doi:** [10.1016/j.hrtlng.2007.09.004](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.09.004) **pmid:** 18790333