

# تأثیر یک دوره باز توانی قلبی بر توانایی جنسی بیماران مبتلا به سکته قلبی

چکیده

**مقدمه:** یکی از شکایات معمول بیماران ایسکمی قلب ناتوانی جنسی (۱) است. بعد از اولین انفارکتوس میوکارد معمولاً میزان فعالیت جنسی در بیماران کاهش می‌یابد. این کاهش در فعالیت جنسی، در بیماران مذکر و مؤنث تفاوتی ندارد. شایعترین مشکلات جنسی در بیماران کرونری کاهش یا از بین رفتن میل جنسی (۲)، ناتوانی جنسی و انزال زودرس یاد بررس است. باز توانی، در کاهش بسیاری از عوارض همراه بیماریهای قلبی مثل اضطراب و استرس نقش مؤثری داشته است. هدف از این تحقیق، بررسی اثر باز توانی قلبی روی میزان فعالیت جنسی بیماران است.

**مواد و روش تحقیق:** در این مطالعه ۶۰ بیمار شرکت داشتند، افراد شرکت کننده همگی مذکر بودند و سن آنها بین ۳۵ تا ۶۵ سال بود. سی نفر در گروه کنترل و سی نفر در گروه مورد قرار گرفتند. کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بودند و یک ماه از زمان بستری شدن آنها در CCU گذشته بود. گروه مورد از بیمارانی تشکیل شده بود که جهت باز توانی قلبی به قسمت باز توانی مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان معرفی شده بودند. گروه شاهد بیمارانی بودند که بعد از ترخیص از CCU تحت باز توانی قلب قرار نگرفته بودند. قبل از شروع مطالعه، پرسشنامه‌های مربوطه برای هر دو گروه پر شدند، سپس باز توانی گروه مورد آغاز شد. میزان اضطراب و افسردگی توسط پرسشنامه SCI۹۰ بررسی شد. سنجش فعالیت جنسی توسط پرسشنامه‌ای که شامل ۱۰ پرسش بود، انجام شد. پرسشنامه‌ها، قبل و بعد از باز توانی توسط یک پرسشگر تکمیل می‌شدند.

**نتایج:** محاسبات آماری توسط نرم افزار SPSS انجام شد. ابتدا میانگین نمره‌های هر مورد، قبل و بعد از باز توانی محاسبه شد. میانگین تغییرات برای هر کدام از موارد تحت بررسی، توسط تی تست زوجی (۳) در گروه مورد و شاهد جداگانه مقایسه شدند. میانگین تغییرات به دست آمده در گروههای مورد و شاهد توسط تی تست مستقل (۴) مقایسه شدند. در کلیه موارد تحت بررسی میانگین نمرات قبل و بعد از باز توانی به طور معنی داری کاهش یافته بود، غیر از لیبدو که افزایش نمره داشت.  $P < 0.05$  در مقایسه گروه باز توانی با گروه شاهد، فقط در مورد افسردگی و میل جنسی و ناتوانی جنسی این تغییرات تفاوت معنی داری داشتند،  $P < 0.05$  در مورد انزال زودرس (۵) و اضطراب تفاوت معنی دار نبودند.

**بحث:** این یافته‌ها نشان می‌دهند که احتمالاً باز توانی قلبی روی ناتوانی جنسی تأثیر مثبت دارد. در هر دو گروه، بهبود قابل توجهی در وضعیت بیماری مشاهده شده است. علت معنی دار نبودن تفاوت بین گروه مورد و شاهد در سایر موارد ممکن است مربوط به کم بودن تعداد نمونه باشد.

دکتر جمشید نجفیان

متخصص بیماریهای داخلی، رزیدنت فوق تخصصی بیماریهای قلب و عروق و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

واژگان کلیدی: باز توانی قلبی / اختلال توانایی جنسی / سکته قلبی

1-impotence

3-paired t test

5-premature ejaculation

2- libido

4-independent t test

هدف از این تحقیق، بررسی اثر شرکت در یک دوره منظم

برنامه بازتوانی قلبی روی فعالیت جنسی بیماران قلبی مبتلا به بیماری ایسکمی قلبی است. معمولاً در بررسی فعالیت جنسی چند مسأله مدنظر قرار می‌گیرد:

۱- میل جنسی

۲- انزال زودرس<sup>(۴)</sup>

۳- ناتوانی جنسی

در این تحقیق که با استفاده از پرسشنامه انجام گرفته، اثر بازتوانی عوامل فوق بررسی شده است؛ چون مسایل روانی مثل افسردگی و اضطراب روی فعالیت جنسی اثر می‌گذارند. (۱۰) بنابراین، همزمان با بررسی مسایل جنسی بیماران، میزان افسردگی و اضطراب آنها نیز اندازه‌گیری شد.

### مواد و روش تحقیق

در این مطالعه ۶۰ بیمار شرکت داشتند؛ افراد شرکت کننده همگی مذکر بودند و سن آنها بین ۳۵ تا ۶۵ سال بود. سی نفر در گروه کنترل و سی نفر در گروه مورد قرار گرفتند. کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بوده و یکماه از زمان بستری شدن آنها در CCU گذشته بود. گروه مورد را بیمارانی تشکیل می‌دادند که به منظور بازتوانی قلبی، به قسمت بازتوانی مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان معرفی شده بودند. گروه شاهد بیمارانی بودند که بعد از ترخیص از CCU تحت بازتوانی قلب قرار نگرفته بودند. کلیه بیمارانی که بعد از انفارکتوس دچار عارضه شده بودند، یا علائم نارسایی قلب را نشان می‌دادند و یا کاهش EF پیدا کرده بودند، همچنین بیماران دیابتی، از مطالعه حذف شدند. قبل از شروع مطالعه، پرسشنامه‌های مربوط به هر دو گروه تکمیل و سپس بازتوانی گروه مورد آغاز شد.

برنامه بازتوانی بیماران گروه مورد، مدت دو ماه و طی ۲۴ جلسه، به صورت یکروز در میان، بدون در نظر گرفتن روزهای تعطیل به اجرا درآمد. قبل و بعد از اجرای برنامه بازتوانی، از بیماران اکو و تست ورزش به عمل می‌آمد و براساس یافته‌ها، این دو گروه از نظر ریسک حوادث قلبی طبقه‌بندی می‌شدند، سپس میزان اضطراب و افسردگی توسط پرسشنامه SCL 90 بررسی شد. فعالیت جنسی توسط پرسشنامه‌ای که شامل ۱۰ پرسش بود، مورد سنجش قرار گرفت. براساس پاسخ بیمار به هر پرسش، از شماره ۱ تا ۴ نمره داده می‌شد. حداکثر نمره یک فرد ۴۰ بود. پرسشنامه‌ها، قبل و بعد

بعد از اولین انفارکتوس میوکارد معمولاً فعالیت جنسی بیماران کاهش می‌یابد. این کاهش توانایی جنسی، هم در مردان و هم در زنان، دیده می‌شود. (۱) تغییرات همودینامیک مربوط به اعمال جنسی قبلاً بررسی شده‌اند. حداکثر ضربان قلب در حین مقاربت، ۱۲۰ ضربه در ثانیه است (۲) این تعداد برابر با ضربانی است که در حین انجام فعالیت‌های معمولی روزانه ایجاد می‌شود.

شایعترین مشکلات جنسی در بیماران کرونری، کاهش یا از بین رفتن میل جنسی<sup>(۱)</sup>، ناتوانی جنسی<sup>(۲)</sup> و انزال زودرس یا دیررس است. (۳) در اغلب مواقع، میزان فعالیت جنسی بعد از انفارکتوس میوکارد با فعالیت جنسی قبل از انفارکتوس میوکارد رابطه مستقیم دارد. سن و میزان تحصیلات در میزان فعالیت جنسی بعد از انفارکتوس میوکارد بیشترین تأثیر را دارند. (۴)

کاهش میل و توانایی جنسی ممکن است هم علل ارگانیک و هم علل روانی داشته باشد. معمولاً بیماران به علت ترس از ایجاد درد قلبی و یا خطر سکته مجدد، از فعالیت جنسی وحشت دارند. (۷-۵) از نظر توانایی بدنی و خطر حمله قلبی، اکثر پزشکان عقیده دارند که یک هفته بعد از یک انفارکتوس بدون عارضه، رابطه جنسی برای بیمار بلامانع است. (۸)

در بیمارانی که عوارضی مثل آئزین بعد از عمل یا کاهش عملکرد بطنی دارند، تارفع این عوارض بهتر است اعمال جنسی انجام نشود. در این موارد، اگر بعد از برطرف شدن علائم، بیمار قادر باشد یک تست ورزش با شدت ۵ مت<sup>(۳)</sup> را بدون عارضه انجام دهد، فعالیت جنسی برای او خطر چندانی نخواهد داشت. یکی از درمانهایی که در چند سال اخیر مورد توجه واقع شده، شرکت در برنامه‌های منظم و کنترل شده بازتوانی قلبی است؛ این برنامه‌ها شامل موارد زیر هستند:

۱- تعدادی فعالیت‌های ورزشی منظم و کنترل شده

۲- کنترل و برطرف کردن ریسک فاکتورهای قلبی مثل فشار خون، هیپرلیپیدمی، دیابت، سیگار و...

۳- آموزش بیماران برای موارد ۱ و ۲

۴- حمایت روانی از بیماران و درمان بیماریهایی مثل افسردگی، اضطراب و... با روشهای دارویی و غیردارویی

برنامه‌های بازتوانی، تأثیر مثبتی بر افزایش فعالیت فیزیکی افراد و کاهش میزان استرس و اضطراب دارند (۹) و ممکن است از طریق کاهش اضطراب، استرس و افسردگی و یا توسط مکانیزمهای ناشناخته، روی فعالیت جنسی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد و یا بیمارانی که عمل جراحی قلب انجام داده‌اند، مؤثر باشند.

1-libido  
3-met

2-impotence  
4-premature ejaculation

از باز توانی توسط یک پرسشگر تکمیل می شدند.

تی تست مستقل<sup>(۱)</sup> آزمون آماری مقایسه شدند.

**یافته‌ها**

**روشن آهاری**

در این تحقیق، چون فاکتورهای فوق، قبل و بعد از یک دوره باز توانی، روی بیماران بررسی می شدند، ابتدا میانگین‌های نمره‌ها، قبل و بعد از باز توانی، در گروه مورد و شاهد محاسبه شدند و میزان تغییرات توسط آزمون آماری تی تست زوجی<sup>(۱)</sup> مورد بررسی قرار گرفت؛ سپس این تغییرات در گروه‌های مورد و شاهد به وسیله

میانگین ناتوانی جنسی در بیماران قلبی، قبل و بعد از باز توانی، در گروه مورد ۱/۰۳۷۴ و در گروه شاهد ۰/۶۴۲۶ بوده است. همان طور که جداول ۱ و ۲ و ۳ نشان می دهند، میانگین نمرات در هر دو گروه کاهش یافته، در گروه مورد، میزان کاهش بیشتر از گروه شاهد بوده و این تفاوت از نظر آماری معنی دار شده است: ( $p < 0.05$ )

جدول ۱- میانگین تغییرات پارامترهای مورد مطالعه، قبل و بعد از باز توانی، در گروه مورد

عامل اندازه گیری شده در قبل و بعد از باز توانی	میانگین قبل	میانگین بعد	%95 CI	P value
افسردگی	۱۴/۳۴ ± ۳	۷/۰۱ ± ۴	۳/۸-۱۰/۸	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۵/۳ ± ۳	۱۳/۷۰ ± ۲	۱/۴-۵/۲	۰/۰۰۱
ناتوانی جنسی	۲۸/۳ ± ۲	۲۷/۴ ± ۷	۰/۷-۱/۳	۰/۰۰۱
لیبیدو	۲۸/۱ ± ۵	۳۰ ± ۲	-۲-(-۱/۸)	۰/۰۰۱
انزال زودرس	۳۵ ± ۳/۹	۲۲ ± ۲/۱	۰/۷-۳/۴	۰/۰۰۱

\*Pair t test

جدول ۲- میانگین پارامترهای مورد مطالعه، قبل و بعد از ورود به مطالعه، در گروه شاهد

عامل اندازه گیری شده در قبل و بعد از باز توانی	میانگین قبل	میانگین بعد	%95 CI	P value
افسردگی	۱۵/۱۳ ± ۲	۱۲/۲ ± ۵	۱/۳-۳/۱	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۷/۴ ± ۲	۱۵/۵ ± ۳	۱/۲-۲/۶	۰/۰۰۱
ناتوانی جنسی	۳۰/۳ ± ۷	۲۹ ± ۴	۰/۴-۰/۷	۰/۰۰۱
لیبیدو	۳۰/۳ ± ۴	۳۲/۳ ± ۵	-۳-(-۲/۸)	۰/۰۰۱
انزال زودرس	۱۲/۸ ± ۱/۷	۱۱/۳ ± ۳/۲	۱/۲-۲/۳	۰/۰۰۱

\*Pair t test

جدول ۳. میانگین تغییرات پارامترهای مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله، بین دو گروه شاهد و مورد

P value	%95 CI	تغییرات میانگین گروه شاهد	تغییرات میانگین گروه مورد	عامل اندازه گیری شده در قبل و بعد از باز توانی
۰/۰۰۱	۲/۶-۷/۵	۲/۱۱±۳/۰۷	۷/۳۳±۲/۲	افسردگی
۰/۱	۲/۹-۳/۰۹	۱/۵±۴/۱	۲/۲۳±۴/۰۱	اضطراب
۰/۰۲	۵/۹-۲/۷	۱/۳±۳/۱	۱/۱±۳/۵	ناتوانی جنسی
۰/۰۴	۳/۶-۱/۴	۲/۰۱±۳/۷	۱/۹±۳/۲	لیبیدو
۰/۳۶	-۱/۰۱-۱/۶	۲/۵±۴	۳±۲/۷	انزال زودرس

\*independent t test

فعالیت جنسی خود را ۲۸٪ کاهش داده بودند، در حالی که، این رقم برای بیمارانی که تحت عمل قرار گرفته بودند ۱۰٪ بود. (۱۱) افراد بای پاس، فعالیت جنسی خود را به طور معنی داری کمتر از افراد مبتلا به انفارکتوس کاهش داده بودند، ولی در هر دو گروه، افرادی که تحت تمرینات ورزشی قرار گرفته بودند، به طور معنی داری بیشتر از افرادی که تحت باز توانی ورزشی قرار نگرفته بودند، فعالیت جنسی داشتند. (۱۱)

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۷۷ توسط کاونگ (۳) انجام شد، اثر یک دوره فعالیت باز توانی سه ساله روی بیماران بعد از MI بررسی شد. در ۵۰٪ افراد، بعد از سه سال، میزان فعالیت جنسی یا تغییر چندانی نکرده و یا افزایش پیدا کرده بود و در ۵۰٪ بقیه، فعالیت جنسی کاهش یافته بود. در این مطالعه، فراوانی و تعداد ضربات اکتویک بطنی و همچنین دردهای آئرنی، در حین فعالیت جنسی، در بیمارانی که تحت تمرینات ورزشی قرار گرفته بودند، کمتر از بیمارانی بود که تحت فعالیت ورزشی قرار نگرفته بودند. (۱۲) طبق نتایج این مطالعه، فعالیت جنسی عادی، نه تنها خطری برای بیماران ندارد، بلکه با افزایش اعتماد به نفس بیمار و تشویق او به شرکت در فعالیتهای ورزشی منظم، باعث بهبود پیش آگهی بیماری در این بیماران می‌شود. به طوری که مشاهده می‌شود، هنوز در مورد اثر مفید تمرینات ورزشی منظم روی افزایش فعالیت جنسی بیماران قلبی، اتفاق نظر وجود ندارد و در این مورد تحقیقات بیشتری مورد نیاز است.

مسائل روانی، بخصوص افسردگی، نقش مهمی در اختلالات جنسی بعد از انفارکتوس دارند. (۱۳) در این مورد، نقش همسر نیز مهم است (۱۴) در بسیاری از موارد، ترس همسر بیمار از احتمال

در مورد انزال زودرس بعد از طی دوره باز توانی، میانگین نمره این شکایت، هم در گروه مورد و هم در گروه شاهد کاهش یافته بود، مقایسه این تغییرات در گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از باز توانی، تفاوت معنی داری را نشان نمی‌دادند. میزان لیبیدو در گروه مورد، قبل و بعد از باز توانی، افزایش یافته و تفاوت از نظر آماری قابل توجه<sup>(۱)</sup> است. ( $p < 0.05$ ) میزان لیبیدو در گروه شاهد، قبل و بعد از باز توانی، افزایش پیدا کرده است. ( $p < 0.05$ ) تفاوت افزایش میزان لیبیدو در گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از باز توانی، معنی دار بوده است. ( $p < 0.05$ ) میزان افسردگی در بیماران قلبی، قبل و بعد از باز توانی، در گروه مورد کاهش داشته است: ( $p < 0.05$ ). میزان افسردگی در بیماران قلبی، قبل و بعد از باز توانی، در گروه شاهد نیز کاهش داشته است: ( $p < 0.05$ ). تفاوت بین گروه مورد و شاهد از نظر افسردگی با ( $P < 0.05$ ) قابل توجه بوده است. میانگین اضطراب در بیماران گروههای مورد و شاهد به طور جدا گانه، قبل و بعد از باز توانی، کاهش داشته است. ولی این تغییرات در مقایسه با یکدیگر معنی دار نبوده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر دارای چند اشکال است اولاً در این تحقیق، به علت مشکلات اتیکال، نمونه گیری به صورت نیمه تصادفی انجام گرفته است. ثانیاً، به علت محدودیت مالی، تعداد نمونه کم است. ثالثاً مدت زمان مطالعه کوتاه است.

در ۱۹۷۸ جانسون<sup>(۲)</sup> برای ارزیابی اثر فعالیت ورزشی روی عادت فعالیت جنسی به دنبال انفارکتوس میوکارد و بای پاس کرونر، مطالعه‌ای روی ۱۳۰ بیمار انجام داد. افراد مورد مطالعه را بیمارانی تشکیل می‌دادند که تحت عمل بای پاس کرونر قرار گرفته و یا دچار سکته قلبی شده بودند. بیماران، بعد از انفارکتوس میوکارد، میزان

1-significant  
3-kavanagh

2-Johnson

## Archive of SID

داشته باشد. شرکت در برنامه نهایی بازتوانی قلبی با اثر مفید در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس بیماران، در افزایش فعالیت جنسی آنها مفید خواهد بود، اما اثبات این گفته احتیاج به مطالعات وسیع تر روی تعداد زیادی از بیماران قلبی دارد. با توجه به نتایج این تحقیق و مطالعات دیگری که در مورد فعالیت جنسی بعد از سکته قلبی انجام شده، می توان نتیجه گرفت که مجموعه اقدامات بازتوانی، یعنی فعالیت ورزشی، آموزش بیماران و مشاوره روان شناسی، روی فعالیت جنسی بیماران اثر مثبت دارد و بهتر است در طی بازتوانی، با طرح این مسایل و آموزش مناسب به بیماران، مشکلات آنها را برطرف کرد.

سکته مجدد، موجب اضطراب بیمار و همسر او می شود که در نهایت روی فعالیت جنسی بیمار اثر می گذارد. (۱۵) مشاوره با بیمار و همسر او و ایجاد اعتماد بنفس در آنها، نقش مهمی در حل این مشکلات دارد. (۱۶، ۱۷، ۱۸) باید به بیماران حتی آنهایی که در سیر بیماری، در روزهای اول دچار فیبریلاسیون بطنی<sup>(۱)</sup> شده اند، اطمینان داد که در صورت شروع فعالیت جنسی، در معرض خطر بیشتری نیستند. (۱۹)

فعالیت ورزشی، اگر به صورت کنترل شده و همراه با سایر برنامه های بازتوانی قلبی انجام شود، به طور غیرمستقیم از طریق کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش اعتماد به نفس در بیماران می تواند اثر مفیدتری نسبت به یک برنامه ورزشی ساده



- 1-Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. Am J Cardiol 2000 Jun
- 2-Cooper,A.J:Myocardial infarction and advice on sexual activity. Practitioner 229:575,1985
- 3-Drory Y, Kravetz S, Florian V, Weingarten M. Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-aged men: demographic, psychological and medical predictors. Cardiology 1998 Dec;90(3):207-11
- 4-Tardif,G.S.: sexual activity after myocardial infarction. Arch.Phys.Med. Rehabil. 70:763,1989
- 5-Larrimore P, Cardin S, Shelley: Sexual concerns and needs of the postcoronary patient's wife., Arch Intern Med 1980 Jan; 140(1):38-41
- 6-Jones,C: Sexual activity after myocardial infarction.Nurs Stand 1992 Aug 19-25; 6(48):25-8
- 7-Gupta, MC. singh, MM. Gurnani, KC. Pandey, DN.: Psychopathology of delayed resumption of sexual activity after myocardial infarction. J Assoc Physicians India 1990 Aug; 38(8):545-8
- 8-Marso. Steren P.: Manual of Cardiovascular medicine. Williams and Wilkins Philadelphia. 65.2000
- 9-Fardy. Paul, S.:cardiac rehabilitation. 3<sup>rd</sup> edition william & Wilkins baltimor.331
- 10-Broundwald.E: Heart Disease 5<sup>th</sup> Edition. volume 1W.B.SAUNDERS 1400 1977
- 11-Johoston, Bl. Cantwell, JD. Sexual Activity in exercising patient after myocardial Revascularization
- 12-Kavanagh T, Shephard R.J Sexual activity after myocardial infarction. Can Med Assoc J 1977 Jun 4;116(11):1250-3 9
- 13-Drory Y, Kravetz S, Florian V. Psychosocial adjustment in-patients after a first acute myocardial infarction: the contribution of salutogenic and pathogenic variables. Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Arch Phys Med Rehabil 1999 Jul;80(7):811-8
- 14-Papadopoulos C, Larrimore P, Cardin S, Shelley SI Sexual concerns and needs of the postcoronary patient's wife Arch Intern Med 1980 Jan; 140(1):38-41
- 15-Beach EK, Maloney BH, Plocica AR, Sherry SE, Weaver M, Luthringer L, Utz S The spouse: a factor in recovery after acute myocardial infarction. Heart lung 1992 Jan;21(1): 30-8
- 16-Albarran JW, Bridger S problems with providing education on resuming sexual activity after myocardial infarction: developing written information for patients. Intensive Crit Care Nurs 1997 Feb;13(1): 2-11
- 17-Steinke EE, Patterson-Midgley P Importance and timing of sexual counseling after myocardial infarction J Cardiopulm Rehabil 1998 Nov-Dec; 18(6): 401-7
- 18-Ngen CC, Quek DK, Ong SB Sexual morbidity after myocardial infarction Med J Malaysia 1991 Mar; 46(1): 35-40
- 19-Kushnir B, Fox KM, Tomlinson IW, Portal RW, Aber CP.: Primary ventricular fibrillation and resumption of work, sexual activity, and driving after first acute myocardial infarction. Br Med J 1975 Dec 13;4(5997): 609-11

1-ventricular fibrillation