

ความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่
เป็นโรคพาร์กินสัน ประเมินโดยแบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา



นางอรอนงค์ จิตรกฤษฎากุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

Prevalence of Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease Patients Compare To
Non-Parkinson's Disease Patients Evaluated By Arizona Sexual Experiences Scale

Mrs. Onanong Jitkriksadaku



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Medicine

Department of Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศใน
ผู้ป่วยพาร์กินสันเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กิน
สัน ประเมินโดยแบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของ
มหาวิทยาลัยอริโซนา

โดย

นางอรอนงค์ จิตรกฤษฎากุล

สาขาวิชา

อายุรศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ รุ่งโรจน์ พิทยศิริ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ แพทย์หญิง ปรียา จาโกต้า

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สมนพร บุญยะรัตเวช สองเมือง)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ รุ่งโรจน์ พิทยศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ แพทย์หญิง ปรียา จาโกต้า)

.....กรรมการ

(อาจารย์ แพทย์หญิง ณิชพลิกา กองพลพรหม)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล)

อรอนงค์ จิตรกฤษฎากุล : ความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ประเมินโดยแบบสอบถามประสพการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา. (Prevalence of Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease Patients Compare To Non-Parkinson's Disease Patients Evaluated By Arizona Sexual Experiences Scale) อ.ที่ปริกษาวิทยาพนธ์หลัก: รศ. นพ. รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, อ.ที่ปริกษาวิทยาพนธ์ร่วม: อ. พญ. ปรีญา จาโกต้า, 74 หน้า.

บทนำ : ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเป็นอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวที่พบได้บ่อยในคนไข้พาร์กินสัน แต่เป็นภาวะที่คนไข้ส่วนใหญ่มีความลำบากใจในการให้ข้อมูลและแพทย์ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ให้ความสนใจในการสืบค้นเหมือนกับอาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหว

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ประเมินโดยแบบสอบถามประสพการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา และหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสัน

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาในคนไข้โรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย และคนที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติและคลินิกอายุรกรรม คลินิกตรวจสอบสุขภาพ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกรายจะทำแบบสอบถามประสพการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาซึ่งมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ในการประเมินภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อหาความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และได้รับการประเมินสภาพสมองและประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานร่วมกับได้รับการตรวจเลือดเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

ผลการศึกษา : จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 120 ราย แบ่งเป็นคนไข้โรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย และคนที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย และมีอายุเฉลี่ยที่ 57.33 ปี (SD =7.88) และ 54.57 ปี (SD = 7.70) ตามลำดับ โดยไม่พบมีความแตกต่างกันของอายุและคะแนนจากการประเมินสภาพสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม แต่พบว่าค่าดัชนีมวลกาย, คะแนนที่ได้จากการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือน มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) จากการใช้แบบประเมินประสพการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาพบคนไข้พาร์กินสันมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 49 ราย (คิดเป็นร้อยละ 81.6) และ คนที่ไม่เป็นพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 29 ราย (คิดเป็นร้อยละ 48.3) โดยพบว่าการไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการพบความผิดปกติจากแบบประเมิน UPDRS ส่วนที่ 1 เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสัน

สรุป : ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเป็นอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้มากและพบมักร่วมกับภาวะซึมเศร้า จึงมีความจำเป็นที่แพทย์จำเป็นต้องสืบค้นภาวะดังกล่าว ร่วมกับหาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อหรืออาจพบร่วมกับการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพื่อใช้ในการพยากรณ์หรือใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวในอนาคต

ภาควิชา อายุรศาสตร์

สาขาวิชา อายุรศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยาพนธ์หลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยาพนธ์ร่วม

5574186130 : MAJOR MEDICINE

KEYWORDS: ASEX-THAI VERSION SEXUAL DYSFUNCTION PARKINSON'S DISEASE

ONANONG JITKRITSADAKUL: PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS COMPARE TO NON-PARKINSON'S DISEASE PATIENTS EVALUATED BY ARIZONA SEXUAL EXPERIENCES SCALE. ADVISOR: ASSOC. PROF. ROONGROJ BHIDAYASIRI, M.D.,PRIYA JAGOTA, M.D., 74 pp.

Introduction : Although sexual dysfunction (SD) is a common non-motor manifestation of Parkinson's disease (PD), the assessment is quite limited due to cultural issues.

Objective : To determine the prevalence of sexual dysfunction (SD) by using the Arizona Sexual Experiences Scale - Thai Version (ASEX-Thai) and assess risk factors of SD among Thai PD patients.

Method : A total of 120 participants were recruited into the study (60 PD patients and 60 controls). All of them answered the ASEX-Thai questionnaire, which is a self-administered questionnaire asking about sexual function, Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) for identifying depression and were checked for serum hormonal level, renal function, blood sugar, blood count and uric acid level.

Result : The prevalence of sexual dysfunction in PD patients and control are 81.6% and 48.3% respectively ($P < 0.05$). Parkinson's patients had significantly lower body mass index (BMI), higher HAMD score and lower number of sexual intercourse per month ($P < 0.001$). We conducted the binary logistic regression analysis to determine the factor that would be predicted the sexual dysfunction and we found that the absence of sexual intercourse in the past month and presence of cognitive problem determined by UPDRS part 1 could be predicted the sexual dysfunction.

Conclusion: Sexual dysfunction is common non-motor symptoms in Thai PD patients and usually occurred with depression. The absence of sexual intercourse in the past month and presence of cognitive problem determined by UPDRS part 1 could be predicted the sexual dysfunction among Thai PD patients.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Department: Medicine

Field of Study: Medicine

Academic Year: 2013

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้เนื่องมาจากความเมตตากรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์ รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และ อาจารย์แพทย์หญิง ปรียา จาโกต้า ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้เสียสละเวลาในการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล เก็บตัวอย่างเลือด และขอขอบพระคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่ามาให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านที่กล่าวมาตลอดจนผู้ที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ซึ่งมีส่วนช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว และสามีที่คอยให้ความช่วยเหลือและคอยเป็นกำลังใจตลอดมา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
บทที่ 2.....	6
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	6
บทที่ 3.....	17
วิธีดำเนินการวิจัย.....	17
บทที่ 4.....	23
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	23
บทที่ 5.....	31
อภิปรายผล สรุปผลการวิจัย และ ข้อเสนอแนะ.....	31
รายการอ้างอิง.....	48
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	75

	สารบัญตารางและสารบัญแผนภูมิ	หน้า
ตารางที่ 1	ข้อมูลพื้นฐานของคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน	36
ตารางที่ 2	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน	37
ตารางที่ 3	การเปรียบเทียบภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันโดยใช้แบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา	38
ตารางที่ 4	การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีหรือไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยใช้แบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา	39
ตารางที่ 5	ปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมิน โดยแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 120 คน	40
ตารางที่ 6	ปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมิน โดยแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน 60 คน	41
ตารางที่ 7	ปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมิน โดยแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาในกลุ่มผู้ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน 60 คน	42
แผนภูมิที่ 1	แสดงข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและกลุ่มคนไม่เป็นโรคพาร์กินสัน	43
แผนภูมิที่ 2	แสดงข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและกลุ่มคนไม่เป็นโรคพาร์กินสัน	44
แผนภูมิที่ 3	แสดงคะแนน ASEX ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มคนไข้พาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศกับกลุ่มคนไข้พาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ	45
แผนภูมิที่ 4	การเปรียบเทียบปริมาณยารักษาโรคพาร์กินสันในคนไข้พาร์กินสันที่มีและไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ(หน่วยเป็นมิลลิกรัมของ Levodopa equivalent dosage)	46

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and rational)

ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Sexual dysfunction) เป็นกลุ่มอาการของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจอันมีผลทำให้การตอบสนองทางเพศลดลง(1) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกาในฉบับปรับปรุงล่าสุดฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR)(2) ได้แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการหลักคือ การไม่บรรลุจุดสุดยอด(orgasmic disorders), การตื่นตัวทางเพศผิดปกติ (sexual arousal disorders), ความต้องการทางเพศผิดปกติ(sexual desire disorders) และภาวะปวดอวัยวะเพศขณะร่วมเพศ(sexual pain disorders) ปัจจุบันพบภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงและจะเพิ่มขึ้นตามอายุประชากรที่มากขึ้น(3-5) โดยมีการประมาณว่าสัดส่วนของประชากรอายุระหว่าง 60-74 ปีที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสมีเหลือประมาณร้อยละ 55-60 และลดลงเหลือประมาณร้อยละ 25 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 75ปี(3)

สาเหตุของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลทำให้ขนาดของอวัยวะเพศลดลง, ระดับฮอร์โมนเพศลดต่ำลง(3, 6-8) โดยมีการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุพบว่า การลดลงของฮอร์โมน Estrogen ในเพศหญิงส่งผลให้ผนังช่องคลอดบางลงและมีอาการแห้งทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ และ การลดลงของฮอร์โมน Testosterone ในผู้หญิงยังส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลงและความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง(7) และมีการศึกษาในผู้ป่วยชายถึงความสัมพันธ์ของระดับฮอร์โมน Testosterone กับการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าการลดลงของฮอร์โมน Testosterone ส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลงและความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง(8)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

ในปัจจุบันพบว่านอกจากอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วก็มีอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เช่น

1. โรคประจำตัวเรื้อรังทั้งทางกายเช่น เบาหวาน(9) ความดันโลหิตสูง (10)โรคไต โรคตับ และภาวะยูริกในเลือดสูง(11) และโรคประจำตัวเรื้อรังทั้งทางจิตใจของผู้ป่วยเช่นโรคซึมเศร้า (3, 12)
2. ผลจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาลดความดัน(B-blocker, Diuretics) ยาต้านอาการซึมเศร้า (TCAs, SSRI, MAOI) ยากันชัก ยารักษาโรคจิต และยาเสพติดเป็นต้น(13)
3. การปฏิบัติพฤติกรรมบางประการที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพเช่น การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุราและสูบบุหรี่ และภาวะน้ำหนักตัวเกินก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้เช่นกัน(3, 13)

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันนั้นมักส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย โดยมักพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล รวมถึงการขาดความ

มั่นใจและคุณค่าในตนเอง จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านศีลธรรมและความเขินอายของผู้ป่วยที่จะแจ้งปัญหาให้กับแพทย์ผู้ทำการรักษา รวมถึงแพทย์ส่วนใหญ่ก็มักไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพทางเพศเท่าที่ควร ทางคณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีจุดมุ่งหวังที่จะหาปัจจัยเสี่ยงและพัฒนาแบบสอบถามประสิทธิผลทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนา (Arizona Sexual experiences scale) (14) ที่มีความเที่ยงตรงสูงใช้งานได้ง่ายและเสียเวลาในการทำไม่นาน และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยมีการหาความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันโดยตรง เพื่อใช้เป็นแบบสอบถามคัดกรองในการหาความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันเปรียบเทียบกับประชากรสุขภาพดีที่มีเพศและอายุตรงกัน เพื่อหาความชุก รูปแบบและลักษณะเฉพาะของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในแต่ละกลุ่มการศึกษา รวมถึงปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะดังกล่าว เพื่อเป็นการบูรณาการความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคพาร์กินสันได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งก็จะเป็นประโยชน์ทั้งกับแพทย์เองที่จะได้ตระหนักถึงปัญหาและได้ให้การรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม และยังเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่จะได้รับการวินิจฉัยและรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้โดยเร็วและนับเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวได้ด้วยอีกทางหนึ่ง

1.2 คำถามของการวิจัย

คำถามหลักการวิจัย(primary research question)

ความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันจากการทำแบบประเมินประสิทธิผลทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนาพบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันหรือไม่

คำถามรองการวิจัย (secondary research question)

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างกันหรือไม่ และอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีอายุและเพศเท่ากันโดยใช้แบบสอบถามประเมินประสิทธิผลทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนาฉบับภาษาไทย
- เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสัน
- เพื่อทำการแปล, ประเมินความเที่ยงและความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามประเมินประสิทธิผลทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนาฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยพาร์กินสัน

1.4 สมมติฐาน (Hypothesis)

ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันพบได้บ่อยกว่าในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน และมีความแตกต่างกันโดยสามารถตรวจวัดเป็นค่าเชิงคุณภาพได้

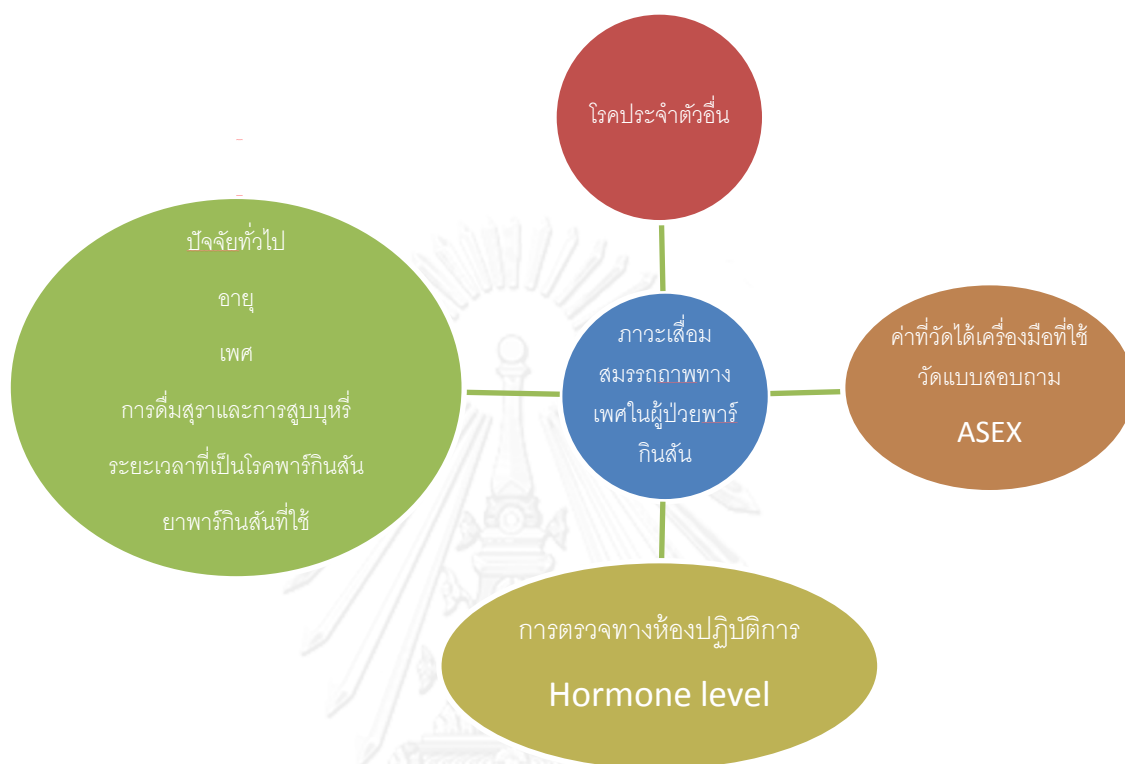
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยที่ไม่เป็นพาร์กินสันที่เข้าร่วมการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันในด้านสุขภาพ ทั้งด้านโรคประจำตัวอื่นและการใช้ยาอื่นร่วม รวมถึงผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีโอกาสได้รับความเสี่ยงที่อาจจะส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเท่ากัน

1.6 คำสำคัญ (key word)

Sexual dysfunction
Parkinson's disease
Arizona Sexual Experience Scale

1.7 กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual framework)



1.8 การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย (Operational definition)

- Sexual Dysfunction หรือ ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ คือ ผลรวมของภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ส่งผลให้ความรู้สึกและการตอบสนองทางเพศลดลง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของสมาคมแพทยจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกาฉบับแก้ไขครั้งที่ 4 (DSM-IV-TR) (2) ได้วางหลักเกณฑ์ของการวินิจฉัยความผิดปกติกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวกับทางเพศดังนี้ Hypoactive Sexual Desire Disorder, Male erectile dysfunction, Male orgasmic disorders, Premature ejaculation, Female orgasmic disorders, Female sexual arousal disorders และ Dyspareunia
- Arizona Sexual Experiences Scales (14) หรือแบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของอาริโซนา เป็นแบบสอบถามแบบ 6 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ ที่ได้รับการพัฒนาจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอาริโซนา ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยคำถามจะครอบคลุมถึงเรื่องความต้องการทางเพศ, การกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ, การเปียกชื้นของช่องคลอดหรือการแข็งตัวของอวัยวะเพศ, การถึงจุดสุดยอดและความพึงพอใจต่อจุดสุดยอด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5 ถึง 30 โดยคะแนนที่มากกว่า 19 หรือมีข้อหนึ่งข้อใดที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 หรือมีสามข้อที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 จะบ่งชี้ถึงภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยทางผู้จัดทำได้ขออนุญาตจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยอาริโซนาในการแปล

แบบสอบถามเป็นภาษาไทย และประเมินความเที่ยงและความน่าเชื่อถือของแบบทดสอบในคนไทย

- เกณฑ์การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank's clinical criteria for the diagnosis of probable Parkinson's disease (UKPDSBB) (15) โดยต้องเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดออก ซึ่งอาจจะมีอาการตาม supportive criteria หรือไม่ก็ได้

1.9 ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้แพทย์ทราบถึงและตระหนักถึงความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน
2. สามารถหาค่าความเสี่ยงของการเป็นโรคพาร์กินสันต่อเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและหาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันได้
3. จัดทำแบบทดสอบประสิทธิภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาฉบับภาษาไทยและหาค่าความเที่ยงและความน่าเชื่อถือของแบบทดสอบเพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันได้

1.10 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข

อุปสรรคจากการเก็บข้อมูล หากจำนวนตัวอย่างไม่เพียงพอ อาจต้องเพิ่มระยะเวลาของการเก็บข้อมูลและ การตอบปัญหาทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศอาจส่งผลให้ผู้เข้ารับการวิจัยมีความเขินอายและไม่มั่นใจในการให้คำตอบจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะให้คำแนะนำและความเชื่อมั่นในเรื่องการปกปิดความเป็นบุคคลของข้อมูล

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคพาร์กินสันกับภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่สองรองจากโรคอัลไซเมอร์(16) ในประเทศอุตสาหกรรมพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคพาร์กินสันประมาณร้อยละ 0.3 ของประชากรทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 1 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี(16)ตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้รายงานความชุกของโรคพาร์กินสันในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในปีค.ศ. 2000 ไว้ประมาณ 0.27-0.44 ต่อประชากร 1000 คน(17)สำหรับข้อมูลในประเทศไทยนั้นจากการศึกษาโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันพบว่าในเขตเมืองมีความชุกของโรคพาร์กินสันประมาณ 126.83 คนต่อประชากร 100,000 คนและในเขตชนบทมีความชุกของโรคพาร์กินสันประมาณ 90.82 คนต่อประชากร 100,000 คน(18)

ในปัจจุบันเชื่อว่าพยาธิสภาพหลักของการเกิดโรคพาร์กินสันเกิดจากการลดลงของเซลล์ประสาท dopaminergic neuron ในบริเวณก้านสมองส่วน substantia nigra ร่วมกับมีการสะสมของ Lewy bodies (LBs) ส่งผลทำให้สารสื่อประสาทในสมองลดต่ำลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งสาร dopamine (19)พบว่าผู้ป่วยพาร์กินสันส่วนใหญ่มีมีอาการแสดงของการเคลื่อนไหวผิดปกติ(Motor symptoms) ที่ประกอบไปด้วยการสั่นขณะอยู่เฉย, การเคลื่อนไหวช้าและการแข็งเกร็งผิดปกติ โดยอาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหวดังกล่าวมักเป็นอาการนำหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษา แต่แท้ที่จริงแล้วยังมีกลุ่มอาการอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งพบได้บ่อย แต่บ่อยครั้งที่จะไม่ถูกกล่าวถึงหรือนำมาใช้ในการวินิจฉัยร่วม และมักเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นนำมาก่อนอาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหวได้หลายปี ก็คือกลุ่มอาการที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Non-motor symptoms)(20)ซึ่งประกอบไปด้วย ภาวะพุทธรปัญญาถดถอย (cognitive dysfunction), อาการปวด, ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ, ความผิดปกติของการขับถ่ายและการนอนหลับ และความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ(20, 21)ซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 62 ของผู้ป่วยพาร์กินสันและมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้อาการ Non-motor symptoms พบว่าเกิดขึ้นก่อนการแสดงของอาการ Motor symptomsได้เป็นสิบปี(20) โดยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ(sexual dysfunction) เป็นหนึ่งในภาวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มอาการ Non-motor symptoms

การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน

การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันในปัจจุบันจะประเมินจากอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ UK Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB)(15) ซึ่งมี 3 ขั้นตอนดังนี้

<p>เกณฑ์การคัดเข้า Inclusion criteria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มีอาการเคลื่อนไหวช้า(Bradykinesia) ● มีอาการตามนี้ด้านล่าง อย่างน้อย 1 ข้อ <ol style="list-style-type: none"> 1. อาการแข็งเกร็ง(Muscular rigidity) 2. อาการสั่นขณะอยู่เฉยความถี่ 4-6 Hz (Rest tremor) 3. การสูญเสียการทรงตัว (Postural instability) ที่ไม่ได้เป็นจากความผิดปกติของ visual, vestibular, cerebellar, และ proprioceptive dysfunction
<p>เกณฑ์การคัดออก Exclusion criteria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ● มีประวัติอุบัติเหตุที่สมอง ● มีประวัติเป็นโรคสมองอักเสบ ● มีอาการ Oculogyric crisis ● มีประวัติใช้ยาต้านโรคจิต ● มีประวัติเป็นในครอบครัว ● อาการหายได้เอง ● อาการเกิดอยู่ข้างเดียวมานานมากกว่า 3 ปี ● มีการกลอกตามผิดปกติ ● มีอาการ cerebellar ataxia ● มีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติตั้งแต่แรก ● มีอาการความจำเสื่อม ● ตรวจพบ Babinski sign ● มีเนื้องอกที่สมองหรือพบการขยายของโพรงน้ำสมอง ● ไม่ตอบสนองต่อยา levodopa ขนาดสูง ● มีประวัติการได้รับสาร MPTP
<p>เกณฑ์สนับสนุน Supportive criteria มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● อาการเกิดที่ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ● มีอาการสั่นขณะอยู่เฉย ● อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ● อาการตอบสนองดีต่อยา levodopa ● มีอาการยุกยิกจากการใช้ยา levodopa ● ตอบสนองต่อการใช้ levodopa มากกว่า 5 ปี ● อาการเป็นมานานมากกว่า 10 ปี

การประเมินความรุนแรงของโรคพาร์กินสัน

การประเมินความรุนแรงของโรคพาร์กินสันในปัจจุบันจะมีแบบวัดที่เป็นมาตรฐานคือแบบประเมิน Unified Parkinson's Disease Rating Scale หรือ UPDRS ซึ่งเป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการโรคพาร์กินสันที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

แบบประเมินจะครอบคลุมอาการของโรคพาร์กินสันโดยรวม 4 ด้าน ทั้งภาวะพหุปัญญา การทำกิจวัตรประจำวัน อาการของการเคลื่อนไหวผิดปกติ และอาการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตามแบบประเมินดังกล่าวก็ต้องอาศัยประสาทแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้คะแนนและใช้เวลาในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีแบบประเมิน Hoehn and Yahr score ใช้สำหรับการประเมินระยะของโรคพาร์กินสันโดยคร่าวๆ ที่ใช้เวลาในการทำไม่นานและเป็นที่ยอมรับเช่นกัน

กลไกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

เชื่อว่าเกิดจากการเสื่อมลงของเซลล์ประสาทที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น Dorsal vagal nucleus, Nucleus ambiguus, และ Medullary centers อื่นๆ เช่น Rostral ventrolateral medulla, Sympathetic preganglionic neurons ร่วมกับมีการลดลงของสารสื่อประสาทในสมองที่นอกเหนือจากสาร Dopamine เช่น สาร Acetylcholine, Monoamine, และ Serotonin ที่เป็นผลจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทอื่นๆ ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและความต้องการทางเพศลดลง(21)

การวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสัน

ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่จำเพาะในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโดยการประเมินจึงมักใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกาในฉบับปรับปรุงล่าสุดฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR) (2) ได้แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการหลักคือ ความต้องการทางเพศผิดปกติ(Appetitive phase), ความตื่นตัวทางเพศผิดปกติ(Excitement phase), ความผิดปกติของระยะมีความสุขสุดยอด(Orgasmic phase) และความผิดปกติของระยะพัก(Resolution phase)

โดยจากกลุ่มอาการหลักดังกล่าวพบว่ามี 7 กลุ่มอาการย่อยที่พบได้บ่อยว่าเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศดังนี้

1. ภาวะความต้องการทางเพศน้อย (Hypoactive Sexual Desire Disorder)
2. ภาวะองคชาติไม่แข็งตัว (Male Erectile Disorder)
3. ภาวะไม่ตื่นตัวทางเพศในเพศหญิง (Female Sexual Arousal Disorder)
4. ภาวะไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิง(Female Orgasmic Disorder)
5. ภาวะไม่มีความสุขสุดยอดในเพศชาย (Male Orgasmic Disorder)
6. ภาวะหลังอสุจิเร็วเกินไป (Premature Ejaculation)

7. ภาวะเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (Dyspareunia)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศตาม DSM-IV-TR

DSM-IV-TR	Items	Diagnostic criteria
302.71	ภาวะความต้องการทางเพศน้อย (Hypoactive Sexual Desire Disorder)	1. ความต้องการทางเพศลดลงหรือหมดไป 2. อาการส่งผลให้มีความอับอายหรือกระทบต่อความสัมพันธ์ 3. ไม่ได้เป็นผลจากยา, สารเสพติด หรือโรคประจำตัว
302.72	ภาวะองคชาติไม่แข็งตัว (Male Erectile Disorder)	1. อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวได้และอยู่นานพอในการมีเพศสัมพันธ์ 2. อาการส่งผลให้มีความอับอายหรือกระทบต่อความสัมพันธ์ 3. ไม่ได้เป็นผลจากยา, สารเสพติด หรือโรคประจำตัว
302.72	ภาวะไม่ตื่นตัวทางเพศในเพศหญิง (Female Sexual Arousal Disorder)	1. ไม่มีน้ำหล่อลื่นเพียงพอในการมีเพศสัมพันธ์ 2. อาการส่งผลให้มีความอับอายหรือกระทบต่อความสัมพันธ์ 3. ไม่ได้เป็นผลจากยา, สารเสพติด หรือโรคประจำตัว
302.73	ภาวะไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิง (Female Orgasmic Disorder)	1. ไม่สามารถถึงจุดสุดยอดในการมีเพศสัมพันธ์ 2. อาการส่งผลให้มีความอับอายหรือกระทบต่อความสัมพันธ์ 3. ไม่ได้เป็นผลจากยา, สารเสพติด หรือโรคประจำตัว
302.74	ภาวะไม่มีความสุขสุดยอดในเพศชาย (Male Orgasmic Disorder)	1. ไม่สามารถถึงจุดสุดยอดในการมีเพศสัมพันธ์ 2. อาการส่งผลให้มีความอับอายหรือกระทบต่อความสัมพันธ์ 3. ไม่ได้เป็นผลจากยา, สารเสพติด หรือโรคประจำตัว
302.75	ภาวะหลั่งอสุจิเร็วเกินไป (Premature Ejaculation)	1. มีการหลั่งน้ำอสุจิเร็วเกินไปในการมีเพศสัมพันธ์ 2. อาการส่งผลให้มีความอับอายหรือกระทบต่อความสัมพันธ์ 3. ไม่ได้เป็นผลจากยา, สารเสพติด หรือโรคประจำตัว
302.76	ภาวะเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (Dyspareunia)	1. มีอาการเจ็บปวดอวัยวะเพศขณะมีเพศสัมพันธ์ 2. อาการส่งผลให้มีความอับอายหรือกระทบต่อความสัมพันธ์ 3. ไม่ได้เป็นผลจากยา, สารเสพติด หรือโรคประจำตัว

แต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยอาศัยจากเกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับอาการประหม่นของแพทย์เป็นหลัก จึงทำให้มีความลำบากในการให้การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ๆ การให้บริการทางการแพทย์มีข้อจำกัด เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ เป็นต้น การที่สามารถมีแบบประเมินภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ผู้ป่วย

สามารถให้การประเมินได้ด้วยตนเอง เพื่อสำหรับคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก็จะเป็นการลดเวลาและสามารถให้การวินิจฉัยผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

Arizona Sexual Experience Scale

Arizona Sexual Experiences Scales (14) หรือ แบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของ อารีโซนา เป็นแบบสอบถามแบบ 6 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ ที่ได้รับการพัฒนาจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอารีโซนา ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้ประเมินภาวะการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นคนประเมินคะแนนด้วยตนเอง คำถามจะครอบคลุมถึงเรื่องความต้องการทางเพศ, การกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ, การเปียกชื้นของช่องคลอดหรือการแข็งตัวของอวัยวะเพศ, การถึงจุดสุดยอดและความพึงพอใจต่อจุดสุดยอด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5 ถึง 30 โดยคะแนนที่มากกว่า 19 หรือมีข้อหนึ่งข้อใดที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 หรือมีสามข้อที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 จะบ่งชี้ถึงภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ พบว่าแบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของอารีโซนามีความไวและความจำเพาะสูงในการวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ รวมถึงเป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาในการทำไม่นาน ทางคณะผู้จัดทำได้ขออนุญาตจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยอารีโซนาในการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทย ประเมินความเที่ยงและความน่าเชื่อถือของแบบทดสอบในคนไทย

วิธีการประเมินความเที่ยงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอารีโซนาฉบับภาษาไทย

1. แบบสอบถาม Arizona Sexual Experiences Scales ได้รับการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยศูนย์การแปลและล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. แบบสอบถามที่ได้รับการแปลแล้วจะถูกนำมาประเมิน ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (รศ.นพ. รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, อ.พญ. ปรียา จาโกต้า, อ.นพ. อธิพล ตะวันกาญจน์โชติ, อ.พญ. ชุติมา ห่อรุ่งเรืองวงศ์, อ.นพ. ชววิท ตันวีระชัยสกุล) เพื่อหาค่า IOC (Index of Item-objective Congruence) พบว่ามีค่า IOC มากกว่า 0.6 บ่งชี้ว่าแบบทดสอบมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในระดับดี
3. แบบทดสอบจะได้รับการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (Back translation) และตรวจด้านภาษาซ้ำ และนำมาปรับตามการใช้งานในแต่ละวัฒนธรรม (Cross-cultural modification) จึงได้แบบทดสอบที่สมบูรณ์พร้อมใช้งาน
4. แบบทดสอบจะถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยจริง 10 รายเพื่อถามความเข้าใจเกี่ยวกับภาษาก่อนที่จะทำความเข้าใจ โดยทำแบบ Test-Retest Reliability กับผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 40 รายโดยมีการทำแบบสอบถามซ้ำที่ 2 เดือน พบว่าค่า Cronbach's Alpha มีค่า 0.948 และ 0.962 (ครั้งแรก และการติดตามที่ 2 เดือน) และ การทำ Test-Retest Reliability ในแต่ละข้อของแบบสอบถามพบมี correlation ดีมาก (item 1 = r 0.959, item 2 = r 0.914,

item 3 = r 0.944, item 4 = r 0.992, item 5 = r 0.930, และทุกข้อ = r 0.883 พบมี $P < 0.001$ ทุก items)

5. พบว่าแบบสอบถามประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอาร์ิโซนาฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงและมีความน่าเชื่อถือสูงในการประเมินภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วย พาร์กินสัน

หนังสือการขออนุญาตการใช้แบบสอบถาม Arizona Sexual Experience Scale

> From: petersr2@psychiatry.arizona.edu

> To: wow_onanong@hotmail.com

> Subject: RE: Permission for using ASEX scale

> Date: Wed, 1 Aug 2012 23:37:01 +0000

>

> Hi, Dr. Jitkritisadaku,

>

> Thank you for your interest in the ASEX scale. I apologize for my delayed response.

> Since the scale is copyrighted, a license agreement is necessary for its use in industry-sponsored studies, along with a fee for use. However, when the scale is used in a smaller, investigator-initiated research project, a license agreement is not necessary and there is no fee for using the scale.

It sounds like your study is investigator-initiated, and therefore no fee applies. This email serves as permission to use the scale, scoring guidelines, and administration instructions in the study described below. Please note we require the copyright notice to be used on all copies of the scales in all languages: "Copyright 1997 by The Arizona Board of Regents for the University of Arizona." We ask that you provide us with a copy of your final translation for our records.

>

> Let me know if you have any other questions. Thank you and best wishes with your research!

> Rachele Peterson

> Research Administrator

> University of Arizona Psychiatry

> 1501 N. Campbell Ave. Box 245002

> Tucson, AZ 85724

> Phone: (520) 626-8733

> Fax: (520) 626-6050

งานวิจัยที่สนับสนุนเรื่องภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสัน

1. Bronner G. และคณะ(22) ศึกษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยใช้แบบสอบถาม Israeli Sexual Behavior Inventory (ISBI) ในผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 75 ราย ที่มีอายุระหว่าง 31-93 ปี โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยหญิง 32 รายและผู้ป่วยชาย 43 ราย พบว่า
 - ปัญหาที่พบบ่อยกลุ่มผู้ป่วยหญิง คือ ภาวะการตื่นตัวช้า(Difficulty with arousal)พบร้อยละ 87.5 , การไม่บรรลุจุดสุดยอด(Difficulty with orgasm)พบร้อยละ 75 และความต้องการทางเพศลดลง(Low sexual desire)พบร้อยละ 46.9
 - ปัญหาที่พบบ่อยกลุ่มผู้ป่วยชาย คือ ภาวะอวัยวะเพศไม่แข็งตัว(Erectile dysfunction)พบร้อยละ 68.4 , ความไม่พึงพอใจในเพศสัมพันธ์(Sexual dissatisfaction) พบร้อยละ 65.1 และการหลั่งเร็ว(Premature ejaculation)พบร้อยละ 40.6
 - จากการศึกษาพบว่าการมีโรคประจำตัวอื่นร่วม, การใช้ยาบางชนิด และการเป็นโรคพาร์กินสันที่เป็นระยะท้ายๆนั้นส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
 - การศึกษานี้ก็ยังมีข้อจำกัดที่แบบสอบถาม Sexual Behavior Inventory (ISBI) ที่นำมาใช้นั้นไม่เป็นที่แพร่หลายและมีหลายคำถามจนทำให้กระบวนการเก็บข้อมูลนั้นทำได้โดยยากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความลำบากใจที่จะต้องตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นเวลานานๆ
 - การศึกษานี้จะประเมินเฉพาะแต่ในผู้ป่วยพาร์กินสันทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าการศึกษาที่พบภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศนั้นเป็นผลมาจากอายุของกลุ่มตัวอย่างหรือจากปัจจัยร่วมอื่นด้วยหรือไม่
2. Celikel E และคณะ(23)ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินภาวะความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันโดยเป็นการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยสุ่มเลือกกลุ่มละ 45 คนที่มีอายุและเพศตรงกัน โดยแบ่งเป็นชาย 23 คนและผู้หญิง 22 คนต่อกลุ่ม และใช้แบบสอบถาม Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอาร์โซนา ซึ่งเป็นที่ยอมรับและมีความเที่ยงตรงสูงในการประเมิน อีกทั้งแบบสอบถามนี้ยังใช้งานได้ง่ายและเสียเวลาในการทำไม่นานเนื่องจากเป็นแบบสอบถามแบบ 6 ตัวเลือกจำนวน 5 ข้อ พบว่า
 - ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่เป็นพาร์กินสันพบมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในการประเมินความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยพบมีการลดลงของความต้องการทางเพศและการบรรลุถึงจุดสุดยอด

- ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นพาร์กินสันพบมีคะแนนเฉลี่ยจากการตรวจภาวะซึมเศร้า(Hamilton depression scale: HAM-D) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งว่าพบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสันได้มากกว่ากลุ่มควบคุม
 - การศึกษานี้ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการทั้งจากการประมาณค่าเฉลี่ยจากตัวชี้วัดแบบเป็นลำดับ และไม่ได้สรุบบอดผู้ป่วยโดยละเอียดที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจากการใช้แบบสอบถามดังกล่าว
 - นอกจากนี้แบบสอบถาม ASEX ฉบับภาษาตุรกีที่ใช้การศึกษาของ Celikel E และคณะนี้ไม่ได้ศึกษา Validity และ Reliability ของ ASEX เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันโดยตรง แต่ได้รับการทำ Validity และ Reliability ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายที่ต้องทำการล้างไตโดย A Soykan (24)
3. Brown RG และคณะ(25) ศึกษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยใช้แบบสอบถาม Gollombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction(GRISS)ในผู้ป่วยพาร์กินสันพร้อมคู่สมรสจำนวน 44 คู่ โดยแบ่งตามการตอบแบบสอบถามได้ครบเป็นผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 34 ราย โดยเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 23 ราย มีและผู้ป่วยหญิงจำนวน 11 ราย และเป็นกลุ่มคู่สมรส 38 ราย โดยเป็นคู่สมรสชายจำนวน 11 ราย และคู่สมรสหญิงจำนวน 27 ราย พบว่า
- กลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันชายพบมีความไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 59 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่พบร้อยละ 36 และกลุ่มคู่สมรสหญิงพบมีความไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 58 เมื่อเทียบกับกลุ่มคู่สมรสชายที่พบร้อยละ 9 จึงเป็นการบ่งบอกว่าหากผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นเพศชายจะมีโอกาสพบความไม่พึงพอใจในเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสได้มาก
 - ตรวจพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันทั้งชายและหญิง และในกลุ่มคู่สมรสที่เป็นผู้หญิงจากการทำแบบสอบถาม Beck Depression Inventory(BDI)
 - การศึกษานี้ก็ยังมีข้อจำกัดที่แบบสอบถาม Gollombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction(GRISS)ที่นำมาใช้นั้นไม่เป็นที่แพร่หลายและมีหลายคำถามจนทำให้กระบวนการเก็บข้อมูลนั้นทำได้โดยยากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความลำบากใจที่จะต้องตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นเวลานานๆ โดยจากการศึกษาพบมีผู้ป่วยพาร์กินสันพร้อมคู่สมรสที่สามารถตอบคำถามได้จนครบเพียง 33 คู่ คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
 - การศึกษานี้จะประเมินเฉพาะผู้ป่วยพาร์กินสันและคู่สมรส โดยไม่ได้เทียบกับกลุ่มควบคุมที่เป็นประชากรที่มีสุขภาพดีทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าการศึกษาที่พบภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศนั้นเป็นผลจากปัจจัยแวดล้อมหรือจากปัจจัยอื่นร่วมด้วยหรือไม่
4. Welch M และคณะ (26) ศึกษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันเพศหญิงโดยเป็นการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยสุ่มเลือกกลุ่มละ 27 คนที่มีอายุและสถานภาพสมรสตรงกัน โดยใช้แบบสอบถาม The Brief Index of Sexual Functioning for Women(WISF-

W) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม 22 คำถามครอบคลุม 3 กลุ่มอาการคือ ความสนใจต้องการทางเพศ, การมีเพศสัมพันธ์ และ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์พบว่า

- ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่เป็นพาร์กินสันพบมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม
- ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นพาร์กินสันพบมีคะแนนเฉลี่ยจากการตรวจภาวะซึมเศร้า(Beck Depression Inventory: BDI) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งว่าพบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสันได้มากกว่ากลุ่มควบคุม
- การศึกษานี้ก็ยังมีข้อจำกัดทั้งจากการใช้แบบสอบถามที่ไม่เป็นที่แพร่หลายและเป็นการศึกษาเฉพาะแต่ในเพศหญิงเท่านั้น

5. Jakobs และคณะ (27)ศึกษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีอายุน้อยกว่า 51 ปีจำนวน 121 ราย โดยเป็นการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 126 ราย โดยสุ่มเลือกกลุ่มคนที่มีอายุและเพศตรงกัน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศจำนวน 33 คำถามครอบคลุม 3 กลุ่มอาการคือ ทัศนคติต่อเรื่องทางเพศ, อารมณ์ความต้องการทางเพศ, ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ และ ความรับรู้ต่อสุขภาพพบว่า

- ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นพาร์กินสันพบมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยพบว่าผู้ป่วยชายพบมากกว่าเพศหญิง
- การศึกษานี้ก็ยังมีข้อจำกัดทั้งจากการใช้แบบสอบถามที่ไม่เป็นที่แพร่หลายและแบบสอบถามเป็นภาษาเยอรมันและเป็นการศึกษาเฉพาะแต่ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 51 ปีเท่านั้นทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าผลการศึกษาจะสามารถอธิบายอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันได้จริง

6. Ziaei-Rad และคณะ(9) ศึกษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 200 ราย โดยเป็นผู้ป่วยชาย 100 รายและเป็นผู้ป่วยหญิง 100 ราย โดย ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ female sexual Function Index(FSFI) ในผู้หญิง และแบบสอบถาม The International Index of Erectile Function (IIEF) ในผู้ชายพบว่า

- ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบมีความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศถึง 82.5% ของผู้ป่วยทั้งหมด
- การศึกษานี้ก็ยังมีข้อจำกัดทั้งจากการใช้แบบสอบถามที่ต้องแยกประเมินในผู้ป่วยชายและหญิงและเป็นการศึกษาเฉพาะแต่ในผู้ป่วยเบาหวานโดยไม่มีเทียบกับกลุ่มควบคุม

7. Ambler DR และคณะ (7) ศึกษารายงานของฮอร์โมนเพศที่เกี่ยวกับภาวะความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้สูงอายุเพศหญิงพบว่า

- ความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศหญิงพบมีประมาณร้อยละ 25 ถึง 63 โดยพบความชุกสูงขึ้นในกลุ่มที่หมดประจำเดือนประมาณร้อยละ 68 ถึง 86.5 และพบว่า การลดลงของฮอร์โมนเพศทั้ง Estrogen และ Testosterone ส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพในเพศหญิง

- การลดลงของฮอร์โมน Estrogen ส่งผลให้ผนังช่องคลอดบางลงและมีอาการแห้งทำให้
เกิดความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ
 - การลดลงของฮอร์โมน Testosterone ส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลงและความ
พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง
8. Liao M และคณะ (8)ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับฮอร์โมน Testosterone กับภาวะอวัยวะ
เพศชายไม่แข็งตัวโดยใช้แบบสอบถามประเมินการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย The
International Index of Erectile Function (IIEF) ในผู้ป่วยชายจำนวน 1,776 ราย พบว่า
- พบความชุกของการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศชายถึงร้อยละ 47.6 และ พบว่าค่าระดับ
Testosterone ส่งผลต่อการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศชายโดยมีค่า odd ratio 1.02
 - นอกจากนี้พบว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีแนวโน้มเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุ, ผู้สูบบุหรี่
มากกว่า 20 มวน/วัน, ผู้ดื่มสุรามากกว่า 3 แก้ว/วัน, ผู้มีความดันโลหิตสูง, และ ผู้
มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันนั้นมักส่งผลกระทบต่อ
ต่อสภาวะทางจิตใจและครอบครัวผู้ป่วย โดยมักพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า (12) ภาวะวิตกกังวล
รวมถึงการขาดความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านศีลธรรม
และความเงินอายุของผู้ป่วยที่จะแจ้งปัญหาให้กับแพทย์ผู้ทำการรักษา รวมถึงแพทย์ส่วนใหญ่ก็มัก
ไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพทางเพศเท่าที่ควร ทำให้เรื่องนี้ไม่ได้รับการศึกษาอย่างดีเพียงพอจึง
ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่แพทย์ควร
ตระหนักถึงภาวะดังกล่าวเพื่อจะให้การวินิจฉัยโดยเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือถูกส่ง
ต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ ก็นับว่าเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง(12, 22, 23)

แนวทางการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสัน

1. การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-medication approach) เป็น การปรึกษารับฟังและให้
คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศซึ่งอาจจะใช้ร่วมกับการให้ยาอื่นหรือไม่ก็ได้ โดยปัจจุบันมี
แนวทางการให้คำปรึกษาแบบ Open Sexual Communication (28)โดยเป็นแนวทาง 4
ขั้นตอนที่แนะนำให้แพทย์ใช้ในการประเมินและวางแผนแนวทางในการรักษาภาวะเสื่อม
สมรรถภาพทางเพศดังนี้
 - ขั้นตอนที่ 1: เป็นการเริ่มเปิดประเด็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยที่จะต้องประเมิน
ถึงอายุ เพศ วัฒนธรรม และ ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยก่อน เพื่อจะทำให้ผู้ป่วย
เกิดความรู้สึกสบายใจที่จะให้คำตอบ ไม่เกิดความรู้สึกอึดอัด และมีความมั่นใจใน
การรักษาของแพทย์
 - ขั้นตอนที่ 2 : เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเริ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของตน

- ขั้นตอนที่ 3 : เป็นขั้นตอนการวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งจะต้องอิงจากอาการและการรักษาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ผลกระทบของสุขภาพทางเพศต่อตัวผู้ป่วยเองและคู่สมรส รวมถึงความร่วมมือในการที่จะเข้ารับการรักษา
- ขั้นตอนที่ 4 : เป็นขั้นตอนของการให้การักษา สามารถมีได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับคำแนะนำรักษากับผู้เชี่ยวชาญ การจ่ายยาหรือการปรับยาที่อาจส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษาแบบอื่น

โดยขั้นตอนของ Open Sexual Communication ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ถือว่ามีความสำคัญมากในการประเมินและให้การวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเพื่อที่แพทย์จะได้ทราบข้อมูลและวางแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง

2. การรักษาแบบใช้ยาหรือการผ่าตัด (Medical or Surgical approach) (29, 30)โดยมักจะใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาตามข้างต้น โดยสิ่งแรกจะต้องประเมินคือผลของโรคที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิมร่วมและยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิมต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เช่นผู้ป่วยพาร์กินสันบางรายที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วยใช้ยาต้านโรคซึมเศร้าที่มักมีผลทำให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อาจให้การรักษาหรือปรับเปลี่ยนยาเป็นกลุ่มอื่นที่ส่งผลกระทบต่อผลกระทบน้อย แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ ก็อาจจะพิจารณาการใช้ยาหรือการรักษาอื่นที่มีฤทธิ์เสริมสมรรถภาพทางเพศ เช่น การรักษาภาวะอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยพาร์กินสันเพศชายที่มีหลักฐานในการรักษา คือ

- PDE5 inhibitors (Sildenafil) : Grade A Recommendation
- Dopamine agonist (Apomorphine) : Grade B Recommendation

และยังมีคำแนะนำอื่นในการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันเช่น

- การทำ Deep Brain Stimulation ที่บริเวณ Subthalamic nucleus พบว่ามีผลทำให้สุขภาพทางเพศดีขึ้นในผู้ป่วยพาร์กินสันเพศชาย : Grade C Recommendation
- นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายที่มีความต้องการทางเพศมากผิดปกติ ก็มีคำแนะนำให้หยุดยาในกลุ่ม Dopamine agonist และให้ใช้ยา Levodopa แทน : Grade C Recommendation

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research design)

Descriptive, cross-sectional study

3.2 ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

กลุ่มประชากร (Population) และกลุ่มควบคุม (Control)

ผู้ป่วยพาร์กินสันที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก และประชากรกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีอายุและเพศตรงกับผู้ป่วยพาร์กินสัน (แตกต่างกันไม่เกิน 3 ปี) โดยคัดเลือกจากกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมและคลินิกเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งออกเป็นผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย และผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยพาร์กินสันเข้าร่วมการศึกษาวิจัย (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 18 ถึง 75 ปี
- ผู้ป่วยมีสัญชาติไทย
- ผู้ป่วยมีสถานภาพสมรส
- ผู้ป่วยมีความเข้าใจในภาษาไทยเป็นอย่างดีโดยสามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ทั้งในรูปการอ่านและการเขียน
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคพาร์กินสันตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ UKPDSBB
- ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้
- ผู้ป่วยแสดงความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยพาร์กินสันออกจากการศึกษาวิจัย (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาทุพพลภาพรุนแรง, ความจำเสื่อม, ภาวะสับสน หรืออยู่ในภาวะมีเมาน์มาจากยาหรือสารเสพติด โดยการทำแบบประเมินสภาวะสมองเสื่อมมีค่าต่ำกว่า 24 คะแนน
- ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงถาวรที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และอยู่ในภาวะที่อาจส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างชัดเจนเช่น ผู้ป่วยอัมพาตช่วงล่าง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกอย่างชัดเจนหรือไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วยไตวายที่ต้องเข้ารับการรักษาไต เป็นต้น

- ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเช่น ยาลดความดันโลหิต (B-blocker, Diuretics) ยาต้านเศร้า (TCAs, SSRI, MAOI) ยาแก้ปวด ยารักษาโรคจิต (neuroleptics) และยาเสพติด เป็นต้น หรือสารกระตุ้นสมรรถภาพทางเพศเช่น ยาไวอากร้า ยาสเตียรอยด์ ยาสมุนไพร ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันเข้าร่วมการศึกษาวิจัย (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยมีสัญชาติไทย
- ผู้ป่วยมีสถานภาพสมรส
- ผู้ป่วยมีความเข้าใจในภาษาไทยเป็นอย่างดีโดยสามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ทั้งในรูปการอ่านและการเขียน
- ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้
- ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน
- ผู้ป่วยจะต้องมีอายุและเพศตรงกับผู้ป่วยพาร์กินสัน (แตกต่างกันไม่เกิน 3 ปี) โดยคัดเลือกจากกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมและคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยอาการโรคอื่นซึ่งไม่มีรายงานถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างชัดเจน และมีความรุนแรงของโรคน้อย เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน และ โรคผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น
- ผู้ป่วยแสดงความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันออกจากการศึกษาวิจัย (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาทุพพลภาพบกพร่อง, ความจำเสื่อม, ภาวะสับสน หรืออยู่ในภาวะมีเมามาจากยาหรือสารเสพติด โดยการทำแบบประเมินสภาวะสมองเสื่อมมีค่าต่ำกว่า 24 คะแนน
- ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงถาวรที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และอยู่ในภาวะที่อาจส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างชัดเจนเช่น ผู้ป่วยอัมพาตช่วงล่าง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกอย่างชัดเจนหรือไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วยไตวายที่ต้องเข้ารับการล้างไต เป็นต้น
- ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเช่น ยาลดความดันโลหิต (B-blocker, Diuretics) ยาต้านเศร้า (TCAs, SSRI, MAOI) ยาแก้ปวด ยารักษาโรคจิต (neuroleptics) และยาเสพติด เป็นต้น หรือสารกระตุ้นสมรรถภาพทางเพศเช่น ยาไวอากร้า ยาสเตียรอยด์ ยาสมุนไพร ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การถอนตัวจากการศึกษาวิจัย(Withdrawal criteria)

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินแบบสอบถามหรือไม่สามารถเข้ารับการตรวจวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้

3.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง (ple size calculationSam)

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการหาความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจากการประเมินด้วยแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา (ASEX) ซึ่งถือว่าเป็นงานวิจัยใหม่ จึงต้องทำ การศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เพื่อหาอัตราส่วนมาใช้ในการคำนวณหาขนาดประชากรที่จะใช้ในการศึกษา โดยการศึกษา นำร่องนั้นทำโดยการสุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 10 ราย และผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีเพศและอายุตรงกันจำนวน 10 ราย

Sample size calculation

$$n = \frac{\left\{ Z_{\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{(1-\beta)} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$Z_{\alpha/2}$ = 95% CI, $Z_{(1-\beta)}$ = type II error

p_1 = ค่าสัดส่วนของ outcome ในกลุ่มที่ 1

p_2 = ค่าสัดส่วนของ outcome ในกลุ่มที่ 2

$p = (p_1 + p_2) / 2$

n = จำนวนตัวอย่าง (คู่)

จากการทำการศึกษานำร่องพบว่า

P_1 = อัตราการเกิดเหตุการณ์ในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน = 0.4

P_2 = อัตราการเกิดเหตุการณ์ในกลุ่มที่เป็นโรคพาร์กินสัน = 0.7

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{\left\{ Z_{\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n = \frac{\left\{ (1.96) \sqrt{2(0.55)(0.45)} + (1.28) \sqrt{(0.4)(1-0.4) + (0.7)(1-0.7)} \right\}^2}{(0.4-0.7)^2}$$

$$n = 56$$

หลังจากแทนค่าในสูตรพบว่าคำนวณได้ทั้งหมด 56 คู่แบ่งเป็นผู้ป่วยพาร์กินสันกลุ่มละ 56 ราย และผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันกลุ่มละ 56 ราย

ดังนั้นต้องใช้ตัวอย่างกลุ่มเป็นผู้ป่วยพาร์กินสัน 60 ราย และ ผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสัน

60 ราย

3.4 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย จะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย และปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการวิจัย ดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยจะได้อ่านเอกสารชี้แจงการวิจัยและได้รับการอธิบายถึงโครงการวิจัยโดยละเอียด ได้แก่ วัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การปฏิบัติของโครงการวิจัย การถอนตัวออกจากการวิจัย และการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ เป็นต้น โดยผู้ป่วยสามารถซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับการวิจัยและมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยเซ็นยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม ระยะเวลาที่เป็นโรค ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และประวัติครอบครัว และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดจะถูกเจาะเลือดเพื่อตรวจตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าการทำงานของไต ความเข้มข้นของเลือด ระดับสารยูริก ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและเอสโตรเจน เนื่องจากมีรายงานวิจัยที่พบว่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต ภาวะยูริกในเลือดสูงและผู้ป่วยที่มีระดับฮอร์โมนเพศต่ำลง นั้นส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
- ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพ ตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียดและผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันจะได้รับการตรวจวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank's clinical criteria for the diagnosis of probable Parkinson's disease (UKPDSBB)
- ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องหยุดยาที่อาจส่งผลต่อสมรรถภาพทางเพศเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกประเมินด้วยแบบทดสอบภาวะความจำเสื่อมฉบับภาษาไทย (Thai Mini Mental Status Examination) และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยและ ต้องทำแบบทดสอบประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนาฉบับภาษาไทย (Arizona Sexual Experience Scale) ด้วยตนเอง
- ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคพาร์กินสันจะได้รับการ ประเมินอาการโดยใช้ Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) ในขณะที่ยาหมดฤทธิ์โดยผู้ป่วยต้องหยุดยารักษาโรคพาร์กินสันทั้งหมดอย่างน้อย 12 ชั่วโมงก่อนการตรวจ ซึ่งจะทำได้โดยแพทย์ เฉพาะทางสาขาการเคลื่อนไหวผิดปกติ 2 คนซึ่งปกปิดข้อมูลซึ่งกันและกัน
- การทดสอบและการเจาะตรวจเลือดจะใช้เวลาโดยรวมประมาณ 1 ชั่วโมง ต่อผู้ป่วยหนึ่งราย หลังการทดสอบ หากผู้ป่วยมีอาการปกติ ก็สามารถกลับบ้านได้

3.5 การรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูล

- ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม ระยะเวลาที่เป็นโรค ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และประวัติครอบครัว
- ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดจะถูกเจาะเลือดจำนวน 10 ซีซี เพื่อตรวจตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าการทำงานของไต ความเข้มข้นของเลือด ระดับสารยูริก ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและเอสโตรเจน
- ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกจำแนกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank's clinical criteria for the diagnosis of probable Parkinson's disease และ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสัน
- ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องหยุดยาที่อาจส่งผลต่อสมรรถภาพทางเพศเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะต้องทำแบบทดสอบ Arizona Sexual experience Scale ด้วยตนเองและได้รับการประเมินภาวะความจำเสื่อมด้วยแบบทดสอบภาวะความจำเสื่อมฉบับภาษาไทย (Thai Mini Mental Status Examination) และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทย
- ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน จะได้รับการประเมินอาการทางคลินิก โดยแบบประเมิน Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)

3.6 การเปิดเผยข้อมูลที่แสดงตัวตนของผู้ป่วย

ข้อมูลที่แสดงตัวตนของผู้ป่วยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการนำข้อมูลที่แสดงตัวตนของผู้ป่วยไปเปิดเผยโดยเด็ดขาด สำหรับการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ จะใช้รหัสแทนตัวผู้ป่วยแต่ละราย ในการตีพิมพ์ผลงานการวิจัยหรือนำเสนอผลงานวิชาการจะเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย จะไม่มีการนำข้อมูลที่แสดงตัวตนของผู้ป่วยไปเปิดเผยโดยเด็ดขาด หากมีความจำเป็นต้องแสดงข้อมูลที่เป็นตัวตนของผู้ป่วย จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

- รายงานค่าเฉลี่ยของ Arizona Sexual Experience Scale ในผู้ป่วยกลุ่มโรคพาร์กินสันและผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันโดยรายงานเป็นค่า Mean (SD)
- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแต่ละหัวข้อของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคพาร์กินสัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันโดยข้อมูลกลุ่มจะใช้ Chi-square test และข้อมูลที่เป็นเลขต่อเนื่องที่มีลักษณะการกระจายปกติ (Normal

distribution) จะใช้ unpaired T-test แต่ข้อมูลที่เป็นเลขต่อเนื่องที่มีลักษณะการกระจายไม่ปกติ (Skew distribution) จะใช้ Nonparametric test

- ความเสี่ยงของการเป็นโรคพาร์กินสันต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคำนวณเป็นค่า odd ratio
- ปัจจัยเสี่ยงอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มคำนวณโดย Multivariate analysis



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรที่นำมาศึกษา

อยู่ในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม 2555 ถึง กันยายน 2556 มีคนไข้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ และคนไข้ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมคลินิกตรวจสุขภาพ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนทั้งหมด 120 ราย แบ่งเป็นคนไข้โรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย โดยทุกคนยินยอมเข้าร่วมการศึกษานี้

2. ข้อมูลพื้นฐานของคนไข้ทั้งหมด (ตารางที่ 1)

จากผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 120 ราย แบ่งเป็นคนไข้โรคพาร์กินสัน 60 ราย และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย ในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันพบเป็นเพศชายจำนวน 35 ราย (คิดเป็นร้อยละ 58.3) และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 57.33 ปี (SD = 7.88) ในขณะที่กลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันพบเป็นเพศชายจำนวน 35 ราย (คิดเป็นร้อยละ 58.3) และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 54.57 ปี (SD = 7.70) โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเพศในคนทั้งสองกลุ่ม ($P = 1.000$) และอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มเช่นกัน ($P = 0.054$)

การประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index ; BMI) ของคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.94 (SD = 3.23) และ 25.36 (SD = 3.25) ตามลำดับ โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าดัชนีมวลกายระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($P < 0.001$)

จำนวนผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรีในคนไข้โรคพาร์กินสันมีจำนวน 32 ราย (คิดเป็นร้อยละ 53.3) และในคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันมีจำนวน 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 11.7) โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับการศึกษาระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($P < 0.001$) และพบจำนวนผู้ที่มีอาชีพรับราชการในคนไข้โรคพาร์กินสันมีจำนวน 28 ราย (คิดเป็นร้อยละ 46.7) และในคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันมีจำนวน 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 11.7) โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอาชีพระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($P < 0.001$) เช่นกัน

ในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ทำการศึกษา ไม่พบมีผู้ที่กำลังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน (คิดเป็นร้อยละ 0) แต่ในคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 9 ราย (คิดเป็นร้อยละ 15) โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการสูบบุหรี่ระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($P = 0.005$) นอกจากนี้พบจำนวนผู้ดื่มสุราในคนไข้โรคพาร์กินสันมีจำนวน 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5) และมีจำนวนผู้ดื่มสุราในคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 22 ราย (คิดเป็นร้อยละ 36.7) โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการดื่มสุราระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($P < 0.001$) เช่นกัน

พบคนไข้โรคพาร์กินสันที่ยังอาศัยอยู่กับคู่สมรมีจำนวน 60 ราย (คิดเป็นร้อยละ 100) และในคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันมีจำนวน 58 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.7) โดยไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการอาศัยอยู่กับคู่สมรระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($P = 0.154$)

การศึกษาถึงผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมเทียบระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.283$) ในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันมีจำนวน 13 ราย (คิดเป็นร้อยละ 21.7 และกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันมีจำนวน 12 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20) โดยโรคที่พบร่วมได้บ่อยที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือโรคไขมันในโลหิตสูง ซึ่งพบจำนวน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 10) ในคนไข้โรคพาร์กินสัน และพบจำนวน 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 8.33) ในคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน

3. ผลการเปรียบเทียบปัจจัยที่ศึกษา

จากผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 120 รายแบ่งเป็นคนไข้โรคพาร์กินสัน 60 ราย และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ทำแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาฉบับภาษาไทย แบบประเมินสภาพสมองของไทย (Thai Mini Mental Status examination หรือ TMSE) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทย และได้เจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกราย

3.1 การทดสอบโดยใช้แบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาฉบับภาษาไทย (ตารางที่ 1)

พบมีความแตกต่างของคะแนนที่ได้จากแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาฉบับภาษาไทยระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ ASEX ตั้งแต่ข้อที่ 1, 3, 4, 5 และคะแนนรวม ASEX ($P < 0.05$) โดยคะแนนรวม ASEX เฉลี่ยในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันเท่ากับ 21.35 ($SD = 5.64$) และกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันเท่ากับ 17.17 ($SD = 5.39$) นอกจากนี้พบว่าจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือนในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

3.2 การทดสอบโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองของไทย (Thai Mini Mental Status Examination) (ตารางที่ 1)

ผลการทดสอบโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองของไทยในคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน พบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.32 ($SD = 1.39$) และ 28.70 ($SD = 0.85$) ตามลำดับ ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยระหว่างคนทั้งสองกลุ่ม ($P = 0.072$)

3.3 การทดสอบโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทย (ตารางที่ 1)

คะแนนจากการตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทย พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสัน และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ($P < 0.001$) โดยพบมีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันเท่ากับ 11.85 ($SD = 5.01$) และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน 6.27 ($SD = 2.18$) นอกจากนี้การประเมิน

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากคะแนน HAMD มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ก็พบว่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ($P < 0.001$) โดยพบมีในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 48 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80) และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 18 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30)

คะแนนจากการตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยข้อที่ 14 ซึ่งถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศก็พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ($P < 0.001$) โดยพบมีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสัน เท่ากับ 0.75 (SD = 0.60) และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน เท่ากับ 0.33 (SD = 0.51)

3.4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน(ตารางที่ 2)

จากการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่า BUN, Creatinine และค่า Uric acid มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ($P < 0.05$) โดยค่า BUN เท่ากับ 13.78 mg/dl (SD = 3.73) และ 11.80 mg/dl (SD = 2.68) ตามลำดับ และค่า Creatinine เท่ากับ 0.78 mg/dl (SD = 0.19) และ 0.88 mg/dl (SD = 0.20) ตามลำดับ และค่า Uric acid เท่ากับ 4.65 mg/dl (SD = 1.18) และ 6.45 mg/dl (SD = 3.66) ตามลำดับ แต่จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าความเข้มข้นเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และ ฮอร์โมนเพศ

3.5 การศึกษาในกลุ่มคนไข้ที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจากการใช้แบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาฉบับภาษาไทย(ตารางที่ 3)

จากการศึกษานำร่องในคนไข้โรคพาร์กินสันที่เป็นคนไทยจำนวน 40 ราย ในการพัฒนาแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาฉบับภาษาไทยในคนไข้โรคพาร์กินสันพบว่าแบบประเมินดังกล่าวมีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือสูง โดยพบว่าคะแนนรวม ASEX มากกว่าหรือเท่ากับ 16 จะมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 96.2 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.9 ในการคัดกรองภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในคนไข้โรคพาร์กินสันที่เป็นคนไทย การศึกษานี้จึงให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 120 รายทำแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาฉบับภาษาไทย โดยจะให้การวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเมื่อพบคะแนนรวม ASEX ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 16 โดยมีการแบ่งเป็นกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

พบคนไข้ที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศทั้งหมด 78 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 49 ราย (คิดเป็นร้อยละ 81.6 ของจำนวนคนไข้โรคพาร์กินสัน) และกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 29 ราย (คิด

เป็นร้อยละ 48.3 ของจำนวนคนที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสัน) เมื่อนำข้อมูลของแต่ละกลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่าจำนวนของตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อยและจากการตรวจการแจกแจงของข้อมูลด้วยวิธี skewness/kurtosis และ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีการการแจกแจงแบบไม่ปกติจึงต้องทำการคำนวณเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการวิเคราะห์สถิติแบบไม่ใช้พารามิเตอร์

จากการศึกษาระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 49 ราย และกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 29 รายพบว่าอายุ และคะแนนที่ได้จากแบบประเมินสภาพสมองของไทย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($P=0.25$ และ $P=0.33$ ตามลำดับ)

แต่พบว่าค่าดัชนีมวลกาย คะแนนจากการตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยทั้งแบบคะแนนรวมและคะแนนในข้อที่ 14 และ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือนมีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันนั้นมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า ($P<0.001$) คะแนนจากการตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยแบบคะแนนรวมมีคะแนนสูงกว่า ($P<0.001$) นอกจากนี้การประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากคะแนน HAMD มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ก็พบว่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ($P < 0.001$) โดยพบมีในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบผู้มีภาวะซึมเศร้า 48 ราย (คิดเป็นร้อยละ 98) และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบผู้มีภาวะซึมเศร้า 13 ราย (คิดเป็นร้อยละ 44.8)

คะแนนจากการตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยในข้อที่ 14 มีคะแนนสูงกว่า ($P=0.047$) และมีจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือนน้อยกว่า ($P=0.002$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และดื่มสุราพบว่าในกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันพบมีผู้ดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่า BUN ค่า Uric acid และค่าฮอร์โมนเอสโตรเจน โดยพบว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีค่า BUN สูงกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ($P=0.001$) แต่เมื่อพิจารณาถึงค่า Uric acid พบว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีค่า Uric acid ต่ำกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ($P<0.001$) และกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก็พบมีค่าฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ($P=0.002$)

3.6 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีหรือไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอาริโซนา (ตารางที่ 4)

จากการศึกษาในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันเพศชายจำนวน 60 ราย พบคนไข้ที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 49 ราย (คิดเป็นร้อยละ 81.7) และคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 11 ราย (คิดเป็นร้อยละ 18.3)

เมื่อนำข้อมูลของแต่ละกลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่าจำนวนของตัวอย่างมีจำนวนน้อยและจากการตรวจการแจกแจงของข้อมูลด้วยวิธี skewness/kurtosis และ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีการการแจกแจงแบบไม่ปกติจึงต้องทำการคำนวณเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงสถิติแบบไม่ใช้พารามิเตอร์

จากการศึกษาระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 49 ราย และกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 11 ราย โดยการศึกษาพบว่าคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบว่าอายุ ค่าดัชนีมวลกาย ปริมาณของยาพาร์กินสัน และคะแนนที่ได้จากแบบประเมินสภาพสมองของไทย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($P=0.354$, $P=0.606$, $P=0.204$ และ $P=0.551$ ตามลำดับ)

แต่พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคพาร์กินสัน คะแนน Hoehn and Yahr คะแนน UPDRS ส่วนที่ 1 ถึง 5 และคะแนนรวมของ UPDRS คะแนนจากการตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยทั้งแบบคะแนนรวมและคะแนนในข้อที่ 14 คะแนน ASEX ข้อที่ 1 ถึง 5 และคะแนนรวม ASEX และจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือนมีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญโดย

กลุ่มคนไข้ที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีระยะเวลาการเป็นโรคพาร์กินสันนานกว่า ($P=0.002$) , มีคะแนน Hoehn and Yahr สูงกว่า, มีคะแนน UPDRS ส่วนที่ 1 สูงกว่า ($P=0.001$), มีคะแนน UPDRS ส่วนที่ 2 สูงกว่า ($P=0.016$), มีคะแนน UPDRS ส่วนที่ 3 สูงกว่า ($P=0.013$), มีคะแนน UPDRS ส่วนที่ 4 สูงกว่า ($P=0.001$), มีคะแนนรวม UPDRS สูงกว่า ($P=0.003$), มีคะแนนรวม HAMD สูงกว่า ($P=0.02$), มีคะแนน HAMD ในข้อที่ 14 สูงกว่า ($P=0.003$), มีคะแนน ASEX ข้อที่ 1 สูงกว่า ($P<0.001$), มีคะแนน ASEX ข้อที่ 2 สูงกว่า ($P<0.001$), มีคะแนน ASEX ข้อที่ 3 สูงกว่า ($P<0.001$), มีคะแนน ASEX ข้อที่ 4 สูงกว่า ($P<0.001$), มีคะแนน ASEX ข้อที่ 5 สูงกว่า ($P<0.001$), มีคะแนนรวม ASEX สูงกว่า ($P<0.001$) และมีจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือนน้อยกว่า ($P<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

นอกจากนี้การประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากคะแนน HAMD มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ก็พบว่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและคนที่เป็นโรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ($P < 0.001$) โดยพบมีในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 48 ราย (คิดเป็นร้อยละ 98) และคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 0 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0)

นอกจากนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก็พบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.7 การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยการประเมินจากการทำ Binary Logistic Regression Analysis ในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 120 ราย (ตารางที่ 5)

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) จะมีหลักการเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม และตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) และนำสมการหรือค่าแต้มต่อ (Odds ratio) ที่ได้ไปประมาณหรือพยากรณ์โอกาสในการเกิดตัวแปรตาม

วิธีในการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการจะมีหลายวิธี แต่ในการศึกษานี้จะใช้วิธี Forward(Wald) ซึ่งเป็นเทคนิค Forward stepwise เทคนิคหนึ่งที่ใช้ทดสอบเพื่อเลือกตัวแปรของสมการถดถอยโลจิสติก โดยจะต้องพิจารณาจากค่าความน่าจะเป็นของสถิติ Wald

จากการศึกษาจะกำหนดให้ตัวแปรตามคือการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา โดยคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 16 จะถือว่ามีความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์จำนวน 2 ตัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสมการที่ได้จากตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 56 คือการไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ($P < 0.001$) และการมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 ($P < 0.001$) โดย

1. ผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 14 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
2. ผู้ที่ไม่ปัญหาสุขภาพทางเพศประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 (มีคะแนน HAMD มากกว่าหรือเท่ากับ 1) จะมีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 7 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ปัญหาสุขภาพทางเพศประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 (มีคะแนน HAMD ข้อที่ 14 เท่ากับ 0)

3.8 การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยการประเมินจากการทำ Binary Logistic Regression Analysis ในกลุ่มคนใช้โรคพาร์กินสัน 60 ราย (ตารางที่ 6)

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) จะมีหลักการเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม และตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) และนำสมการหรือค่าแต้มต่อ (Odds ratio) ที่ได้ไปประมาณหรือพยากรณ์โอกาสในการเกิดตัวแปรตาม

วิธีในการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการจะมีหลายวิธี แต่ในการศึกษานี้จะใช้วิธี Forward(Wald) ซึ่งเป็นเทคนิค Forward stepwise เทคนิคหนึ่งที่ใช้ทดสอบเพื่อเลือกตัวแปรของสมการถดถอยโลจิสติก โดยจะต้องพิจารณาจากค่าความน่าจะเป็นของสถิติ Wald

จากการศึกษาจะกำหนดให้ตัวแปรตามคือ การมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา โดยคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 16 จะถือว่ามีความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระจำนวน 2 ตัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสมการที่ได้จากตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 49 คือ การไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ($P=0.003$) และการมีความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่ 1 ($P=0.025$) ซึ่งเป็นส่วนที่ถามเกี่ยวกับระดับพุทธิปัญญาและอาการทางจิตเวช โดย

1. ผู้ป่วยพาร์กินสันที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 15 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

2. ผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่ 1 (คะแนน UPDRS ส่วนที่ 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน) จะมีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 7 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่ 1 (คะแนน UPDRS ส่วนที่ 1 เท่ากับ 0 คะแนน)

3.9 การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยการประเมินจากการทำ Binary Logistic Regression Analysis ในกลุ่มคนไข้ที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย (ตารางที่ 7)

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) จะมีหลักการเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม และตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) และนำเสนอสมการหรือค่าแต้มต่อ (Odds ratio) ที่ได้ไปประมาณหรือพยากรณ์โอกาสในการเกิดตัวแปรตาม

วิธีการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการจะมีหลายวิธี แต่ในการศึกษานี้จะใช้วิธี Forward (Wald) ซึ่งเป็นเทคนิค Forward stepwise เทคนิคหนึ่งที่ใช้ทดสอบเพื่อเลือกตัวแปรของสมการถดถอยโลจิสติก โดยจะต้องพิจารณาจากค่าความน่าจะเป็นของสถิติ Wald

จากการศึกษาจะกำหนดให้ตัวแปรตามคือ การมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา โดยคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 16 จะถือว่ามีความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระจำนวน 2 ตัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสมการที่ได้จากตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 54 คือ การไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ($P<0.001$) และการมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 ($P=0.009$) โดย

1. ผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 14 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

2. ผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทางเพศประเมนจาก HAMD ข้อที่ 14 (มีคะแนน HAMD มากกว่าหรือเท่ากับ 1) จะมีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทางเพศประเมนจาก HAMD ข้อที่ 14 (มีคะแนน HAMD ข้อที่ 14 เท่ากับ 0)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปผลการวิจัย และ ข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในคนไข้โรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย และคนที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติและคลินิกอายุรกรรม คลินิกตรวจสุขภาพ และคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลา 9 เดือนของงานวิจัยพบว่า จากการใช้แบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาในการวินิจฉัยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 49 ราย (คิดเป็นร้อยละ 81.6) ซึ่งเป็นเพศชายจำนวน 27 ราย (คิดเป็นร้อยละ 77.14) เพศหญิงจำนวน 22 ราย (คิดเป็นร้อยละ 88) และ กลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 29 ราย (คิดเป็นร้อยละ 48.3) ซึ่งเป็นเพศชายจำนวน 11 ราย (คิดเป็นร้อยละ 31.42) เพศหญิงจำนวน 18 ราย (คิดเป็นร้อยละ 62.06) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเป็นอาการที่พบได้บ่อยในคนไข้โรคพาร์กินสัน และโดยมีความชุกของการเกิดใกล้เคียงเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นที่มีการรายงานสูงถึงร้อยละ 68.4 ในเพศชายและร้อยละ 87.5 ในเพศหญิง (22) ในขณะที่ความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันอยู่ที่ร้อยละ 31 ในเพศชายและร้อยละ 43 ในเพศหญิง (1)

จากข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มที่ประกอบด้วย อายุ การประเมินสภาพสมอง การอาศัยอยู่กับคู่สมรส และการมีโรคประจำตัวอื่นร่วม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้การเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มมีความน่าเชื่อถือมาก เนื่องจากอายุที่ถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศนั้นไม่แตกต่างกันและการประเมินสภาพสมองโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองของไทยซึ่งเป็นแบบทดสอบที่เป็นมาตรฐานเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันเช่นกัน ทำให้มั่นใจได้ว่าคนไข้ทั้งสองกลุ่มไม่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกันนอกจากนี้จำนวนผู้ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสมีจำนวนไม่แตกต่างกัน จึงทำให้มั่นใจได้ว่าทั้งสองกลุ่มมีโอกาสของการมีเพศสัมพันธ์เท่ากัน และการมีโรคประจำตัวร่วมไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มทำให้พื้นฐานทางสุขภาพของทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกันจึงทำให้อิทธิพลของโรคหรือการรักษาอื่นน่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการแปลความหมายของข้อมูล

แต่อย่างไรก็ตามพบมีข้อมูลที่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การประเมินภาวะซึมเศร้า และ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือน ซึ่งพบว่าปัจจัยดังกล่าวน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคของโรคพาร์กินสัน

โดยเมื่อพิจารณาถึงค่าดัชนีมวลกาย พบว่าคนไข้โรคพาร์กินสันมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันและ คนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเช่นกัน ซึ่งก็สอดคล้องกับผล

การศึกษาอื่นที่พบว่าคนไข้โรคพาร์กินสันพบมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าประชากรทั่วไป และจะพบน้ำหนักตัวน้อยลงมากขึ้นในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงคะแนนจากการตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยพบว่าคนไข้โรคพาร์กินสันพบมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญ และคนไข้โรคพาร์กินสันก็มีคะแนนของแบบภาวะซึมเศร้า HAMD ทั้งแบบคะแนนรวมและคะแนนในข้อที่ 14 สูงกว่าคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน อีกทั้งในคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก็พบมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ และคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก็มีคะแนนของแบบภาวะซึมเศร้า HAMD ทั้งแบบคะแนนรวมและคะแนนในข้อที่ 14 สูงกว่าคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า และมีคะแนนของแบบภาวะซึมเศร้า HAMD ทั้งแบบคะแนนรวมและคะแนนในข้อที่ 14 สูงกว่าคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งช่วยสนับสนุนว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในคนไข้โรคพาร์กินสันโดยน่าจะเป็นผลจากโรคพาร์กินสัน และการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศนั้นสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า

จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือนก็พบความแตกต่างกันโดยพบว่าคนไข้โรคพาร์กินสันพบมีจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแม้ว่าจะมีจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวก็สอดคล้องไปกับคะแนนรวมของแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาที่มีคะแนนรวมในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันสูงกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันอย่างชัดเจน จึงช่วยสนับสนุนว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันมีแนวโน้มที่จะพบความรุนแรงของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันและอาการดังกล่าวน่าจะเป็นจากตัวโรคพาร์กินสันโดยตรง

จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และดื่มสุราในปัจจุบันพบว่าในกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันพบอัตราการสูบบุหรี่และดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาโดยประเมินผู้ที่ดื่มหรือเคยดื่มสุรามาก่อน (50% ต่อ 41.7%) หรือผู้ที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่มาก่อน (33.3% ต่อ 40%) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม และพบว่าส่วนใหญ่ของคนไข้พาร์กินสันที่เคยมีประวัติดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ก็จะหยุดพฤติกรรมนั้นภายหลังจากรับทราบว่าเป็นโรคพาร์กินสันจึงบ่งว่าผู้ป่วยพาร์กินสันไทยมีความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และคนไข้มักเข้าใจว่าการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรานั้นน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพาร์กินสันหรือทำให้อาการโรคพาร์กินสันแย่ลง

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่า BUN ค่า Creatinine และ ค่า Uric acid โดยพบว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันมีค่า BUN สูงกว่า, ค่า Creatinine ต่ำกว่า และ ค่า Uric acid ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน และกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบมีค่า BUN

สูงกว่า, ค่าฮอริโมนเอสโตรเจนสูงกว่า และมีค่า uric acid ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวจะไม่สนับสนุนการศึกษาอื่นที่เคยระบุว่าภาวะยูริกสูงจะสัมพันธ์กับการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

จากการศึกษาเฉพาะในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันจำนวน 60 ราย พบผู้ที่ที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 49 ราย (คิดเป็นร้อยละ 81.7) และคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 11 ราย (คิดเป็นร้อยละ 18.3)

โดยความรุนแรงของโรคพาร์กินสันจะประเมินจากคะแนนที่เป็นมาตรฐานคือ Hoehn and Yahr และคะแนน UPDRS โดยคะแนน Hoehn and Yahr ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 จะบ่งถึงความรุนแรงของโรคพาร์กินสัน โดยจะมีอาการเคลื่อนไหวช้า แข็งเกร็ง เป็นทั้งสองด้านของร่างกายร่วมกับการทรงตัวที่ผิดปกติ โดยจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีความรุนแรงของโรคพาร์กินสันมากกว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบคะแนน UPDRS สูงกว่าในทุกห้วข้อย่อย และคะแนนรวมของ UPDRS และพบจำนวนคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่มีคะแนน Hoehn and Yahr มากกว่าหรือเท่ากับ 3 จำนวน 25 ราย (คิดเป็นร้อยละ 51) ในขณะที่กลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีคะแนน Hoehn and Yahr มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เพียง 2 ราย (คิดเป็นร้อยละ 18.2) จึงเป็นข้อสังเกตได้ว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศน่าจะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคพาร์กินสันโดยอาจเป็นผลจากความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ หรือเป็นผลจากการเคลื่อนไหวที่ช้าลงและแข็งเกร็งร่วมกับอาการทรงตัวที่ไม่ดีของคนไข้ทำให้การมีเพศสัมพันธ์มีความลำบากมากขึ้น

นอกจากนี้ในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันก็พบมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยได้มากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน และผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก็มีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบ Hamilton Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยทั้งแบบคะแนนรวมและเฉพาะคำถามข้อที่ 14 ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศ ก็พบว่ามีความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งว่าคนไข้พาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบการเกิดภาวะซึมเศราร่วมด้วยได้บ่อย ซึ่งอาจเป็นผลจากตัวโรคพาร์กินสันเองที่มีความรุนแรงมากขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายจิตใจและสุขภาพทางเพศหรืออาจเป็นผลจากการที่คนไข้มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแล้วทำให้คนไข้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าท้อแท้เป็นต้น

ในการศึกษานี้ได้หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ในกลุ่มคนไข้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 120 ราย โดยการใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ซึ่งจะมีหลักการคือศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม และตัวแปรอิสระ ซึ่งในที่นี้ตัวแปรตามคือการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา

จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระจำนวน 2 ตัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ คือการไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 โดยผู้ที่ไม่ใช่เพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อม

สมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 14 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางเพศประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 จะมีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 7 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทางเพศประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 นอกจากนี้พบว่า การเป็นโรคพาร์กินสันไม่ทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามค่าที่ได้มีความแม่นยำในการพยากรณ์อยู่ที่ร้อยละ 56 แสดงถึงว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแต่ไม่ได้นำเข้าร่วมในการศึกษา

การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ในกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 60 ราย ซึ่งในที่นี้ตัวแปรตามคือการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระจำนวน 2 ตัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการมีความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นส่วนที่ถามเกี่ยวกับระดับพุทธิปัญญาและอาการทางจิตเวช โดยผู้ป่วยพาร์กินสันที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 15 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่ 1 จะมีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 7 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มี ความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่ 1 แต่อย่างไรก็ตามค่าที่ได้มีความแม่นยำในการพยากรณ์อยู่ที่ร้อยละ 49 แสดงถึงว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแต่ไม่ได้นำเข้าร่วมในการศึกษาอีกเช่นกัน

การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ในกลุ่มคนไข้ที่เป็นโรคพาร์กินสันที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 60 ราย ซึ่งในที่นี้ตัวแปรตามคือการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา

จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระจำนวน 2 ตัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และ การมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 โดย ผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 14 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางเพศประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 จะมีความเสี่ยงของการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็น 8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทางเพศประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 แต่อย่างไรก็ตามค่าที่ได้มีความแม่นยำในการพยากรณ์อยู่ที่ร้อยละ 54 แสดงถึงว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแต่ไม่ได้นำเข้าร่วมในการศึกษาอีกเช่นกัน

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเป็นอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และมีกพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า โดยในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันพบมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญ และ ในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก็พบมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก็พบมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน จึงบ่งชี้ว่าภาวะซึมเศร้านั้นพบร่วมได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้พยากรณ์โอกาสของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยทั้งหมดพบว่าการไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้เหตุผลหลักที่ทางผู้วิจัยต้องการศึกษา คือการเป็นโรคพาร์กินสันทำให้มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรือไม่ จากการศึกษาพบว่า การเป็นโรคพาร์กินสันไม่ทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมากขึ้น

การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเฉพาะผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่าการไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการพบความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นส่วนที่ถามเกี่ยวกับระดับพุทธิปัญญาและอาการทางจิตเวช ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเฉพาะกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันพบว่า การไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่ 14 ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน

ทั้งนี้เนื่องจากตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนประชากรน้อยจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อหาว่าการเป็นโรคพาร์กินสันทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมากขึ้นหรือไม่หรืออาจมีอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่จะส่งผลต่อการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเพื่อใช้ในการพยากรณ์หรือใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวในอนาคต

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสัน (n = 60)	กลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน (n = 60)	P-value
เพศชาย	35 (58.3%)	35 (58.3%)	1.000 Φ
อายุ (ปี)	57.33 \pm 7.88	54.57 \pm 7.70	0.054 \bar{D}
ค่า BMI	21.94 \pm 3.23	25.36 \pm 3.25	<0.001 \bar{D} *
จำนวนผู้มีการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี (%)	32 (53.3%)	7 (11.7%)	<0.001 Φ *
จำนวนผู้มีอาชีพรับราชการ (%)	28 (46.7%)	7 (11.7%)	<0.001 Φ *
จำนวนผู้มีโรคประจำตัวอื่นร่วม (%)	13 (21.7%)	12 (20%)	0.283 Φ
จำนวนผู้สูบบุหรี่ (%)	0 (0%)	9 (15%)	0.005 Φ *
จำนวนผู้ดื่มสุรา (%)	3 (5%)	22 (36.7%)	<0.001 Φ *
จำนวนผู้ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (%)	60 (100%)	58 (96.7%)	0.154 Φ
คะแนน TMSE (คะแนน)	28.32 \pm 1.39	28.70 \pm 0.85	0.072 \bar{D}
คะแนน HAMD (คะแนน)	11.85 \pm 5.01	6.27 \pm 2.18	<0.001 \bar{D} *
คะแนน HAMD ข้อที่ 14	0.75 \pm 0.60	0.33 \pm 0.51	<0.001 \bar{D} *
จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้า (%)	48 (80)	18 (30)	<0.001 \bar{D} *
จำนวนผู้มีคะแนน H&Y มากกว่าหรือเท่ากับ 3	27 (45%)		
คะแนน UPDRS ส่วนที่ 1	1.60 \pm 1.23		
คะแนน UPDRS ส่วนที่ 2	9.17 \pm 5.37		
คะแนน UPDRS ส่วนที่ 3	25.45 \pm 12.01		
คะแนน UPDRS ส่วนที่ 4	5.57 \pm 3.84		
คะแนน UPDRS ทั้งหมด	41.77 \pm 19.85		
คะแนน ASEX			
● ASEX ข้อที่ 1	3.95 \pm 1.35	3.42 \pm 1.26	0.028 \bar{D} *
● ASEX ข้อที่ 2	3.88 \pm 1.35	3.45 \pm 1.21	0.069 \bar{D}
● ASEX ข้อที่ 3	4.43 \pm 1.22	3.38 \pm 1.10	<0.001 \bar{D} *
● ASEX ข้อที่ 4	4.45 \pm 1.18	3.47 \pm 1.06	<0.001 \bar{D} *
● ASEX ข้อที่ 5	4.62 \pm 1.22	3.27 \pm 1.31	<0.001 \bar{D} *
● คะแนนรวม ASEX	21.35 \pm 5.64	17.17 \pm 5.39	<0.001 \bar{D} *
จำนวนการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือน	1.02 \pm 1.36	2.32 \pm 2.12	<0.001 \bar{D} *

\bar{D} ; unpaired T-test, Φ ; Chi-square test,*; Statistically significant(P <0.05)

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	กลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสัน (n = 60)	กลุ่มคนไม่เป็นโรคพาร์กินสัน (n = 60)	P-value
ค่าความเข้มข้นเลือด (%)	40.05 ± 3.47	41.06 ± 3.91	0.139 ^δ
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	104.08 ± 19.23	104.30 ± 25.92	0.959 ^δ
ค่า BUN (mg/dl)	13.78 ± 3.73	11.80 ± 2.68	0.001 ^{δ*}
ค่า creatinine (mg/dl)	0.78 ± 0.19	0.88 ± 0.20	0.009 ^{δ*}
ค่า Uric acid (mg/dl)	4.65 ± 1.18	6.45 ± 3.66	<0.001 ^{δ*}
ค่า Estradiol (pmole/L)	81.79 ± 63.74	80.67 ± 151.27	0.958 ^δ
ค่า Testosterone (nmole/L)	9.14 ± 8.47	7.65 ± 7.29	0.303 ^δ
^δ ; unpaired T-test, [*] ; Statistically significant(P <0.05)			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันโดยใช้แบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (n = 49)		กลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (n = 29)		P-value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks	
อายุ (ปี)	41.76	2046.0	35.69	1035.0	0.253 ^δ
ค่า BMI	31.16	1527.0	53.59	1554.0	<0.001 ^{δ*}
คะแนน TMSE (คะแนน)	37.63	1844.0	42.66	1237.0	0.330 ^δ
คะแนน HAMD (คะแนน)	46.56	2281.5	27.57	799.5	<0.001 ^{δ*}
คะแนน HAMD ข้อที่ 14	42.89	2101.5	33.78	979.5	0.047 ^{δ*}
ค่าความเข้มข้นเลือด (%)	39.72	1946.5	39.12	1134.5	0.909 ^δ
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	40.21	1970.5	38.29	1110.5	0.717 ^δ
ค่า BUN (mg/dl)	45.92	2250.0	28.66	831.0	0.001 ^{δ*}
ค่า creatinine (mg/dl)	37.54	1839.5	42.81	1241.5	0.321 ^δ
ค่า Uric acid (mg/dl)	31.59	1548	52.86	1533.0	0.001 ^{δ*}
ค่า Estradiol (pmole/L)	45.61	2235.0	29.17	846.0	0.002 ^{δ*}
ค่า Testosterone (nmole/L)	42.74	2094.5	34.02	986.5	0.100 ^δ
จำนวนการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือน	39.03	1912.5	40.29	1168.5	0.781 ^δ
^δ ; Mann-Whitney U test, * Statistically significant(P <0.05) Kolmogorov-Smirnov test for normality were conducted with P-value > 0.05					

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีหรือไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยใช้แบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่มี SD (n = 49)		กลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันที่ไม่มี SD (n = 11)		P-value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks	
อายุ(ปี)	31.49	1543.0	26.09	287.0	0.354 ^o
ค่า BMI	29.95	1467.5	32.95	362.5	0.606 ^o
ระยะเวลาเป็นโรค (ปี)	32.71	1603.0	20.64	227.0	0.037 ^o
ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ (LED)	31.86	1561.0	24.45	269.0	0.204 ^o
คะแนน H&Y	32.65	1600.0	20.91	230.0	0.037 ^{o*}
คะแนน UPDRS ส่วนที่ 1	33.89	1660.5	15.41	169.5	0.001 ^{o*}
คะแนน UPDRS ส่วนที่ 2	33.05	1619.5	19.14	210.5	0.016 ^{o*}
คะแนน UPDRS ส่วนที่ 3	33.16	1625.0	18.64	205.0	0.013 ^{o*}
คะแนน UPDRS ส่วนที่ 4	33.92	1662.0	15.27	168.0	0.001 ^{o*}
คะแนน UPDRS ทั้งหมด	33.71	1652.0	16.18	178.0	0.003 ^{o*}
คะแนน HAMD	32.95	1614.0	19.59	215.5	0.020 ^{o*}
คะแนน HAMD ข้อที่ 14	33.31	1632.0	18.00	198.0	0.003 ^{o*}
คะแนน TMSE	29.88	1464.0	33.27	366.0	0.551 ^o
คะแนน ASEX ข้อที่ 1	34.29	1680.0	13.64	150.0	<0.001 ^{o*}
คะแนน ASEX ข้อที่ 2	34.61	1696.0	12.18	134.0	<0.001 ^{o*}
คะแนน ASEX ข้อที่ 3	35.62	1745.5	7.68	84.5	<0.001 ^{o*}
คะแนน ASEX ข้อที่ 4	35.41	1735.0	8.64	95.0	<0.001 ^{o*}
คะแนน ASEX ข้อที่ 5	35.27	1728.0	9.27	102.0	<0.001 ^{o*}
คะแนนรวม ASEX	36.00	1764.0	6.00	66.00	<0.001 ^{o*}
จำนวนการมีเพศสัมพันธ์ต่อเดือน	26.63	1305.0	47.73	525.0	<0.001 ^{o*}
ค่าความเข้มข้นเลือด (%)	29.72	1456.5	33.95	373.5	0.468 ^o
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	30.49	1494.0	30.50	336.0	0.992 ^o
ค่า BUN (mg/dl)	32.41	1588.0	22.00	242.0	0.073 ^o
ค่า creatinine (mg/dl)	29.92	1466.0	33.09	364.0	0.586 ^o
ค่า Uric acid (mg/dl)	29.19	1430.5	36.32	399.5	0.221 ^o
ค่า Estradiol (pmole/L)	30.27	1483.0	31.55	347.0	0.826 ^o
ค่า Testosterone (nmole/L)	29.10	1426.0	36.73	404.0	0.190 ^o

^o; Mann-Whitney U test, *; Statistically significant (P <0.05)
Kolmogorov-Smirnov test for normality were conducted with P-value > 0.05

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมิน โดยแบบประเมินประสพการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอาริโซนาในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 120 คน

Variables	Beta	S.E.	WALD	df	Sig	Exp(B)
การมีปัญหาสุภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่14	1.995	0.569	12.312	1	<0.001*	7.354
การไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	2.653	0.551	23.161	1	<0.001*	14.194

R square= 0.557
 Statistics were done by Binary logistic regression (Forward Wald Method)
 Inserted variables : อายุ, คะแนนที่ได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (HAMD), ค่าดัชนีมวลกาย, เพศหญิง, การเป็นโรคพาร์กินสัน, การไม่มีติ่มสุรา, ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา, การมีปัญหาสุภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่14, ระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี, การสูบบุหรี่, คะแนนการทดสอบโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองของไทย (TMSE)
 Exp (B) is equally to Odds ratio.
 *; Statistically significant (P<0.05)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมิน โดยแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอาริโซนาในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน 60 คน

Variables	Beta	S.E.	WALD	df	Sig	Exp(B)
การไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	2.708	0.913	8.802	1	0.003*	15.000
การมีความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่ 1	1.946	0.869	5.012	1	0.025*	7.000

R square= 0.488

Statistics were done by Binary logistic regression (Forward Wald Method)

Inserted variables : อายุ, คะแนนที่ได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (HAMD), ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 , เพศหญิง, การเป็นโรคพาร์กินสัน, การไม่มีดีมีสุรา, ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา, การมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่14, ระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี, การสูบบุหรี่, คะแนนการทดสอบโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองของไทย (TMSE), การมีความผิดปกติจากการตรวจ UPDRS ส่วนที่1, คะแนน UPDRS ส่วนที่ 1 ถึง 4 และคะแนนรวม, การใช้ยาเลโวโดปาในขนาดสูงกว่า 400 มิลลิกรัมต่อวัน, ค่าความเข้มข้นเลือด, ค่าระดับน้ำตาลในเลือด, ค่า BUN, ค่า creatinine, ค่า Uric acid, ค่าฮอร์โมนเอสโตรเจน และฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

Exp (B) is equally to Adjusted Odds ratio.

*; Statistically significant (P<0.05)

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ได้จากการประเมิน โดยแบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอาริโซนาในกลุ่มผู้ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน 60 คน

Variables	Beta	S.E.	WALD	df	Sig	Exp(B)
การไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	2.643	0.729	13.153	1	<0.001*	14.062
การมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่14	2.119	0.817	6.728	1	0.009*	8.319

R square= 0.541

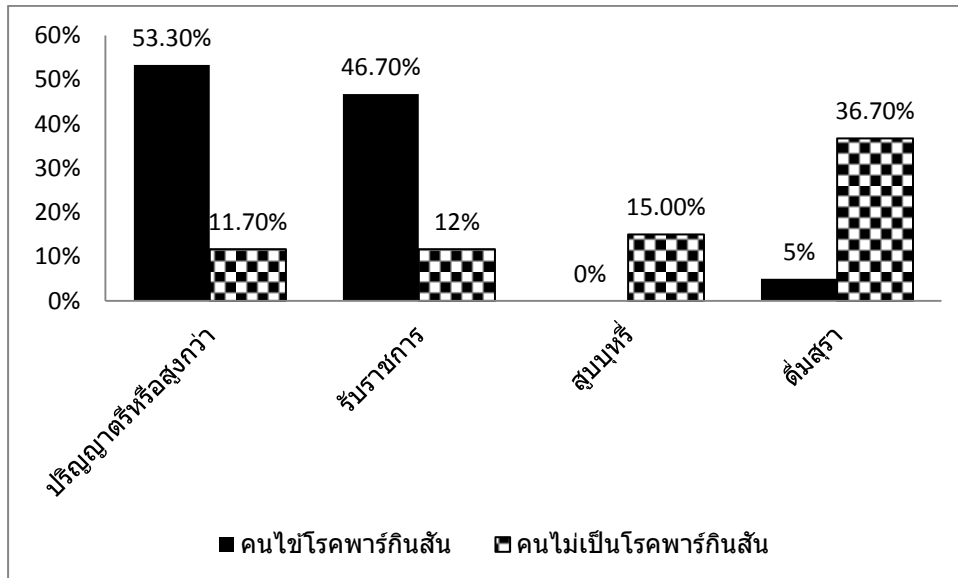
Statistics were done by Binary logistic regression (Forward Wald Method)

Inserted variables : อายุที่มากกว่า 60 ปี, การมีภาวะซีมเศร้า, ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 , เพศหญิง, การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่, การไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา, การมีปัญหาสุขภาพทางเพศที่ประเมินจาก HAMD ข้อที่14, ระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี, คะแนนการทดสอบโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองของไทย (TMSE), ค่าความเข้มข้นเลือด, ค่าระดับน้ำตาลในเลือด, ค่า BUN, ค่า creatinine, ค่า Uric acid, ค่าฮอร์โมนเอสโตรเจน และฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

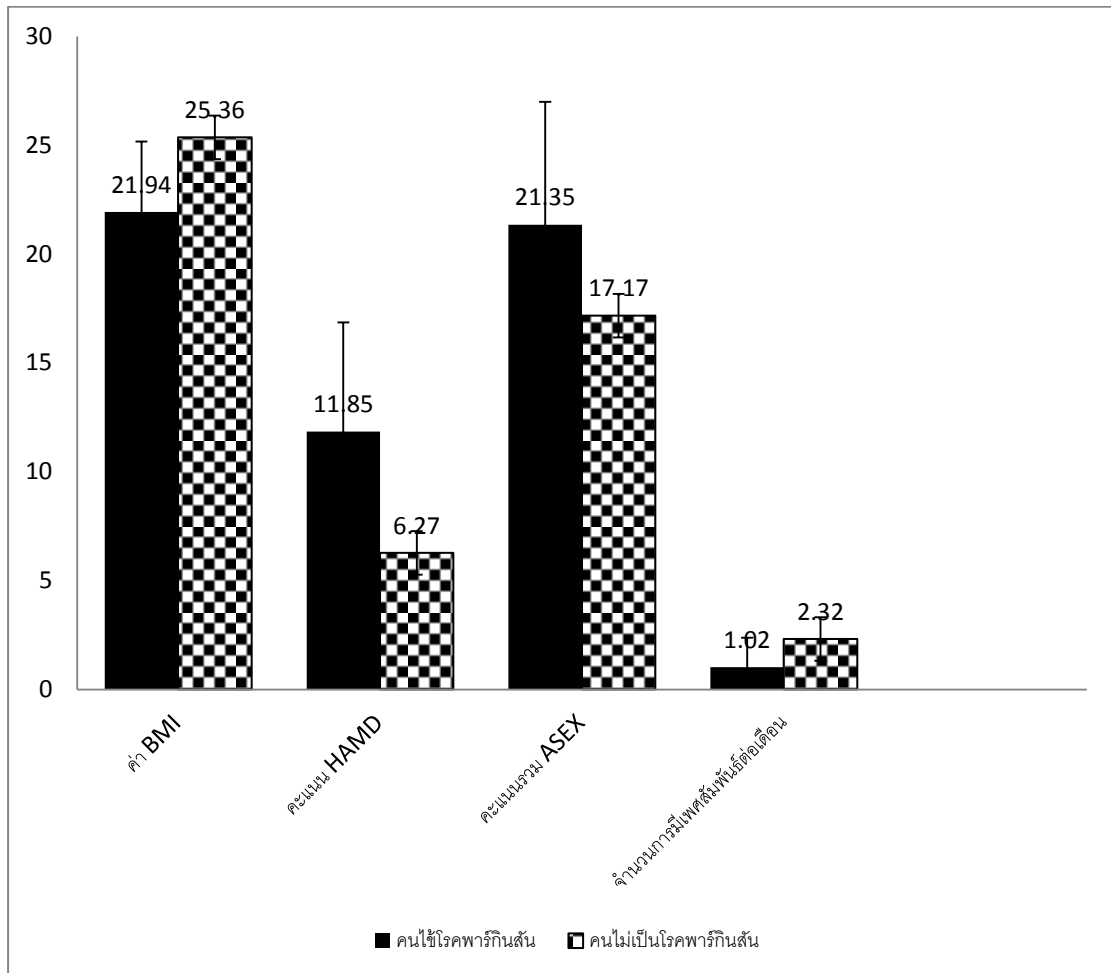
Exp (B) is equally to Adjusted Odds ratio.

*; Statistically significant (P<0.05)

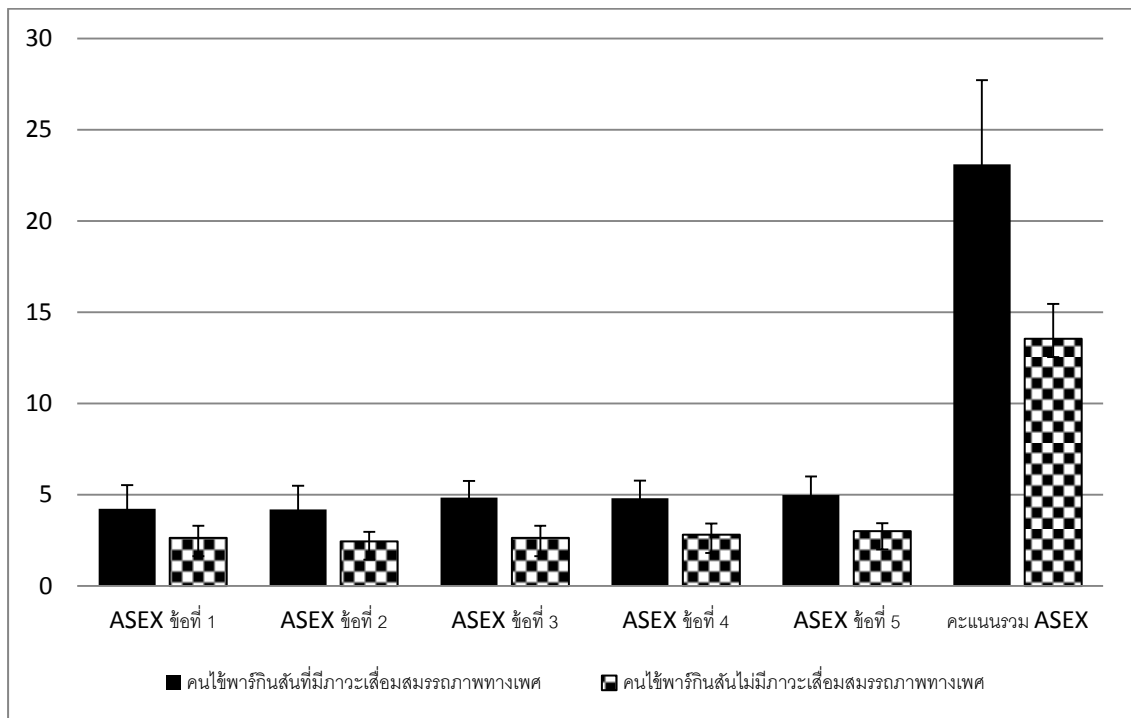
แผนภูมิที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและกลุ่มคนไม่เป็นโรคพาร์กินสัน



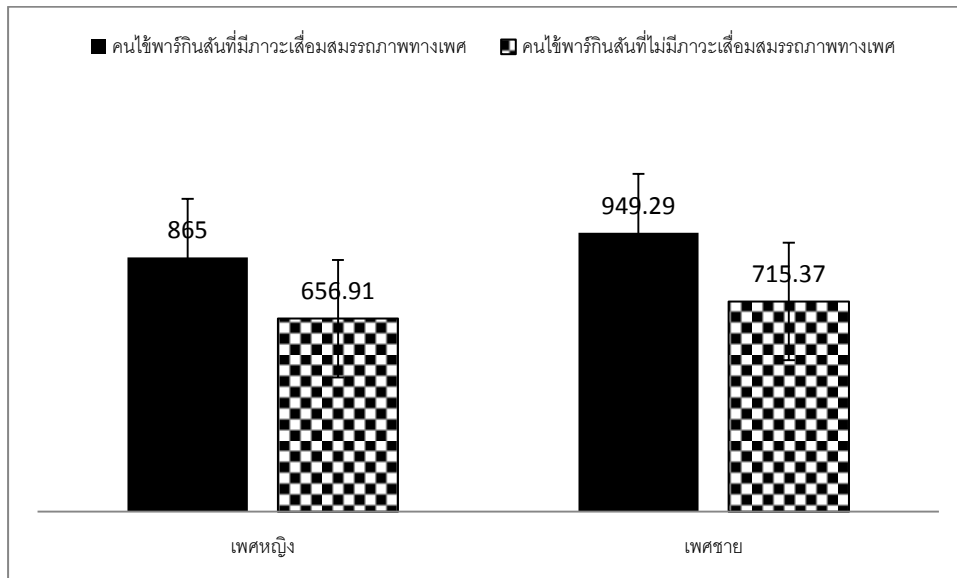
แผนภูมิที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ระหว่างกลุ่มคนไข้โรคพาร์กินสันและกลุ่มคนไม่เป็นโรคพาร์กินสัน



แผนภูมิที่ 3 แสดงคะแนน ASEX ที่แตกต่างกันมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มคนใช้พาร์กินสันที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศกับกลุ่มคนใช้พาร์กินสันที่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ



แผนภูมิที่ 4 การเปรียบเทียบปริมาณยาการรักษาโรคพาร์กินสันในคนไข้พาร์กินสันที่มีและไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ(หน่วยเป็น มิลลิกรัม ของ Levodopa equivalent dosage)





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United states prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
2. American P, Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR Fourth edition(Text revision). 2000.
3. Phanjoo AL. Sexual dysfunction in old age. *APT*. 2000;6:270-77.
4. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age : Results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med*. 2003;139:161-8.
5. Gregersen N, Jensen PT, Elena Giraldi AG. Sexual dysfunction in the peri-and postmenopause. *Dan Med Bull*. 2006;53(3):349-53.
6. Raifer J. Relationship Between Testosterone and Erectile Dysfunction. *Rev Urol*. 2000;2:122-8.
7. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. *Rev Obstet Gynecol* 2012;5(1):16-27.
8. Liao M, Huang X, Gao Y, Tan A, Lu Z, Wu C, et al. Testosterone Is Associated with Erectile Dysfunction: A Cross-sectional Study in Chinese Men. . *Plosone*. 2012;7(6):1-7.
9. Ziari-Rad M, Vahdaninia M, Montazeri A. Sexual Dysfunction in Patients with Diabetes: A study from Iran. . *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2010;8:1-8.
10. Reffelmann T, Kloner R. Sexual Function in Hypertensive Patients receiving treatment. . *Vascular Health and Risk Management*. 2006;2(4):447-55.
11. Pourmand G, Salem S, Mehraei A, Allameh F. Serum uric acid as an independent risk factor for erectile dysfunction. *The Journal of Urology*. 2011;185(4S):e363.
12. Koller WC, Vetere-Overfield B, Williamson A, Busenbark K, Nash J, Parrish D. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clinical neuropharmacology*. 1990;13(5):461-3. Epub 1990/10/01.
13. Smith S. Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*. 2007;6(3):111-4.
14. McGahuey CA, Gelenberg.A.J., Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL. The Arizona Sexual Experience scale (ASEX): Reliability and Validity. *Journal of sex & marital therapy*. 2000;26:25-40.
15. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55:181-4.
16. De Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. 2006;5(6):525-35.

17. Report: Neurological Disorders: Public Health Challenges. Parkinson's disease. Geneva. World Health Organization. 2006.
18. Bhidayasiri R, Wannachai N, Limpabandhu S, Choeytim S, Suchonwanich Y, Tananyakul S, et al. A national registry to determine the distribution and prevalence of Parkinson's disease in Thailand: implications of urbanization and pesticides as risk factors for Parkinson's disease. *Neuroepidemiology*. 2011;37(3-4):222-30.
19. Lim SY, Fox SH, Lang AE. Overview of the Extranigral Aspects of Parkinson Disease. *Arch Neurol*. 2009;66(2):167-72.
20. Chaudhuri KR, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment *Lancet Neurol*. 2009;8(5):464-74.
21. Chaudhuri KR, Healy DG, Schapira AH. Non-motor symptoms of parkinson's disease: diagnosis and management. *lancet Neurol*. 2006;5:235-45.
22. Bronner G, Royter V, Korczyn AD, Giladi N. Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Journal of sex & marital therapy*. 2004;30(2):95-105. Epub 2004/01/27.
23. Celikel E, Ozel-Kizil ET, Akbostanci MC, Cevik A. Assessment of sexual dysfunction in patients with Parkinson's disease: a case-control study. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2008;15(11):1168-72. Epub 2008/08/30.
24. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Impotence Research*. 2004;16:531-4.
25. Brown RG, Jahanshahi M, Quinn N, Marsden CD. sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990;53:480-6.
26. Welch M, Hung L, Waters CH. Sexuality in women with Parkinson's disease. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. 1997;12(6):923-7.
27. Jacobs H, Vieregge A, Vieregge P. Sexuality in young patients with Parkinson's disease: a population based comparison with healthy controls. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;65:550-2.
28. Bronner G. Practical strategies for the management of sexual problems in Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*. 2009;15S3:S96-S100.
29. Bronner G, Vodusek DB. Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Therapeutic advances in neurological disorders*. 2011;4(6):375-83.
30. Bassen R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in Chronic Illness. *J sex Med*. 2009;7(374):374-88.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือการขออนุญาตการใช้แบบสอบถาม Arizona Sexual Experience Scale

- > From: petersr2@psychiatry.arizona.edu
- > To: wow_onanong@hotmail.com
- > Subject: RE: Permission for using ASEX scale
- > Date: Wed, 1 Aug 2012 23:37:01 +0000
- >
- > Hi, Dr. Jitkritisadakul,
- >
- > Thank you for your interest in the ASEX scale. I apologize for my delayed response.
- >
- > Since the scale is copyrighted, a license agreement is necessary for its use in industry-sponsored studies, along with a fee for use. However, when the scale is used in a smaller, investigator-initiated research project, a license agreement is not necessary and there is no fee for using the scale.
- >
- > It sounds like your study is investigator-initiated, and therefore no fee applies. [This email serves as permission to use the scale](#), scoring guidelines, and administration instructions in the study described below. Please note we require the copyright notice to be used on all copies of the scales in all languages: "Copyright 1997 by The Arizona Board of Regents for the University of Arizona." We ask that you provide us with a copy of your final translation for our records.
- >
- > Let me know if you have any other questions. Thank you and best wishes with your research!
- >
- > Rachele Peterson
- > Research Administrator
- > University of Arizona Psychiatry
- > 1501 N. Campbell Ave. Box 245002
- > Tucson, AZ 85724
- > Phone: (520) 626-8733
- > Fax: (520) 626-6050



ASEX[®] Scale

General Instructions for Clinicians Administering the Scale

The ASEX scale is intended for all patients participating in the study despite current level of sexual activity or practice method.

A general discussion should take place at the first administration of the scale. The discussion should include communication that, despite their current sexual activity level, you would like them to fill out the scale. Please tell them that this includes both two partner sexual activity as well as masturbation. It is not necessary to have the patient explain their current preference or practice.

If the patient is not sexually active and has no current desire for sexual activity, they should be encouraged to fill out the scale as this information will be captured by fairly consistent scores of 5 and 6 on each item.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ARIZONA SEXUAL EXPERIENCES SCALE - ASEX[®]

SCORING GUIDELINES

The Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX[®]) can be used to identify individuals suffering from sexual dysfunction. The ASEX[®] is a patient rated scale.

The ASEX[®] Scale is intended to give quantitative data regarding sexual functioning in five specific realms. The following parameters aid in interpreting ASEX[®] scores:

The average score for adults (patients and controls) **with** clinical sexual dysfunction is 21 in women and 20 in men.

The average score for adults (patients and controls) **without** clinical sexual dysfunction is 14 in women and 10 in men.

Receiver-operator characteristic (ROC) analysis revealed a value for area under the curve (AUC) of $.929 \pm .029$, indicating excellent sensitivity and specificity of the ASEX[®] at identification of sexual dysfunction.

The target criteria listed below offers a scoring guideline representative of the strong sensitivity and specificity of the ASEX[®]:

A total ASEX[®] score of ≥ 19

Or

Any 1 item with an individual score of ≥ 5

Or

Any 3 items with individual scores of ≥ 4

**are highly correlated with the presence of
clinician-diagnosed sexual dysfunction**

Total ASEX[®] scores range from a low of 5 to a maximum of 30.

ARIZONA SEXUAL EXPERIENCES SCALE (ASEX)[®] MALE

For each item, please indicate your **OVERALL** level during the **PAST WEEK**, including **TODAY**.

1. How strong is your sex drive?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
strong | very strong | somewhat
strong | somewhat
weak | very weak | no sex drive |

2. How easily are you sexually aroused (turned on)?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
easily | very easily | somewhat
easily | somewhat
difficult | very
difficult | never
aroused |

3. Can you easily get and keep an erection?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
easily | very easily | somewhat
easily | somewhat
difficult | very
difficult | never |

4. How easily can you reach an orgasm?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
easily | very easily | somewhat
easily | somewhat
difficult | very
difficult | never reach
orgasm |

5. Are your orgasms satisfying?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
satisfying | very
satisfying | somewhat
satisfying | somewhat
unsatisfying | very
unsatisfying | can't reach
orgasm |

COMMENTS:

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ARIZONA SEXUAL EXPERIENCES SCALE (ASEX)[®]-FEMALE

For each item, please indicate your OVERALL level during the PAST WEEK, including TODAY.

1. How strong is your sex drive?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
strong | very strong | somewhat
strong | somewhat
weak | very weak | no sex drive |

2. How easily are you sexually aroused (turned on)?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
easily | very easily | somewhat
easily | somewhat
difficult | very
difficult | never
aroused |

3. How easily does your vagina become moist or wet during sex?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
easily | very easily | somewhat
easily | somewhat
difficult | very
difficult | never |

4. How easily can you reach an orgasm?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
easily | very easily | somewhat
easily | somewhat
difficult | very
difficult | never reach
orgasm |

5. Are your orgasms satisfying?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| extremely
satisfying | very
satisfying | somewhat
satisfying | somewhat
unsatisfying | very
unsatisfying | can't reach
orgasm |

COMMENTS:

Δ

แบบประเมินประสบการณ์ทางเพศของอาร์โซนาASEX©(ฉบับภาษาไทย)

สำหรับคำถามแต่ละข้อ กรุณาระบุระดับโดยรวมในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา รวมทั้งในวันนี้ด้วย

- | | |
|---|---|
| <p>1. คุณมีความต้องการทางเพศมากแค่ไหน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มากที่สุด 2. มาก 3. ค่อนข้างมาก 4. ค่อนข้างน้อย 5. น้อยมาก 6. ไม่ต้องการเลย | <p>2. ความต้องการทางเพศของคุณถูกกระตุ้นได้ง่ายแค่ไหน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ง่ายมากที่สุด 2. ง่ายมาก 3. ค่อนข้างง่าย 4. ค่อนข้างยาก 5. ยากมาก 6. ไม่รู้สึกถูกกระตุ้นเลย |
| <p>3ก. สำหรับผู้ชาย) อวัยวะเพศคุณสามารถแข็งตัวและรักษาการแข็งตัวได้ง่ายหรือไม่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ง่ายมากที่สุด 2. ง่ายมาก 3. ค่อนข้างง่าย 4. ค่อนข้างยาก 5. ยากมาก 6. ไม่แข็งตัวเลย | <p>3ข. ช่องคลอดคุณมีน้ำหล่อลื่น (สำหรับผู้หญิง) หรือเปียกได้ง่ายแค่ไหน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ง่ายมากที่สุด 2. ง่ายมาก 3. ค่อนข้างง่าย 4. ค่อนข้างยาก 5. ยากมาก 6. ไม่มีน้ำหล่อลื่นเลย |
| <p>4. คุณสามารถถึงจุดสุดยอดได้ง่ายแค่ไหน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ง่ายมากที่สุด 2. ง่ายมาก 3. ค่อนข้างง่าย 4. ค่อนข้างยาก 5. ยากมาก 6. ไม่เคยถึงจุดสุดยอดเลย | <p>5. คุณพึงพอใจกับการถึงจุดสุดยอดของคุณหรือไม่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มากอย่างที่สุด 2. มาก 3. ค่อนข้างมาก 4. ค่อนข้างน้อย 5. น้อยมาก 6. ไม่พึงพอใจเลย |

ความคิดเห็น

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันตาม UKPDSBB criteria

UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria

(Hughes AJ et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1992;55:181-4)

Inclusion criteria	Exclusion criteria	Supportive criteria
Bradykinesia (slowness of initiation of voluntary movement with progressive reduction in speed and amplitude of repetitive actions)	History of repeated strokes with stepwise progression of parkinsonian features	(Three or more required for diagnosis of definite PD)
	History of repeated head injury	Unilateral onset
	History of definite encephalitis	Rest tremor present
And at least one of the following:	Oculygic crises	Progressive disorder
Muscular rigidity	Neuroleptic treatment at onset of symptoms	Persistent asymmetry affecting side of onset most
4-6 Hz rest tremor	More than one affected relative	Excellent response (70-100%) to levodopa
Postural instability not caused by primary visual, vestibular, cerebellar, or proprioceptive dysfunction	Sustained remission	Severe levodopa-induced chorea
	Strictly unilateral features after 3 yr	Levodopa response for 5 yr or more
	Supranuclear gaze palsy	Clinical course of 10 yr or more
	Cerebellar signs	
	Early severe autonomic involvement	
	Early severe dementia with disturbances of memory, language, and praxis	
	Babinski sign	
	Presence of cerebral tumour or communicating hydrocephalus on CT scan	
	Negative response to large doses of L-dopa (if malabsorption excluded)	
	MPTP exposure	

Hoehn and Yahr Staging of Parkinson's disease

Hoehn & Yahr stage

- 0: No visible symptoms of Parkinson's disease
 - 1: Parkinson's disease symptoms just on one side of the body
 - 2: Parkinson's disease symptoms on both sides of the body and no difficulty walking
 - 3: Parkinson's disease symptoms on both sides of the body and minimal difficulty walking
 - 4: Parkinson's disease symptoms on both sides of the body and moderate difficulty walking
 - 5: Parkinson's disease symptoms on both sides of the body and unable to walk
-



Unified Parkinson's disease Rating Scale (UPDRS)

เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการโรคพาร์กินสันที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ
แบบประเมินจะครอบคลุมอาการของโรคพาร์กินสันโดยรวมทั้งภาวะพุทธิปัญญา การทำกิจวัตร
ประจำวัน อาการของการเคลื่อนไหวและอาการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ

I. Mentation, Behavior and Mood

1. Intellectual Impairment

- 0 = None.
- 1 = Mild. Consistent forgetfulness with partial recollection of events and no other difficulties.
- 2 = Moderate memory loss, with disorientation and moderate difficulty handling complex problems. Mild but definite impairment of function at home with need of occasional prompting.
- 3 = Severe memory loss with disorientation for time and often to place. Severe impairment in handling problems.
- 4 = Severe memory loss with orientation preserved to person only. Unable to make judgements or solve problems. Requires much help with personal care. Cannot be left alone at all.

2. Thought Disorder (Due to dementia or drug intoxication)

- 0 = None.
- 1 = Vivid dreaming.
- 2 = "Benign" hallucinations with insight retained.
- 3 = Occasional to frequent hallucinations or delusions; without insight; could interfere with daily activities.
- 4 = Persistent hallucinations, delusions, or florid psychosis. Not able to care for self.

3. Depression

- 1 = Periods of sadness or guilt greater than normal, never sustained for days or weeks.
- 2 = Sustained depression (1 week or more).
- 3 = Sustained depression with vegetative symptoms (insomnia, anorexia, weight loss, loss of interest).
- 4 = Sustained depression with vegetative symptoms and suicidal thoughts or intent.

4. Motivation/Initiative

- 0 = Normal.
- 1 = Less assertive than usual; more passive.
- 2 = Loss of initiative or disinterest in elective (nonroutine) activities.
- 3 = Loss of initiative or disinterest in day to day (routine) activities.
- 4 = Withdrawn, complete loss of motivation.

II. Activities of Daily Living

(for both "on" and "off")

5. Speech

- 0 = Normal.
- 1 = Mildly affected. No difficulty being understood.
- 2 = Moderately affected. Sometimes asked to repeat statements.
- 3 = Severely affected. Frequently asked to repeat statements.
- 4 = Unintelligible most of the time.

6. Salivation

- 0 = Normal.
- 1 = Slight but definite excess of saliva in mouth; may have nighttime drooling.
- 2 = Moderately excessive saliva; may have minimal drooling.
- 3 = Marked excess of saliva with some drooling.
- 4 = Marked drooling, requires constant tissue or handkerchief.

7. Swallowing

- 0 = Normal.
- 1 = Rare choking.
- 2 = Occasional choking.
- 3 = Requires soft food.
- 4 = Requires NG tube or gastrostomy feeding.

8. Handwriting

0 = Normal.

1 = Slightly slow or small.

2 = Moderately slow or small; all words are legible.

3 = Severely affected; not all words are legible.

4 = The majority of words are not legible.

9. Cutting Food and Handling Utensils

0 = Normal.

1 = Somewhat slow and clumsy, but no help needed.

2 = Can cut most foods, although clumsy and slow; some help needed.

3 = Food must be cut by someone, but can still feed slowly.

4 = Needs to be fed.

10. Dressing

0 = Normal.

1 = Somewhat slow, but no help needed.

2 = Occasional assistance with buttoning, getting arms in sleeves.

3 = Considerable help required, but can do some things alone.

4 = Helpless.

11. Hygiene

0 = Normal.

1 = Somewhat slow, but no help needed.

2 = Needs help to shower or bathe; or very slow in hygienic care.

3 = Requires assistance for washing, brushing teeth, combing hair, going to bathroom.

4 = Foley catheter or other mechanical aids.

12. Turning in Bed and Adjusting Bed Clothes

0 = Normal.

1 = Somewhat slow and clumsy, but no help needed.

2 = Can turn alone or adjust sheets, but with great difficulty.

3 = Can initiate, but not turn or adjust sheets alone.

4 = Helpless.

13. Falling (Unrelated to Freezing)

0 = None.

1 = Rare falling.

2 = Occasionally falls, less than once per day.

3 = Falls an average of once daily.

4 = Falls more than once daily.

14. Freezing when Walking

0 = None.

1 = Rare freezing when walking; may have start hesitation.

2 = Occasional freezing when walking.

3 = Frequent freezing, Occasionally falls from freezing.

4 = Frequent falls from freezing.

15. Walking

0 = Normal.

1 = Mild difficulty. May not swing arms or may tend to drag leg.

2 = Moderate difficulty, but requires little or no assistance.

3 = Severe disturbance of walking, requiring assistance.

4 = Cannot walk at all, even with assistance.

16. Tremor (Symptomatic complaint of tremor in any part of body.)

0 = Absent.

1 = Slight and infrequently present.

2 = Moderate; bothersome to patient.

3 = Severe; interferes with many activities.

4 = Marked; interferes with most activities.

17. Sensory Complaints Related to Parkinsonism

0 = None.

1 = Occasionally has numbness, tingling, or mild aching.

2 = Frequently has numbness, tingling, or aching; not distressing.

3 = Frequent painful sensations.

4 = Excruciating pain.

III. Motor Examination

18. Speech

- 0 – Normal.
- 1 – Slight loss of expression, diction and/or volume.
- 2 – Monotone, slurred but understandable; moderately impaired.
- 3 – Marked impairment, difficult to understand.
- 4 – Unintelligible.

19. Facial Expression

- 0 – Normal.
- 1 – Minimal hypomimia, could be normal "Poker Face."
- 2 – Slight but definitely abnormal diminution of facial expression.
- 3 – Moderate hypomimia; lips parted some of the time.
- 4 – Masked or fixed facies with severe or complete loss of facial expression; lips parted $\frac{1}{4}$ inch or more.

20. Tremor at Rest (head, upper and lower extremities)

- 0 – Absent.
- 1 – Slight and infrequently present.
- 2 – Mild in amplitude and persistent. Or moderate in amplitude, but only intermittently present.
- 3 – Moderate in amplitude and present most of the time.
- 4 – Marked in amplitude and present most of the time.

21. Action or Postural Tremor of Hands

- 0 – Absent.
- 1 – Slight; present with action.
- 2 – Moderate in amplitude, present with action.
- 3 – Moderate in amplitude with posture holding as well as action.
- 4 – Marked in amplitude; interferes with feeding.

22. Rigidity (Judged on passive movement of major joints with patient relaxed in sitting position. Cogwheeling to be ignored.)

- 0 – Absent.
- 1 – Slight or detectable only when activated by mirror or other movements.
- 2 – Mild to moderate.
- 3 – Marked, but full range of motion easily achieved.
- 4 – Severe, range of motion achieved with difficulty.

23. Finger Taps (Patient taps thumb with index finger in rapid succession.)

- 0 – Normal.
- 1 – Mild slowing and/or reduction in amplitude.
- 2 – Moderately impaired. Definite and early fatiguing. May have occasional arrests in movement.
- 3 – Severely impaired. Frequent hesitation in initiating movements or arrests in ongoing movement.
- 4 – Can barely perform the task.

24. Hand Movements (Patient opens and closes hands in rapid succession.)

- 0 – Normal.
- 1 – Mild slowing and/or reduction in amplitude.
- 2 – Moderately impaired. Definite and early fatiguing. May have occasional arrests in movement.
- 3 – Severely impaired. Frequent hesitation in initiating movements or arrests in ongoing movement.
- 4 – Can barely perform the task.

25. Rapid Alternating Movements of Hands

- (Pronation-supination movements of hands, vertically and horizontally, with as large an amplitude as possible, both hands simultaneously.)
- 0 – Normal.
 - 1 – Mild slowing and/or reduction in amplitude.
 - 2 – Moderately impaired. Definite and early fatiguing. May have occasional arrests in movement.
 - 3 – Severely impaired. Frequent hesitation in initiating movements or arrests in ongoing movement.
 - 4 – Can barely perform the task.

26. Leg Agility (Patient taps heel on the ground in rapid succession picking up entire leg. Amplitude should be at least 3 inches.)

0 = Normal.

1 = Mild slowing and/or reduction in amplitude.

2 = Moderately impaired. Definite and early fatiguing.

May have occasional arrests in movement.

3 = Severely impaired. Frequent hesitation in initiating movements or arrests in ongoing movement.

4 = Can barely perform the task.

27. Arising from Chair (Patient attempts to rise from a straightbacked chair, with arms folded across chest.)

0 = Normal.

1 = Slow; or may need more than one attempt.

2 = Pushes self up from arms of seat.

3 = Tends to fall back and may have to try more than one time, but can get up without help.

4 = Unable to arise without help.

28. Posture

0 = Normal erect.

1 = Not quite erect, slightly stooped posture; could be normal for older person.

2 = Moderately stooped posture, definitely abnormal; can be slightly leaning to one side.

3 = Severely stooped posture with kyphosis; can be moderately leaning to one side.

4 = Marked flexion with extreme abnormality of posture.

29. Gait

0 = Normal.

1 = Walks slowly, may shuffle with short steps, but no festination (hastening steps) or propulsion.

2 = Walks with difficulty, but requires little or no assistance; may have some festination, short steps, or propulsion.

3 = Severe disturbance of gait, requiring assistance.

4 = Cannot walk at all, even with assistance.

30. Postural Stability (Response to sudden, strong posterior displacement produced by pull on shoulders while patient erect with eyes open and feet slightly apart. Patient is prepared.)

0 = Normal.

1 = Retropulsion, but recovers unaided.

2 = Absence of postural response; would fall if not caught by examiner.

3 = Very unstable, tends to lose balance spontaneously.

4 = Unable to stand without assistance.

31. Body Bradykinesia and Hypokinesia (Combining slowness, hesitancy, decreased arm swing, small amplitude, and poverty of movement in general.)

0 = None.

1 = Minimal slowness, giving movement a deliberate character; could be normal for some persons. Possibly reduced amplitude.

2 = Mild degree of slowness and poverty of movement which is definitely abnormal. Alternatively, some reduced amplitude.

3 = Moderate slowness, poverty or small amplitude of movement.

4 = Marked slowness, poverty or small amplitude of movement.

IV. Complications of Therapy

(In the past week)

A. Dyskinesias

32. Duration: What proportion of the waking day are dyskinesias present? (Historical information.)

- 0 = None
- 1 = 1–25% of day.
- 2 = 26–50% of day.
- 3 = 51–75% of day.
- 4 = 76–100% of day.

33. Disability: How disabling are the dyskinesias? (Historical information; may be modified by office examination.)

- 0 = Not disabling.
- 1 = Mildly disabling.
- 2 = Moderately disabling.
- 3 = Severely disabling.
- 4 = Completely disabled.

34. Painful Dyskinesias: How painful are the dyskinesias?

- 0 = No painful dyskinesias.
- 1 = Slight.
- 2 = Moderate.
- 3 = Severe.
- 4 = Marked.

35. Presence of Early Morning Dystonia (Historical information.)

- 0 = No
- 1 = Yes

B. Clinical Fluctuations

36. Are "off" periods predictable?

- 0 = No
- 1 = Yes

37. Are "off" periods unpredictable?

- 0 = No
- 1 = Yes

38. Do "off" periods come on suddenly, within a few seconds?

- 0 = No
- 1 = Yes

39. What proportion of the waking day is the patient "off" on average?

- 0 = None
- 1 = 1–25% of day.
- 2 = 26–50% of day.
- 3 = 51–75% of day.
- 4 = 76–100% of day.

C. Other Complications

40. Does the patient have anorexia, nausea, or vomiting?

- 0 = No
- 1 = Yes

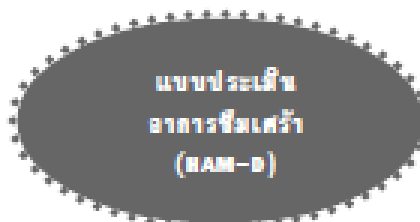
41. Any sleep disturbances, such as insomnia or hypersomnolence?

- 0 = No
- 1 = Yes

42. Does the patient have symptomatic orthostasis? (Record the patient's blood pressure, height and weight on the scoring form)

- 0 = No
- 1 = Yes

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D ฉบับภาษาไทย



The Hamilton Rating Scale for Depression

ชื่อ-สกุล HN..... AN..... Admission day.....

อาการบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าต่อไปที่ได้จัดแบ่งไว้เป็นข้อ ทั้งหมด 17 ข้อ สำหรับผู้ประเมินอาการ ไข่วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่อุทกวินิจฉัยว่ามีอาการซึมเศร้า ซึ่งค่าคะแนนรวมที่มาก จะบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น

โดยแต่ละข้ออาการบ่งชี้ จะมีตัวเลขหน้ากลุ่มอาการ (0-4) ไว้สำหรับใส่ที่หน้าทายเลขข้อ (ใส่ได้ตัวเลขกลุ่มอาการเพียงตัวเลขในหนึ่งข้อ) เมื่อครบทุกข้อแล้ว ให้รวมตัวเลขหน้าข้อทั้งหมด คะแนนที่ได้จะใช้แบ่งย่อยระดับความรุนแรงในหน้าสุดท้าย

- _____ 1. อารมณ์ซึมเศร้า (DEPRESSED MOOD) (เศร้าใจ, หีนหวัง, หมกหมอง, ไร้ค่า)
 - 0 = ไม่มี
 - 1 = จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น
 - 2 = บอกภาวะความรู้สึกที่ออกมาเอง
 - 3 = สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ ท่าทางแสดงสีหน้า, ท่าทาง, น้ำเสียงและท่าทางจะร้องไห้
 - 4 = ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกอย่างชัดเจน ทั้งการบอกเล่าเอง และภาษากาย
- _____ 2. ความรู้สึกว่าตนเองผิด (FEELINGS OF GUILT)
 - 0 = ไม่มี
 - 1 = คิดเสียตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ
 - 2 = คิดว่าตนเองผิด หรือคิดว่าตนมีส่วนทำให้เกิดความผิดพลาดหรือการก่อกรรมทำบาปในอดีต
 - 3 = ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นภาระโทษ, มีอาการหลงผิดว่าตนเองมีความผิดบาป
 - 4 = ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประณาม และ/หรือ เห็นภาพพหลอนที่รังอุ้มความ
- _____ 3. ความคิดฆ่าตัวตาย (SUICIDE)
 - 0 = ไม่มี
 - 1 = รู้สึกขี้ใจไร้ค่า
 - 2 = คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือมีความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง
 - 3 = มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย
 - 4 = พยายามฆ่าตัวตาย (ความพยายามใด ๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)

- _____4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น (INSOMNIA EARLY)
- 0 = ไม่มีนอนหลับยาก
 - 1 = แจ้งว่านอนหลับยากมาครั้ง ใดครั้ง นานมากกว่า 1/2 ชั่วโมง
 - 2 = แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน
- _____5. การนอนไม่หลับ ในช่วงกลาง (INSOMNIA MIDDLE)
- 0 = ไม่มีปัญหา
 - 1 = ผู้ป่วยแจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน
 - 2 = คืนกลางคืน การลุกจากที่นอนไม่ว่าจะจากอะไรก็ตาม ไล่คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปิดสวิตช์)
- _____6. การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (INSOMNIA LATE)
- 0 = ไม่มีปัญหา
 - 1 = ตื่นแต่เช้ามืด แต่นอนหลับต่อได้
 - 2 = ไม่สามารถนอนหลับต่อได้ซัก หากลุกจากเตียงไปแล้ว
- _____7. การงานและกิจกรรม (WORK AND ACTIVITIES)
- 0 = ไม่มีปัญหา
 - 1 = มีความคิดหรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ, เพื่อย้อฮ้ำ, หรืออ่อนแรงที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ; การงาน หรืองานอดิเรก
 - 2 = ทดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ; งานอดิเรก หรืองานประจำ-ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือหาเหตุผลจากการที่ผู้ป่วยดูไม่กระตือรือร้น, สิ้นเสีย และเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องบังคับให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)
 - 3 = ใช้เวลาจริงในการทำงานอย่างเงินดอลลาร์ หากอยู่ในโรงพยาบาล, ไล่คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันในการทำกิจกรรม (งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล
 - 4 = ไม่ได้ทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน. หากอยู่ในโรงพยาบาล, ไล่คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวัน หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้หากไม่มีคนช่วย
- _____8. ความเชื่องช้า (RETARDATION: PSYCHOMOTOR) (ความเชื่องช้าของความคิดและการพูดจา: สมานธิเหื่อม, การเคลื่อนไหวลดลง)
- 0 = การพูดจาและความคิดปกติ
 - 1 = มีความเชื่องช้าเล็กน้อยระดับสัมผัสภาษา
 - 2 = มีความเชื่องช้าชัดเจนระดับสัมผัสภาษา
 - 3 = สัมผัสชัดได้ตัวอย่างช้ามาก
 - 4 = อยู่ที่เตียงไม่รับเสียงอื่น

- _____9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ (AGITATION)
- 0 = ไม่มี
 - 1 = หงุดหงิดเล็กน้อย
 - 2 = เล่นมือ สาธยาย ฯลฯ
 - 3 = ขยับตัวไปมา นั่งเฉยๆไม่ได้
 - 4 = ชีบมือ ถัดเล็บ คีเขม ถัดริมฝีปาก
- _____10. ความวิตกกังวลในจิตใจ (ANXIETY (PSYCHOLOGICAL))
- 0 = ไม่มีปัญหา
 - 1 = ผู้ป่วยรู้สึกดีเครียด และหงุดหงิด
 - 2 = กังวลในเรื่องเล็กน้อย
 - 3 = ภาวะหลุดจาหรือสับสนนำพิพาทที่วิตกก
 - 4 = แสดงความหวาดกลัว โดยไม่ต้องถาม
- _____11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย (ANXIETY SOMATIC: มีอาการด้านสรีระวิทยาพร้อมด้วย ความวิตกกังวล เช่น ระบบทางเดินอาหาร : ปากแห้ง อมขึ้น อาหารไม่ย่อย ท้องเฟ้อ ปวดเกร็งท้อง แน่นท้อง ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ ระบบทางใจ : ทายใจพองเร็ว ตอนหายใจ ระบบอื่นๆ : บัสตาระบ้อย เพื่้อออก ควรหลีกเลี่ยงการความเกี่ยวข้องกับผลการออกฤทธิ์ของยา (side effects) : เช่น วิมพิปากแห้ง ท้องผูก)
- 0 = ไม่มี
 - 1 = เล็กน้อย
 - 2 = ปานกลาง
 - 3 = รุนแรง
 - 4 = เชื่อมสมรรถภาพ
- _____12. อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร (SOMATIC SYMPTOMS (GASTROINTESTINAL))
- 0 = ไม่มี
 - 1 = เบื่ออาหาร แต่รับประทานได้โดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น เช่น รู้สึกท่วงในท้อง
 - 2 = รับประทานอาหาร หากไม่มีคนคอยกระตุ้น เช่น รอหรือจำต้องได้อาหารบางอย่างหรืออาจเกี่ยวข้องกับสาได้ หรืออาจสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร
- _____13. อาการทางกาย อาการทั่วไป (SOMATIC SYMPTOMS GENERAL)
- 0 = ไม่มี
 - 1 = ตึงแขนขา หลังหรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีแรงและอ่อนเพลีย
 - 2 = มีอาการใด ๆ ที่ชัดเจน ให้คะแนน 2
- _____14. อาการเกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ (GENITAL SYMPTOMS)
- 0 = ไม่มี อาการเช่น : หมดความสนใจทางเพศ, ประจำเดือนผิดปกติ
 - 1 = เล็กน้อย
 - 2 = ปานกลาง

- _____ 15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคลาภกาย (HYPOCHONDRIASIS)
 0 = ไม่มี
 1 = สนใจอยู่แต่เรื่องของตนเอง (ด้านร่างกาย)
 2 = พมกุ่นเรื่องสุขภาพ
 3 = แจ้งก็อาการต่าง ๆ บ่อย เรียกหรือความช่วยเหลือบ่อย
 4 = มีอาการหลงผิดว่าตนป่วยเป็นโรคลาภกาย
- _____ 16. น้ำหนักลด (LOSS OF WEIGHT) เข็อกข้อ ก. หรือ ข.
 ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ:
 0 = ไม่มีน้ำหนักลด
 1 = อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
 2 = น้ำหนักลดชัดเจน (ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย)
 3 = ไม่ได้ประเมิน
- ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อได้ขั้ววัดน้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง:
 0 = น้ำหนักลดน้อยกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
 1 = น้ำหนักลดมากกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
 2 = น้ำหนักลดมากกว่า 1 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
 3 = ไม่ได้ประเมิน
- _____ 17. การมองเห็นซึ่งความผิดปกติของตนเอง (INSIGHT)
 0 = ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย
 1 = ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โหยหาเหตุผล อาหารที่ไม่มีคุณค่า สิ้นฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การดื้อยาพักผ่อน ฯลฯ
 2 = ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง
- _____ Total Score (รวมตัวเลขทุกข้อ)

Signature _____

ค่าคะแนนรวมที่ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
 (Rates of the severity of depression.)

คะแนนรวม (Total score)	ระดับความรุนแรง (Rates of the severity)
0 - 7	No depression
8 - 12	Mild depression
13 - 17	Less than major depression
18 - 29	Major depression
30 up	More than depression, psychotic

B. การประเมินทางคลินิก		
B.1	BMI	.....
B.2	Duration of Symptoms	..... ปี
B.3	Symptoms at onset	<input type="radio"/> [1] Unilateral resting tremor <input type="radio"/> [2] Bradykinesia <input type="radio"/> [3] Postural instability <input type="radio"/> [4] Gait difficulty <input type="radio"/> [5] Other.....
B.4	H&Y staging(off med)	<input type="radio"/> [1] 1 <input type="radio"/> [2] 1.5 <input type="radio"/> [3] 2 <input type="radio"/> [4] 2.5 <input type="radio"/> [5] 3 <input type="radio"/> [6] 4 <input type="radio"/> [7] 5
B.5	UPDRS part 1	..... คะแนน
B.6	UPDRS part 2	..... คะแนน
B.7	UPDRS part 3	..... คะแนน
B.8	UPDRS part 4	..... คะแนน
B.9	UPDRS all	..... คะแนน
B.10	HAM-D	..... คะแนน
B.11	HAM-D choice 14	<input type="radio"/> [1] Yes <input type="radio"/> [2] No
B.12	TMSE	..... คะแนน
B.13	Dementia	<input type="radio"/> [1] Yes <input type="radio"/> [2] No
B.14	Nocturnal akinesia	<input type="radio"/> [1] no <input type="radio"/> [2] mild <input type="radio"/> [3] moderate <input type="radio"/> [4] moderately severe <input type="radio"/> [5] severe
C. แบบสอบถามเรื่องสุขภาพทางเพศ		
C.1	ASEX ข้อ 1 ความต้องการทางเพศ	<input type="radio"/> [1] extremely strong <input type="radio"/> [2] very strong <input type="radio"/> [3] somewhat strong <input type="radio"/> [4] somewhat weak <input type="radio"/> [5] very weak <input type="radio"/> [6] no sex drive

C.2	ASEX ข้อ 2 การกระตุ้นทางเพศ	<input type="radio"/> [1] extremely easily <input type="radio"/> [2] very easily <input type="radio"/> [3] somewhat easily <input type="radio"/> [4] somewhat difficult <input type="radio"/> [5] very difficult <input type="radio"/> [6] never aroused
C.3	ASEX ข้อ 3 การตอบสนองทางเพศ	<input type="radio"/> [1] extremely easily <input type="radio"/> [2] very easily <input type="radio"/> [3] somewhat easily <input type="radio"/> [4] somewhat difficult <input type="radio"/> [5] very difficult <input type="radio"/> [6] never
C.4	ASEX ข้อ 4 การถึงจุดสุดยอดทางเพศ	<input type="radio"/> [1] extremely easily <input type="radio"/> [2] very easily <input type="radio"/> [3] somewhat easily <input type="radio"/> [4] somewhat difficult <input type="radio"/> [5] very difficult <input type="radio"/> [6] never
C.5	ASEX ข้อ 5 ความพึงพอใจทางเพศ	<input type="radio"/> [1] extremely satisfying <input type="radio"/> [2] very satisfying <input type="radio"/> [3] somewhat satisfying <input type="radio"/> [4] somewhat unsatisfying <input type="radio"/> [5] very unsatisfying <input type="radio"/> [6] no satisfying
C.6	คะแนนรวม ASEX	.....คะแนน
C.7	การประเมินภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศตาม DSM-4-TR	<input type="radio"/> [1] yes <input type="radio"/> [2] no
C.8	Number of SI (per month)	.....time
C.9	Effect of Parkinson's disease to SD (By physician evaluation)	<input type="radio"/> [1] yes <input type="radio"/> [2] no
D.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
D.1	FBS.....	
D.2	BUN.....	
D.3	Cr.....	
D.4	Uric.....	
D.5	Hct.....	
D.6	Estrogen level.....	
D.7	Testosterone level.....	

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยหรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ประเมินโดยแบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนา(Prevalence of Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease Patients Compare To Non-Parkinson's Disease Patients Evaluated By Arizona Sexual Experiences Scale)

แพทย์ผู้ทำวิจัยชื่อแพทย์หญิงอรอนงค์ จิตรกฤษภากุล

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ

หน่วยประสาทวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตึกถนาคกรุงเทพชั้น3 โทรศัพท์ 02-2564253

การวิจัยนี้อยู่ในระหว่างการขอรับทุนสนับสนุนจากทุนวิจัยกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช พ.ศ. 2555

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีอายุและเพศเท่ากันโดยใช้แบบสอบถามประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนาฉบับภาษาไทย
- เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสัน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชักประวัติตรวจร่างกายอย่างละเอียดและได้รับการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม ระยะเวลาที่เป็นโรค ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และประวัติครอบครัว โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกประเมินด้วยแบบทดสอบประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนาฉบับภาษาไทย (Arizona Sexual Experience Scale) จำนวน 5 ข้อ และแบบทดสอบภาวะความจำเสื่อมฉบับภาษาไทย (Thai Mini Mental Status Examination) จำนวน 30 ข้อ และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า(HAM-D)จำนวน 14 ข้อ นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นโรคพาร์กินสันจะได้รับการ ประเมินอาการโดยใช้ แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Unified Parkinson's Disease Rating Scale -UPDRS)โดยละเอียดซึ่งจะทำโดยแพทย์ เฉพาะทางสาขาการเคลื่อนไหวผิดปกติ

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดจะถูกเจาะเลือดจำนวน 10 ซีซี(2 ซ้อนชา) เพื่อตรวจตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าการทำงานของไต ความเข้มข้นของเลือด ระดับสารยูริก ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและเอสโตรเจนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆการทดสอบและการเจาะตรวจเลือดจะใช้เวลาโดยรวมประมาณ1 ชั่วโมง ต่อผู้ป่วยหนึ่งรายหลังการทดสอบ หากผู้ป่วยมีอาการปกติ ก็สามารถกลับบ้านได้

เหตุผลที่เชิญท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เนื่องจากท่านมีอายุ เพศ และ มีโรคประจำตัวเดิมที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัยทางคณะผู้วิจัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านเพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

หากท่านมีอาการไม่พึงประสงค์อันเนื่องเป็นผลมาจากการเจาะเลือด ทางคณะผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้การรักษาและดูแลอาการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะหายเป็นปกติ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

งานวิจัยนี้เป็นการทำแบบสอบถามและอาศัยการเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงมีความเสี่ยงน้อยมาก แต่หากท่านมีอาการไม่พึงประสงค์อันเนื่องเป็นผลมาจากการเจาะเลือด ทางคณะผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้การรักษาและดูแลอาการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะหายเป็นปกติ

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และได้ตรวจคัดกรองความเสี่ยงของโรคเบาหวาน โรคไต และการมีระดับยูริกในเลือดสูง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
2. การศึกษานี้เป็นประโยชน์สำหรับแพทย์ที่จะศึกษาถึงความชุก, ลักษณะของโรค และปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยคนอื่นๆต่อไปในอนาคต

คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจหากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาการขอลงตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใดแพทย์ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่านหรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัยหรือในกรณีที่ท่านไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่นๆหลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ดังนั้นจึงควรปรึกษากับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่องความชุกของการเกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยพาร์กินสันเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสัน ประเมินโดยแบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยแอริโซนา (Prevalence of Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease Patients Compare To Non-Parkinson's Disease Patients Evaluated By Arizona Sexual Experiences Scale)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาและข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะเวลาของการทำวิจัยวิธีการวิจัยอันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียดโดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าวผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่างๆเช่นการเก็บข้อมูลการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์การตรวจสอบการวิเคราะห์และการรายงานเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีลงนามในใบยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัยตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	อรอนงค์ จิตรกฤษฎากุล
วันเดือนปีเกิด	4 พฤษภาคม 2525 จังหวัดกรุงเทพมหานคร
สถานภาพสมรส	สมรส
ตำแหน่งทางการศึกษาปัจจุบัน	แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาประสาทวิทยา กลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

นิสิตคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2543 – 2549
แพทย์เพิ่มพูนทักษะ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	2549 – 2550
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ปราจีนบุรี	2550 – 2552
แพทย์ประจำบ้านสาขาประสาทวิทยา หน่วยประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา	2552 – 2555

ปริญญาและประกาศนียบัตร

แพทยศาสตรบัณฑิต	2549
วุฒิบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาประสาทวิทยา	2555

สมาชิกสมาคมวิชาชีพ

- สมาชิกแพทยสภา
- สมาชิกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

ผลงาน

วารสารทางวิชาการ

1. Jitkrisadukul O, Jagota P , Petchrutchatachart P, Sansopha L, Rerknimitr R, Bhidayasiri R. Recurrent Pancreatitis as a Rare Complication of Duodenal Levodopa Infusion Treatment. *Mov Disord* 2013,28:1308-1310.
2. Bhidayasiri R, Brenden N, Viwattanakulvanid P, Jitkrisadukul O, Tabucanon R, jagota P, Hojer H. Identifying Gaps in Knowledge about Parkinson's disease among Medical Professionals in Thailand. (in press *NEUROLOGY* 2014)
3. Jitkrisadukul O, jagota P, Bhidayasiri R. The Arizona Sexual Experiences Scale - Thai Version (ASEX-Thai version) in Parkinson's Disease Patients : Translation, Validity and Reliability. (in press *Journal of Parkinson's Disease* 2014)

4. Jitkriksadakul O, Boonrod N, Bhidayasiri R. Compassionate Trial of Levodopa Carbidopa Intestinal Gel in Two Patients with Progressive Supranuclear Palsy.(in press in Clinical Neurology and Neurosurgery Journal 2014)

บทความในหนังสือ

1. Jitkriksadakul O, Bhidayasiri R. Classification of Movement Disorders: Overview for Internists. In : Suankratay C, Jutiworakul K, ed. Essential Content in Internal Medicine, Bangkok, Chulalongkorn University Press 2013 : 157-163.

2. Jitkriksadakul O, Bhidayasiri R. Sexual Dysfunction in Parkinson's disease. In: Chunharas C, Pasutharnchart N, Thaipisutikul I, Suwanwela NC, ed. Basic and Clinical Neuroscience 5, Bangkok, Chulalongkorn University Press 2013:359-365.

3. Jitkriksadakul O, Bhidayasiri R. Movement Disorder Emergency. RCPT (in press 2013)

4. Jitkriksadakul O, Hemrungrote S, Bhidayasiri R. Psychogenic movement disorders. Text Book of Clinical Neurology, The Neurological Society of Thailand. (in press 2013)

5. Jitkriksadakul O, Bhidayasiri R. Movement Disorders Surgery. Text Book of Clinical Neurology, The Neurological Society of Thailand. (in press 2013)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY