

เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Sexuality in patients with coronary heart disease)

วินิตย์ หลงละเลิง¹

โรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดโรคหนึ่งของประเทศต่างๆทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2002 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) มากกว่า 16.5 ล้านคน แล้วมีแนวโน้มว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 25 ล้านคนทั่วโลก [1] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ประชากรเสียชีวิตทั่วโลกถึง 17.3 ล้านคนต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 23 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 [2] สำหรับในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันยังคงสูงติดอยู่ในอันดับ 4 จากสาเหตุการตายทั้งหมด จากสถิติอัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดหัวใจ พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ [3] หรือเท่ากับ 21,008 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน จากสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของทั้งผู้ชายและผู้หญิง [4] ในปัจจุบันพบว่าอัตราการเสียชีวิตในวัยผู้ใหญ่ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction: MI) พบมากที่สุดช่วงอายุระหว่าง 45-59 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 25-44 ปี [5] และมีแนวโน้มว่าโรคนี้จะเพิ่มขึ้นอีกมาเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอายุน้อยลง [6] ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนต้องใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบตลอดเวลา ก่อให้เกิดความเครียด ขาดการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกสัดส่วน สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา[7]

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary artery disease) มีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยโรคนี้จะเพิ่มขึ้นอีก และมีอายุน้อยลง ทั้งนี้เพราะการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างถาวร การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลกระทบให้ความสามารถในการทำงานลดลง ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม บางรายสามารถทำกิจกรรมได้คงเดิมแต่ไม่กล้าทำ เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอก กลัวจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ [6-7] จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีข้อจำกัดและมีปัญหาในพฤติกรรมทางเพศเนื่องจาก อาการของโรคจากการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพร่างกายที่อ่อนแอ ทำให้มองสุขภาพของตนเองในทางลบ เป็นผลให้หยุดกิจกรรมทางกายและงดพฤติกรรมทางเพศ เพราะกลัวว่าจะทำให้โรคกำเริบหรือหัวใจวายได้ [8] ผลกระทบจากกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมลดลง รวมถึง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ APN โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
Corresponding E-mail : winityod@hotmail.com

พฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากความกลัวว่าโรคจะกำเริบและรุนแรงมากขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศในรูปแบบที่มีการร่วมเพศลดลง [9-10]

โรคหลอดเลือดหัวใจนั้นพบว่าส่งผลให้มีอัตราการเกิดอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Sexual dysfunction) ได้ถึงร้อยละ 38-78 โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากมีระดับคลอเลสเตอรอลสูงสภาพหลอดเลือดที่สูญเสียหน้าที่การทำงาน ส่งผลต่อการไหลเวียนของโลหิตไปทั่วร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศผิดปกติในเพศชายพบมีปัญหาความผิดปกติในการมีพฤติกรรมทางเพศร้อยละ 76 จากปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (erectile dysfunction: ED) ร้อยละ 40.5 มีการหลั่งเร็ว (Premature Ejaculation) ร้อยละ 24.3 และพบว่าร้อยละ 45.9 มีปัญหาความต้องการทางเพศลดลง (Hypoactive sexual desire disorder) ทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้ตามปกติเหมือนเดิม ส่งผลให้ความถี่และความต้องการทางเพศลดลง ผู้ชายที่เป็นโรคหัวใจจะมีโอกาสเกิดปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศมากกว่าผู้ชายทั่วไปถึง 2 เท่า [11-12] สำหรับในเพศหญิง พบว่าร้อยละ 50 มีภาวะความบกพร่องทางเพศ ซึ่งประกอบไปด้วยมีปัญหาความต้องการทางเพศลดลง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ (Sexual arousal disorder) และการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ (anorgasmia)[12] และเมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะวัยหมดประจำเดือนระดับฮอร์โมน Testosterone และ Estrogen ลดลง ทำให้การยืดหยุ่นและการหล่อลื่นของช่องคลอดลดลง มีความต้องการทางเพศลดลงส่งผลให้มีกิจกรรมทางเพศลดลงตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือด

ร่วมด้วยเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ จะเกิดปัญหาทางเพศและส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางเพศลดลงมากกว่าคนปกติเนื่องจากภาวะหลอดเลือดที่ผิดปกติ (Endothelial dysfunction) ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆไม่มีประสิทธิภาพ [11,13]และร่างกายมีการหลั่งสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะสืบพันธุ์ และบริเวณช่องคลอดลดลงทำให้เกิดปัญหาทางเพศได้ [14] นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยจะทำให้มีความต้องการ และความพึงพอใจทางเพศลดลงส่งผลให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง [15]

จากปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นดังกล่าวยัง พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ปีผ่านไปพบมีความกดดัน วิตกกังวล และมีความกลัวว่าจะเกิดอันตรายกับหัวใจขณะมีพฤติกรรมทางเพศ [12] ภาวะของโรคมีผลกระทบในเชิงลบกับการมีพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโดย พบว่า ร้อยละ 9-34 ประสบความล้มเหลวในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 40-70 มีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 50-70 มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า และยังมีผลต่อ พฤติกรรมทางเพศทางเพศ คือ มีความสนใจการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุจากสภาพจิตใจที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลง [14]

เมื่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยมีปัญหา ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่ครอง นำไปสู่ปัญหาครอบครัวและการหย่าร้างได้ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับคู่ครอง ซึ่งมักจะรู้สึกกลัวการมีเพศสัมพันธ์เช่นกัน โดยกลัวว่าผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกกะทันหันขณะที่มีเพศสัมพันธ์ จึงพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพราะคิดว่าการมี

เพศสัมพันธ์ จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอีกครั้ง ความกลัวที่มีผลต่อเพศสัมพันธ์ คือ รู้สึกกลัวว่าความตื่นเต้น และการที่ต้องใช้กำลังกายมากในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกและตายอย่างกะทันหัน (Sudden death) ผู้ป่วยจึงมักจะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความกลัวว่าจะเกิดภาวะหัวใจวายขณะที่มีเพศสัมพันธ์ หรือเกิดอาการตายคาอกเกิดขึ้น [16] หากคู่สามีภรรยา ไม่สามารถปรับตัวในพฤติกรรมทางเพศให้มีความเหมาะสมได้แล้ว จะทำให้เกิดปัญหาการมีความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรสขึ้นได้ (marital sexual problem) นำไปสู่ปัญหาชีวิตสมรส ความไม่สงบสุขในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาการแยกกันอยู่ การหย่าร้าง สังคมครอบครัวล่มสลาย ส่งผลถึงปัญหาเด็กขาดความรัก ความอบอุ่น เด็กถูกทอดทิ้ง ก่อให้เกิดปัญหาสังคมสืบเนื่องจากปัญหาครอบครัว เช่น ปัญหาอาชญากรรม ยาเสพติด ปัญหาเยาวชน เสพติด ปัญหาเด็กหนีโรงเรียน เร่ร่อน การทารุณเด็ก เป็นต้น [17]

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ติดตามกันมาเป็นลูกโซ่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีหลายปัจจัยได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะเจ็บป่วยร่วม ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ [12] และจากการศึกษาวิจัยยังพบว่าการความ

พึงพอใจ (Satisfaction) รับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .517, .605 และ .433 ตามลำดับ และการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ความวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.322, -.388 และ -.512 ตามลำดับ [10, 18]

ในส่วนของการปัจจัยการได้รับข้อมูลความรู้เรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากบุคลากรทีมสุขภาพนั้น มีแค่เพียงร้อยละ 6.8 เพราะจากการไม่มีเวลาพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างเพียงพอ ไม่ได้รับการสนใจ ตรวจรักษา และขาดความตระหนักในพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลกระทบกับชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือโรคหลอดเลือดหัวใจอื่นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยเองก็ไม่กล้าถามแพทย์พยาบาลโรคหัวใจเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว เพราะเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน วัฒนธรรมประเพณีถือเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรเปิดเผย ทั้งที่ผู้ป่วยร้อยละ 86.4 นั้นต้องการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ [10] และพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลงจำนวนร้อยละ 75 นั้นเกิดจากไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวในข้างต้นจะเห็นได้ว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการมีพฤติกรรม

ทางเพศที่เหมาะสม ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากหลอดเลือด และบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์ได้มาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในบทบาททางเพศของตน ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามความคิดและข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากภายนอก ด้วยความรู้สึกไม่มั่นคงและกลัวอันตรายที่เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมทางเพศ [19]

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เมื่อกล่าวถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มักจะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความกลัวว่าจะเกิดภาวะหัวใจวายขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ทำให้คนที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมักจะขาดความสุขของชีวิต กินไม่ได้ นอนไม่หลับ มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ เฝ้าแต่คิดว่าตนเป็นโรคหัวใจอยู่ตลอดเวลา มีความวิตกกังวลสูง และจิตใจห่อเหี่ยวทำให้ความพึงพอใจและการประกอบร่างกายน้อยลงไป สมรรถภาพทุกอย่างจึงพลอยเสื่อมถอยลงไป รวมถึงสมรรถภาพทางเพศ

เป็นเรื่องปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่จะมีความรู้สึกไม่มั่นใจ กลัว และวิตกกังวลกับการมีเพศสัมพันธ์เพราะคิดไปว่าทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น บางรายเข้าใจว่าการมีเพศสัมพันธ์ใช้พลังงานยิ่งกว่าการเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก และจะทำให้หัวใจทำงานหนักนำไปสู่การเจ็บหน้าอก และการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น

ในความเป็นจริงนั้นการมีเพศสัมพันธ์ (ในคู่นอนเดิม) ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติภายหลังการพักฟื้นของ

หัวใจนาน 6-8 สัปดาห์และอาการของโรคคงที่ [20] แต่ควรตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โดยเดินทางราบ 1 กิโลเมตร ในเวลา 5 นาที หรือทำการขึ้น-ลงบันได 20 ขั้น ภายในเวลา 10 นาที ได้โดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หรือหายใจเหนื่อยหอบ หรือทำการทดสอบโดยการเดินสายพาน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวใช้พลังงานเท่ากับ 5-6 METS ในขณะที่การมีพฤติกรรมทางเพศใช้พลังงานเพียง 2-4 METS [20-21] หากผู้ป่วยสามารถทำได้ การมีเพศสัมพันธ์ก็ถือว่าปลอดภัย ซึ่งรวมถึงความเข้าใจในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องดังนี้

คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ [23-24]

การมีเพศสัมพันธ์ก็เหมือนกับการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมทางกายอื่นๆที่ทำให้ระบบหัวใจ และหลอดเลือดทำงานเพิ่มขึ้น การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมทางเพศอย่างหักโหม และมีความเครียดต่างๆ จะทำให้ประสบความสำเร็จในการมีเพศสัมพันธ์ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนี้

1. ควรปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษา ซึ่งแพทย์อาจทำการทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์และเพิ่มความมั่นใจในความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย เพราะการใช้พลังงานของผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน

2. ควรมีการพูดคุยหรือทำความเข้าใจกับคู่สมรส (คู่นอน) อย่างเปิดเผยในความคิด ความกลัว ความเครียด หรือความวิตกกังวลของตนเองเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์

3. ควรพักผ่อนให้เพียงพอก่อนมีเพศสัมพันธ์

4. การเริ่มต้นการมีเพศสัมพันธ์ควรเป็นไปอย่างช้าๆ ไม่รีบร้อน และควรมีการเล้าโลมก่อนทุกครั้ง จะได้ไม่เพิ่มการทำงานของหัวใจ

5. การเลือกท่าในการมีเพศสัมพันธ์ควรเป็นปกติทั่วไปและสบาย ควรเป็นท่าร่วมเพศที่คุ้นเคยเพื่อลดความตึงเครียด ที่สำคัญควรให้ผู้ป่วยและคู่ครองพิจารณาว่าเป็นท่าที่ผู้ป่วยหายใจสะดวกไม่แน่นอึดอัดบริเวณล้นปี ในกรณีผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ควรเลือกเป็นฝ่ายตั้งรับและคู่ครองเป็นฝ่ายรุกแทน

6. เตรียมยาไนโตรกลีเซอริน (ยาอมใต้ลิ้น) ให้พร้อม สำหรับการแก้ไขภาวะเจ็บหน้าอก และถ้าคิดว่ามีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ ควรอมยาไนโตรกลีเซอรินป้องกันไว้ก่อนการมีเพศสัมพันธ์

ข้อควรหลีกเลี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ร่างกาย และอารมณ์ตึงเครียด เพราะจะเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น และควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีความโกรธ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความโกรธที่เกิดจากคู่ครอง

2. ไม่ควรเปลี่ยนคู่นอน หรือสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจเกิดความตึงเครียดหัวใจจะทำงานหนักขึ้น

3. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ในบริเวณที่มีอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป เนื่องจากการทำงานของระบบร่างกายจะขึ้นอยู่กับอุณหภูมิของร่างกาย ดังนั้นจึงควร

หลีกเลี่ยงสถานที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก แต่ควรมีบรรยากาศสบายๆ ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป

4. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังรับประทานอาหาร เนื่องจากพลังงานจำนวนมากของร่างกาย จะถูกนำไปใช้ในระบบการย่อยอาหาร ซึ่งถ้ามีเพศสัมพันธ์ในช่วงนี้จะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ก่อให้เกิดภาวะเจ็บหน้าอกได้ ดังนั้นจึงควรพักอย่างน้อย 3 ชั่วโมงภายหลังการรับประทานอาหาร

5. ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์หรือไวน์ อย่างน้อย 3 ชั่วโมงก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้เส้นเลือดขยายตัว หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ทางที่ดีควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

6. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังจากสูบบุหรี่ หรือดื่มกาแฟ เพราะสารเคมีนิโคตินในบุหรี่และคาเฟอีนในกาแฟ จะส่งผลให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงมากขึ้น

7. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่หักโหมหลังจากมีเพศสัมพันธ์ เพราะจะทำให้เหนื่อยอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น

8. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หากมีอาการแน่นหน้าอก ควรอมยาใต้ลิ้นและไปพบแพทย์

9. มียาโรคหัวใจหลายชนิดที่มีผลข้างเคียงต่อการมีเพศสัมพันธ์ หากมีปัญหาความบกพร่องทางเพศ เนื่องจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาโรค ควรมีเพศสัมพันธ์

ในเวลาเช้า เนื่องจากเป็นเวลาที่ระดับยาที่ใช้รักษาโรคในร่างกายมีระดับต่ำสุด

ข้อควรระวังและสังเกตตนเอง

ถ้าพบอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ ควรแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลทราบอาการเหล่านั้น ได้แก่

1. มีอาการเจ็บหน้าอกระหว่างหรือภายหลังการมีเพศสัมพันธ์
2. หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หายใจเร็วกว่าปกติเป็นระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์
3. มีอาการใจสั่นภายใน 15 นาที หลังการมีเพศสัมพันธ์
4. ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์มีอาการหอบเหนื่อยอย่างรุนแรงในวันรุ่งขึ้น
5. นอนไม่หลับภายหลังการมีเพศสัมพันธ์
6. แขนขาอ่อนแรงในเวลา 24 ชั่วโมง ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์

หากมีอาการดังกล่าวข้างต้น ควรรีบไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพราะอาการดังกล่าว บ่งชี้ว่าหัวใจคุณทำงานหนักเกินไป

คำแนะนำในการปฏิบัติทางเพศเพิ่มเติม

1. การร่วมเพศทางทวารหนัก ควรงดเว้นในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากการกระตุ้นเส้นประสาททวารทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ส่งผลให้เลือดที่มาเลี้ยงหัวใจลดลงและเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้
2. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง คุณสามารถทำได้เมื่อสุขภาพร่างกายคุณพร้อม กล่าวคือ เมื่อทดสอบความทนทานของร่างกาย

ด้วยการขึ้นบันได 20 ขั้นภายในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ซึ่งการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจะเป็นการสร้าง ความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์กับคูครอง และเป็นการผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง

3. การใช้ปากในการร่วมเพศ ควรงดเว้นในผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนเช่นกัน นอกจากนี้ คูครองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรมีส่วนช่วยให้ชีวิตทางเพศของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางบวก

คูครองของผู้ป่วยควรมีส่วนช่วยให้ชีวิตทางเพศของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งควรปฏิบัติตามคำแนะนำต่อไปนี้

1. ระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ควรสัมผัสอย่างอ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเพิ่มความต้องการทางเพศ
2. ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านเพศสัมพันธ์ เพื่อจะได้สื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรู้สึกของคูครอง และเห็นคุณค่าของการมีเพศสัมพันธ์
3. ใช้สื่อสร้างเสริมอารมณ์สุนทรีย์ด้านเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วย เช่น เพลง การ์ตูนหรือเรื่องตลกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์
4. คูครองของผู้ป่วยควรกล้าที่จะบอกผู้ป่วยเกี่ยวกับการสลับบทบาทในการเป็นผู้เริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์
5. คูครองของผู้ป่วย และผู้ป่วยควรเปิดใจพูดคุยกันในเรื่องเพศสัมพันธ์ บรรเทาความกลัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและคูครองสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

6. ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องลดภาวะความตึงเครียด ที่มีอยู่ในจิตใจ ให้มีความรู้สึกผ่อนคลายเข้ามาแทนที่ เมื่อมีความต้องการทางเพศให้กล้าที่จะบอกความต้องการของคุณให้คู่ของคุณทราบ อาจจะเริ่มด้วยการเร้าอารมณ์ โอ้โลมปลุกโลม เพื่อให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ด้วยการกอด จูบ ลูบ คลำ ใช้ปากกระตุ้นอวัยวะเพศหรือใช้วิธีการช่วยเหลือนตนเองให้คู่ครอง จนกระทั่งพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์

ปฏิสัมพันธ์ทางเพศที่ดี

1. มีการสื่อสารที่ดีมีคำพูดที่เป็นมิตร
2. มีความซื่อสัตย์และมีความจริงใจต่อกัน
3. แสดงตัวตนที่แท้จริง
4. เคารพในสิทธิซึ่งกันและกัน
5. ปรับตัวเข้าหากันด้วยความพอใจของทั้งสองฝ่าย
6. ไว้วางใจและให้เกียรติซึ่งกันและกัน
7. เปิดเผยความรู้สึกของตนเอง

สำหรับความต้องการทางด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ถือว่าเป็นความต้องการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ จึงควรตระหนักว่าการแสดงออกด้านพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยนั้น แสดงถึงความต้องการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยซึ่งไม่ถือว่าเป็นเรื่องผิดปกติแต่อย่างใด การที่บุคคลจะมีความสุขทางเพศได้นั้น ต้องรู้จักปรับเปลี่ยนแบบแผนทางเพศ ให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย พยาธิสภาพหรือภาวะของโรคที่เป็น ซึ่งจากการศึกษาในปัจจุบันเป็น

ที่ยอมรับแล้วว่าเรื่องเพศสัมพันธ์มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย[25] เราจึงมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับกับการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Lukkarinen H, Lukkarinen O. Sexual satisfaction among patients after coronary bypass surgery or percutaneous transluminal angioplasty: Eight-year follow-up. Heart & Lung 2007; 36(4):262-269.
2. World Health Organization (WHO). Fact Sheets on cardiovascular disease. Retrieved 20 July, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>. 2017.
3. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2555 – 2559. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2559.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2560] . เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/>.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนการตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากร 100,000 คน. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 20

- กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก
<http://bps.ops.moph.go.th>.
6. เจริญลาภ อุทานปทุมรส. (2551). ปัจจัย
เสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.
จุลสารเพอร์เฟกต์ฮาร์ท. 2551; 4(2),
(พฤษภาคม – สิงหาคม).
7. ศิริวรรณ เจริญทนต์. ผลของโปรแกรมการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ต่อ
ความรู้ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย [วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต;
2548.
8. Traeen B, and Olsen S. Sexual
dysfunction and sexual well- being
in people with heart disease.
Sexuality and heart disease 2007;
22(2):193-208.
9. Mosack V, and Steinke EE. Trends in
sexual concerns after myocardial
infarction. J Cardiovascular Nurs
2009; 24(2):162-170.
10. วินิตย์ หลงละเลิง. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์
กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจตาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ
สาขาพยาบาลศาสตร์].
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2552.
11. Maroto-Montero JM et al. Erectile
dysfunction in a cardiac
rehabilitation program. Rev Esp
Cardiol 2008; 61(9):917-922.
12. Vacanti LJ, and Caramelli B. Age
and psychological disorder.
Variables associated to post-
infarction sexual dysfunction.
Arquivos Brasileiros de Cardiologia
2005; 85(2):
<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005001500007>.
13. Archer SL, Gragasin FS, Webster L,
Bochinski D, and Michelakis D.
Aetiology and Management of
erectile dysfunction and female
sexual dysfunction in patients with
cardiovascular disease. Drugs Aging
2005; 22(10):823-844.
14. Steinke EE. Sexual dysfunction in
women with cardiovascular disease
what do we know ?. J Cardiovascular
Nurs 2010; 25(2):151-158.
15. Schwarz ER. Kapur V, Bionat S.
Rastogi S. Gupta R, and Rosanio S.
The prevalence and clinic relevance
of sexual dysfunction in women and
men with chronic heart failure. Int J
Impot Res 2008; 20:85-91.
16. Fugl-Meyer KS, and Fugl-Meyer AR.
Sexual disabilities are not
singularities. Int J Impot Res 2002;
14:487-493.
17. นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคณะ. ความรู้
ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3.
ปทุมธานี: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2546.

18. Steinke EE, Wright DW, Chung ML, and Moser DK. Sexual self-concept, anxiety, and self- efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. *Heart Lung* 2008; 37(5):323-333.
19. Schwarz ER. Sexual dysfunction and its relation to heart disease. *Int J Impot Res* 2005;17:S1-S3.
20. Jackson G. Sexual intercourse and stable angina pectoris. *Am J Cardiol* 2000; 86(2A):35-37.
21. Debusk RF. Evaluation the cardiovascular tolerance for sex. *Am J Cardiol* 2000; 86(2A):51F-56F.
22. Miner MM. Sexual activity after myocardial infarction: when to resume the use of erectogenic drug. *Current Sexual Health Reports* 2006; 3(1):30-34.
23. Burke LE. Cardiovascular disturbances and Sexuality. In C. I. Fogel and D. Laver. (Eds), *Sexual Health Promotion*. New York: W. B. Saunders. 1990: 360-371.
24. Gondex MC. A post-MI script: Talking About Sex. Database: Academic Search Elite.1999; (62), Jul.
25. Martin E. The importance of assessing and treating sexual dysfunction in the cardiac patient. *BJDVD* 2002; 2(4):324-326.