

การสำรวจความรู้และเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ :
ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล



นายสุรียน ไชยชนะ

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาแพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา)

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6614-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**A SURVEY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD ERECTILE DYSFUNCTION AMONG
THAI MALE : A CASE STUDY OF BANGKOK METROPOLITAN REGION**



Mr.Suriyon Chaichana

สถาบันวิทยบริการ
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Human Sexuality (Inter-Department)

Graduate School
Chulalongkorn University
Academic Year 2004
ISBN 974-17-6614-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การสำรวจความรู้และเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ:ศึกษาเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
โดย	นายสุรียน ไชยชนะ
สาขาวิชา	แพศศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อภิชาติ กงกะนันท
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ศาสตราจารย์ กิตติคุณ นายแพทย์นิกร คูสัตสีน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยูพา อ่อนท้วม

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ร.ว. กัลยา ดิงศภัทย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อภิชาติ กงกะนันท)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ศาสตราจารย์ กิตติคุณ นายแพทย์นิกร คูสัตสีน)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยูพา อ่อนท้วม)

..... กรรมการ
(นายแพทย์มานพชัย ธรรมคัน โธ)

สุริยีน ไชยชนะ : การสำรวจความรู้และเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ: ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (A SURVEY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD ERECTILE DYSFUNCTION AMONG THAI MALE : A CASE STUDY OF BANGKOK METROPOLITAN REGION), อ.ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อภิชาติ กงกะนันท์ อ.ที่ปรึกษาร่วม : ศาสตราจารย์ กิตติคุณ นายแพทย์ นิกร คุณิตสิน , ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุพา อ่อนท้วม. 108 หน้า. ISBN 974-17-6614-9.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติของชายไทยเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศและความชุกภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของคนกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 540 คน โดยสุ่มตัวอย่างเป็นแบบโควตา (Quota Sampling) ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส และความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนตัวแปรตาม คือเจตคติเกี่ยวกับภาวะ หย่อนสมรรถภาพทางเพศ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดยส่วนที่หนึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนที่สามเป็นเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนที่สี่เป็นความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้โคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมาก, มีเจตคติทางบวกสูงกว่าทางลบและมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 46.3 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 คืออายุ โดยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีเจตคติทางบวกต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-70 ปี มีเจตคติทางลบต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางบวก ส่วนความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีผลต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับน้อย มีเจตคติทางลบสูงกว่าเจตคติทางบวก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมาก มีเจตคติทางบวกต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ

สาขาวิชา.....เพศศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2547.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4589186420 : MAJOR HUMAN SEXUALITY

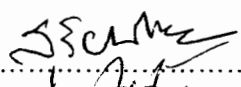
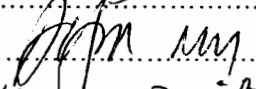
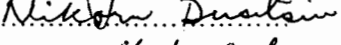
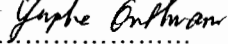
KEY WORD: ERECTILE DYSFUNCTION/ KNOWLEDGE / ATTITUDE /AGING.

SURIYON CHAICHANA : A SERVEY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD ERECTILE DYSFUNCTION AMONG THAI MALES : A CASE STUDY OF BANGKOK METROPOLITAN REGION. THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. DOCTOR APICHAT KONGKANAND, THESIS CO-ADVISOR : PROF. KITTIKHUN DOCTOR NIKORN DUSITSIN,ASSIST. PROF. YUPA ONTHUAM, 108 PP. ISBN 974-17-6614-9

The purpose of thesis research is to study the knowledge and attitudes toward erectile dysfunction among thai male with 540 persons. It means to be a Quota sampling to study such as age, economics status, marital status and knowledge and attitude toward erectile dysfunction. For a interpretation is the attitude toward erectile dysfunction.

The use of questionnaire to study divided into erectile dysfunction parts. The first part covering personal data, the second concerning knowledge of experience of erectile dysfunction. The third data is an attitude toward erectile dysfunction among the thai male and the fourth data is a knowledge regarding the erectile dysfunction. All of these information have been brought for analytical statistical with descriptive and Chi-Square test.

The result of studies found that the most of samples with a knowledge regarding the erectile dysfunction at maximum which are higher positive than negative and with erectile dysfunction in percentage of 46.3. For the factor toward erectile dysfunction is important with .05. It means the age and found that the sampling group of 40-49 years of age attitude toward erectile dysfunction is higher than the attitude toward a negative. For a sampling group is 60-70 years of age also higher than the attitude a positive. For knowledge regarded with the erectile dysfunction is important of .01 level and found that a sampling group is less level with the attitude of negative seems higher than a positive. For a sampling group of knowledge is erectile dysfunction in maximum level with a positive attitude is higher than a negative attitude.

Field of study.... Human Sexuality.....	Student's signature..... 
Academic year.....2004.....	Advisor's signature..... 
	Co-advisor's signature... 
	Co-advisor's signature..... 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อภิชาติ กงกะนันท์ อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาให้ข้อคิด คำแนะนำ เป็นผู้ให้คำปรึกษา และเอาใจใส่ให้กำลังใจ รวมทั้งสละเวลาในการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์เพื่อให้ การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปด้วยดีผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์นิกร คุณิตสิน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุพา อ่อนท้วม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ รวมถึงการให้ความเอาใจใส่ และให้กำลังใจตลอดมา

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ นายแพทย์ มานพชัย ธรรมคันโทคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุพันธ์ ต้นติวงศ์ อาจารย์นายแพทย์ กวีรัช ต้นติวงศ์ และอาจารย์ อุษณีย์ พึ่งปาน ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม ตลอดจนให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ

ขอบพระคุณบริษัทไฟเซอร์ประเทศไทยจำกัด ในการสนับสนุนให้ทุนวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอบพระคุณนายแพทย์ออมสิน บุลภักดิ์ แห่งคลินิก ดร.โอ (คลินิกหมอนพพร) ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ เป็นอย่างดี

ขอบคุณพี่ๆ และเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท สหสาขาวิชาแพศศาสตร์ และเพื่อนๆ ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจเสมอมา

และสุดท้ายขอกราบระลึกถึงพระคุณบิดาที่ล่วงลับไปแล้วและมารดา ซึ่งเป็นผู้ให้สติปัญญา สั่งสอนให้ผู้วิจัยฝ่าฝืนในการศึกษา ขยันหมั่นเพียร เป็นตัวอย่างของความมานะอดทน ตลอดจนห่วงใยคอยให้กำลังใจเสมอมาในการทำวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความ.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดและทฤษฎี.....	6
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	81
อภิปรายผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะในการวิจัย.....	86
รายการอ้างอิง.....	87

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.....	96
ภาคผนวก ข.....	97
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	106



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน ร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
2. ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
3. อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
4. การมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	62
5. อายุกับการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา.....	62
6. สถานภาพสมรสกับการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	63
7. ฐานะทางเศรษฐกิจกับการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ ผ่านมา.....	63
8. ปัญหาจากการการแข็งตัวขององคชาติหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้.....	64
9. สถานภาพสมรสกับปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	64
10. ฐานะทางเศรษฐกิจกับปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	65
11. จำนวนครั้งที่เคยมีเพศสัมพันธ์ของการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
12. เหตุผลที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	66
13. ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
14. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศกับการมีเพศสัมพันธ์ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	67
15. อายุกับปัญหาจากการการแข็งตัวขององคชาติหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	67
16. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ กับปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ.....	68
17. อายุกับระดับปัญหาการแข็งตัวขององคชาติหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้จากการ มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	68
18. ปัญหาการแข็งตัวขององคชาติหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มตัวอย่าง.....	69
19. การได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่ปัญหา.....	70
20. อายุกับการได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	70
21. ความรู้กับการได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ.....	71
22. สาเหตุที่ไม่เคยได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา.....	71
23. วิธีการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่เคยได้รับของกลุ่มตัวอย่าง.....	72

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
24 การเลือกปรึกษานุเคราะห์ทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิงหากมีปัญหา หย่อนสมรรถภาพทางเพศกลุ่มตัวอย่าง.....	73
25 อายุกับการเลือกปรึกษานุเคราะห์ทางการแพทย์ที่เป็นผู้หญิงหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพ ทางเพศ.....	74
26 ความรู้กับการเลือกปรึกษานุเคราะห์ทางการแพทย์ที่เป็นผู้หญิงหากมีปัญหา หย่อนสมรรถภาพทางเพศกลุ่มตัวอย่าง.....	74
27 การทราบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชาย.....	74
28 การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง.....	75
29 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับ.....	75
30 อายุกับการได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ.....	76
31 ความรู้กับการได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ.....	76
32 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ของคะแนนความรู้เรื่อง ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และคะแนนเจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของ กลุ่มตัวอย่าง.....	77
33 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ลักษณะประชากรกับความรูู้ และเจตคติที่มีต่อ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ.....	78

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เรื่องเพศ ถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิต และความเป็นอยู่ของมนุษย์ Dr. Will Durant ซึ่งเป็นนักเขียนและนักปรัชญาชาวอเมริกัน ได้กล่าวไว้ว่า “ ร่องจากความหิว เรื่องเพศ เป็นสัญชาตญาณ รุนแรงที่สุด และเป็นปัญหาใหญ่โตที่สุด ” (สุชาติ โสสมประยูร และ วรณี โสสมประยูร, 2544) ความต้องการทางเพศเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของมนุษย์ และเป็นไปโดยอัตโนมัติ ทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างก็มีความต้องการทางเพศคล้ายคลึงกัน เมื่อเกิดความต้องการทางเพศขึ้นแล้ว ย่อมต้องมีการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการนั้นๆ ซึ่งวิธีการตอบสนองความต้องการทางเพศ ย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การมีเพศสัมพันธ์ หรือบางคนอาจหาทางออกโดยการออกกำลังกาย เป็นต้น การที่บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม ย่อมนำมาซึ่งความสุขทางเพศ แต่ถ้าบุคคลใดที่มีความต้องการทางเพศ และให้ความสำคัญกับเรื่องเพศ แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศที่เกิดขึ้นได้ ย่อมนำมาซึ่งความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นสมรรถภาพทางเพศจึงเป็นสิ่งสำคัญที่มนุษย์เกือบทุกคนแสวงหา โดยเฉพาะเพศชาย ซึ่งเชื่อกันว่าสุขภาพทางเพศมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าสุขภาพทางกายและใจ บางคนถือว่าเป็นดัชนีเครื่องชี้วัดสุขภาพองค์รวมด้วย (สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ, 2546)

ในปัจจุบันปัญหาทางเพศที่พบบ่อยในเพศชาย คือ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือ ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ (Erectile Dysfunction : ED) ซึ่งปัญหา ดังกล่าวนั้นถือว่าเป็นปัญหาของเพศชายทั่วโลก ปี ค.ศ. 1995 ผู้ชายชาวเอเชียมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ประมาณ 87 ล้านคน และคาดว่าปี ค.ศ. 2025 คืออีก 30 ปี จะเพิ่มเป็นอีก 130 % หรือประมาณ 200 ล้านคน หากรวม สหรัฐอเมริกา , ยุโรป , ตะวันออกกลาง และจีน แล้วมีประมาณ 1000 ล้านคน (Aytac, 1999) จากการศึกษาของ MMAS (Massachusetts Male Aging Study) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าเพศชายที่มีอายุ 40-70 ปี จะมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 52 (Benet and Memana, 1995) หรือ ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในสหรัฐอเมริกา ประมาณ 30 ล้านคน (Nehra, 1999) ในประเทศแถบยุโรป พบว่า ประเทศอังกฤษมีเพศชายที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 32 ประเทศฝรั่งเศสมีภาวะดังกล่าวถึง ร้อยละ 42 และในกลุ่มประเทศแคนาดาและยุโรปพบ ร้อยละ 31-51 (Hawton, 1997) ส่วนแถบเอเชียในประเทศจีนพบภาวะดังกล่าว ร้อยละ 19

ประเทศเกาหลีใต้ Chung (1998) ได้ศึกษาในเพศชาย พบว่า มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ถึงร้อยละ 58.9 อายุ 37 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 50 อายุ 69 ปี ขึ้นไป พบ ร้อยละ 83.3 และถ้าอายุ 80 ปีขึ้นไปพบทุกราย ส่วนที่ประเทศญี่ปุ่นพบว่าเพศชายอายุ 40 ปีขึ้นไปพบภาวะดังกล่าว ร้อยละ 71 (MCKinlay, 1998)

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ TEDES (Thailand Erectile Dysfunction Epidemiology Study) (2000) พบว่าชายไทยที่มีอายุ 40 –70 ปี มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 37.5 คิดเป็นจำนวนประชากรของประเทศไทยจะมีประมาณ 4 ล้านคน โดยพบว่าในผู้ใหญ่จะมีภาวะดังกล่าวประมาณ ร้อยละ 10 และอาจมีถึงร้อยละ 60 ของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี (ไพฑูรย์ คชเสนีย์ และกฤษฎา รัตนโอฬาร, 2537) และ ปี 2546 พบ ร้อยละ 42 มีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 4.5-5 ล้านคนในอีก 1-2 ปี (อภิชาติ กงกะนันท์, 2546)

ซึ่งภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นปัญหาที่พบมากในชายตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไป โดยเฉพาะชายสูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระการทำงานของร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น เมื่อผู้ชายมีอายุมากขึ้นประสิทธิภาพการแข็งตัวขององคชาตก็ลดลง การไหลของเลือดเข้าสู่องคชาตจะเริ่มช้าลงทำให้ใช้เวลาในการที่จะทำให้องคชาตแข็งตัวอีกครั้งหลังจากบรรลุนิเวศความสุขสุดยอดแล้วนานขึ้น (Schiavi, 1999) นอกจากนั้นแล้วภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศยังอาจเกิดขึ้นจากสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง และโรคต่างๆ ได้ ที่พบมาก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต เป็นต้น

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของเพศชายเป็นความเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง แต่ก็จัดว่าเป็นการเจ็บป่วยชนิดพิเศษเพราะไม่ใช่เป็นเพียงปัญหาของผู้ที่มีภาวะดังกล่าวเท่านั้น บ่อยครั้งที่ส่งผลกระทบต่อถึงคู่ครองอีกด้วย นอกจากนี้ยังส่งผลไปถึง ศีลธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ เจตคติ และปรัชญาชีวิต ตลอดจนการยอมรับของสังคมด้วย มีผลกระทบต่อสุขภาพทางเพศ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ความภาคภูมิใจในความเป็นชายลดลง บางคนเกิดความอับอายขายหน้า รู้สึกผิดหวังในเรื่องต่างๆ และที่สำคัญในกลุ่มสมรสที่ให้ความสำคัญในเรื่องเพศ เมื่อฝ่ายชายเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ เนื่องจากฝ่ายชายไม่สามารถที่จะมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาได้

ในสังคมโลกตะวันตกถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ว่าจะอายุเท่าใดก็ตาม หากประสบปัญหาทางเพศแล้วถือว่าเป็นเรื่องใหญ่ และไม่ใช่เรื่องอับอายที่จะไปพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษาแก้ไข ซึ่งตรงข้ามกับสังคมโลกตะวันออก โดยเฉพาะประเทศไทย ซึ่งพบว่าหากเกิดปัญหาทางเพศ จะมีคนไข้ประเภทนี้ไม่มากนักที่มาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาแก้ไข จะเห็นได้จากเพศชายที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีความต้องการที่จะมาพบแพทย์เพื่อขอรับการปรึกษา ร้อยละ 34 และพบว่าเพศชายที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศแล้วมาพบแพทย์หรือเคยพบแพทย์เพื่อรับการรักษารวมแล้วไม่ถึง ร้อยละ 1 และไม่คิดที่จะปรึกษาใครเลย ร้อยละ 41

(TEDES et al, 2000) ซึ่งอาจเป็นเพราะยังมีกลุ่มคนส่วนหนึ่งในสังคมไทยถือว่าเรื่องราวที่เกี่ยวกับเพศเป็นเรื่องต้องห้าม น่าอาย ไม่ควรพูดถึง เมื่อเกิดปัญหาทางเพศเกิดขึ้นกับตัวเองแล้ว ไม่กล้าที่จะเปิดเผยให้ใคร รับรู้ บางคนปลงตก พยายามทำใจยอมรับสภาพว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมชาติ หรือบางคนก็อาจหาที่พึ่งทางศาสนาเพื่อหาทางออกหรือแก้ไขปัญหา

จะเห็นได้ว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งคนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้มีเจตคติ เกี่ยวกับเรื่องนี้แตกต่างกันออกไป ผู้ที่มีปัญหานี้บางส่วนจะแสวงหาวิธีการรักษา และอีกส่วนหนึ่งคิดว่าควรพยายามที่จะทำใจยอมรับสภาพว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งการที่ผู้ที่มีปัญหาดังกล่าว จะหาวิธีการรักษาหรือพยายามทำใจยอมรับว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ นั้น ขึ้นอยู่กับว่าจะมีความรู้และเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอย่างไร

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาชาวไทยว่า มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการช่วยเหลือ รักษาภาวะดังกล่าว และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติของชาวไทยเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
3. เพื่อทราบความชุกภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของคนกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มุ่งศึกษาถึงความรู้และเจตคติของชาวไทยต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยจะศึกษาประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 40 - 70 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี, สมุทรปราการ และปทุมธานี

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในชายไทย (Erectile Dysfunction:ED) หมายถึง การที่อวัยวะเพศชายไม่แข็งตัว หรือแข็งตัวได้ไม่นานพอที่จะมีเพศสัมพันธ์จนเป็นที่พึงพอใจได้อย่างต่อเนื่อง

ชายไทย หมายถึง เพศชายไทยที่มีอายุ 40-70 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ ในระหว่างเดือน มีนาคม 2547 ถึง สิงหาคม 2547

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึง มีความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ครอบคลุมตั้งแต่ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และการป้องกันการเกิดโรค

ซึ่งแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จำนวน 12 ข้อ

นำคะแนนที่ได้มา จัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ

ความรู้มาก	10-12	คะแนน
ความรู้ปานกลาง	6-9	คะแนน
รู้น้อย	0-5	คะแนน

เจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ ท่าที รวมทั้งความคิดเห็นที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

เจตคติทางบวกที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึง เจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกี่ยวกับ ความรู้สึก ความเชื่อ ท่าที ที่เหมาะสมสอดคล้อง ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เจตคติทางลบที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึง เจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกี่ยวกับ ความรู้สึก ความเชื่อ ท่าที ที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้อง และไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล(นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ) ในระหว่างเดือน มีนาคม 2547 ถึง สิงหาคม 2547 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ หมายถึง รายได้ตั้งแต่ 0 – 5,000 บาทต่อเดือน

ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง หมายถึง รายได้ตั้งแต่ 5,001 – 15,000 บาทต่อเดือน

ฐานะทางเศรษฐกิจดี หมายถึง รายได้ตั้งแต่ 15,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป

ที่มา : อ้างอิงจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2545

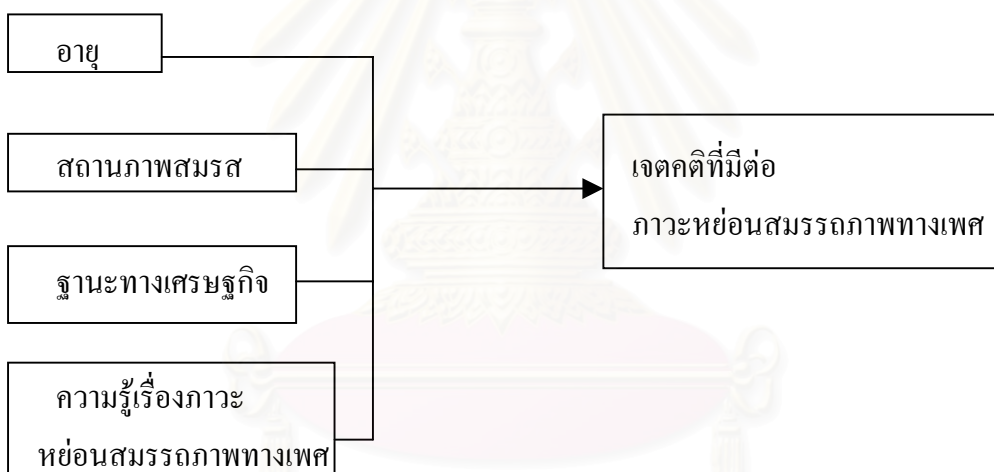
การร่วมเพศ หมายถึง การล้วงล้ำเข้าไปในช่องคลอดของกลุ่มนอน

กิจกรรมทางเพศ หมายถึง การกอดจูบประเล้าประโลม การกระตุ้นให้มีความรู้สึกทางเพศ ก่อนการร่วมเพศ หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อให้ทราบถึงความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของชายไทย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ รักษาผู้ที่มี ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้และผลิตสื่อเรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การสำรวจความรู้และเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในประเด็นแนวความคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้ เจตคติ การเกิดเจตคติ และการวัดเจตคติ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของเพศชายที่เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยเฉพาะทางด้านการตอบสนองทางเพศ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ที่ครอบคลุมตั้งแต่ความหมาย สาเหตุ อาการ การวินิจฉัยโรค กลไกการเกิด และแนวทางการรักษา

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับการสำรวจความรู้และเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้าศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การตอบสนองทางเพศรวมทั้งการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ดังนี้

แนวคิดและทฤษฎี

แนวคิดและทฤษฎีของความรู้ (Knowledge)

ความหมาย (Definition of Knowledge) มีผู้ให้ความหมายไว้ พอสรุปได้ดังนี้

สำหรับ “ ความรู้ ” ตรงกับ คำว่า “ Knowledge ” มีนักวิชาการต่างประเทศได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

คาร์เตอร์ วี กู๊ด (Carter V. Good , 1973) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “ ความรู้ ” หมายถึงข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์ และข้อมูลต่างๆที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับเอดเวิร์ด (Edward, 1978) ให้ความหมายไว้ว่า “ ความรู้ ” เป็นข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้า การสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงานการรับรู้

ส่วนเบนจามิน บี บลูม (Benjamin B. Bloom, 1972) กล่าวว่า “ ความรู้ ” หมายถึงความสามารถในการจำและ ระลึกถึงเหตุการณ์ หรือ ประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีและดำเนินการที่เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ซึ่งก็ใกล้เคียงกับ แพททริก เมียร์ดิสท์ (Patrick Meredith, 1973) ได้ให้ความหมาย “ ความรู้ ” หมายถึง การที่สามารถจำได้ถึงบางสิ่ง ซึ่งเราเข้าใจมาแล้ว ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ ความเข้าใจ และการคงอยู่ (Understanding and Retaining) ดังนั้นเมื่อ ได้อ่าน รับประทาน หรือ ฟังสาร เพื่อจูงใจให้เห็น ประโยชน์ แล้วเกิดความเข้าใจ และจดจำในเนื้อหานั้นๆ โดยที่อาจจะไม่ครอบคลุม ทั้งหมด แต่ถ้ามีการรับรู้บ่อยครั้ง หรือย้ำ ก็จะทำให้ผู้รับข่าวสารได้ข้อมูลต่างๆ โดยไม่รู้ตัว

ส่วนนักวิชาการในประเทศที่ ได้ให้ความหมาย “ ความรู้ ” วิชัย วงษ์ใหญ่ (2533) กล่าวว่า “ ความรู้ ” หมายถึง พฤติกรรมเบื้องต้น ที่ผู้เรียน สามารถจดจำได้ ระลึกได้ โดยการมองเห็น ได้ยิน ซึ่งความรู้ ในที่นี้ คือ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ คำจำกัดความ เป็นต้น

ส่วนสำเร้ง บุญเรืองรัตน์(2535) ได้ให้ความหมายว่า “ ความรู้ ” หมายถึงการระลึกได้ของเรื่องราวต่างๆที่เคยพบเห็น ได้ยินหรือเคยมีประสบการณ์มาแล้ว เป็นความสามารถในการจดจำ สิ่งต่างๆ

ซึ่งจากความหมาย ความรู้ที่นักวิชาการได้กล่าว “ ความรู้ ” ไว้ พอสรุปได้ดังนี้ ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง ความจริง กฎเกณฑ์ และข้อมูลต่างๆ ที่ มนุษย์เรา สะสมรวบรวมไว้ และสามารถที่จะจดจำได้ ระลึกได้ ผ่านทางประสบการณ์ต่างๆ

สำหรับ ความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับการรับรู้ผ่าน ประสบการณ์ โดยการเรียนรู้ จากการตอบสนองสิ่งเร้า แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยาด้วย เหตุนี้ ความรู้จึงเป็นความจำ ที่เลือกสรร ให้สอดคล้อง กับสภาพจิตใจ ของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตาม ความรู้ อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ได้ (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533)

องค์ประกอบของ ความสามารถที่เกิด การเรียนรู้มี ดังนี้ (Bloom et al, 1972)

1.ความรู้ (Knowledge) ทำให้ทราบถึงความสามารถในการจดจำ และการระลึกถึง เหตุการณ์ หรือประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว แบ่งเป็น

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยเฉพาะ
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธี และการดำเนินการที่เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวความคิดและโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ(Comprehension) ทำให้ทราบถึงความสามารถในการใช้สติปัญญา และ ทักษะ

2.1 การแปลความ คือ แปลจากแบบหนึ่งไปสู่อีกแบบหนึ่ง โดยรักษาความหมายให้ ถูกต้อง

2.2 การตีความ คือ ขยายจากเนื้อหาเดิม ด้วยการสร้างขึ้นด้วยรูปแบบใหม่ รวมทั้ง การคาดคะเน

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาแยกแยะวัตถุต่างหรือเนื้อหาออกเป็นส่วนปลีกย่อยที่มีความสำคัญต่อกัน และการสืบเสาะความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆเพื่อดูว่าประกอบเข้าด้วยกันได้อย่างไร

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวมส่วนประกอบย่อยหรือส่วนใหญ่อเข้าด้วยกันให้เป็นเรื่องเดียวกัน เป็นเรื่องการรวมส่วนต่างๆของเนื้อหาสาระเข้าด้วยกันเพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ไม่ชัดเจนมาก่อนเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์แต่ภายในขอบข่ายของงานหรือปัญหาที่กำหนดไว้

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ ค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างโดยการกำหนดคุณเกณฑ์เป็นฐานในการพิจารณาตัดสินประเมินค่า

นอกจากนี้ยังแบ่งความรู้ ออก เป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะ ที่จำเรื่องเฉพาะวิธีปฏิบัติ กระบวนการและแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้คือ ความสามารถในการนำข้อมูลจากความจำออกมาได้

2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้นได้ ถ้อยคำนั้นสามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ (Illustration) ให้ความหมายแปลความและเปรียบเทียบความคิดเห็นอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นได้

3. ระดับการนำไปใช้ (Application) เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถนำเอาข้อเท็จจริงตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรมปฏิบัติได้จริงเป็นรูปธรรม

4. ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำแนวความคิดมาแยกเป็นส่วน ประเภท หรือนำเอาข้อมูลต่างๆมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติตนเองมาประกอบกัน แล้วนำไปสู่การสร้างสรร (Creating) ซึ่งเป็นสิ่งใหม่จากเดิม

5. ระดับการประเมินผล (Evaluation) คือ ความสามารถใช้ความรู้เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลตามมาตรฐานเพื่อให้ข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

การวัดความรู้

การวัดความรู้ เป็นการวัดสมรรถภาพทางสมองในด้านการระลึกความจำ เกี่ยวกับเรื่องราวที่เคยมีประสบการณ์ หรือเคยรู้ เคยเห็น เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิด

ก็เหมาะสมแตกต่างกันออกไป เครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุด คือ แบบทดสอบและแบบทดสอบนี้แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ข้อสอบปากเปล่า เป็นการทดสอบได้ด้วยวาจา หรือคำพูด ระหว่างผู้ทำการทดสอบกับผู้ถูกสอบโดยตรงหรือบางครั้ง เรียกว่า “ การสัมภาษณ์ ”
2. ข้อสอบข้อเขียน แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ
 - ก. แบบเรียงความ เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบ อธิบาย บรรยาย ประพันธ์ หรือวิจารณ์เรื่องราวที่เกี่ยวกับความรู้
 - ข. แบบจำกัดคำตอบ เป็นข้อสอบที่ให้ผู้ถูกสอบพิจารณา เปรียบเทียบ ตัดสินข้อความหรือรายละเอียดต่างๆ ซึ่งมีอยู่ 4 แบบ คือ แบบถูก ผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ และแบบเลือกตอบ
3. ข้อสอบภาคปฏิบัติ เป็นข้อสอบที่ไม่ต้องการให้ผู้ถูกสอบ ตอบสนองออกมาด้วยคำพูดหรือการเขียนเครื่องหมายใดๆ แต่มุ่งแสดงออกด้วยการกระทำจริง

ความรู้ เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองสิ่งเร้า แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยาด้วย ดังนั้นความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ให้สอดคล้อง กับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้ ก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกได้

แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติ

เจตคติ หรือ ทัศนคติ (Attitude)

ความหมาย (Definition of Attitude) มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่ง สรุปได้ ดังนี้ สำหรับ “ เจตคติ ” นั้นในต่างประเทศ ใช้คำว่า “ Attitude ” มาจากรากศัพท์ ภาษาละติน ว่า “ Aptus ” แปลว่า นุ่มเอียง ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2525 : 389) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “ เจตคติ ” หมายถึง แนวความคิด นอกจากนี้มีนักวิชาการ ได้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ซึ่ง ก็มีหลายท่านที่ได้ให้ความหมายไว้ ใกล้เคียงกัน

สำหรับ Zimbardo and Ebbesen (1969) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “ เจตคติ ” เป็นแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงออกในวิธีที่สอดคล้องกับความคิดและความรู้สึกของเขา ส่วน Chave (1928) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง ส่วนผสมของความรู้สึก ความปรารถนา ความกลัว ความเชื่อ อคติ ฯลฯ ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปแล้วแต่ประสบการณ์ เช่นเดียวกับ David G. Myers (1993) กล่าวว่า “ เจตคติ ” คือ ปฏิกริยาต่อบางสิ่งหรือบางบุคคล ในเชิงบวก หรือเชิงลบ ซึ่งแสดงถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือ พฤติกรรมของบุคคล จะเห็นได้ว่าท่านเหล่านั้นได้เน้นความหมาย “ เจตคติ ” เกี่ยวกับ ความรู้สึก เป็นประเด็นสำคัญ

ในส่วนของ Thomas and Znaniecki (อ้างใน Allport, 1967) ได้กล่าวว่า “ เจตคติ ” ทำให้เราเข้าใจสภาวะจิตที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของปัจเจกชน ก็คล้ายกับของ David G. Myers (1993) กล่าวว่า “ เจตคติ ” หมายถึง ปฏิกริยาต่อบางสิ่งหรือบางบุคคลในเชิงบวก หรือเชิงลบ ซึ่งแสดงถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทั้งสองท่านนี้ เน้นเกี่ยวกับ พฤติกรรม ของบุคคล

นอกจากนี้ Gordon W. Allport (1967) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “เจตคติ ” หรือ “ทัศนคติ ” หมายถึงความพร้อมของจิตประสาท อันเกิดจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีผลโดยตรงต่อการตอบสนองของบุคคลต่อสรรพสิ่งและสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น

สำหรับในส่วนของนักวิชาการในประเทศมีหลายท่านที่ให้ความหมายของคำว่า “ เจตคติ ” ไว้ ได้แก่ โสภาก ชูพิกุลชัย (2522) กล่าวว่า “เจตคติ ” เป็นการรวบรวมความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็นและความจริงรวมทั้งความรู้สึกที่เราเรียกเป็นการประเมินค่าทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งทั้งหมดจะเกี่ยวถึงกันจะบรรยายให้ทราบถึงจุดแกนกลางของวัตถุนั้นๆ ความรู้สึกเหล่านั้น มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดพฤติกรรมชนิดใดชนิดหนึ่ง ก็ใกล้เคียงกับความหมายของ สุนทรวิโคมิน (2531) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงความรู้สึกและปฏิกริยาความพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวกหรือเชิงลบที่มีต่อเฉพาะบุคคล เฉพาะสิ่ง เฉพาะเรื่องและเฉพาะสถานการณ์ ซึ่งทั้งสองท่านก็เน้นในประเด็นของความรู้สึก เช่นกัน

ส่วน ลัดดา กิติวิภาต (2532) กล่าวว่า “ เจตคติ ” คือ ความคิดที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งทำให้เกิดความพร้อมที่จะมีปฏิกริยาโต้ตอบในทางบวก หรือทางลบต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ให้ความหมาย ของ “ เจตคติ ” ที่แตกต่างออกไปได้แก่ มนูญ ตนะวัฒนา (2539) กล่าวว่าเจตคติคือความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มีความสำคัญด้วยลักษณะอาการที่ได้มีการพิจารณาไว้ล่วงหน้า

จากการที่มีผู้ให้ความหมาย ของ “ เจตคติ ” ทั้งในและต่างประเทศ ไว้หลายความหมายดังกล่าวมาแล้วพอที่จะสรุปความหมายได้ดังนี้ “ เจตคติ ” หมายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเวลาหนึ่ง ผนวกกับความรู้สึกจากประสบการณ์เดิมจากความเชื่อ ความคิดเห็นและความจริงที่มีต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือสิ่งใดหนึ่งในเชิงบวกหรือเชิงลบ ซึ่งเจตคติอาจเปลี่ยนแปลงได้

องค์ประกอบของเจตคติ (Components of Attitude)

เจตคติ มี องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านความรู้ ความคิด (Cognitive Component) หมายถึงความรู้ ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเป็นข้อเท็จจริง ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด มีลักษณะของการประเมิน เช่น ชอบ – ไม่ชอบ , พอใจ – ไม่พอใจ เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง ความพร้อมที่จะตอบสนอง หรือแนวโน้มของการกระทำ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

หน้าที่ของเจตคติ (Function of Attitude)

หน้าที่ของเจตคติมี ดังต่อไปนี้ (ลัดดา กิติวิภาต, 2532)

1. ใ้บุคคลเข้าใจโลกรอบๆตัวเรา (Knowing Function) การสร้างเจตคติอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อจัดระบบข่าวสารข้อมูลที่ซับซ้อนมากมายรอบตัวให้ง่ายต่อการเข้าใจ ทำให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ที่ต้องการทำนายเหตุการณ์ต่างๆ หรือต้องการทราบถึงสาเหตุของเหตุการณ์นั้นๆ อาจถูกหรือผิดก็ได้

2. เจตคติช่วยป้องกันตัวเอง (Self – Defensive Function)ทำให้บุคคลไม่ดูถูกตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ โดยการสร้างเจตคติอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อเสริมอีโก้ของตน หรือไม่ก็ปกป้องแก้ตัวเพื่อป้องกัน อีโก้ของตน

3. เจตคติช่วยในการปรับตัว หรือใช้เป็นเครื่องมือทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ต่างๆ (Social Adjustment or Instrumental Function) สิ่งใดที่ทำให้เราได้รับประโยชน์ เราก็มีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น สิ่งใดที่ขัดขวางความต้องการของเรา เราก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น หนีห่างจากสิ่งนั้น

4. เจตคติช่วยให้บุคคลแสดงตนออกมา (Self- Expressive Function) และทำให้เรารู้จักหรือเข้าใจบุคคลนั้น เพราะบุคคลมักจะแสดงเจตคติที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมของตนเอง

การเกิดเจตคติ (Attitude Formation)

เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดมาจากการเรียนรู้ เช่น จากการได้รับแรงเสริม (reinforcement) การเรียนแบบ(imitation) หรือการเรียนรู้ทางสังคม (social learning) หรือเจตคติอาจเกิดจากการมีประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม กับแหล่งเจตคตินั้น การเกิดเจตคติ แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ (Baron and Byrne, 1987)

1. เจตคติที่เกิดจากการเรียนรู้ ทางสังคม (social learning) หรือ อีกในหนึ่งคือ ได้รับมาจากบุคคลอื่น แม้บุคคลนั้นจะไม่เคยมีประสบการณ์ตรงกับสิ่งทำให้เกิดเจตคตินั้นมาก่อนก็ตาม แต่เจตคติก็สามารถเกิดขึ้นได้โดยผ่านการเรียนรู้ทางสังคมแหล่งสำคัญที่ทำให้เกิดเจตคตินี้ได้แก่ พ่อ แม่ เพื่อน สถาบัน หรือสื่อมวลชน เป็นต้น

สำหรับสื่อมวลชน เป็นต้นว่า หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ จัดว่าเป็นแหล่งของเจตคติที่มีอิทธิพลมากทั้งในแง่ของการทำให้เกิดเจตคติ และการเสริมทัศนคติให้มั่นคงยิ่งขึ้น (Deaux and Wrighsman, 1988)

2. เจตคติที่เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (direct experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทำให้เกิดเจตคติในทางที่ดีหรือไม่ดีตามที่เขาเคยมีประสบการณ์มาก่อน

นอกจากนี้ Deaux et al. (1988) ได้กล่าวว่า เจตคติไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกสิ่งที่เราเผชิญ แต่การถามคำถามโดยตรงที่เกี่ยวกับสิ่งนั้นจะทำให้เกิดเจตคติได้เพราะคนสามารถทำความเข้าใจและมีปฏิกิริยาต่อสิ่งนั้นได้ทันที

Mark Garrison (1992) ได้อธิบายกระบวนการเกิดและเปลี่ยนแปลงเจตคติว่ามีลักษณะ 3 ประการ ได้แก่

1. การยอมตาม (Compliance) คือ การยอมตามความปรารถนาของผู้อื่นเพื่อหลีกเลี่ยงความอึดอัดใจหรือเพื่อได้รับประโยชน์บางอย่างแต่ความกดดันทางสังคมไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติจริงๆ

2. การเลียนแบบ (Identification) คือ การเลียนแบบผู้อื่นเมื่อบุคคลต้องการจำกัดตัวเองเข้ากับบุคคลหรือกลุ่มนั้น เพื่อให้เกิดความสอดคล้องหรือเป็นเจตคติที่เกิดจากการแสวงหาความสอดคล้องหรือเอกลักษณ์เฉพาะตน (agreement-seeking หรือ identity-seeking) (สุนทรวิโคมิน, 2531) เจตคติที่เกิดในลักษณะนี้ จะมีความแปรปรวน เนื่องจากเกิดการยึดติดกับบุคคลหรือกลุ่ม มากกว่าจะเป็นการประเมินรับสิ่งนั้นเข้ามาด้วยตนเอง

3. การรับไว้เป็นของตน (internalization) คือเจตคติเกิดขึ้นเมื่อมีความสอดคล้องกับความเชื่อด้านนิยม พื้นฐานที่มีอยู่แล้ว และเจตคติ นั้นสนับสนุนหรือเสริมภาพพจน์ (self-image) ของตนเอง เจตคติที่เกิดขึ้นนี้มีความมั่นคงที่สุด เพราะเกิดจากการประเมิน ข้อดี- ข้อเสีย ด้วยตัวเองไม่ขึ้นอยู่กับกลุ่ม เรียกว่า เจตคติที่เกิดจากการแสวงหาข้อมูล (information-seeking)

ทฤษฎีเจตคติ (Attitude Theories)

1. ทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการให้แรงเสริม (Conditioning and Reinforcement Theories) เป็นทฤษฎีที่ใช้เจตคติที่ใช้หลักการเรียนรู้ที่มีเงื่อนไขและแรงเสริมกำลัง (Conditioning and Reinforcement Theories) ซึ่ง สรุปได้ว่า การก่อให้เกิดเจตคติจากทฤษฎีนี้มี 3 วิธี ได้แก่

1.1 วิธีสร้างเจตคติแบบเชื่อมโยง (association) คือ แบบเชื่อมโยงสิ่งเร้าตั้งแต่สองตัวขึ้นไป ตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Classical Conditioning Theory) ของ Pavlov เช่น การโฆษณา การค้าขาย เป็นต้น

1.2 วิธีให้แรงเสริม (reinforcement) ซึ่งเป็นหลักการของ Skinner เพื่อที่จะให้บุคคลเกิดเจตคติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการให้รางวัล คำชมเชย พฤติกรรมใดที่ได้รับ รางวัล บุคคลนั้นก็จะมีประพฤติกรรมไป ถ้าไม่มีคนชมเรา เราก็ชมตัวเอง ภูมิใจตัวเอง (Self- reinforcement) ซึ่งจะทำให้เจตคติคงอยู่ตลอดไป

1.3 เจตคติเกิดจากการเลียนแบบ (Imitation a model) พ่อ แม่ เพื่อน และ ครูจะเป็นตัวแบบที่สำคัญสำหรับเด็กที่จะเลียนแบบเจตคติต่อสิ่งต่างๆตามตัวแบบนั้นๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของตัวแบบกับสิ่งทำให้เกิดทัศนคตินั้นๆ เช่น พ่อ แม่ นับถือศาสนาพุทธลูกจะมีเจตคติที่ดีต่อศาสนาพุทธ

2. ทฤษฎีการสอดคล้องของการรับรู้ (Cognitive consistency approach)

2.1 ทฤษฎีความสมดุลของไฮเดอร์ (Balance Theory) เป็นทฤษฎีการสอดคล้องที่เก่าแก่ที่สุด บางครั้งเรียก Heider s three elements system ที่กล่าวถึง 3 สิ่ง คือ

P	หมายถึง	บุคคลหนึ่ง (อาจเป็นตัวเรา)
O	หมายถึง	บุคคลอีกคนหนึ่ง (อาจเป็นเพื่อนเรา)
X	หมายถึง	วัตถุหรือสิ่งของ

ความสัมพันธ์ระหว่าง P-O-X จะสมดุลหรือไม่สมดุล ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่างๆ เหล่านี้ว่าเป็นไปทางใด อาจเป็นทางบวก หรือทางลบ

2.2 ทฤษฎีการสอดคล้องของออสกู๊ด (Osgood Congruity Theory 1953) การเกิดเจตคติ แหล่งข่าวสาร ทำให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงเจตคติได้ ผู้รับข่าวสารจะประเมินค่าจากแหล่งข่าวสารและจะยอมรับ ข่าวสารนั้นแตกต่างกัน

2.3 ทฤษฎีการไม่สอดคล้องของการรับรู้ของเฟสติงเจอร์ (Festingers Theory of cognitive Dissonance) เป็นทฤษฎีที่มาจากความคิดที่ว่า มนุษย์ไม่สามารถทนต่อความขัดแย้ง หรือความไม่สอดคล้องกันได้ มนุษย์จึงจำเป็นที่จะต้องลดความขัดแย้งนั้นด้วยการเปลี่ยนเจตคติ เฟสติงเจอร์ (Festinger) กล่าวว่า “ ถ้าเจตคติไม่สอดคล้องกับการกระทำแล้ว เจตคติต่อสิ่งนั้นจะเปลี่ยนไป ”

วิธีลดความขัดแย้งตามแนวคิดของ เฟสติงเจอร์ (Festinger) ทำได้ดังนี้ (Feldman,1944)

1. เปลี่ยนแปลงเจตคติหรือพฤติกรรมนั้น เช่น เลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้สอดคล้องกับ ความคิดที่ว่าสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง

2. เปลี่ยนแปลงความสำคัญเพื่อลดความขัดแย้ง เช่น คิดว่าหลักฐานที่มาสสนับสนุนว่าสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งไม่น่าเชื่อถือ

3. หาข้อมูลใหม่มาเพิ่มเติม หรือรับข้อมูลใหม่ที่สอดคล้องกับความคิด อย่างใดอย่างหนึ่งของตน เช่นออกกำลังกายเป็นประจำ อาจช่วยให้เราไม่เป็นมะเร็ง

4. ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงที่จะรับข้อมูลที่ทำให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น

3. ทฤษฎีการตัดสินทางสังคม (Social Judgement Theory)

Sherif and Hovland (1961) ได้กล่าวว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับบรรทัดฐานของสังคม และความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล กระบวนการของทฤษฎีมี 2 ทฤษฎี คือ

3.1 การตัดสินใจ การตัดสินใจจะยอมรับ (acceptance) หรือปฏิเสธ (rejection) ข้อมูลที่ได้รับ

3.2 การเปลี่ยนเจตคติหรือการคงไว้เจตคติเดิมไว้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจแล้วว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธ

เจตคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตัวแปรดังนี้

1. ความขัดแย้งระหว่างเจตคติกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับ
2. ถ้าเจตคติเดิมใกล้เคียงหรือขัดแย้งกับข้อมูลใหม่ไม่มากนัก บุคคลจะเปลี่ยนไปตามข้อมูลใหม่นั้น (assimilation) ถ้าเจตคติเดิมห่างไกลหรือขัดแย้งกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับอย่างมาก บุคคลจะคงเจตคติเดิมไว้หรือไม่ยอมรับข้อมูลใหม่ (contrast)

3. การยอมรับและการปฏิเสธของแต่ละบุคคล ถ้ามีการยอมรับข้อมูลใหม่มากการเปลี่ยนเจตคติจะเปลี่ยนไปได้ง่าย

4. ความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล (ego-involvement)

ถ้ามีข้อมูลใหม่แตกต่างจากเจตคติเดิมและเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลมาก บุคคลจะไม่ยอมรับข้อมูลที่แตกต่างกัน

ถ้าข้อมูลใหม่แตกต่างจากเจตคติเดิมไม่มากนัก และเป็นข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลเท่าไร บุคคลจะยอมรับหรือเปลี่ยนเจตคติมากกว่า

5. ความชัดเจนของข้อมูล ถ้าข้อมูลที่ได้รับมีความคลุมเครือ กำกวม ไม่ชัดเจนการยอมรับจะเกิดขึ้นได้น้อย

การวัดเจตคติ

วิธีการวัด เจตคติทำได้ 4 วิธี คือ

1. การสังเกต (Observation) เป็นวิธีการศึกษาพฤติกรรมที่แสดงออก ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แล้วนำข้อมูลที่สังเกตนั้นไป อนุมานว่าบุคคลนั้นมีเจตคติอย่างไร

2. การรายงานตนเอง (Self-Report) เป็นวิธีการศึกษาเจตคติของบุคคลโดยให้บุคคลนั้นเล่าความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้นออกมาว่า ชอบหรือไม่ชอบ ดี หรือไม่ดี ผู้เล่าเองจะบรรยายความรู้สึกนึกคิดออกมา ตามประสบการณ์ และความสามารถของเขา จากการบอกเล่านี้สามารถ กำหนด ค่าคะแนนของเจตคติได้ ตามวิธีการศึกษาของ Thurstone , Likert , Guttman และ Osgood ซึ่งนิยมใช้กันมาก

3. วิธีการสร้างจินตภาพ (Projective) เป็นวิธีสร้างจินตภาพ โดยการใช้ภาพเป็นตัว กระตุ้นให้บุคคลนั้นแสดงความคิดเห็นออกมา และสังเกตว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกอย่างไร ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามประสบการณ์ที่ได้รับมา

4. วิธีการวัดทางกายภาพ (Physiological Measures) คือ การวัดเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยการตอบสนองทางกายภาพ ที่มีต่อสิ่งกระตุ้นนั้น

แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับชายวัยกลางคนและชายสูงอายุหรือชายสูงวัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เกี่ยวกับเพศชายที่มีช่วงอายุระหว่าง 40 – 70 ปี ซึ่งชายในช่วงอายุดังกล่าว เป็นช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน ขึ้นไปถึงสูงวัยหรือสูงอายุ โดยชายวัยกลางคน (middle age) หมายถึงชายที่มี อายุอยู่ระหว่าง 40 –60 ปี ส่วนผู้สูงวัย หรือผู้สูงอายุ หมายถึงชายที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยทั้งสองวัยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆที่คล้ายคลึงกัน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในเรื่องเพศเป็นช่วงที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ตามอายุที่มากขึ้น ก่อนข้างที่ชัดเจน ที่มีผลต่อการตอบสนองทางเพศ ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวนี้ เป็นช่วงระยะเวลาที่ยาวนานและเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดอีกช่วงหนึ่งของชีวิต

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงทั้งชายวัยกลางคนและชายสูงวัย ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว

ได้แก่ ทฤษฎีการปรับตัวของ เพค (Peck) (อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545) มี 4 ขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เนื่องจากสภาพร่างกายและอนามัยที่เริ่มเสื่อมลงคนที่อยู่ในวัยนี้หันไปทุ่มเทพลังในคนไปทางนามธรรมมากกว่ากิจกรรมที่ทำด้วยร่างกาย ซึ่งบุคคลต้องพยายามปรับตัวให้เกิดสมดุลระหว่างสองอย่างนี้

2. จากความอ่อนล้ากำลังลงทางกายภาพ บุคคลจึงต้องปรับตัวมุ่งไปสร้างดุลยภาพใหม่ระหว่างฝึกฝนเชิงจิตมากกว่าความฝึกฝนด้านเพศ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นความสนใจสังคมแข่งกับความสนใจผูกพันด้านเพศ (socializing vs. sexualizing)

3. เหตุการณ์ ชีวิตในวัยนี้ ทำให้สะท้อนอารมณ์ เกิดสุข ทุกข์ เป็นข้อแย้งกันได้มาก ได้แก่ ความยืดหยุ่น ทางอารมณ์ และความกระด้างทางอารมณ์

4. ลักษณะจิตใจคู่ที่ 4 คือความยืดหยุ่นทางจิตแข่งกับ ความหัวรั้น (mental flexibility vs. mental rigidity) เป็นการต่อต้านกัน ในเมื่อจะต้องตัดสินใจอะไรสักอย่าง ระหว่างยึดแนวเก่า หรือจะชอบ สิ่งใหม่ที่เสนอเข้ามา

ทฤษฎีพฤติกรรมที่ต้องพัฒนาตามวัย (Developmental task Theory)

ทฤษฎีพฤติกรรมที่ต้องพัฒนาตามวัย นี้เกี่ยวข้องกับ 3 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีของฮาวิกเฮิร์สท์ (อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545) พฤติกรรมที่ต้องพัฒนาตามวัยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล และความกดดันจากค่านิยม ของสังคมมาตรฐานชีวิตและ

ความไฝ่ฝัน โดยเฉพาะในวัยกลางคน เป็นระยะเวลาที่เด่นในชีวิต และเป็นช่วงที่สังคมคาดหวังจากวัยนี้สูงมากต้องรับผิดชอบ ในฐานะผู้ใหญ่ต่อบ้านเมือง สังคม สร้างและดำรงมาตรฐานการครองชีพของตน การปฏิบัติต่อตนเองและคู่สมรอย่างเป็นบุคคลมีศักดิ์ศรีเสมอกัน การยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับความผันแปรทางกาย เป็นต้น

2. ทฤษฎีของ โรเจอร์ โกลด์ ได้กล่าวถึง ในวัยกลางคนและ ผู้สูงวัยว่า เป็นวัยที่เริ่มร้อนใจถึงชีวิตเริ่มสิ้นเข้ามาทุกที ตำรวจตรวจสอบเป้าหมายของชีวิตอีกครั้ง ยอมรับสภาพของชีวิตตามความเป็นจริง และยอมรับอดีต ของชีวิต มีขันติมากขึ้น ประสบการณ์ทำให้เฉลียวฉลาดมากขึ้น และมีความเมตตากรุณาเพิ่มมากขึ้น

3. ทฤษฎีของ ดาเนีย ลีวินสัน ได้กล่าวถึงวัยนี้ว่า เป็นสมาชิกอาวุโสในชุมชน แยกความรับผิดชอบและการพัฒนา วางแผนแสวงหาความสำเร็จ และให้บรรลุเป้าหมายในวันข้างหน้า มีความฉลาด รู้จักค่านิยมอันดี มีความกรุณาและเห็นการณ์ไกล

ทฤษฎีว่าด้วยผู้สูงอายุ หรือผู้สูงวัย(Theories of Aging)

มีทฤษฎีที่ว่าด้วยผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัยอยู่ 2 ทฤษฎี ใหญ่ๆ คือ

1.ทฤษฎี ทางชีวภาพ (Biological Theory) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Theory) เป็นการเปลี่ยนแปลงการสูงวัย ที่เกิดขึ้นตาม พันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะโครงสร้าง ของอวัยวะบางส่วนของร่างกายที่คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน และลักษณะนั้นจะแสดงออก เมื่ออายุมากขึ้น หรืออาจจะแสดงออกกับบุคคลบางคนที่ยังไม่ถึงวัยสูงอายุ เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน ในกลุ่มนี้ยังมีทฤษฎีที่เรียกว่า นาฬิกาชีวิต (Biological clock) ซึ่งกล่าวถึงสภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆของแต่ละบุคคลว่าถูกควบคุมเวลาด้วยนาฬิกา ชีวิต ทฤษฎี นี้อธิบายว่านาฬิกาชีวิตของคนนั้นหยุดเดิน คือ การเสียชีวิต

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการพัฒนาขั้นต้น(Conterpart Theory) อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในวัยสูงอายุ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาตั้งแต่แรกเริ่มของคนที่เกี่ยวข้องกัน

1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือความเสื่อมถอย (Accidental of wear and tear Theory) ระบบการทำงานของน้ำย่อยและเอนไซม์ต่างๆทำงานน้อยลงหรือหยุดทำ การรับโรคร้ายหรือได้รับอุบัติเหตุต่างๆ

2. ทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุ(Social Theory of Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางสังคมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มี ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง คือ

2.1 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนต่อบทบาทที่ตนกำลังเป็นอยู่ ได้อย่างเหมาะสม

2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรม

ปฏิบัติอยู่เสมอๆ มีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง และมีภารกิจสม่ำเสมอทำให้มีความพอใจในชีวิต และปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม

2.3 ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) กล่าวถึงว่าการแยกตนเองเป็นเรื่องธรรมดา และหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุที่ต้องลดกิจกรรมและบทบาททางสังคมลง โดยการถอนตัวเพื่อหลีกเลี่ยงความกดดัน และความตึงเครียด เป็นผลมาจากการรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง สำหรับทฤษฎีนี้ Elaine Cumming and William Henry (1961) ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ หนี หรือถดถอย ออกไปที่ละน้อย จากคนอื่นๆ ในสังคมและทุกคนก็จะมีความสุขความพอใจและได้รับประโยชน์ร่วมกัน เพราะได้รับอิสระกฎต่างๆ ของสังคม

2.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมใหม่ มาทดแทนบทบาทเก่าที่สูญเสียบไป และยังคงพยายามปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมร่วมกัน มีความสุข นั้นขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตของแต่ละคน บางครั้งเรียกว่าทฤษฎี บุคลิกภาพ (Personality Theory) (วันดี โภคะกุล, 2537)

2.5 ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มอายุ และระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเปลี่ยนแปลง ไปตามชั้นของอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

การเปลี่ยนแปลงในชายวัยกลางคนและชายสูงวัย

การเปลี่ยนแปลงใน วัยกลางคน และวัยสูงอายุหรือผู้สูงวัย เซลล์ของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางสลาย มากกว่าการสร้างซึ่งทำให้เกิดการทรุดโทรม ของอวัยวะต่างๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง เกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ กรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งในเรื่องของกรรมพันธุ์ แต่ละครอบครัว ก็จะแตกต่างกัน สำหรับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ภาวะโภชนาการ โรคภัยไข้เจ็บ และวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมี 3 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้าน โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งจะมีผล ดังนี้

1.1 การสูญเสียเซลล์ เมื่อเข้าสู่สูงวัยเซลล์เก่าจะตายไป แต่ไม่มีเซลล์ใหม่ทดแทน ทำให้เซลล์ในอวัยวะต่างๆ ลดลง เป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ด้วย

1.2 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหรือเส้นใยคอลลาเจน เมื่ออายุมากขึ้นการยึดหดตัวของกล้ามเนื้อเกี่ยวพันจะลดลง เกาะกันมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวไม่เหมือนเดิมขาดการยืดหยุ่น เป็นเหตุให้เกิดโรค หลอดเลือดแข็งและตีตัน (Artherosclerosis) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ เซลล์ของกล้ามเนื้อลายจะลดลง และมีขนาดใหญ่ขึ้น เนื่องจากมีไขมันมาสะสมมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนยาน

1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูก เซลล์กระดูกจะลดลงแคลเซียมจะสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูก ผุกร่อน เปราะบาง หักง่าย รอยต่อของกระดูกกึ่งหลังจะหดลง โคนงุ้ม ทำให้ความสูงลดลง

1.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนัง ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย เซลล์ผิวหนังจะลดจำนวนลง เซลล์ที่เหลือจะเจริญช้า ทำให้ผิวหนัง บางลง เส้นใยคอลลาเจนแข็งตัวมากขึ้นทำให้ผิวหนังยืดหยุ่นไม่ดี นึกขาดได้ง่าย ผิวหนังแห้ง ขาดความมัน ทนความเย็นได้น้อยสีผิวเปลี่ยนไป ขนและ ผมร่วง เซลล์สร้างสีของผมและขนลดลง

1.6 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและประสาทสัมผัสมีการเปลี่ยนแปลง เซลล์สมองและประสาท จำนวนลดลงเรื่อยๆทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง การเคลื่อนไหว และความคิดเชิงซ้ำ ตื่นง่าย หลับยาก กลางวันนอนมากไป การมองเห็น สายตาเลวลง สายตายาว แก้วตาขุ่น เวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลมได้ง่าย การได้ยิน เสื่อมลง

1.7 การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน หลอดเลือดผนัง หนาขึ้น ยืดหยุ่นได้น้อย เกิดความดันโลหิต สูงหรือ ต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่าทาง

1.8 ระบบทางเดินหายใจกล้ามเนื้อทรวงอก ทำให้หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย คิดเชื่อได้ง่าย

1.9 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหาร การไหลเวียน ของหลอดเลือดทางเดินอาหารไหลเวียนลดลง ทำให้ท้องผูก โลหิตจาง ได้ง่าย

1.10 การเผาผลาญ การสร้างเซลล์ต่างๆลดลง ร้อยละ 2 ทุก 10 ปี

1.11 ระบบภูมิคุ้มกัน ประสิทธิภาพการทำงานลดลง คิดเชื่อได้ง่าย

1.12 การเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ จะเสื่อมลง ปรับตัวสู่ภาวะปกติได้ช้า ทำให้เกิดโรคเบาหวาน และที่สำคัญ ต่อมเพศทำงานได้น้อยลง

2. การเปลี่ยนทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนทางจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์ กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของวัยกลางคน และผู้สูงอายุ หรือผู้สูงวัย จะเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลอื่น รวมทั้งการปรับตัวทำให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางลบ เนื่องมาจากการสูญเสีย ได้แก่ ความเปลี่ยนแปลงในด้านหน้าที่การงาน ในระยะนี้มีเปลี่ยนแปลงโยกย้ายหน้าที่การงานในตำแหน่งใหม่ที่มีเกียรติขึ้นหรือเป็นผู้บังคับบัญชา เป็นต้น เป็นระยะที่ประสบความสำเร็จสูงสุดของชีวิตในหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความกังวลใจได้ ความเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ เนื่องจากมีความกังวลใจจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทำให้อารมณ์

แปรเปลี่ยนไปจากเดิมได้มาก ความเปลี่ยนแปลงในด้านความสนใจ วัยนี้จะมีความสนใจในเรื่องต่างๆลึกซึ้งเป็นพิเศษและจริงจัง บางคนหันไปสนใจในเรื่องธรรมชาติและศาสนา บางคนก็สนใจช่วยเหลืองานสังคมหรือทำงานอดิเรกต่างๆเพื่อหาความสุขให้แก่ตนเอง นอกจากนี้ในการปรับตัวในช่วงของชายวัยกลางคนที่เป็ปัญหาโดยเฉพาะในเรื่องเพศ มีส่วนหนึ่งที่ไม่พึงพอใจเมื่อนำชีวิตเพศกับภรรยาของตน หันไปหาความสุขจากที่อื่น เพราะรู้สึกว่าการเพศของตนสูญหายไปเรื่อยๆทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางใจ และหันไปชดเชย โดยหวังว่าจะได้ความสุขทางเพศกับผู้หญิงสาวคนใหม่ที่ดีกว่าภรรยาตัวเองที่มีอายุมากแล้ว และเป็นเหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เรียกชายวัยกลางคนว่า “ เป็นระยะอันตรายช่วงหนึ่งของชีวิต ” (สุชา จันทน์เอม , 2542)

สรีระการเปลี่ยนแปลง (Physiologic Change In Male)

สรีระการทำงานของร่างกายที่ทำให้การสนองตอบ ทางเพศ ตั้งแต่ชายวัยกลางคนขึ้นไปถึงชายสูงวัย มีความเปลี่ยนแปลงได้แก่ (สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ, 2546)

1. ฮอโมนเพศในระบบต่อมไร้ท่อ (Sex hormone)

ได้แก่ ฮอโมน testosterone ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความต้องการทางเพศ การลดลงของฮอโมน ทำให้ความสนใจและความต้องการทางเพศลดน้อยลง ลดความสามารถ ที่จะทำให้อารมณ์ทางเพศ ถึงจุดสุดยอด ลดปริมาณ และความแรงของการหลั่งน้ำอสุจิ ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้ เห็นได้จากการให้ฮอโมนเพศชายทดแทน (hormone replacement) ในเพศชาย ที่มีโรควะฮอโมนเพศชายต่ำกว่าปกติ พบว่า จะกลับมามีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์โดยตรงของฮอโมนเพศชายกับ ความต้องการทางเพศ แต่ไม่สัมพันธ์กับความบ่อยครั้งของการประกอบกิจทางเพศ (Schiavi and Rehman ,1999)

2. ระบบประสาท (Nervous system)

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทในชายสูงวัย เกิดขึ้นในระบบโครงสร้าง ชีวเคมีและสรีระการทำงาน ส่งผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อการตอบสนองทางเพศ การทำงานของระบบประสาท จะลดลงแปรผันตามอายุที่สูงขึ้น การศึกษาของ Schiavi and Rehman et al. (1999) พบว่า ความหนาแน่นของเส้นใยประสาทและสารสื่อประสาทจะลดลง ตามอายุที่สูงขึ้น

3. ระบบไหลเวียนโลหิต (Vascular system)

เส้นโลหิตแดงเล็กเกิดความเสื่อมลง มีการเกาะของไขมันที่ผนังด้านในเส้นโลหิตเส้นโลหิตแดงจึงมีความแข็งเพิ่มขึ้น และยืดขยายได้น้อยลง ความเปลี่ยนแปลงในวงจรการไหลเวียนโลหิตแดง (arterial inflow) ในองคชาตของเริ่มตั้งแต่วัยกลางคน โดยเฉพาะชายสูงวัยว่าอัตราการเร็วการไหลเวียนโลหิตแดงระยะการบีบตัว ระหว่างการแข็งตัวของ องคชาตจะลดลงแปรผันตามอายุที่เพิ่มขึ้น

4. การเปลี่ยนในองคชาติ (Penile change)

การเปลี่ยนแปลงขององคชาติจะเกิดขึ้นที่กล้ามเนื้อเรียบที่อยู่ภายในองคชาติจะส่งผลกระทบต่อ การคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบเองมีผลต่อการไหลเวียนโลหิตแดงและการยืดขยายตัวขององคชาติ (Penile distensibility) จากการศึกษาของ Border (1994) ได้ศึกษาผลกระทบจากการไหลเวียนโลหิตแดงที่ลดน้อยลงในองคชาติและเนื้อเยื่อมีการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดพังผืดขึ้นแทนแทนที่กล้ามเนื้อเรียบในองคชาติ

5. ระบบกระดูก

ความหนาแน่นของกระดูกทั่วร่างกาย ค่อยๆลดลง จนกระดูกกร่อน บางที่เรียกว่าภาวะกระดูกพรุน อาจถึงขั้นหักได้ถ้าถูกกระทบกระแทกแรงหรือหกล้ม

6. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในกระแสเลือด ไปใน ทางที่เป็นโทษต่อร่างกาย มีผลทำให้ผนังเส้นเลือดแดงจึงตัวอาจทำให้มีการอุดตันของเส้นเลือดแดงถ้าอุดตันเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเสียชีวิตได้

7. ระบบกล้ามเนื้อ ผิวหนังและไขมัน

ทำให้กล้ามเนื้อลีบลง กำล้างงชา ถดถอย ปวดเมื่อยตามตัว ผิวหนังแห้งและบางลงบอบช้ำง่าย ไขมันรวมตัวกันบริเวณหน้าท้อง เรียกว่า ลงพุง

8. ความรู้เขาวัวปัญญาและอารมณ์

มีอาการหงุดหงิด หลงลืมง่าย คิดไม่ออกตกใจง่าย รู้สึกไม่มีแรง และไม่มีความสุข ไม่อยากทำอะไร ทำให้มีอาการซึมเศร้า เบื่ออาหาร เป็นต้น

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Wespes (1998) ได้ใช้คอมพิวเตอร์สร้างภาพและวิเคราะห์จำนวนเซลล์กล้ามเนื้อเรียบขององคชาติในช่วงอายุต่างๆ พบว่าจำนวนเซลล์ กล้ามเนื้อเรียบขององคชาติ จะลดลงแปรผันตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nehra (1998) พบว่าการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อเรียบ และผนังที่หุ้มในองคชาติ จะทำให้การยืดขยายตัวขององคชาติลดลง (loss of corporeal elasticity) ส่งผลกระทบต่อ การไหลเวียนโลหิตแดงในองคชาติระหว่าง การแข็งตัวและสูญเสียกลไกการปิดตัวของเส้นโลหิตแดง ทำให้เกิดการไหลออกของหลอดเลือดดำอยู่ตลอดเวลา ในระหว่างที่มีการแข็งตัวขององคชาติ องคชาติจึงไม่สามารถคงการแข็งตัวได้ นอกจากนี้การศึกษาของ Schiavi et al.(1999) พบว่า ประสิทธิภาพการแข็งตัวขององคชาติ ระหว่างนอนหลับ ในชายสูงวัยจะลดลง และมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป

โรคเรื้อรังกับผลกระทบต่อ การสนองตอบทางเพศ(Impact of Medical Diseases To Sexual Function)

แม้ว่าการตอบสนองทางเพศจะเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กับชาย

วัยกลางคนและชายสูงวัยทุกคน แต่โรคเรื้อรังที่เกิดร่วมด้วย มักจะมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ โดยพบว่า ร้อยละ 60 ของชายที่ตรวจพบเบาหวานจะมีความผิดปกติของการตอบสนองทางเพศในระยะเวลา 5 ปี จากการศึกษาของ Feldman et al. (1994) พบว่าชายสูงวัยที่มีความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 28 และพบว่าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในคนที่เบาหวาน ส่งผลกระทบต่อการตอบสนองทางเพศโดยเฉพาะการแข็งตัวขององคชาติ ถึงแม้ว่าจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเป็นปกติก็ตาม

2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคความดันโลหิตสูงมีการตอบสนองทางเพศที่ผิดปกติ จากการศึกษาของ Bulpitt (1976) ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของความบกพร่องการแข็งตัวขององคชาติ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอุบัติการณ์ การเกิดความบกพร่องการแข็งตัวขององคชาติสูงกว่าคนที่ไม่ได้เป็น

3. โรคเส้นเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อหัวใจของโลหิตแดงในองคชาติทำให้มีความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติเกิดขึ้นจากการศึกษาของ Feldman et al. (1994) พบว่าในชายสูงวัยที่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจมีอุบัติการณ์ เกิดการเกิดความบกพร่องการแข็งตัวขององคชาติ เกิดขึ้น ร้อยละ 94.2 ในผู้ที่สูบบุหรี่ และที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 78.1

4. โรคเส้นเลือดในสมอง (Cerebrovascular accident or stroke) มีผลกระทบต่อการตอบสนองทางเพศ จากการศึกษา Agarwal และคณะ (2532) พบว่าผู้ชายที่เป็นโรคเส้นเลือดในสมอง ร้อยละ 50 จะมีความต้องการทางเพศน้อยลง และร้อยละ 86 มีความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ นอกจากนี้ผู้ชายที่มีโรคเส้นเลือดในสมองจะมีอุบัติการณ์ ความต้องการทางเพศลดลง

5. โรคระบบทางเดินปัสสาวะผิดปกติ (Urinary tract dysfunction) โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ อาการในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง และโรคต่อมลูกหมากโต ที่พบบ่อยในชายสูงวัยมักจะพบความผิดปกติของการตอบสนองทางเพศร่วมด้วย จากการศึกษาของ Rosen (2002) ได้ศึกษาถึงความเกี่ยวพันกันระหว่างอาการในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างกับความผิดปกติของการตอบสนองทางเพศที่เกิดขึ้นในชายสูงวัยที่มีอาการในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง จะมีอุบัติการณ์ความผิดปกติของการตอบสนองทางเพศร่วมด้วย มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกมากเกินไป

6. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) จากการศึกษาของ Abrams (1975) พบว่า ร้อยละ 40 ของเพศชายที่เป็นไตวายเรื้อรัง จะมีความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคไตวายเรื้อรังทำให้ฮอร์โมนเพศชายลดลง

7. โรคตับเรื้อรัง (Chronic liver diseases) มีอุบัติการณ์ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 70 มีอุบัติการณ์ เกิดจากชายที่มีโรคตับแข็งจากการดื่มสุราจัด

(Abrams , 1975)

8. โรคอื่นๆ นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคปวดหลังเรื้อรัง ร้อยละ 54 จะมีการประกอบกิจกรรมทางเพศลดลง ในจำนวนนี้ มีความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ ร้อยละ 37 และร้อยละ 23 จะมีความยากลำบากในการถึงจุดสุดยอดทางเพศ (Sjogren, 1981)

การผ่าตัดทางการแพทย์ (Surgical procedures) เช่น การผ่าตัดทางระบบทางเดินปัสสาวะ มีผลต่อการสนองตอบทางเพศ จากการศึกษาของ Downs et al. (1999) ได้ศึกษาถึงผลกระทบต่อ การสนองตอบทางเพศจากการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ด้วยวิธีการต่างๆ พบว่ามีอุบัติการณ์ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ เกิดขึ้นร้อยละ 4.6-15.6 และหลัง น้ำกามผิดปกติเกิดขึ้น ร้อยละ 38.8-89.0 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgentaler (1996) และการศึกษาของ Kirby (2001) ได้รวบรวมอุบัติการณ์ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ จากวิธีการผ่าตัดทางการแพทย์ต่างๆ ในผู้ป่วย มะเร็งต่อมลูกหมาก ที่ประเทศอังกฤษ พบว่ามีอุบัติการณ์ ร้อยละ 15-100

การตอบสนองทางเพศ

นับตั้งแต่อดีตเชื่อว่าสมรรถภาพทางเพศในชายจะลดลงหรือหมดไปตามอายุที่มากขึ้นทำให้ชายตั้งแต่วัยกลางคนและชายสูงวัยประสบปัญหาความเปลี่ยนแปลงของการตอบสนองทางเพศ (sexual function) ส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจที่จะมารับการปรึกษาหรือรับการรักษาทำให้เกิดปัญหาการตอบสนองทางเพศ ขึ้น ซึ่งการตอบสนองทางเพศ เป็นส่วน หนึ่งที่สำคัญในคุณภาพชีวิต (Quality of life) ซึ่งกิจกรรม ทางเพศ เป็นส่วนหนึ่งในการชีวิตการตอบสนองทางเพศ นอกจากนี้การตื่นตัวทางเพศ ในชายวัยกลางคนขึ้นไปโดยเฉพาะ ชายสูงวัย พบว่า การแข็งตัวจะช้ากว่าชายวัยเจริญพันธุ์ถึง 2-3 เท่า คือใช้เวลาเพิ่ม จากเดิม 3.5 วินาที เป็น 6-15 วินาที คุณภาพการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง แต่ พอที่จะสอดใส่เข้าไปในช่องคลอดได้เท่านั้น(vaginal penetration) องคชาติจะแข็งตัวเต็มที่ (full rigidity) ชั่วขณะ ก่อนที่จะมีการหลั่งน้ำกามเท่านั้น ในระยะนี้องคชาติจะไม่สามารถแข็งตัวได้นานพอ จนเสร็จสิ้นการประกอบกิจทางเพศได้

นอกจากนี้ในระยะคืนสู่ปกติหลังจากหลั่งน้ำกามแล้ว การกระตุ้นเพื่อการกลับแข็งตัวอีกครั้งจะใช้เวลานานขึ้นแปรตามอายุที่มากขึ้น โดยจะเห็นชัดเจนในชายที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป การกึ่งของเลือดที่ได้ผิวหนัง และห้วนม จะลดลง การบีบตัวของหูดรอบทวารหนัก ที่จะเกิดขึ้นควบคู่ไปกับ (สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ, 2546)

จากการศึกษาของ Kinsey และ คณะ (1948) ซึ่งเป็นครั้งแรกที่รายงาน เกี่ยวกับการตอบสนองทางเพศ พบว่าความบ่อยครั้งของการประกอบกิจทางเพศ (sexual intercourse) จะลดลง แปรผันตามอายุที่มากขึ้น โดยสำรวจความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ (รวมทั้งการช่วยตัวเอง) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุ ต่ำกว่า 40 ปี เฉลี่ย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อายุ 40-60 ปี มีเพศสัมพันธ์ เฉลี่ย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และอายุ 71-75 ปี เฉลี่ย 0.3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนการศึกษาของ Pfeiffer และคณะ (1972) ได้ราย

งานว่า อายุ 46-50 ปีจะประกอบกิจกรรมทางเพศ สัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 95 ส่วนเพศชาย อายุ 66-71 ปี ประกอบกิจกรรมทางเพศ สัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 28

ส่วนการศึกษาของ Master and Johnson (1966) ได้ศึกษา เพศชายอายุ 60-64 ปี จะประกอบกิจกรรมทางเพศ เฉลี่ย เดือนละ 3 ครั้ง และเพศชาย อายุระหว่าง 70-74 ปี จะประกอบกิจกรรมทางเพศ เฉลี่ย เดือนละ 1.7 ครั้ง Mulligan et al. (1988) รายงานว่า ร้อยละ 50 ในชาย อายุ 81- 90 ปี จะยังมีความต้องการทางเพศ (sexual desire or libido) อยู่ มีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่สามารถประกอบกิจกรรมทางเพศได้ นอกจากนี้การศึกษาของ Keil (1992) พบว่า ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ชายอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30 ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย และ อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย

Downs et al. (1999) ได้รวบรวมรายงานการประกอบกิจกรรมทางเพศ และสรุปความบ่อยครั้งของการประกอบกิจกรรมทางเพศ จะลดลงแปรผันตามอายุที่มากขึ้น พบว่า อายุ 39-50 ปี มีเพศสัมพันธ์ เฉลี่ย 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 83 อายุ 51-64 ปี มีเพศสัมพันธ์ เฉลี่ย 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 81 และอายุ 65 ปี ขึ้นไป มีเพศสัมพันธ์ เฉลี่ย 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 69

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือ ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ

(Erectile Dysfunction : ED)

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือ ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ ตรงกับ คำว่า Erectile Dysfunction : ED จากการประชุมตกลงร่วมกันที่ กรุงปารีส ครั้งที่ 1 ปี 1999 โดยเรียกสั้นๆ ว่าโรค อีดี คือ อาการที่เรียกว่า “ consistent or recurrent inability of a man to attain a penile erection sufficient for sexual performance ” (อภิชาติ กงกะนันท์ ,2546) ในอดีตทางการแพทย์จะใช้คำว่า” impotence ” หรือ ตรงกับ คำในภาษาไทยว่า “ กามตายด้าน หรือไร้สมรรถภาพทางเพศ ” (สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ, 2546) ปัจจุบันนี้นิยมใช้คำว่า “ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ ”

ความหมายของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

สำหรับความหมายของ “ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ” (erectile dysfunction) มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายดังต่อไปนี้

สำหรับนักวิชาการในต่างประเทศได้ให้ความหมายของ “ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ” (erectile dysfunction) มีหลายท่าน ซึ่งส่วนใหญ่จะให้คำจำกัดความที่มีความหมายที่ใกล้เคียงกันที่สำคัญ ที่สำคัญมีดังนี้

Master & Johnson (อ้างในรัจรี นพเกตุ, 2542) ให้คำจำกัดความว่า “ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ” (erectile dysfunction) หมายถึงอาการที่องคชาตไม่แข็งตัวเพื่อการร่วมเพศเรียกว่า “ เป็นผู้ไร้สมรรถภาพ ”

ส่วน Myron I.Murdock (2002) ให้ความหมายว่า “ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ” (erectile dysfunction) ว่าเป็นภาวะที่อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวได้อย่างเพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ บางคนอาจจะหลังเร็ว หรือมีอาการปวดเวลาขณะหลัง ส่วนใหญ่เกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะเพศไม่เพียงพอ

ในส่วนของนักวิชาการในประเทศ มีผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งก็มีความหมายที่ คล้ายกัน ดังนี้

อภิชาติ กงกะนันท์ (2546) ซึ่งเป็นนายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะแห่งประเทศไทยและ เป็นประธานกลุ่ม EDACCT (Erectile Dysfunction Advisory Council and Training of Thailand) ได้ให้ความหมาย “ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ” (erectile dysfunction) ว่า หมายถึง อาการที่มีการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือว่าไม่สามารถทำให้องคชาตแข็งตัวได้โดยสม่ำเสมอ หรือไม่สมารถกระทำการให้สำเร็จทางเพศได้

อนุพันธ์ ดันติวงศ์ (2546) ให้คำจำกัดความว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหมายถึง เป็นภาวะที่อวัยวะเพศชายไม่สามารถแข็งตัวได้หรือไม่สามารถคงความแข็งตัวได้อย่างเพียงพอที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์

ส่วน กฤษฎา รัตนโอฬาร (2537) ให้ความหมายว่า “ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ” เป็นภาวะที่องคชาตไม่แข็งตัว หรือแข็งตัวได้ไม่นานพอที่จะร่วมเพศหรือทำกิจกรรมทางเพศได้ส่งผลกระทบจิตใจต่อคนไข้ได้มากมายมหาศาล อาจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความอับอาย ขาดความมั่นใจ ความหวาดกลัวและความผิดหวังต่างๆได้

นอกจากนี้ สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ (2546) “ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาต ” ว่าเป็นชายที่ต้องการจะมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เพราะไม่สามารถทำให้องคชาตแข็งตัวได้ หรือไม่สามารถคงการแข็งตัวไว้ได้นานเพียงพอที่จะมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์

สำหรับ ออมสิน บุลภักดิ์ (2546) กล่าวว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คือโรคที่เกิดจากการแข็งตัวขององคชาตไม่นานพอ ก็อ่อนตัวไม่สามารถที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จ และมีภาวะการหลังไวร่วมด้วย

สุวทนา อารีพรรค (2528) ได้ให้คำจำกัดความว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึง การที่องคชาตไม่สามารถแข็งตัวเต็มที่หรือแข็งพอที่จะร่วมเพศได้

พิสุทธิพร ฉ่ำใจ (2537) ให้ความหมายว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึงภาวะที่ผู้ชายไม่สามารถทำให้องคชาตแข็งตัวได้ หรือแข็งตัวได้ไม่นานพอที่จะร่วมเพศได้สำเร็จเป็นที่

พึงพอใจ โดยอาจไม่เคยมีการแข็งตัวขององคชาตเลย หรือเคยมีการแข็งตัว แต่ภายหลังล้มเหลวหรือองคชาตไม่แข็งตัวเป็นครั้งคราว ซึ่งพบได้บ่อยเมื่ออายุมากขึ้นผู้ชายที่มีปัญหานี้จะยังคงมีความปรารถนาทางเพศรส และสามารถทำหน้าที่ทางเพศอื่นๆ ได้

สมภพ เรื่องตระกูล (2546) ได้ให้คำจำกัดความว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คือ ภาวะของผู้ป่วยไม่แข็งตัวพอที่จะมีกิจกรรมทางเพศ ได้

พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ (2546) ให้ความหมายว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึง ภาวะที่อวัยวะเพศชายไม่อาจแข็งตัวหรือแข็งตัวได้ไม่เต็มที่หรือแข็งตัวไม่ได้นานพอที่จะร่วมเพศ

จากการที่มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายทั้ง นักวิชาการทั้งในและต่างประเทศซึ่งส่วนใหญ่ มีความหมายที่ ใกล้เคียงกัน พอสรุปได้ดังนี้

“ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ” (erectile dysfunction) หมายถึงการที่อวัยวะเพศชายไม่แข็งตัว หรือแข็งตัวได้ไม่นานพอที่จะมีเพศสัมพันธ์จนเป็นที่พึงพอใจได้อย่างต่อเนื่องและเป็นที่ยอมรับว่าการที่อวัยวะไม่แข็งตัวตามปกติมีผลต่อชีวิตของผู้ชายมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความเชื่อมั่นในตนเองและความเป็นชาย อาจทำให้เขาขาดอารมณ์ร่วมในการมีเพศสัมพันธ์ เจ็บปวดต่อครอบครัว เพื่อนฝูง แม้แต่ภรรยาหรือคู่ครอง ซึ่งอาจทำลายความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันได้

ซึ่งผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศจะมีความวิตกกังวลหรือมีความเศร้า จากการศึกษาของ Shabsigh (1998) พบว่าคนที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 38.9 นอกจากนั้นแล้ว ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศยังอาจทำให้เกิดความไม่ปรองดองในชีวิตสมรส เพราะฝ่ายหญิงอาจเข้าใจผิดว่าสามีไม่รัก หรือแอบไปหาความสุขที่อื่นมาก่อนจึงไม่สามารถร่วมเพศกับเธอได้และในทางกลับกันความไม่ปรองดองในชีวิตสมรสก็เป็นสาเหตุของอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้ (สุวิทนา อารีพรรค , 2528)

อาการของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการ ตามการศึกษาในชายสูงอายุในมลรัฐแมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา (Massachusetts Male Aging Study: MMAS) ซึ่งศึกษาโรคพยาธิวิทยาของโรค หย่อนสมรรถภาพทางเพศ แบ่งไว้เป็น 3 ระดับ (Feldman, Goldstein and Hatzichristou ,1994) คือ

1. หย่อนสมรรถภาพอย่างอ่อน หมายถึง อวัยวะเพศแข็งตัวดีพอจนมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จเสมอเกือบทุกครั้ง
2. หย่อนสมรรถภาพระดับปานกลาง หมายถึงอวัยวะเพศแข็งตัวดีพอจนมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จเพียงบางครั้ง
3. หย่อนสมรรถภาพระดับมาก หมายถึง อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวดีพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้เลย

สรีรวิทยาของการแข็งตัวขององคชาต (physiology of penile erection)

การที่จะเข้าใจ ถึงสาเหตุ หลักการรักษา และการวินิจฉัยภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือ ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาต (erectile dysfunction) ได้อย่างถูกต้องนั้น จะต้องเข้าใจถึงกลไกการแข็งตัวขององคชาตว่า องคชาตแข็งตัวและอ่อนตัวอย่างไร จึงจะเข้าใจว่าสาเหตุใดบ้างที่ทำให้กลไกการแข็งตัวขององคชาตเสียไปและจะเลือกวิธีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเหมาะสมได้อย่างถูกต้อง

กลไกการแข็งตัวขององคชาต (Mechanism of penile erection)

แบ่งออกเป็น 3 ประเภท

1. Nocturnal erection เป็นที่รู้กันทั่วไปว่า ผู้ชายจะมี Nocturnal erection คืนละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที โดยรวมแล้ว จะมีถึง 1.5-3 ชั่วโมง ซึ่งจะเกิดขึ้นในขณะที่มี rapid eye movement ในขณะหลับ (REM SLEEP) (Gross and Zuch, 1965)
2. Psychogenic erection สมอจะควบคุมการเกิดการแข็งตัวขององคชาตเมื่อมีสิ่งเร้าทางเพศมากระตุ้น เช่น ภาพ (visual) เสียง (auditory) และจินตนาการ (fantasy) เป็นต้นในบางครั้งสิ่งเร้าบางชนิดก็สามารถยับยั้งการแข็งตัวขององคชาตได้
3. Reflex erection การแข็งตัวขององคชาตประเภทนี้ เกิดจากการกระตุ้นหรือสัมผัสที่องคชาตโดยตรง

การแข็งตัวขององคชาต แบ่งเป็น 6 ระยะ (Lue, 1992)

1. Flaccid phase เป็นระยะที่องคชาตยังอ่อนอยู่ มีเลือดเข้ามาเลี้ยงองคชาตเพียงเล็กน้อย
2. Latent (filling) phase เลือดผ่านเข้ามาในองคชาต ขณะที่ความดันในองคชาต (intracavernous pressure) ยังไม่เปลี่ยนแปลง องคชาตจะยาวขึ้นเล็กน้อย
3. Tumescence phase เป็นระยะที่องคชาตพองตัวขึ้นทั้งทางกว้างและทางยาว เลือดเริ่มไหลเข้า องคชาต ลดลง ขณะที่ความดันภายในเริ่มสูงขึ้น
4. Full erection phase ความดันในองคชาตสูงขึ้น
5. Skeletal หรือ rigid erection phase เป็นระยะที่องคชาตแข็งตัวมากที่สุด
6. Detumescence phase เมื่อมีการหลั่งสุจิออกไปแล้ว (active) หรือสิ่งเร้าทางเพศสิ้นสุดลง (passive) องคชาตจะเริ่มอ่อนตัวลง

สาเหตุของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Etiology of Erectile Dysfunction)

สาเหตุของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในอดีตเชื่อกันว่าเกิดจากสาเหตุทางจิตใจอย่างเดียว ซึ่ง Master & Johnson et al. (1966) ได้กล่าวไว้ว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเกิดจากความผิดปกติทางจิตใจถึงร้อยละ 95 (Feldman et al, 1994) แต่ในปัจจุบัน การศึกษาของ American Foundation For Urological Disease (AFUD) พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีทั้งสาเหตุทางร่างกายและสาเหตุทางจิตใจหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ John Vlachiotis (1998) พบว่า สาเหตุเกิดจากร่างกาย ร้อยละ 69 และจากจิตใจร้อยละ 31 และเกิดจากทั้งสองสาเหตุ พบร้อยละ 13 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tan ร่วมกับ ASSESS (Asian Sildenafil Efficacy and Safety Study) (2000) พบว่า สาเหตุเกิดจาก ด้านร่างกาย ร้อยละ 65 สาเหตุจากจิตใจ ร้อยละ 11 และเกิดจากทั้งสองสาเหตุ ร้อยละ 24 ซึ่งสาเหตุจะได้กล่าวถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้

สาเหตุทางร่างกาย (Organic factor) นั้นภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

แบ่งออกเป็นหลายลักษณะ ได้แก่

1 สาเหตุ ตามกลไกการแข็งตัว

กลไกที่ทำให้เกิด ED แบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ

1.1 ความล้มเหลวในการกระตุ้นให้เกิดการแข็งตัวหรือ กระตุ้นให้เกิด ขั้นตอนเริ่มต้นของการแข็งตัว (Failure to initiate) ซึ่งอาจเกิดมาจากความผิดปกติของระบบประสาท สมอ ระบบฮอร์โมนเพศ หรือจิตใจที่ไม่สามารถทำให้เกิดการกระตุ้นรับรู้หรือส่งต่อการกระตุ้นไปจนถึงปลายประสาทรวมทั้งกล้ามเนื้อเรียบในองคชาต

1.2 ความล้มเหลวในการที่เลือดแดงจะไหลเข้ามาค้างอยู่ในองคชาต (Failure to fill) ถึงแม้จะมีการกระตุ้นทางเพศเริ่มต้นขึ้นอย่างสมบูรณ์แล้วก็ตาม แต่เลือดแดงไม่สามารถไหลเข้ามาได้มากพอที่จะทำให้ห้องคชาตขยายตัวยาวและใหญ่ขึ้นเพียงพอที่จะสอดใส่เข้าไปในช่องคลอดจนสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จ

1.3 ความล้มเหลวในการกักกันเลือดแดงที่ไหลเข้ามาค้างอยู่ในองคชาตแล้วให้คงค้างอยู่ได้มากพอและนานพอที่จะทำให้ห้องคชาตแข็งตัวเต็มที่และนานพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จ (Failure to store)

2. ความบกพร่องของอวัยวะเพศเอง โดยที่พบความผิดปกติในลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเส้นประสาทบริเวณอวัยวะเพศ สมอ ไขสันหลัง

2.2 ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อเส้นใยที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนอง

ทางเพศ

2.3 ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดดำ หลอดเลือดแดงในเนื้อเยื่อแข็งตัวได้

ขององคชาติและบริเวณใกล้เคียงส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดเข้าและออกจากองคชาติ ผิดปกติ

3. อายุ เมื่อผู้ชายมีอายุมากขึ้น การไหลของเลือดเข้าสู่องคชาติเริ่มช้าลง ทำให้ใช้เวลา ในการที่จะทำให้องคชาติแข็งตัวอีกครั้งหลังจากบรรลุความสุขสุดยอดแล้วนานขึ้นการหลั่งน้ำอสุจิ จะใช้เวลานานขึ้น จากการศึกษาของ TEDES et al. (2000) พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น โอกาสที่จะเกิด ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย อายุ 40-49 ปี พบ ร้อยละ 20.4 , อายุ 50-59 ปี พบ ร้อยละ 46.3 และ อายุ 60-7- ปี พบ ร้อยละ 73.4 นอกจากนี้ความรุนแรงก็จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ที่มากขึ้นด้วย (อนุพันธ์ ดันติวงศ์,2546)

4. สุขภาพของร่างกาย สุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง และโรคต่างๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้ ซึ่งโรคต่างๆ ที่ว่านั้น ได้แก่

4.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีผลกระทบต่อกรไหลเวียนเลือดในองคชาติ จากการศึกษาของ TEDES et al. (2000) พบว่าโรคหัวใจมีผลทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพ ทางเพศระดับมาก สูงถึงร้อยละ 13.2

4.2 โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงและมักจะเกิดหลังจากเป็นภาวะหย่อน สมรรถภาพทางเพศภายใน10 ปีหลังเป็นเบาหวานโดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน มักจะมีเส้นเลือดตีบหรือ เส้นประสาทถูกทำลาย จากการศึกษาของ TEDES et al. (2000) พบว่า คนที่เป็นเบาหวานมีภาวะ หย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงถึง ร้อยละ 74.7

4.3 ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้เกิด ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้สูงถึง ร้อยละ 62 เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง

4.4 โรคต่อมลูกหมากโต โรคต่อมลูกหมากโต ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทาง เพศ ร้อยละ 64 และหากมีโรคเรื้อรัง อื่นๆร่วมด้วย เช่น หากเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย จะมี ภาวะ หย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 75 หากเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะมี ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 80 แต่ถ้าเป็นทั้ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหัวใจ พบภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 100 (อภิชาติ กงกะนันท์ , 2546) จากการศึกษา ของ MSAM-7 (Multinational Survey of Aging Male in 7 Countries) พบว่า กิจกรรมทาง เพศลดลงตามความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ซึ่งเกิดจากต่อมลูกหมากโตเป็นส่วน ใหญ่ (อนุพันธ์ ดันติวงศ์ ,2546)

4.5 Multiple sclerosis ซึ่งเป็นโรคที่มีความแข็งแรงกระด้างในหลายบริเวณของสมอง ไขสันหลัง ทำให้มีอาการอัมพาต สั่นกระตุก พูดไม่ชัด

สำหรับฮอร์โมนอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่

- Testosterone หรือฮอร์โมนเพศชาย ระดับฮอร์โมนเพศชายจะสัมพันธ์กับอาการของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อธิบายได้จากที่มีความรู้สึกต้องการทางเพศลดลง เมื่ออายุมากขึ้น ฮอร์โมนเพศชายก็จะลดลง ทำให้พร่องฮอร์โมนเพศชาย ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง

- Prolactin hormone ที่ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง

- Thyroid hormone ถึงแม้จะพบคนไข้ ที่มี thyroid hormone ต่ำ แต่ก็ไม่สามารถอธิบายกลไกที่เป็นสาเหตุได้

- Estradiol ถ้ามี estradiol สูง จะทำให้ความต้องการทางเพศลดลงได้ ภาวะหรือโรคที่พบ ได้แก่ โรคตับแข็งจากพิษสุราเรื้อรัง (chronic alcoholic cirrhosis), ภาวะไตวาย (renal failure) และการให้ฮอร์โมนรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น ดังนั้นโรคทางฮอร์โมนอื่นๆ ที่อาจมีผลในการลดความต้องการทางเพศลงได้แก่ hyperthyroidism , hypothyroidism , Cushing's syndrome , Addison's disease และ hyperprolactinemia เป็นต้น

5. สภาวะที่ต่อมสืบพันธุ์เสื่อมหรือไม่เจริญเติบโต (Hypogonadism) ซึ่งอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ การได้รับบาดเจ็บ การได้รับรังสีในปริมาณมาก มีการอักเสบ อัณฑะโต หรืออัณฑะขาดฮอร์โมน

6. การใช้ยาบางชนิด มีผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศประมาณ 25 % มีสาเหตุมาจากการใช้ยา ซึ่งภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมักจะหายไปเมื่อหยุดยาชนิดนั้นๆ ซึ่งยาที่มักเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้แก่ ยาลดความดัน ยารักษาแผลในกระเพาะอาหาร ยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง สารเสพติดและยาบางประเภทที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งจะไปกีดการรับรู้ของประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการแข็งตัวขององคชาติ เช่น แอมเฟตามีน ยาด้านเศร้า ยารักษาโรคจิต ยาแก้แพ้ เป็นต้น

7. การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบทางอ้อมโดยการทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศตามมา ซึ่งโรคดังกล่าวได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดตีบ ความดันโลหิต เป็นต้น สำหรับในประเด็นของการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์นั้น ทางสมาคมโรคระบบทางเดินปัสสาวะของอเมริกา ได้ทำการศึกษาและพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้

สาเหตุทางด้านจิตใจ

ที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในเพศชายทุกกลุ่มอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติทางจิตใจที่เป็นสาเหตุ (Primary psychogenic disorder) พบได้น้อย ได้แก่ โรคจิต พวกรีมเศร้า การศึกษาของ MMAS พบว่า คนที่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะหย่อน

สมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 50-90 (Feldman et al .1994) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Vargas (1990) ที่ประเทศบราซิล พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามี ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 47.2

2. ภาวะทางจิตใจ เป็นผลตามมาจากมีปัญหาทางเพศ (Secondary psychogenic disorder) เป็นตัวเสริมให้เกิดปัญหาทางเพศมากขึ้น ภาวะจิตใจส่วนใหญ่จะมีลักษณะของความวิตกกังวล ความไม่มั่นใจ ที่เรียกว่า performance anxiety โดยมีทั้งต้นเหตุจากทางร่างกาย และจากจิตใจ เช่น

- สาเหตุจากความเชื่อ วัฒนธรรมหรือความเข้าใจผิด เช่น เชื่อว่าการร่วมเพศที่ประสบความสำเร็จนั้น คือการที่ทั้งคู่จะต้องถึงจุดสุดยอดพร้อมกัน หรือความเชื่อที่ว่าผู้ชายที่มีองคชาตสั้นจะไม่สามารถให้ความสุขกับฝ่ายหญิงได้
- ความเข้าใจผิดว่าหลังจากการที่ผู้หญิงได้รับการผ่าตัดมดลูกไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น
- จากขาดเทคนิคในการร่วมเพศที่เหมาะสม เช่น ไม่มีการเล้าโลมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ท่าร่วมเพศที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้ฝ่ายหญิงมีอาการเจ็บในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ จนทำให้เกิดความกลัวที่ในการมีเพศสัมพันธ์ หรือการที่ฝ่ายหญิงไม่มีการตอบสนองทางเพศซึ่งทำให้ฝ่ายชายเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
- ปัญหาครอบครัวที่เกิดจากความไม่ปรองดองกันระหว่างสามีภรรยา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ทำลายอารมณ์เพศ และการตอบสนองทางเพศของทั้งสองฝ่าย
- สาเหตุจากการขาดการสื่อสารอย่างเปิดเผยระหว่างคู่่นอน เช่น การไม่ทราบความต้องการของกันและกัน การที่ไม่รู้ปัญหาของอีกฝ่ายแล้วนึกคิดเอาเอง เป็นต้น
- สาเหตุจากความไม่พร้อมทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การมีภาระงานที่หนัก ภาวะเครียด การเมาสุรา เป็นต้น
- สภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่ไม่เหมาะสม เช่น ห้องนอนไม่มีความเป็นส่วนตัวก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมักเกิดจากหลายๆ สาเหตุร่วมกัน ซึ่งสาเหตุแต่ละอย่างก็เป็นผลมาจากสาเหตุอื่นๆ ที่นำมาก่อน

การวินิจฉัยภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Diagnosis of erectile dysfunction)

ผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศส่วนใหญ่มักจะอายุไม่กล้าที่จะพูดถึงอาการดังกล่าวให้ผู้อื่นรับรู้แต่อย่างไรก็ตาม การที่จะทราบว่าบุคคลใดมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่นั้น จำเป็นจะต้องมีการวินิจฉัย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการวินิจฉัยนี้มีขั้นตอนสำคัญดังนี้

1.การซักประวัติและตรวจร่างกาย

การให้การวินิจฉัยภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสามารถทำได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายที่ดี ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ นอกจากจะทำให้เข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคแล้ว

ยังทำให้ทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอื่นๆ ได้อีกด้วย มีจำนวนคนไข้ไม่น้อยเลยที่มาพบแพทย์ด้วยภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ก่อนที่จะทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ในการซักประวัติ (Patient History) นั้นจะต้องใช้ศิลปะในการพูดอย่างมาก เนื่องจากวัฒนธรรม และค่านิยมของสังคมไทยส่วนใหญ่ยังถือว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่น่าอาย เป็นความลับไม่ควรที่จะเปิดเผย ซึ่งการซักประวัติโดยละเอียด จะทำให้ทราบว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีสาเหตุมาจากทางร่างกาย หรือจิตใจ ซึ่งอาการที่ช่วยในการแยกแยะระหว่างสาเหตุทางด้านจิตใจ และทางด้านร่างกาย มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ที่มีสาเหตุจากด้านจิตใจ และด้านร่างกาย

สาเหตุทางด้านจิตใจ	สาเหตุทางด้านร่างกาย
<ul style="list-style-type: none"> ● Sudden onset ● มี morning erection ● อาการเป็นเฉพาะกับคู่่นอนบางคนเท่านั้น (specific situation) ● ในบางรายมี oral intercourse ได้ ● ในบางรายมีการแข็งตัวขององคชาติตามปกติในขณะที่ทำ masturbation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Gradual onset ● ไม่มี morning erection หรือมีแต่ไม่ค่อยแข็งตัว ● มีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับใคร ● ไม่สามารถมี oral intercourse ได้ ● ไม่มีการแข็งตัวขององคชาติตามปกติในขณะที่ทำ masturbation

(กฤษฎา รัตนโอฬาร และสมบุญ เหลืองวัฒนากิจ,2537 : 40)

การซักประวัติจะต้องเป็นไปในลักษณะที่ให้คนไข้กล้าเปิดเผยข้อมูลได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการใช้แบบสอบถามก็เป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่ง เพราะเป็นวิธีที่จะใช้แก้ปัญหาเรื่องของความอับอาย ซึ่งแบบสอบถามที่นิยมในปัจจุบันนี้ คือ International Index of Erectile Dysfunction (IIEF) (Rosen ,1977) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ที่สำคัญในเรื่องปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ได้รับการยอมรับว่า ได้มาตรฐานด้าน sensitivity และ specificity ในการวินิจฉัย และ ติดตามการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ สำหรับการเลือกใช้แบบสอบถามในการวินิจฉัยภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในประเทศไทยนั้น ได้มีการปรับแบบสอบถามดังกล่าวให้เหมาะสม โดยใช้ชื่อว่า IIEF-5 หรือ sexual health inventory for men ซึ่งจะคัดเอาเฉพาะข้อที่สำคัญมาเพียง 5 ข้อเท่านั้น (กฤษฎา รัตนโอฬาร และสมบุญ เหลืองวัฒนากิจ,2537) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบทดสอบ IIEF-5 และวิธีการคิดคะแนนในแต่ละข้อ

1. เมื่อท่านมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านพึงพอใจ	
พอใจทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง	(5 คะแนน)
บ่อยครั้งมากกว่าครึ่ง	(4 คะแนน)
บางครั้งประมาณครึ่งหนึ่ง	(3 คะแนน)
นานๆ ครั้ง	(2 คะแนน)
เกือบจะไม่เลย	(1 คะแนน)
ไม่มีเพศสัมพันธ์	(0 คะแนน)
2. ท่านประเมินความมั่นใจในความสามารถของการคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศอย่างไร	
สูงมาก	(5 คะแนน)
สูง	(4 คะแนน)
ปานกลาง	(3 คะแนน)
ต่ำ	(2 คะแนน)
ต่ำมาก	(1 คะแนน)
3. เมื่อท่านได้รับการเร้าทางเพศจนอวัยวะเพศแข็งตัวแล้วบ่อยแค่ไหนที่อวัยวะเพศจะสอดเข้าข้างในช่องคลอดได้	
ทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง	(5 คะแนน)
บ่อยครั้งมากกว่าครึ่ง	(4 คะแนน)
บางครั้งประมาณครึ่งหนึ่ง	(3 คะแนน)
นานๆ ครั้ง	(2 คะแนน)
เกือบจะไม่เลย	(1 คะแนน)
ไม่เคยมีการเร้า	(0 คะแนน)

4. เมื่อท่านมีเพศสัมพันธ์บ่อยแค่ไหนที่ท่านสามารถคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศอยู่ได้หลังจากที่สอดเข้าไปในช่องคลอดแล้ว	
ทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง	(5 คะแนน)
บ่อยครั้งมากกว่าครึ่ง	(4 คะแนน)
บางครั้งประมาณครึ่งหนึ่ง	(3 คะแนน)
นานๆ ครั้ง	(2 คะแนน)
เกือบจะไม่เลย	(1 คะแนน)
ไม่เคยมีการร่วมเพศ	(0 คะแนน)
5. ขณะมีเพศสัมพันธ์ ยากแค่ไหนที่ท่านจะคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศไว้ได้จนกว่าจะเสร็จกิจ	
ไม่ยากเลย	(5 คะแนน)
ยากเล็กน้อย	(4 คะแนน)
ยากปานกลาง	(3 คะแนน)
ยากมาก	(2 คะแนน)
ยากที่สุด	(1 คะแนน)
ไม่ได้มีการร่วมเพศ	(0 คะแนน)

* การร่วมเพศ คือ การล้วงล้ำเข้าไปในช่องคลอดของคู่นอน

* การเร้าทางเพศ รวมถึงสถานการณ์ต่างๆ เช่น การเล้าโลมคู่นอน การดูภาพที่กระตุ้นความรู้สึกทางเพศ ฯลฯ

ผลรวมของคะแนนทุกข้อ จะอยู่ระหว่าง 1-25 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มคะแนนตามความรุนแรงของอาการได้ดังนี้

22-25 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

17-21 คะแนน หมายถึง เป็นภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเล็กน้อย

12-16 คะแนน หมายถึง เป็นภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเล็กน้อยถึงปานกลาง

8-11 คะแนน หมายถึง เป็นภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศปานกลาง

1-7 คะแนน หมายถึง เป็นภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศรุนแรง

ส่วนในประเด็นของการตรวจร่างกาย (Physical Examination) นั้นก็นับว่าเป็นวิธีการที่สำคัญในการวินิจฉัยภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งในการตรวจร่างกายจะทำการตรวจที่องคชาติ ตรวจหาโรคที่สืบเนื่อง นอกจากนั้นแล้ว ยังมีการตรวจทางทวารหนัก เพื่อทำการตรวจต่อมลูกหมากด้วยว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เนื่องจากส่วนใหญ่จะพบโรคของต่อมลูกหมากได้สูงในผู้สูง

อายุ ซึ่งการตรวจหาความผิดปกติของต่อมลูกหมากมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยการให้ฮอร์โมนเพศชายทดแทน จะมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Tests)

ผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ไม่ว่าจะเกิดภาวะนี้ด้วยสาเหตุใดก็ตาม จำเป็นต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานทุกราย ซึ่งจะทำการตรวจนับเม็ดเลือด และความเข้มข้นของเม็ดเลือด (complete blood count) การตรวจปัสสาวะ (urine analysis) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) การตรวจระดับไขมันในเลือด (lipid profile) การตรวจการทำงานของไต (renal function test) และการทำงานของตับ (liver function test) เนื่องจากโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง เป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การตรวจพบภาวะเหล่านี้จะช่วยควบคุมไม่ให้อาการของโรคดำเนินต่อไปมากขึ้น และยังเป็นการป้องกันโรคสำคัญอื่นๆที่อาจเกิดตามมาในคนไข้ที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ควรมีการตรวจหาระดับฮอร์โมนเพศชายในกระแสเลือด (serum testosterone) เนื่องจากคนไข้ที่อยู่ในกลุ่มอายุดังกล่าวมักจะมีภาวะฮอร์โมนเพศชายต่ำ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้

3. การตรวจพิเศษ ซึ่งได้แก่

3.1 Nocturnal erection studies ซึ่งเป็นการตรวจหาการแข็งตัวขององคชาตในขณะหลับ ซึ่งโดยปกติแล้ว ผู้ชายที่มีสุขภาพดีจะมี Nocturnal erection คืนละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที โดยรวมๆ แล้วจะมี nocturnal erection นาน 1.5 - 3 ชั่วโมง ซึ่งจะเกิดขึ้นในขณะที่มี rapid eye movement ในขณะหลับ (REM sleep) การตรวจวิธีนี้ มีความสำคัญในการวินิจฉัยการสาเหตุของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศทางร่างกาย ออกจากทางจิตใจ ซึ่งพบว่าถ้าผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มี nocturnal erection ตามปกติ ย่อมหมายความว่า สาเหตุของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ น่าจะมาจากจิตใจมากกว่าทางด้านร่างกาย (สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ , 2546)

3.2 Nocturnal penile tumescence study (NPT) ซึ่งเป็นการตรวจว่ามีการพองตัวขององคชาตในขณะหลับหรือไม่ โดยการให้ผู้ที่มีการหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลับแล้ววัดเส้นรอบวงขององคชาต (Mercury-in-rubber strain gauge) ความแข็งตัวขององคชาตอาจตรวจได้ด้วยวิธี “stamp test” โดยการติดแสตมป์ที่องคชาตขณะหลับ เมื่อตื่นนอนขึ้นมา หากพบว่า ตรายรอยปรุของแสตมป์ปรูออก แสดงว่าองคชาตแข็งตัวได้ดี หรืออาจตรวจโดยใช้วิธี snap gauge หรือ rigiscan ในการตรวจสอบการพองตัว และแข็งตัวขององคชาตได้พร้อมกัน (Bradley ,1985)

3.3 การตรวจระบบการไหลเวียนเลือด (Vascular studies) เป็นการตรวจเพื่อดูว่าเส้นเลือดแดงมาเลี้ยงองคชาตยังเป็นปกติดีหรือไม่ โดยการวัดความดันในองคชาต แล้วนำมาเปรียบเทียบกับความดันที่แขน ซึ่งจะได้ค่าเป็น พีบีไอ (PBI:penile brachial index) หากพบว่า ค่า PBI น้อยกว่า 0.8 ย่อมแสดงถึงความด้อยประสิทธิภาพของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดเข้า

คู่อองคชาตผิดปกติ ซึ่งควรจะมีการทดสอบการถ่ายเอกซเรย์เส้นเลือดแดงขององคชาตต่อ (penile arteriography) (พิสุทธิพร นำใจ, 2537)

3.4 การถ่ายเอกซเรย์เส้นเลือดแดงขององคชาต (Penile arteriography) เป็นวิธีการที่ช่วยวินิจฉัยภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบร่างแหของหลอดเลือด ซึ่งความผิดปกติดังกล่าว ได้แก่ เส้นเลือดแดงตีบอุดตัน การเจริญผิดปกติหรือไม่สมบูรณ์ของเนื้อเยื่อหลอดเลือด (กฤษฎา รัตนโอฬารและสมบุญ เหลืองวัฒนากิจ, 2544)

3.5 การทดสอบด้วยคลื่นเสียง คอพลอร์ (Doppler examination) ซึ่งเป็นการวัดความแข็งแรงของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำในองคชาตโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งจะแสดงข้อมูลออกมาเป็นรูปภาพและกราฟ ข้อมูลดังกล่าว จะทำให้ทราบว่า ระบบการไหลเวียนเลือดมีการรั่วของหลอดเลือดหรือไม่ (Lue et al, 1990)

3.6 การตอบสนองต่อยาที่ฉีดเข้าด้านข้างขององคชาต (Pharmacologic agent injection testing) เป็นการฉีดสารที่เป็น vasoactive agent เข้าใน corpus cavernosum ขององคชาต ซึ่งวิธีการดังกล่าว จะทำในผู้ที่สงสัยว่าจะมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยมีสาเหตุมาจากเส้นเลือด วิธีดังกล่าวเป็นวิธีที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ (Lue et al, 1990) ซึ่งถ้าองคชาตแข็งตัวได้ตามปกติ แสดงว่าสาเหตุอาจเกิดจากจิตใจ หรือเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท

3.7 การทดสอบ ดีไอซีซี (Dynamic infusion cavernosometry and cavernosography ;DICC) เป็นการประเมินหลอดเลือดดำที่มีการรั่วหรือไม่ การทดสอบนี้จะทำก็ต่อเมื่อการทดสอบอื่นๆ ได้ผลปกติ การทดสอบนี้ มักจะทำในคนที่อายุน้อยที่องคชาตถูกกระแทกหรือได้รับบาดเจ็บบริเวณอุ้งเชิงกราน (กฤษฎา รัตนโอฬารและสมบุญ เหลืองวัฒนากิจ, 2544)

ในการวินิจฉัยภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ นั้นการซักประวัติ, การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งหากแพทย์ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่แน่ชัด อาจจำเป็นต้องมีการตรวจพิเศษต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาในการรักษาต่อไป

การรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Treatment of erectile dysfunction)

การรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ได้มีการพยายามคิดค้นกันมานานทั้งวิธีทางแพทย์แผนโบราณและแผนปัจจุบัน วิธีแพทย์แผนโบราณเช่น การแสวงหาดำรับยาได้ปต่างๆ ทั้งจากอวัยวะเพศ อวัยวะอื่นๆ ของสัตว์ เช่น เขากวางอ่อน คิงู งวงช้าง นอแรด อุ้งตีนจระเข้ แมงป่อง ยักษ์ ตั๊กแตน หอยนางสด ม้าน้ำ ภาวะเพศเสื่อ ช้าง ม้า รวมไปถึงพืชสมุนไพรราคาแพง เช่น โสม ซึ่งยาได้ปต่างๆ ดังกล่าวทางการแพทย์ถือว่าเป็นเพียงโปรตีนเท่านั้น (พิสุทธิพร นำใจ, 2537)

การรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยการแพทย์นั้น ควรเริ่มจากการรักษาที่ง่ายไปหายาก โดยจะต้องคำนึงถึงเกณฑ์ต่างๆ เช่น ความสะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากง่ายของการรักษา รวมทั้งรูปแบบของการรักษาที่จะส่งผลให้องค์ชาตสามารถกลับมาใช้ได้ดั้งเดิมหรือไม่ ซึ่งพบว่าแพทย์มักให้การรักษาโดยการผ่าตัดใส่แกนองคชาตเทียมควรเป็นวิธีสุดท้าย เพราะการผ่าตัดจะทำลายเส้นเลือดสำคัญที่องคชาต หากการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวไม่ได้ผล หรือมีปัญหาแทรกซ้อนก็มักจะทำการรักษาด้วยวิธีอื่นต่อไม่ได้ (สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ, 2546) ดังนั้นการรักษาควรเริ่มจากวิธีธรรมชาติ หรือวิธีอันตรายน้อยที่สุด ควบคู่ไปกับการมีภาวะโภชนาการที่ดี คือ การงดอาหารที่มีไขมันสูง บุหรี่ กาแฟและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายสูบฉีดโลหิตดี

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะทำการรักษาวิธีใดก็ควรจะมีการประเมินถึงภาวะจิตใจของคนไข้และคุณอนร่วมด้วยเสมอ สำหรับแนวทางการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีดังต่อไปนี้

การรักษาขั้นแรก (First-Line Treatment)

โดยทั่วไปการรักษาจะเริ่มจากขั้นตอนที่ไม่ว่างยาก สะดวก ปลอดภัย แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นคนไข้เองควรจะเป็นคนตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเองหลังจากได้รับทราบข้อมูลจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการรักษาควรจะทำตามลำดับดังนี้

1. การให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling)

เมื่อเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ย่อมทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น การเกิดภาวะซึมเศร้า การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ปัญหาชีวิตคู่ เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของบุคคล ทำให้เกิดความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจวิธีหนึ่งที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ก็คือ การไปพบแพทย์ ซึ่งแพทย์ก็จะมีแนวทางการรักษาแตกต่างกันไป วิธีการรักษาที่ถือว่าเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยสูง แต่อาจเห็นผลช้ากว่าวิธีการอื่นๆ และอาจต้องรักษา ร่วมกับวิธีอื่นด้วย วิธีที่ว่่านั้นก็คือ การรักษาโดยการบำบัด ซึ่งจากการประชุมของ National Institutes of Health Impotence Consensus Statement เมื่อปี พ.ศ. 2535 ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศว่า จิตบำบัด หรือพฤติกรรมบำบัดมีประโยชน์ในการช่วยรักษาคนไข้ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ไม่ได้มีสาเหตุที่เกิดจากทางร่างกาย หรือใช้เป็นการรักษาเสริมร่วมในกรณีของคนไข้ที่มีปัญหาเกิดจากโรคทางกายได้ (Friedman and Dorney, 1999)

ดังนั้นการให้คำปรึกษาแนะนำ ในเรื่องเพศ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องเพศ การปรับปรุงวิธีการและเจตคติ รวมทั้งให้กำลังใจอย่างดี จึงเป็นวิธีการรักษาที่ดีวิธีหนึ่ง ที่จะทำให้ผู้ที่มึภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศทุเลาอาการลงไปได้บ้าง

2. การใช้กระบอกสูญญากาศ (Vacuum constriction device:VCD)

เป็นวิธีการที่ปลอดภัย นอกจากนี้วิธีการดังกล่าว ยังเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่อยากรับประทานยาหรือไม่ต้องการฉีดยา หรือมีข้อห้ามในการใช้อีกด้วย (Marmar ,1997) กระบอกสูญญากาศ ทำให้เลือดมีการไหลเข้าไปในองคชาตมากขึ้นจนองคชาตแข็งตัวในที่สุด หลังจากนั้นจึงใช้ห่วงรัดที่โคนองคชาตไว้เมื่อร่วมเพศเสร็จแล้วจึงถอดห่วงออก ซึ่งระยะเวลาในการใช้ห่วงรัดที่โคนองคชาตไม่ควรนานเกิน 30 นาที เครื่องมือนี้มีข้อดีคือ ใช้ง่าย ราคาถูก และได้ผลดีเกินกว่าร้อยละ 98 แต่อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้ก็มีข้อเสียคือ เสียเวลา พกพาไม่สะดวก ขัดจังหวะการร่วมเพศ และบางครั้งอาจจะมีอาการปวด บวมอักเสบ มีจ้ำ และหลังน้ำอสุจิไม่สะดวก

3. ยารับประทาน (Oral erectogenic agent)

เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากสะดวกต่อการใช้ การรับประทานยาจะรับประทานเฉพาะเวลาที่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ต้องรับประทานเป็นประจำมีประสิทธิผลที่เชื่อถือได้และมีผลข้างเคียงน้อย แต่อาจมีบ้างที่ผู้รับประทานยามีอาการปวดศีรษะ เป็นผื่น เป็นคันยาที่นิยมใช้ในการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในปัจจุบัน เช่น yohimbine , trazodone , sildenafil (viagra) และ apomorphine เป็นต้น (กฤษณา รัตโนโพบาร และสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ , 2544) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. Yohimbine (Procomil) เป็นยาที่มีการใช้มานานแล้วในอดีตมีการใช้ยาดังกล่าวเป็นยากระตุ้นความต้องการทางเพศ แต่ปัจจุบันพบว่ากลไกการออกฤทธิ์กระตุ้นที่สมองร่วมกับขยายหลอดเลือดที่ส่วนปลายรวมทั้งองคชาต ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของ cavernous artery คลายตัวและทำให้องคชาตเกิดการแข็งตัวได้ ระยะเวลาหลังพบว่าไม่ได้ผลดีกว่ายาหลอกและมีผลข้างเคียงเช่นความดันโลหิตสูง, หัวใจเต้นเร็วใจสั่นและวิตกกังวล เป็นต้น (Becker, 1998)ทำให้ไม่ค่อยนิยมและไม่ค่อยได้ผลดีนักในปัจจุบัน

2. Sildenafil (Viagra)ยาดังกล่าวออกฤทธิ์ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบ รอบ sinusoid คลายตัว ทำให้เลือดแดงไหลเข้ามาคั่งในองคชาตมากขึ้น ทำให้องคชาตขยายตัวใหญ่ยาวและแข็งขึ้น ซึ่งภาวะดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อมีการกระตุ้นทางเพศเท่านั้น ยาชนิดนี้จะใช้ไม่ได้ผลหากไม่มีการกระตุ้นทางเพศ ยาชนิดนี้จะออกฤทธิ์เร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับการดูดซึมยาของแต่ละบุคคล เป็นยาตัวแรกที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งข้อดีของยาดังกล่าวคือ พกพา และใช้ได้สะดวก (อภิชาติ กงกะนันท์ , 2546) นอกจากนี้แล้ว ยังใช้ได้กับผู้ที่มิภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศทุกกลุ่มอายุ และยังใช้ได้กับผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือได้รับการผ่าตัด

ปัจจุบันที่ใช้อยู่ มี 3 ขนาด คือ 25 มิลลิกรัม, 50 มิลลิกรัม และ 100 มิลลิกรัม ซึ่งในการรับประทานนั้น ควรรับประทานก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ 30-60 นาที เพราะยาจะมีความเข้มข้นในเลือดสูงสุดภายใน 30-120 นาที (เฉลี่ย 60 นาที) สำหรับอาการ ข้างเคียงจากการใช้ยานั้นมีบ้างแต่ไม่

รุนแรง ซึ่งผู้ใช้ยาอาจมีอาการ ปวดศีรษะ เป็นผื่น หน้าแดง มีอาการร้อนวูบวาบ และคัดจมูก ตาพร่ามัว อาหารไม่ย่อย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ไม่ควรมีการใช้ยาชนิดนี้ร่วมกับยากลุ่มในเตรทอย่างเด็ดขาดเพราะตัวยาสองชนิดนี้จะเสริมฤทธิ์กัน ทำให้ความดันโลหิตต่ำและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้และไม่ควรใช้ดังกล่าวในผู้ที่ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์หรือผู้ที่อาจมีอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์ เช่นคนไข้โรคหัวใจหรือเจ็บหน้าอก เพราะผลของยาชนิดนี้อาจทำให้หัวใจวายได้ ดังนั้น ควรมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนการใช้ยานี้

3. Trazodone ยาชนิดนี้ให้ผลในการรักษาไม่ค่อยดีนัก เนื่องจากอาการข้างเคียงทำให้ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน และง่วงนอน เป็นต้น ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ในคนไข้ ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่มาจากจิตใจเท่านั้น ซึ่งยาตัวนี้เป็นยาใช้รักษาภาวะซึมเศร้า

4. Phentolamine (Vasomax) เป็นยาที่มีรูปแบบการใช้ทั้งยารับประทานและยาฉีด สำหรับยารับประทานนั้นกลไกการออกฤทธิ์ทั้งส่วนกลางและที่องคชาติ จากการศึกษพบว่าขนาด 20 มิลลิกรัม, 40 มิลลิกรัม และ 60 มิลลิกรัม ทำให้เกิดการแข็งตัวขององคชาติเต็มที่ในภาวะหย่อน 2 ใน 10 ราย สำหรับผลข้างเคียงจากการใช้ยานั้นมีน้อย ซึ่งพบว่ามีเพียงอาการปวดศีรษะ ร้อนวูบวาบตามตัว และอาการคัดจมูก (กฤษณา รัตนโอพารและสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ , 2544)

5. Apomorphine (Uprima) เป็นยาชนิดแรกที่ใช้รักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ผ่านทางประสาทส่วนกลางหรือ hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางสิ่งเร้า (erotic stimuli) โดยตรง ยาชนิดนี้ จะมีส่วนในการกระตุ้นให้มีการแข็งตัวขององคชาติ ซึ่งวิธีการใช้ยาชนิดนี้จะใช้การอมใต้ลิ้น ซึ่งยาดังกล่าวจะออกฤทธิ์ ภายใน 10 – 25 นาที (อภิชาติ กงกะนันท์, 2545) ดังนั้น จึงควรใช้ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ประมาณครึ่งชั่วโมง และสามารถให้ซ้ำได้ในทุกๆ 8 ชั่วโมง ขนาดของยามีตั้งแต่ 2-6 มิลลิกรัม (สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ , 2546) ผลข้างเคียงมีน้อยและไม่รุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งพบได้เพียงร้อยละ 2.1-39 เนื่องจากยาดังกล่าวเป็นยาที่ใช้ได้ง่ายและออกฤทธิ์ได้เร็ว ดังนั้นหลังการรับประทานยาแล้วจะให้ความรู้สึกเหมือนองคชาติมีการแข็งตัวตามธรรมชาติ (Nathan et al ,1998)

4. ยาสมุนไพรหรือยาพื้นบ้าน

ในที่นี้จะรวมไปถึงการรักษาแบบแพทย์แผนไทยหรือแผนโบราณด้วย วิธีการรักษาดังกล่าวมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ไม่มีผลการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ถึงประสิทธิภาพอย่างแท้จริง การรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในประเทศทางแถบเอเชียมีมานานแล้ว ซึ่งการรักษาภาวะดังกล่าว ยังคงมีเรื่องของความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เชื่อว่าการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศวิธีนี้นั้นเน้นให้การรักษาแบบองค์รวม (Holistic) โดยที่จะเน้นในเรื่องของการดูแลสุขภาพส่งเสริม สุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสมดุล นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นสมดุลธาตุทั้ง 4 การออกกำลังกายอย่าง

ลม้าเสมอ การพักผ่อน และการมีพฤติกรรมที่สมดุล ซึ่งเชื่อว่าเมื่อร่างกายและจิตใจ เป็นสุข ทำให้สมรรถภาพทางเพศก็สมดุลไปด้วย การรักษายาสมุนไพรหรือ แพทย์แผนไทยที่พบมีดังนี้

- การนวด เป็นวิธีที่วิธีหนึ่งที่ไม่ต้องใช้ยา แก่ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้จะทำให้ห้องคชาต แข็งตัวได้ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ , 2542) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการนวดนอกจากจะช่วยแก้ไขภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศแล้วยังช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างสามีภรรยาอีกด้วย

- การใช้ยาสมุนไพรหรือยาพื้นบ้าน ยาสมุนไพรพื้นบ้านนี้ ถือเป็นยาบำรุงกำลังตามตำราแพทย์แผนไทย ซึ่งมีหลายชนิด เช่น (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ , 2542) โคลกลาน กำลั้งวัวเถลิง โด่ไม่รู้ล้ม กระจ่างคำ ปาจิเทียน ชะเอมเทศ ไต่ดวง รากโสมไทยหรือโสมหาวาย หรือไฟเล็ก พริกไทย มะขามเปียก กุ่ม ผิวมะกรูด เกลือแกง ผิวมะนาว บอระเพ็ด หนุ้าไทร ดินประสิ่ว สารส้ม เบนจุกูล เป็นต้น ซึ่งวิธีใช้ยาสมุนไพรต่างๆ เหล่านี้ ส่วนมากแล้วนิยมนำมาต้มในสัดส่วนที่แตกต่างกัน แล้วนำมารับประทาน ยาบางชนิดอาจนำมาผสมกันแล้วปั้นเป็นลูกกลอน หรืออาจนำสมุนไพรพื้นบ้านมาผสมกับยาชนิดอื่นแล้วจึงนำมารับประทานก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามยา ยังไม่ได้มีการวิจัยถึงประสิทธิภาพ อาการข้างเคียง และขนาดที่เหมาะสมในการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งผู้ที่นำไปใช้ควรระมัดระวัง และควรปรึกษาแพทย์แผนไทยก่อนนำไปใช้ เพื่อความปลอดภัยในการนำไปใช้ ควรเลือกใช้สมุนไพรที่รู้จักถึงสรรพคุณเป็นอย่างดี และเคยใช้เป็นอาหาร

ในปัจจุบันที่มีความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีมากขึ้น จึงทำให้มีการค้นพบยาในการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศจากแพทย์แผนปัจจุบัน จึงทำให้ผู้ที่ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีทางเลือกในการรักษาภาวะดังกล่าวมากขึ้น ซึ่งการที่ยาสมุนไพรในปัจจุบันหายากขึ้น ผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศบางราย จึงหันมาใช้ในการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

การรักษาขั้นที่สอง (Second – Line Treatment)

หากการรักษาขั้นที่ 1 ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาที่ถือว่าสะดวก และปลอดภัยไม่ได้ผล แพทย์จำเป็นจะต้องรักษาผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ด้วยวิธีการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งวิธีการรักษาในขั้นที่สองมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ยาฉีดเข้าองคชาต (Intracavernosal injection)

หากใช้ยารับประทานรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศไม่ได้ผล หรือไม่สามารถรับประทานได้ แพทย์จะให้การรักษาโดยการ ฉีดยาเข้าที่องคชาต ซึ่งวิธีการดังกล่าวได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน ยาที่ฉีดเข้าองคชาตจะออกฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว แล้วเลือดจะเข้าสู่องคชาตมากขึ้นทำให้องคชาตแข็งตัวได้ สำหรับวิธีการรักษานั้นจะทำโดยการฉีดยาเข้าไปในโพรงเนื้อเยื่อขององคชาตเมื่อต้องการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อาจเกิดความกลัวในการฉีดยาเข้าที่องคชาต ดังนั้นจึงได้มีใช้เครื่องฉีดยาอัตโนมัติ เพื่อลดความน่ากลัวลง ยาที่ฉีดเข้าที่องคชาตมีดังต่อไปนี้

1. Alprostadil (Prostaglandin E1, PEG1) หรือ Caverject ยาชนิดนี้จะทำให้อองคชาตมีการขยายตัว และแข็งตัวได้ ยาดังกล่าวสามารถใช้ได้บ่อยครั้ง เนื่องจากไม่มีการสะสมยาในร่างกาย สำหรับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การเจ็บที่องคชาต และการเกิดเนื้อเยื่อพังศึคบริเวณที่ฉีด (สถิติฯ เรื่องคิลกรัตน์ , 2544)

2. Papaverine เป็นยาที่ใช้ขยายหลอดเลือด ซึ่งพบว่าการฉีดยาชนิดนี้ที่องคชาตโดยตรงจะทำให้องคชาตแข็งตัวได้ และยาชนิดนี้จะมีระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้นกว่าปกติ ดังนั้นผู้ที่ฉีดยาต้องระวังการแข็งค้างขององคชาต (priapism) นอกจากนี้อาจพบพังศึคบริเวณที่ฉีดได้บ่อยๆ เช่นกัน ส่วนอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา ได้แก่ อาการ หน้าซีด มึนงง หน้าแดง และมีเหงื่อออกมาก จากที่กล่าวมานั้น ทำให้ในปัจจุบันไม่ค่อยนิยมใช้ papaverine เพียงอย่างเดียว แต่มักจะใช้ร่วมกับสาร vasoactive อื่นๆ เพื่อลดอาการข้างเคียง(กฤษฎา รัตนโอฬารและสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ , 2544)

3. ยาในกลุ่ม Vasoactive อื่นๆ ซึ่งได้แก่ phentolamine ยาชนิดนี้มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว มีระยะเวลาออกฤทธิ์สั้น จึงมักใช้ร่วมกับยาอื่นๆ เช่น alprostadil ซึ่งมีผลทำให้ออกฤทธิ์เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีอีกหลายชนิดที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยสำหรับใช้ในการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ยาสอดเข้าทางท่อปัสสาวะ (Intraurethral Insertion)

ปัจจุบันยาที่ใช้คือ intraurethral alprostadil หรือ Medicated Urethral System for Erection (MUSE) ซึ่งจะใส่ยาโดยการสอดใส่เข้าท่อปัสสาวะก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการสอดใส่ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 8 นาที และสามารถทำให้เกิดการแข็งตัวขององคชาตเต็มที่ ในช่วงเวลาประมาณ 20 นาที ยาจะหมดฤทธิ์ยาประมาณ 60 นาที (สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ , 2546)

สำหรับอาการข้างเคียงของการใช้ยานี้ อาจพบอาการเจ็บระคายเคืองภายในท่อปัสสาวะ (urethral burning pain) ภายหลังการสอดใส่ ส่วนอาการอื่นๆ นั้น พบได้น้อยมาก เช่น การอักเสบของท่อปัสสาวะ การแข็งตัวขององคชาตนานกว่าปกติ (สถิติฯ เรื่องคิลกรัตน์ , 2544)

การรักษาขั้นที่สาม(Third-Line Treatment)

หากใช้วิธีการรักษาในขั้นที่สองไม่ได้ผล แพทย์ก็จะให้การรักษาในขั้นที่สาม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การผ่าตัดใส่แกนองคชาตเทียม (Surgical Treatment of Erectile Dysfunction)

วิธีนี้แกนองคชาตเทียมถือว่าเป็นทางเลือกสุดท้ายในการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เพราะนอกจากจะมีราคาแพงแล้วยังเป็นทำลายเส้นเลือดและเนื้อเยื่อต่างๆ บางส่วนขององคชาตอย่างถาวรอีกด้วย ซึ่งหากเกิดขึ้นแล้วก็ไม่สามารถใช้วิธีอื่นรักษาได้อีก แต่อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ถือว่า

เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา (อภิชาติ กงกะนันท์, 2546) และเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมาก เพราะมีความสะดวกกว่าวิธีอื่นๆ

สำหรับผู้ที่เหมาะกับการใส่แกนองคชาตเทียม ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพ โดยมีสาเหตุมาจากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และใช้การรักษาวิธีอื่นๆ ไม่ได้ผล สำหรับผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยมีสาเหตุมาจากทางด้านจิตใจนั้น หากจะรักษาด้วยวิธีผ่าตัดใส่แกนองคชาตเทียม ควรจะได้รับคำแนะนำจากจิตแพทย์เสียก่อน ในปัจจุบันพบว่า ผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ใช้การรักษาด้วยวิธีนี้มีอัตราความพึงพอใจสูงเกินกว่า ร้อยละ 80 และเป็นวิธีที่มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ แต่ถ้ามองก็ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ , 2546)

การผ่าตัดเส้นเลือด (Vascular surgery)

การรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ด้วยวิธีการผ่าตัดเส้นเลือดในปัจจุบันใช้วิธีดังกล่าวน้อยมาก เพราะถึงแม้ว่าความผิดปกติของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงองคชาตจะเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคนี้ แต่เนื่องจากการรักษาผ่าตัดด้วยวิธีนี้ใช้เวลานานและมีผลสำเร็จต่ำ (อภิชาติ กงกะนันท์ และสมบุญ เหลืองวัฒนากิจ , 2544) ดังนั้นในการผ่าตัดจะต้องมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ซึ่งวิธีการ ผ่าตัดมีอยู่ 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดเส้นเลือดดำ (Venous surgery) , การผ่าตัดเส้นเลือดแดง (Arterial surgery) (อภิชาติ กงกะนันท์ , 2546)

การรักษาวิธีอื่นๆ

นอกจากที่กล่าวมาในข้างต้นแล้ว ยังมีการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ อีกดังต่อไปนี้

การให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormonal therapy)

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเพศชาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์น้อยลง เกิดภาวะความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาต ซึ่งอาจให้การรักษาผู้ที่มีภาวะดังกล่าวด้วยการให้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) แต่สำหรับในผู้สูงอายุ วิธีการดังกล่าวอาจให้ผลได้ไม่ดีนักก่อนที่จะให้ฮอร์โมนทดแทน ควรมีการตรวจหาระดับ free testosterone หากพบว่าระดับฮอร์โมนต่ำ หรือพร่องฮอร์โมน ก็จำเป็นต้องให้ฮอร์โมนชดเชย (เทพ หิมะทองคำ , 2544) การให้ฮอร์โมนทดแทน มีข้อจำกัดในการใช้กับเพศชายที่เป็นมะเร็งเต้านม และเป็น หรือสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก เพราะฮอร์โมนดังกล่าว จะไปเร่งการเจริญของเนื้องอกได้ (สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ , 2546)

การรักษาแบบ Combination therapy

เป็นการรักษาโดยใช้ยาหลายๆชนิดที่ออกฤทธิ์ต่างกัน หรือที่มีวิธีการต่างกัน เช่นการใช้ MUSE ร่วมกับ sildenafil เป็นต้น ซึ่งพบว่ามีคนไข้หลายคนพึงพอใจในการรักษาดังกล่าว

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาโดยใช้ sildenafil 100 มิลลิกรัม ร่วมกับการใช้กระบอกสุญญากาศ (vacuum constriction device) โดยไม่ต้องใช้ constriction ring ในผู้ที่ใช้ sildenafil ไม่ได้ผล ซึ่งจากการศึกษาของ Claes Hugo และคณะ ได้มีการทดลองให้การรักษาคนไข้หย่อนสมรรถภาพทางเพศ 164 ราย โดยเริ่มให้ apomorphine 3 มิลลิกรัม อดได้ลิ้น ทุกรายก่อน พบว่าได้ผล 45 ราย ในรายที่ไม่ได้ผล 3 ครั้ง ให้รับประทาน sildenafil 100 มิลลิกรัม พบว่า 33 ราย พึงพอใจ และถ้าไม่ได้ผลใน 3 ครั้ง จะให้ apomorphine 3 มิลลิกรัม ร่วมกับ sildenafil 100 มิลลิกรัม พบว่าได้ผลใน 24 ราย และในรายที่ไม่ได้ผลอีกจะใช้การฉีดยาเข้าองคชาต ซึ่งได้ผล 38 ราย

นอกจากนี้แล้วยังมีวิธีการรักษาใหม่ๆดังนี้

- การใช้ยาทาที่ gland penis ซึ่งได้แก่ topical PGE1 ยาชนิดนี้มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับ intraurethral PGE1 หรือ MUSE แต่ผลที่ได้ยังไม่เป็นที่พอใจของคนไข้ เนื่องจากออกฤทธิ์ช้าและอวัยวะเพศแข็งตัวไม่ดีเท่าที่ควร (สมบุญ เหลืองวัฒนาจ , 2546)

- การรักษาด้วยวิธี gene therapy ซึ่งคาดว่าจะได้รับความนิยมในอนาคต เพราะเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และทำให้คนไข้ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาหรือฉีดยาอย่างสม่ำเสมอ เพียงแค่มาพบแพทย์เพื่อฉีดยีนส์ ปีละ 3 หรือ 4 ครั้งเท่านั้น การรักษาโดยใช้ไวรัสเป็นพาหะที่จะนำยีนส์ที่ต้องการให้สร้างโปรตีนชนิดที่ขาดเข้าไปในเซลล์ที่ต้องการ เนื่องจากองคชาตเป็นอวัยวะที่อยู่นอกร่างกาย ทำให้การนำวิธีนี้มาใช้ทำได้ง่าย นอกจากนี้ยังใช้สายรัดที่โคนองคชาตก่อนค่อยฉีดยีนส์เข้าไปประกอบกับในขณะที่ไม่มีการแข็งตัวขององคชาตจะมีการไหลของเลือดค่อนข้างช้าทำให้องคชาตเหมาะแก่การรักษาด้วยวิธีนี้ (Mulligan et al ,1993)

เนื่องจากผลของการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศขึ้นอยู่กับความพอใจของคนไข้เป็นหลัก โดยที่แพทย์จะเป็นผู้ดูแล และแนะนำ การรักษาแบบต่างๆให้ แต่คนไข้จะเป็นผู้เลือกวิธีการในการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งเงื่อนไขในการเลือกวิธีการรักษาต่างๆ นั้น มักขึ้นอยู่กับความพอใจของคนไข้ ความรวดเร็วในการแข็งตัว ความสะดวกใช้และพกพาราคาที่เหมาะสมและการหาซื้อง่ายสะดวก ตลอดจนโรคประจำตัวที่มีในตัวคนไข้ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามนอกจากคนไข้จะมีส่วนในการพิจารณาการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศแล้วนอกจากคนไข้ คู่นอนควรจะมีส่วนร่วมในการพิจารณาทางเลือกในการรักษาด้วย และหากเป็นไปได้ ก็ควรมาพบแพทย์ด้วย เพราะจะทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น และยังเป็นการสร้างเชื่อมั่นต่อการรักษาอีกทางหนึ่ง เพราะปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคนไข้โดยตรงแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อคู่นอนของคนไข้อีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ายังไม่มีการศึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเรื่องของผลการรักษา ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ด้วยวิธีการต่างๆ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าในประเด็นที่คิดว่าเกี่ยวข้องกับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยศึกษาในประเด็นเรื่องของระบาดวิทยา รวมทั้งความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศดังนี้

การศึกษาของ TEDES (Thailand Erectile Dysfunction Epidemiology Study) เป็นการศึกษาในปี 1999 ในชายไทยอายุ 40 –70 ปี จำนวน 1,250 คน ผลการศึกษาพบว่าชายไทยช่วงอายุดังกล่าว มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในระดับต่างๆ รวมกัน ร้อยละ 37.5 โดยเป็นระดับต่ำ ร้อยละ 19.1 ระดับปานกลางร้อยละ 13.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 4.7 เมื่อคิดเป็นจำนวนประชากรของประเทศมีประมาณ 3 ล้านคน โดยที่ อายุ 40-49 ปี พบร้อยละ 20.4 อายุ 50-59 ปี พบร้อยละ 46.3 และอายุ 60-70 ปี พบร้อยละ 73.4 นอกจากนี้จากการศึกษายังพบอีกว่า การศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยคนที่มีการศึกษาต่ำจะมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าคนที่มีการศึกษาสูง คนที่มีสถานภาพทางสังคมสูงจะมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ต่ำกว่า เกษตรกรหรือชาวนา และคนที่มียาได้ 10,000-30,000 บาท ต่อเดือนก็จะมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ น้อยกว่าคนที่มียาได้ 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ คนมีการศึกษาสูง มีอาชีพดีรายได้สูง มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปตลอดจนสุขภาพทางเพศ และการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า หรือในทางกลับกัน คนที่มีการศึกษาสูงมีความทรงหรือภูมิใจเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศ จึงไม่ยอมรับว่ามีปัญหาทางเพศอย่างเปิดเผยก็ได้ และจากการศึกษายังพบอีกว่าภาคเหนือมี ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มากที่สุด ร้อยละ 45.6 รองลงมาคือ ภาคกลาง ร้อยละ 42.4 ภาคใต้ ร้อยละ 40.0 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 37.6 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 34.4 เป็นที่น่าสังเกตว่า เมืองใหญ่มีความเจริญ มีการแข่งขันสูงและวิถีการดำเนินชีวิตที่ แตกต่างจากเมืองเล็ก มีความเป็นอยู่ที่รีบเร่ง มีความเครียด และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและโรคประจำตัวมากกว่า มีความเครียดมากกว่าซึ่ง เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศน่าจะมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมากที่สุด กลับพบว่ามี น้อยที่สุด ซึ่งก็น่าจะมาจากเหตุผล เช่นเดียวกับการศึกษา อาชีพ และรายได้ นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงพบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ แต่มีผลกระทบทางอ้อมคนที่สูบบุหรี่สม่ำเสมอพบว่ามีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 45 และคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ พบว่ามีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 35 ส่วนคนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 54 ในขณะที่ไม่ดื่มพบ เพียง ร้อยละ 28 และสำหรับคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พบร้อยละ 3.9 ส่วนคนที่ไม่ออกกำลังกายจะพบ ร้อยละ 8.3

ในส่วนของพฤติกรรมทางเพศ พบว่า มีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 9 ครั้งต่อเดือน ถ้ามีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จะมีเพศสัมพันธ์น้อยลงตามลำดับ และนอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 14 ไม่มีเพศสัมพันธ์เลยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาในจำนวนนี้มีเหตุผลมาจากภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศรวมอยู่ด้วย และยังพบอีกว่า เพศชายที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีความต้องการที่จะมาพบแพทย์เพื่อขอรับการรักษา ร้อยละ 34 แต่เมื่อเป็นแล้วมาพบแพทย์ หรือเคยพบแพทย์เพื่อรับการรักษาแล้วไม่ถึงร้อยละ 1 ส่วนอีกร้อยละ 41 เป็นแล้วไม่ปรึกษาใครเลย ซึ่งมักจะเกิดจากการยอมรับสภาพ และอีกข้อเท็จจริงที่จะไปปรึกษาแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามยังมีถึง ร้อยละ 57 ที่เชื่อว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นแล้วสามารถรักษาหรือมีวิธีรักษาให้หายได้ (Kongkanand, 2000)

จากการศึกษาของ Zhang และคณะ (2002) เป็นการสำรวจความรู้และเจตคติของแพทย์เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.4 ทราบดีว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นอย่างไร และร้อยละ 85 เห็นว่าภาวะนี้เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นธรรมชาติสำหรับผู้ชาย คิดว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ร้อยละ 78.7 นอกจากนี้คิดว่าเป็นภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นอาการเฉพาะของโรค ร้อยละ 89.7 และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศส่วนใหญ่ เกิดจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.5 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.6 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 12.0 นอกจากนี้แพทย์ที่ทำการตรวจคนไข้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ตั้งแต่แรกยินดีที่จะตอบคำถามเรื่องนี้ ร้อยละ 45.5 รวมทั้งพร้อมที่จะอธิบายรายละเอียดต่างๆเมื่อถูกคนไข้ซักถาม ร้อยละ 32.6 นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ที่ทำการตรวจครั้งแรกส่วนใหญ่จะไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางเชี่ยวชาญเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยตรงจึงส่งต่อไปให้แพทย์เฉพาะทางตรวจรักษาต่อถึง ร้อยละ 95 และยังพบอีกว่าแพทย์เองจะไม่กล้าที่จะซักถามคนไข้เกี่ยวกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศว่าเป็นอย่างไรถึง ร้อยละ 43.5 เว้นแต่คนไข้จะเป็นฝ่ายที่จะเล่ารายละเอียดให้ฟังก่อนถึง ร้อยละ 42.2 ซึ่งในจำนวนนี้จะไม่มีคนไข้พิเศษเฉพาะที่เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเลย ร้อยละ 20.9 และยังพบอีกว่าไม่มีแพทย์เปิดคลินิกที่ตรวจรักษาเฉพาะภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเลย ร้อยละ 13.6 และขณะเดียวกันแพทย์เองรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอาย ร้อยละ 13.6 ถึงแม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าภาวะนี้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญก็ตาม

ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษา ของ Ahmed Fawzy (2000) เป็นการศึกษารูปแบบการรักษาคนไข้ที่มีภาวะภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ของแพทย์ในการให้การรักษารุ่นแรก โดยศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา จากการสอบถามจากแพทย์ที่รักษาคอนไ้ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยศึกษาจากแพทย์ จำนวน 1,634 คน เป็นแพทย์ ประจำบ้าน ร้อยละ 45.5 แพทย์ฝึกหัด ร้อยละ 32.2 และแพทย์ เฉพาะทางอื่นๆ ร้อยละ 22.2 ผลการศึกษาพบว่าแพทย์จะสอบถามอาการคนไข้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เพียงร้อยละ 45 ส่วนมากแพทย์จะเริ่มต้นจากการซัก

ถามเกี่ยวกับประวัติการมีเพศสัมพันธ์ก่อน โดยจะไม่เริ่มต้นจากการซักถามอาการของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศถึง ร้อยละ 48.8 ซึ่งประเด็นที่ซักถามส่วนใหญ่แพทย์จะถามเกี่ยวกับประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 71 และนอกจากนี้ยังมี การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 74 และการตรวจหาระดับฮอร์โมนเพศชายในกระแสเลือด ร้อยละ 36, ให้การปรึกษาเรื่องเพศ ร้อยละ 57 ,ให้การรักษาโดยให้ยา sildenafil รับประทาน ร้อยละ 60 และให้ฮอร์โมนเพศชายทดแทน ร้อยละ 25 ให้การรักษาโดย การใช้กระบอกสุญญากาศ ร้อยละ 17, ให้ยาฉีดเข้าองศาตร้อยละ 9 ,ให้ยาสอดเข้าทางท่อปัสสาวะ ร้อยละ 15

และจากการศึกษาของ Catherrine B. Johannes (1999) เป็นการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในเพศชายสูงอายุ ของ MMAS (Massachusetts Male Aging Study) ในมลรัฐแมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา เช่นกัน ศึกษาในชายที่มีอายุ ระหว่าง 40-70 ปี โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 847 ราย ผลการศึกษาพบว่าชายสูงอายุมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ 25.9 ราย ต่อ 1000 ราย และพบว่า ในการปรับตัว เกี่ยวกับการเป็นปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คนสูงอายุ ที่มี การศึกษา ต่ำ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และ โรคความดันโลหิตสูง จะปรับตัว ได้ดีตามลำดับ

จากการศึกษาของ Richard Bitar (1999) โดยการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนไข้ ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ที่เกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาในคนไข้ที่มี ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ที่เป็นมาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จำนวน 113 คนโดยสอบถามเกี่ยวกับ สุขภาพ และความความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้น พบว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีสาเหตุจาก ภายหลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ร้อยละ 17 สาเหตุเกิดจากโรคของระบบหลอดเลือด ร้อยละ 45 สาเหตุเกิดจากทางจิตใจ ร้อยละ 7 และ เกิดจากสาเหตุทางด้านร่างกายอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าคน ไข้ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 31 ที่มีสาเหตุจากการการผ่าตัดต่อมลูกหมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ที่มีสาเหตุเกิดจาก ทางด้านอื่นๆ

ส่วนการศึกษา ของ Leng Jing (1998) ที่ เมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน เป็นการศึกษาความชุกของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในกลุ่มตัวอย่าง 1,582 ราย อายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่ามีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 73.1 และไม่มีเพศสัมพันธ์เลย ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 18.2 นอกจากนี้ยังพบว่า มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 32.8 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 36.4 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 74.2 และ 70 ปี ขึ้นไป พบร้อยละ 86.3 และจากการศึกษายังพบ อีกว่ามีสาเหตุ เกิดจากโรคของระบบหลอดเลือด ร้อยละ 22.9 เกิดสาเหตุจากโรกระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 20.2 สาเหตุเกิดจากระบบประสาท ร้อยละ 1.8 สาเหตุเกิดจากระบบต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 0.4 สาเหตุเกิดจากผลของการใช้ยา ต่างๆ ร้อยละ 17.1 และเกิดสาเหตุจากจิตใจ ร้อยละ 37.6

จากการศึกษาของ Clive Gingiell (1998) เป็นการศึกษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ประเทศใน ทวีปยุโรป 5 ประเทศ พบว่า ไม่รู้และไม่เข้าใจในเรื่อง ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ถึง ร้อยละ 68 ในจำนวนนี้ผู้สูงอายุ มีปัญหาห่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 53 ส่วนสาเหตุของการเกิดภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ พบว่า เกิดจากสาเหตุ ทางจิตใจ ร้อยละ 43 สาเหตุจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 4 นอกจากนี้พบว่า มีผู้ที่ เป็นภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศแล้วมารับการรักษาเพียง ร้อยละ 20 และไม่ได้รับการรักษาเลย ร้อยละ 5 และ มีความเชื่อว่าโรคนี้นี้สามารถที่จะรักษาให้หายได้ ร้อยละ 72 และคิดว่าควรจะรักษาก็ต่อเมื่อมีปัญหาภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 33

จากการศึกษาของ Ridwan Shabsigh (1998) เป็นการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในคนไข้ชายที่มีภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ผลการศึกษาพบว่ามีความรู้สึกโดดเดี่ยวเหงา ร้อยละ 54 สำหรับในคนไข้ชายที่เป็นต่อมลูกหมากโตที่มีภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศรู้สึก เหงา ว่าเหว ร้อยละ 56 เฉลี่ยในคนไข้มีห่อนสมรรถภาพทางเพศมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 38.9

ส่วนการศึกษาของจากการศึกษาของ MMAS (Massachusetts Male Aging Study) (Feldman et al ,1994) ซึ่งเป็นการศึกษาในสหรัฐอเมริกา เป็นการศึกษาในเพศชาย กลุ่มตัวอย่าง 1,290 ราย อายุ 40-70 ปี พบว่ามี ภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 52 และเป็นในระดับรุนแรง ร้อยละ 5.1-15 ระดับปานกลาง ร้อยละ 17-34 และเป็นระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17 และ คาดว่าปี 2030 ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะมีภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 20

ส่วนการศึกษาของ Like and Diokno (1990) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 296 คน ผลการศึกษาพบว่า มีอุบัติการณ์การมีภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ชายที่มีอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 29 และ ชายอายุ มากกว่า 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64

สอดคล้องกับการศึกษาของ Pearman and Kobashi (1990) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ในอายุ 55 ปี ร้อยละ 8 อายุ 65 ปี ร้อยละ 25 อายุ 75 ปี ร้อยละ 55 และ อายุ 80ปีขึ้นไป ร้อยละ 75

จากการศึกษาของ Kinsey และ คณะ (1948) ซึ่งเป็นครั้งแรกที่รายงาน การศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองทางเพศที่เกิดขึ้นในชายสูงวัย กว่า 14,000 คน พบว่าอุบัติการณ์ของ การมีภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ อายุ ต่ำกว่า 60 ปี พบ ร้อยละ 7 อายุ 60 ปี ขึ้นไปพบ ร้อยละ 18 อายุ 70 ปี ขึ้นไปพบ ร้อยละ 25 อายุ 75 ปี ขึ้นไป พบ ร้อยละ 55 และ ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป พบ ร้อยละ 75

จะเห็นได้ว่าภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเฉพาะเริ่มตั้งแต่ชายวัยกลางคนขึ้นไปถึงผู้สูงวัย ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง อย่างชัดเจน ทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ รวมทั้งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างที่มีส่วนทำให้เกิด ภาวะนี้ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น ความผิดปกติ ในกลไกการแข็งตัวขององคชาติเอง ความผิดปกติของเส้นเลือดแดงที่องคชาติ โรคเรื้อรังต่างๆที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเครียด โรคซึมเศร้า เป็นต้น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ส่วนสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่นความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าในหลายๆประเทศส่วนใหญ่ ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะ
ห่อนสมรรถภาพทางเพศที่ถูกต้อง ทำให้มี ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับเรื่องนี้แตกต่างกันออกไป
แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เอง ส่วนใหญ่ยังคิดว่าเป็นเรื่องที่น่าอาย ควรปกปิด ทำให้ปัญหานี้จึง
เป็นปัญหาที่ ไม่ได้รับการแก้ไขหรือได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและยอมรับจากสังคมอย่างจริงจัง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษา ความรู้และเจตคติของชาวไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในเขต กรุงเทพฯ และปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี สมุทรปราการ และปทุมธานี

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นชาวไทยที่มีอายุระหว่าง 40 -70 ปี ในเขต กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี,สมุทรปราการและปทุมธานี ระหว่างเดือน มีนาคม 2547 ถึง สิงหาคม 2547 จำนวน 540 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เพศชายมีอายุระหว่าง 40-70 ปี
2. มีภูมิลำเนา อยู่ใน เขตกรุงเทพฯ นนทบุรี สมุทรปราการ และปทุมธานี
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการอ่านและการเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้

การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบโควตา (Quota Sampling) ตามตัวแปรอิสระ 3 ตัว คือ กลุ่มอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพสมรส โดยแบ่งเป็นกลุ่มทั้งหมด จำนวน 18 กลุ่ม แต่ละกลุ่ม สุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวม 540 คน แยกแต่ละกลุ่มได้ดังนี้

- กลุ่มที่ 1.กลุ่มที่มี อายุ 40-49 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และมีคู่ จำนวน 30 คน
- กลุ่มที่ 2.กลุ่มที่มี อายุ 50-59 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และมีคู่ จำนวน 30 คน
- กลุ่มที่ 3.กลุ่มที่มี อายุ 60-70 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และมีคู่ จำนวน 30 คน
- กลุ่มที่ 4.กลุ่มที่มี อายุ 40-49 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และมีคู่ จำนวน 30 คน
- กลุ่มที่ 5.กลุ่มที่มี อายุ 50-59 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และมีคู่ จำนวน 30 คน
- กลุ่มที่ 6.กลุ่มที่มี อายุ 60-70 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และมีคู่ จำนวน 30 คน
- กลุ่มที่ 7.กลุ่มที่มี อายุ 40-49 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และมีคู่ จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 8.กลุ่มที่มี อายุ 50-59 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และมีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 9.กลุ่มที่มี อายุ 60-70 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และมีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 10.กลุ่มที่มี อายุ 40-49 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 11.กลุ่มที่มี อายุ 50-59 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 12.กลุ่มที่มี อายุ 60-70 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 13.กลุ่มที่มี อายุ 40-49 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 14.กลุ่มที่มี อายุ 50-59 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 15.กลุ่มที่มี อายุ 60-70 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 16.กลุ่มที่มี อายุ 40-49 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 17.กลุ่มที่มี อายุ 50-59 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน
 กลุ่มที่ 18.กลุ่มที่มี อายุ 60-70 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และ ไม่มีคู่ จำนวน 30 คน

หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามพื้นที่ศึกษา (Simple random sampling) สำหรับการกำหนดเขตพื้นที่ในการเก็บข้อมูลของแต่ละจังหวัด โดยการ สุ่มตำบลของแต่ละจังหวัดๆมา 4 ตำบล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สมุทรปราการ สุ่มได้ตำบลบางเมือง,ตำบลคลองค่าน,ตำบลบางแก้ว และตำบลแหลมฟ้าผ่า ตำบลละ 28 คนรวมจำนวน 110 คน

นนทบุรี สุ่มได้ตำบลเกาะเกร็ด, ตำบลตลาดขวัญ,ตำบลบางขนุน และตำบลบางรักใหญ่ ตำบลละ 28 คน รวมจำนวน 110 คน

ปทุมธานี สุ่มได้ตำบลคลอง2, ตำบลคูคต,ตำบลบางหลวงและตำบลบึงนาราง ตำบลละ 28 คน รวมจำนวน 110 คน

กรุงเทพมหานคร มีจำนวนประชากรมากกว่าจังหวัดปริมณฑล และแบ่งเขตการปกครองเป็น 50 เขต ได้สุ่มทั้งหมด 7 เขต ดังนี้ เขตพญาไท ,เขตมีนบุรี ,เขตพระโขนง ,เขตคลองสาน ,เขตบางเขน ,เขตคลองเตย และเขตลาดพร้าว เขตละ 30 คน รวมจำนวน 210 คน

ซึ่งการเก็บข้อมูลตามพื้นที่แบบเจาะจงและพื้นที่ที่เป็นชุมชนของประชาชนต่างๆ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย วัด ศูนย์การค้า สถานที่ราชการ เป็นต้น ได้กลุ่มตัวอย่างใน กรุงเทพฯ และปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี สมุทรปราการ และปทุมธานี ตามตารางดังนี้

ตารางแสดงพื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่	จำนวน เขต/ตำบล	จำนวนตัวอย่างตามกลุ่มโรคตา			รวม
		40-49 ปี	50-59 ปี	60-70 ปี	
กรุงเทพ	7	70	70	70	210
นนทบุรี	4	37	37	36	110
ปทุมธานี	4	37	36	37	110
สมุทรปราการ	4	36	37	37	110
รวม	19	180	180	180	540

การเลือกเข้ากลุ่มแต่ละกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดใช้ ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มที่กำหนดไว้แล้วในขั้นแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล ลักษณะประชากร ซึ่งประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากแนวทางของ TEDES (2000) และ Braun, Wassmer and Klotz , (2000) จำนวน 6 ข้อ โดยมีเนื้อหา ดังนี้

- กลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่
- กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาจากการแข็งตัวขององคชาตหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
- กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่ ถ้า ไม่เคย เพราะเหตุใด และ ถ้าเคยรักษาโดยวิธีใด
- หากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ กลุ่มตัวอย่าง จะเลือกบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิงหรือไม่
- กลุ่มตัวอย่างเคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพข้อมูลสุขภาพเพศชายหรือไม่
- กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่ และถ้าเคย ได้รับจากแหล่งใด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นแบบวัด

ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของอภิชาติ กงกะนันท์ (2546) และสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ (2546) และส่วนหนึ่งมาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง TEDES (2000) ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัย ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า เจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นความรู้สึก ความเชื่อ ท่าที รวมทั้งความคิดเห็นที่ได้จากประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งยังมีเรื่องของ วัฒนธรรม ค่านิยม หรือมาตรฐานสังคมที่บุคคลนั้นร่วมใช้ชีวิตอยู่ ที่เป็นในทำนองที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ และจะแสดงเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทั้งเจตคติทางบวก และเจตคติทางลบ

จากแนวคิดเรื่องเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศข้างต้น ผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นแบบวัดเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นความคิดเห็นเชิงบวกและเชิงลบ ต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นมาตราลิเกอ์ท (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งจำนวน 25 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 ข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ภาวะสันนิษฐาน แล้วจึงพิจารณาปรับปรุงแก้ไขในข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นไม่ตรงกันให้เป็นไปตามความตรงที่ตั้งไว้ ซึ่งจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสมควรให้มีการตัดประเด็นเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จำนวน 4 ข้อ จากจำนวน 29 เหลือ จำนวน 25 ข้อ จากนั้นนำแบบวัดเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ไปให้ประชาชนเพศชายที่มี อายุ 40 ปี ขึ้นไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 18 คน ทดลองทำ เพื่อประเมินเวลาที่ใช้ในการทำ และพูดคุยเกี่ยวกับความเข้าใจในสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบวัด แล้วจึงนำมาแก้สำนวนภาษาใหม่อีกครั้ง ในข้อที่ประชาชนไม่เข้าใจ หลังจากนั้นนำแบบวัดเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปหาการหาความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน แล้วจึงนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของ Cronbach (วิเชียร เกตุสิงห์, 2537 : 116) ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง ได้ค่าความเชื่อถือเท่ากับ .83

ตัวอย่างแบบสอบถามเจตคติทางบวก

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าปัญหาห่อนสมรรถภาพทางเพศ มีผลกระทบต่อความสุขในชีวิต				
2. ท่านคิดว่าภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ความต้องการ ทางเพศลดลง (ความต้องการ หมายถึง ความพึงพอใจ ความปรารถนาที่จะมีเพศสัมพันธ์)				

เจตคติทางลบ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่าน คิดว่าภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นเรื่องน่าอาย				
2. ท่านคิดว่าภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังขารควรทำใจยอมรับสภาพ				

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับจากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ของ Costa, Arnould, Cour and Boyer (2003) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการแสดง และการรักษา การป้องกัน เป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) 4 คำเลือก จำนวน 12 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แล้วจึงพิจารณาปรับปรุงแก้ไขในข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นไม่ตรงกันให้เป็นไปตามความตรงของเนื้อหาที่ตั้งไว้ จากนั้นนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศไปให้ประชาชนที่มีคุณสมบัติ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คน ทดลองทำ เพื่อประเมินเวลาที่ใช้ในการทำ และพูดคุยเกี่ยวกับความเข้าใจในสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบวัด แล้ว นำมาปรับแก้สำนวนภาษาใหม่ ซึ่งทำถึง 3 ครั้ง ในข้อที่ผู้ตอบไม่เข้าใจ ก่อนนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพเพศ ไปหาการหาความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยทดลองกับประชาชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน แล้วจึงนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของ Cronbach (วิเชียร เกตุสิงห์, 2537 : 116) ก่อนนำไปเก็บจริง ได้ค่าความเชื่อถือเท่ากับ .70

ตัวอย่างข้อคำถาม

ให้เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1.ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหมายถึงอะไร

- ก. ภาวะที่ไม่อยากที่จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่อยากร่วมเพศ
- ข. ภาวะที่มีความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์
- ค. การที่อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวหรือแข็งตัวได้ไม่นานพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จ

(มะเขือเผา)

ง. เป็นภาวะที่มีการหลั่งน้ำอสุจิเร็ว (ล่มปากอ่าว) หลังจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ไม่นาน

2.ข้อใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

- ก. การพร่อง หรือขาดฮอร์โมนเพศชาย
- ข. คนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ
- ค. คนที่เป็นโรคยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน
- ง. การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อมูลจากการวัดตัวแปรต่างๆ ได้กำหนดเกณฑ์การวัดไว้ดังนี้

ลักษณะประชากรทั่วไป

1.1 อายุ แบ่งกลุ่มอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ,กลุ่มอายุ 50-59 ปี และกลุ่มอายุ 60-70 ปี

1.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ แบ่งเป็น 3 กลุ่มฐานะ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจดี, ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและ ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

1.3 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น มีคู่และไม่มีคู่
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

การวัดตัวแปรความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

ตอบถูก	(รู้)	1	คะแนน
ตอบไม่ถูก	(ไม่รู้)	0	คะแนน

จากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จำนวน 12 ข้อ

นำคะแนนที่ได้มา จัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ

ความรู้มาก	10-12	คะแนน
ความรู้ปานกลาง	6-9	คะแนน
รู้น้อย	0-5	คะแนน

เจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

เจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นการวัดความคิดเห็น โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

	เจตคติทางบวก		เจตคติทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	3	คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน	4	คะแนน

ซึ่งข้อที่มีเจตคติทางบวก มี 18 ข้อ ได้แก่

- ท่านคิดว่าปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีผลกระทบต่อความสุขในชีวิต
- ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ความต้องการ ทางเพศลดลง (ความต้องการ หมายถึง ความพึงพอใจ ความปรารถนาที่จะมีเพศสัมพันธ์)
- ท่านคิดว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีส่วนทำให้เกิดความ เครียด
- ท่านคิดว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่
- ท่านคิดว่าอาการซึมเศร้ามีส่วนทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้
- ท่านคิดว่า การที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหย่อน สมรรถภาพทางเพศ สูงกว่าคนที่ไม่ได้ดื่ม
- ท่านคิดว่าโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

- ท่านคิดว่าเมื่อเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศแล้ว ภรรยาหรือ คู่นอนพอจะเข้าใจและยอมรับได้
- ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสามารถที่จะรักษาให้หายได้
- ท่านคิดว่าเมื่อมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ควรต้องได้รับการรักษา
- ท่านคิดว่าการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นวิธีที่ปลอดภัยและได้ผลดีที่สุด
- ท่านคิดว่าการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยการใช้ยารับประทานเป็นวิธีที่ใช้ง่าย สะดวก กว่าการใช้วิธีอื่นๆ
- ท่านคิดว่า ควรมีหน่วยงาน หรือสถานที่ที่ให้บริการรับการปรึกษาหรือรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยเฉพาะ
- ท่านคิดว่า การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นสิ่งจำเป็น
- ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง
- ท่านคิดว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ความภาคภูมิใจในความเป็นชายลดลง
- ท่านรู้สึกสบายใจ หากได้รับการปรึกษา กับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
- ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นสิ่งที่ผู้ชายทุกคนกลัวและไม่อยากให้เกิดกับตัวเองมากที่สุด

ข้อที่มีเจตคติทางลบมี 7 ข้อ ได้แก่

- ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นเรื่องน่าอาย
- ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังขารควรทำใจยอมรับสภาพ
- ท่านคิดว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอาจเกิดได้กับผู้ชายทุกคน
- ท่านคิดว่าการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยการใช้สมุนไพรหรือยาแผนโบราณเป็นวิธีที่ปลอดภัยและให้ผลดีที่สุด
- ท่านคิดว่า การรับประทานอวัยวะของสัตว์เช่น อังคินหมี ตัวเด็วอันเด็ว สามารถรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้
- ท่านคิดว่าเป็นเรื่อง น่าอายที่จะเข้าไปใช้บริการ หน่วยงาน หรือสถานที่ที่ให้บริการเกี่ยวกับการรักษาภาวะหย่อน สมรรถภาพทางเพศโดยเฉพาะ
- ท่านคิดว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีส่วนทำให้เกิดความผิดหวังในชีวิต

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

1. อายุ
2. ฐานะทางเศรษฐกิจ
3. สถานภาพสมรส
4. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาภาวะหย่อน สมรรถภาพทางเพศ

ตัวแปรตาม

- เจตนคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา และเอกสารต่างๆ
3. สร้างแบบสอบถามตามเกณฑ์ และกรอบเนื้อหาที่ต้องการศึกษา โดยอาศัยแบบสอบถามที่ได้มีการวิจัยตำรา และเอกสารต่างๆในเรื่องของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา การใช้ภาษา การเรียงลำดับคำถาม พร้อมทั้งขอคำแนะนำแก้ไขปรับปรุง
5. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ส่วนวนภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งขอคำแนะนำแก้ไขปรับปรุง
6. นำแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ พิจารณาตรวจสอบ พร้อมทั้งขอคำแนะนำแก้ไขปรับปรุง โดยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ตัดข้อที่ไม่เหมาะสม ซ้ำซ้อนออก พิจารณาตรวจสอบแล้วปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงให้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อไป
7. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับชายไทยที่มีอายุตั้งแต่ 40-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ สมุทรปราการ นนทบุรี และปทุมธานี จำนวน 32 คน ที่ไม่ใช่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเที่ยง ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษา
8. นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นเครื่องมือที่สมบูรณ์ และนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลตามโควต้าที่กำหนดไว้ ซึ่งมีทั้งหมด 18 กลุ่ม ๆ ละ 30 คนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ ทั้ง 18 กลุ่ม รวม 540 คน จากนั้นผู้วิจัยก็จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้วิธีตอบเอง (self report) โดยเก็บเป็นโควต้า ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเตรียมแบบสอบถาม จำนวน 540 ฉบับ เพื่อจะ

ดำเนินการเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 540 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 210 คน ใน 7 เขต ๆ ละ 30 คน ได้แก่ เขตพญาไท , เขตมีนบุรี , เขตพระโขนง , เขตคลองสาน , เขตบางเขน , เขตคลองเตย และเขตลาดพร้าว

สมุทรปราการ 4 ตำบล ๆ ละ 28 คน จำนวน 112 คน ได้แก่ ตำบลบางเมือง, ตำบลคลองด่าน, ตำบลบางแก้ว และตำบลแหลมฟ้าผ่า โดยคัดเลือกเอาแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ที่สุด จำนวน 110 ฉบับ

นนทบุรี 4 ตำบล ๆ ละ 28 คนจำนวน 112 คน ได้แก่ ตำบลเกาะเกร็ด, ตำบลตลาดขวัญ, ตำบลบางขุน และตำบลบางรักใหญ่ โดยคัดเลือกเอาแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ที่สุดจำนวน 110 ฉบับ

ปทุมธานี 4 ตำบล ๆ ละ 28 คน จำนวน 112 คน ได้แก่ ตำบลคลอง2, ตำบลคูคด, ตำบลบางหลวงและตำบลบึงน้ำรักษ์ โดยคัดเลือกเอาแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ที่สุด จำนวน 110 ฉบับ โดยผู้วิจัยเตรียม แบบสอบถามจำนวน 540 ฉบับ ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัย เดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามแต่ละฉบับจะใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำถามทุกข้อ หากพบว่าแบบสอบถามฉบับใด ไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะขอความกรุณาจากกลุ่มตัวอย่างช่วยตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ ครบถ้วนหรือจะคัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประมวลผลและนำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC (Statistical Package for Social Science) FOR WINDOWS และแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบาย ลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1.1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

1.3 ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

1.4 ความชุกภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของตัวอย่างตามลักษณะประชากร

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square test) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความรู้และเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสำรวจความรู้และเจตคติของชายไทย ที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ : ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้และเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของชายไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศและความชุกตามลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นชายไทยที่มีอายุ 40-70 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้แก่นนทบุรี สมุทรปราการ และปทุมธานี จำนวน 540 คน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อัตราการมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศตามลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้ไคสแควร์ (Chi-Square test)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความชุกภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ตามลักษณะประชากร

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
40-49 ปี	180	33.3
50-59 ปี	180	33.3
60-70 ปี	180	33.3
รวม	540	100.0
สถานภาพสมรส		
มีคู่	270	50.0
ไม่มีคู่	270	50.0
รวม	540	100.0
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	180	33.3
5,001-15,000 บาท/เดือน	180	33.3
มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	180	33.3
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด อายุระหว่าง 40-70 ปี โดยแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 3 กลุ่มๆละเท่าๆกัน คือ กลุ่มอายุระหว่าง 40-49 ปี , อายุ 50-59 ปี และอายุ 60-70 ปี โดยมีสถานภาพสมรสทั้ง มีคู่และไม่มีคู่ ในด้านฐานะทางเศรษฐกิจ นั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ ตั้งแต่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน,ถึง 15,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป

ตารางที่ 2 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	1.3
ประถมศึกษา	81	15.0
มัธยมศึกษา	122	23.0
อนุปริญญา	94	17.0
ปริญญาตรี	188	34.8
สูงกว่าปริญญาตรี	48	8.9
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 34.8 รองลงมาคือมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา , ระดับอนุปริญญา , ระดับประถมศึกษา,ระดับสูงกว่าปริญญาตรี ยังพบว่าไม่ได้เรียนหนังสืออีก ร้อยละ 1.3

ตารางที่ 3 อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ทำงาน	50	9.3
รับราชการ	152	28.1
รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	78	14.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	65	12.1
รับจ้างทั่วไป	162	30.0
เกษตรกร	33	6.1
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ คือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็น ร้อยละ 30.0 รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ , ทำงานรัฐวิสาหกิจ/เอกชน รวม ร้อยละ 42.5 , ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 12.1 ,ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 9.3 และเกษตรกร ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 การมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

การมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	143	26.5
เคยมีเพศสัมพันธ์	397	73.5
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 4 พบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง เคยมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็น ร้อยละ 73.5 และไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็น ร้อยละ 26.5

ตารางที่ 5 อายุกับการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ช่วงอายุ	การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา					
	เคยมีเพศสัมพันธ์		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 40-49 ปี	150	37.8	30	21.0	180	33.3
อายุ 50-59 ปี	130	32.7	50	35.0	180	33.3
อายุ 60-70 ปี	117	29.5	63	44.0	180	33.3
รวม	397	100.0	143	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ อายุ 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 37.8 รองลงมา เป็นอายุ 50-59 ปี และ 60-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 32.7 และ 29.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 สถานภาพสมรสกับการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

สถานภาพสมรส	การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา					
	เคยมีเพศสัมพันธ์		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีคู่	232	58.4	38	26.6	270	50.0
ไม่มีคู่	165	41.6	105	73.4	270	50.0
รวม	397	100.0	143	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมีคู่เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็น ร้อยละ 58.4 และสถานภาพสมรสไม่มีคู่ คิดเป็น ร้อยละ 41.6

ตารางที่ 7 ฐานะทางเศรษฐกิจกับการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ฐานะทางเศรษฐกิจ	การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา					
	เคยมีเพศสัมพันธ์		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ	122	30.7	58	40.6	180	33.3
ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง	159	40.0	21	14.7	180	33.3
ฐานะทางเศรษฐกิจดี	116	29.3	64	44.8	180	33.3
รวม	397	100.0	143	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางเคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็น ร้อยละ 40.0 รองลงมา เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และฐานะทางเศรษฐกิจดี คิดเป็น ร้อยละ 30.7 และ 29.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ปัญหาจากการการแข็งตัวขององคชาตหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้

ปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในช่วง 6 เดือนที่ ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหา	290	53.7
มีปัญหา	250	46.3
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาจากการการแข็งตัวขององคชาตหรือไม่มีปัญหาจากการการสอดใส่อวัยวะเพศจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ คิดเป็น ร้อยละ 53.7 ส่วน กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาจากการการแข็งตัวขององคชาตหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่จากการมีเพศสัมพันธ์ได้ คิดเป็น ร้อยละ 46.3

ตารางที่ 9 สถานภาพสมรสกับปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

สถานภาพสมรส	ปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา					
	มีปัญหา ED		ไม่มีปัญหา ED		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีคู่	127	50.8	143	49.3	270	50.0
ไม่มีคู่	123	49.2	147	50.7	270	50.0
รวม	250	100.0	290	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 9 พบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คิดเป็น ร้อยละ 50.8 และสถานภาพสมรสไม่มีมีคู่ มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คิดเป็น ร้อยละ 49.2

ตารางที่ 10 ฐานะทางเศรษฐกิจกับปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ฐานะทางเศรษฐกิจ	ปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา					
	มีปัญหา ED		ไม่มีปัญหา ED		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ	74	29.6	106	36.7	180	33.3
ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง	83	33.2	97	33.3	180	33.3
ฐานะทางเศรษฐกิจดี	93	37.2	87	30.0	180	33.3
รวม	250	100.0	290	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 10 พบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ฐานะทางเศรษฐกิจดีที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คิดเป็น ร้อยละ 37.2 รองลงมาเป็นฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 33.2 และ 29.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวนครั้งที่เคยมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=397)

จำนวนครั้ง/เดือนของการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
1-2	108	27.2
3-4	120	30.2
5-6	66	16.6
7-10	73	18.4
>11	30	7.6
รวม	397	100.0

$X = 3.90$ $S.D = 4.33$

Min=1, Max=30,

Median=4, Mode=4

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ มีเพศสัมพันธ์ 3-4 ครั้งต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 30.2 รองลงมาคือ มีเพศสัมพันธ์ 1-2 ครั้งต่อเดือน , มีเพศสัมพันธ์ 7-10 ครั้งต่อเดือน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์จะมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 3.9 ครั้งต่อเดือน โดยกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์สูงสุด จำนวน 30 ครั้งต่อเดือน และต่ำสุดมีเพศสัมพันธ์เพียง 1 ครั้งต่อเดือน

ตารางที่ 12 เหตุผลที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (n=143)

สาเหตุที่ไม่มีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความต้องการทางเพศ	28	19.5
มีความต้องการทางเพศแต่คู่่นอนไม่มีความต้องการทางเพศ	23	16.1
ไม่มีคู่นอน	35	24.5
สุขภาพไม่ดี	27	18.9
กลัวการมีเพศสัมพันธ์ล้มเหลว	30	21.0
รวม	143	100.0

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีเหตุผลเพราะที่ไม่มีคู่นอน คิดเป็น ร้อยละ 24.5 รองลงมาคือ กลัวการมีเพศสัมพันธ์ล้มเหลว , ไม่มีความต้องการทางเพศ , สุขภาพไม่ดี และมีความต้องการทางเพศแต่คู่่นอนไม่มีความต้องการ ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n = 540)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้น้อย	145	26.9
ความรู้ปานกลาง	119	22.0
ความรู้มาก	276	51.1
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมาก คิดเป็น ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือระดับความรู้น้อย และระดับความรู้ปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 26.9 และ 22.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศกับการมีเพศสัมพันธ์ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา						
ระดับความรู้	เคยมีเพศสัมพันธ์		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้น้อย	57	14.4	88	61.5	145	26.9
ความรู้ปานกลาง	482	20.6	37	25.9	119	22.0
ความรู้มาก	258	65.0	18	12.6	276	51.1
รวม	397	100.0	143	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีความรู้มาก คิดเป็น ร้อยละ 65.0 รองลงมา ความรู้ปานกลางและความรู้่น้อย คิดเป็น ร้อยละ 20.0 และ 14.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 15 อายุกับปัญหาจากการการแข็งตัวขององคชาติหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้ใน ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา						
ช่วงอายุ	มีปัญหา ED		ไม่มีปัญหา ED		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 40-49 ปี	51	20.4	129	44.5	180	33.3
อายุ 50-59 ปี	86	34.4	94	32.4	180	33.3
อายุ 60-70 ปี	113	45.2	67	23.1	180	33.3
รวม	250	100.0	290	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี ปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนใหญ่ อายุ ระหว่าง 60-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45.2 รองลงมา อายุระหว่าง 50-59 ปี และ ระหว่าง 40-49 ปี ตาม ลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 34.4 และ 20.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ กับปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา						
ระดับความรู้	มีปัญหา ED		ไม่มีปัญหา ED		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้น้อย	123	49.2	22	12.1	145	26.9
ความรู้ปานกลาง	69	27.6	50	17.2	119	22.0
ความรู้มาก	58	23.2	218	75.2	276	51.1
รวม	250	100.0	290	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในช่วง 6 เดือนที่ ผ่านมา ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศน้อย คิดเป็น ร้อยละ 49.2 รองลงมา ความรู้ ปานกลาง และความรู้มาก คิดเป็น ร้อยละ 27.6 และ 23.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 อายุกับระดับปัญหาการแข็งตัวขององคชาติหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้จาก การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา									
ช่วงอายุ	แข็งตัวเกือบทุกครั้ง		แข็งตัวเพียงบางครั้ง		ไม่เคยที่จะแข็งตัว		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ40-49 ปี	32	29.9	15	13.5	4	12.5	51	20.4	
อายุ50-59 ปี	47	43.9	32	28.8	7	21.9	86	34.4	
อายุ60-70 ปี	28	26.2	64	57.7	21	65.6	113	45.2	
รวม	107	100.0	111	100.0	32	100.0	250	100.0	

จากตารางที่ 17 กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่คงความแข็งตัวขององคชาตไว้ได้ดีพอจนมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศได้สำเร็จเกือบทุกครั้ง คือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 43.9 รองลงมาเป็นอายุ 40-49 ปี และ 60-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 29.9 และ 26.2 ตามลำดับ

ส่วนองคชาตสามารถแข็งตัวหรือคงความแข็งตัวไว้ได้ดีพอจนมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศสำเร็จได้เพียงบางครั้ง ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 60-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 57.7 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 50-59 ปี และกลุ่มอายุ 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 28.8 และ 13.5 ตามลำดับ

นอกจากนี้องคชาตไม่เคยแข็งตัวหรือไม่สามารถคงความแข็งตัวไว้ดีพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้หรือร่วมเพศ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 60-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 65.6 รองลงมาเป็น กลุ่มอายุ 50-59 ปี และ อายุ 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 21.9 และ 12.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 18 ระดับปัญหาการแข็งตัวขององคชาตหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้จากการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ปัญหาการแข็งตัวขององคชาต	จำนวน	ร้อยละ
องคชาตสามารถแข็งตัวหรือคงความแข็งไว้จนมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จเกือบทุกครั้ง	107	42.8
องคชาตสามารถแข็งตัวหรือคงความแข็งไว้จนมีเพศสัมพันธ์ได้เพียงบางครั้ง	111	44.4
องคชาตไม่เคยแข็งตัวหรือไม่สามารถคงความแข็งตัวพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้	32	12.8
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนใหญ่มีปัญหาการแข็งตัวขององคชาตหรือองคชาตสามารถคงความแข็งไว้จนมีเพศสัมพันธ์ได้เพียงบางครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 44.4 รองลงมาองคชาตสามารถแข็งตัวหรือคงความแข็งไว้จนมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จเกือบทุกครั้ง และองคชาตไม่เคยแข็งตัวหรือไม่สามารถคงความแข็งตัวพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จ คิดเป็น ร้อยละ 42.8 และ 12.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 19 การได้รับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ(n=250)

การได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	228	91.2
เคยได้รับการได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	22	8.8
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ไม่เคยได้รับการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 91.2 ส่วน กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คิดเป็น ร้อยละ 8.8

ตารางที่ 20 อายุกับการได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา (n=250)

ช่วงอายุ	การได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ					
	เคยได้รับการรักษา		ไม่เคยได้รับการรักษา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 40-49 ปี	3	13.6	102	44.7	105	42.0
อายุ 50-59 ปี	8	36.4	54	23.8	62	24.8
อายุ 60-70 ปี	11	50.0	72	31.5	83	33.2
รวม	22	100.0	228	100.0	250	100.0

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้รับการรักษา ส่วนใหญ่ระหว่างอายุ 60 –70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50.0 รองลงมาอายุ ระหว่าง 50-59 ปี และอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 36.4 และ 13.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 21 ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ กับการได้รับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา(n=250)

ระดับความรู้	การได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ					
	เคยได้รับการรักษา		ไม่เคยได้รับการรักษา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้น้อย	3	13.6	132	57.9	135	54.0
ความรู้ปานกลาง	7	31.8	68	29.8	75	30.0
ความรู้มาก	12	54.6	28	12.3	40	16.0
รวม	22	100.0	228	100.0	250	100.0

จากตารางที่ 21 กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่เคยได้รับการรักษา ส่วนใหญ่พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมาก คิดเป็น ร้อยละ 54.6 รองลงมาเป็นความรู้ปานกลางและความรู้น้อยคิดเป็น ร้อยละ 31.8 และ 13.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 22 สาเหตุที่ไม่เคยได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา (n=250)

สาเหตุของการไม่เคยได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
ยามีราคาแพงเกินไป	34	13.6
ไม่เชื่อคุณภาพในการรักษา	24	9.6
กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการใช้ยา	25	10.0
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขา และสถานที่ที่รักษาด้านนี้โดยตรงมีน้อย	31	12.4
ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	87	34.8
พอใจที่จะอยู่ในสภาพเช่นนี้	49	19.6
รวม	250	100.0

จากตารางที่ 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ไม่เคยได้รับการรักษาส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากการที่ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพ

ทางเพศ คิดเป็น ร้อยละ 34.8 รองลงมา พอใจที่จะอยู่ในสภาพเช่นนี้, คิดว่ายังมีราคาแพงเกินไป, จากคิดว่า แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขา และสถานที่ที่รักษาด้านนี้โดยตรงมีน้อย, ไม่เชื่อคุณภาพในการรักษาและ กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการใช้ยา ตามลำดับ

ตารางที่ 23 วิธีการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่เคยได้รับของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา (n=22)

วิธีการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ยารับประทาน	9	40.9
การใช้ยาฉีดเข้าองคชาติโดยตรง	2	9.1
การใช้ยาสอดเข้าท่อปัสสาวะ	1	4.5
การใช้กระบอกสุญญากาศ	2	9.1
การใช้การรักษาแผนโบราณ (ยาสมุนไพร)	3	13.6
การรับคำปรึกษาทางจิตวิทยาทางเพศ หรือจิตบำบัด	5	22.8
รวม	22	100.0

จากตารางที่23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่เคยได้รับรักษา ส่วนใหญ่รักษาโดยวิธีการใช้ยารับประทาน คิดเป็น ร้อยละ 40.9 รองลงมา คือ เคยรับการคำปรึกษาทางจิตวิทยาทางเพศ และจิตบำบัด, ใช้การรักษาแผนโบราณ (ยาสมุนไพร), การใช้กระบอกสุญญากาศ, การใช้ยาฉีดเข้าองคชาติโดยตรงและเคยรักษาโดยใช้ยาสอดเข้าท่อปัสสาวะโดยตรงตามลำดับ

ตารางที่ 24 การเลือกปรึกษานุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิงหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n=540)

การเลือกปรึกษานุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เลือกเพศหญิง	292	54.1
เลือกเพศหญิง	248	45.9
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 24 พบว่าหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพกลุ่มตัวอย่างจะไม่เลือกปรึกษานุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 54.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่จะเลือกบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 45.9

ตารางที่ 25 อายุกับการเลือกปรึกษานุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้หญิงหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ช่วงอายุ	การเลือกปรึกษานุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้หญิงหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ					
	เลือกบุคลากรเพศหญิง		ไม่เลือกบุคลากรเพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 40-49 ปี	100	40.3	80	27.4	180	33.3
อายุ 50-59 ปี	77	31.1	103	35.3	180	33.3
อายุ 60-70 ปี	71	28.6	109	37.3	180	33.3
รวม	248	100.0	292	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 25 พบว่าหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพกลุ่มตัวอย่างที่เลือกปรึกษานุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 40.3 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 50-59 ปี และ อายุ 60-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 31.1 และ 28.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 26 ระดับความรู้กับการเลือกปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้หญิงหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้	การเลือกปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้หญิงหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ					
	เลือกบุคลากรเพศหญิง		ไม่เลือกบุคลากรเพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้น้อย	61	24.6	84	28.8	145	26.9
ความรู้ปานกลาง	36	14.5	83	28.4	119	22.0
ความรู้มาก	151	60.9	125	42.8	276	51.1
รวม	248	100.0	292	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 26 การเลือกปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้หญิงหากมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพมาก คิดเป็น ร้อยละ 60.9 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความรู้่น้อยและความรู้ปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 24.6 และ 14.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 27 การรับทราบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชาย

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชาย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	443	82.0
ทราบ	97	18.0
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 27 พบว่า ส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 82.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชาย มีเพียง ร้อยละ 18.0

ตารางที่ 28 การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
เคย	317	58.7
ไม่เคย	223	41.3
รวม	540	100.0

จากตารางที่ 28 พบว่า ส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คิดเป็น ร้อยละ 58.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คิดเป็น ร้อยละ 41.3

ตารางที่ 29 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับ

แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
ทีวี/วิทยุ	124	32.9
หนังสือพิมพ์/วารสาร/สิ่งตีพิมพ์	139	36.9
แผ่นพับ	40	10.6
เพื่อน/คนรู้จัก	45	11.9
บุคลากรทางการแพทย์	23	6.1
อินเทอร์เน็ต	6	1.6
รวม	377	100.0

จากตารางที่ 29 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จากหนังสือพิมพ์/วารสาร/สิ่งตีพิมพ์ คิดเป็น ร้อยละ 36.9 รองลงมา คือ ทีวี/วิทยุ จากเพื่อนหรือคนรู้จัก, จากแผ่นพับต่างๆ ,บุคลากรทางการแพทย์ และจากอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ

ตารางที่ 30 อายุกับการได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ช่วงอายุ	การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ					
	ไม่เคยได้รับ		เคยได้รับ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 40-49 ปี	68	30.5	112	35.3	180	33.3
อายุ 50-59 ปี	82	36.8	98	30.9	180	33.3
อายุ 60-70 ปี	73	32.7	107	33.8	180	33.3
รวม	223	100.0	317	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 30 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยที่ได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศส่วนใหญ่กลุ่มอายุ ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 35.3 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ระหว่าง 60-70 ปี และ กลุ่มอายุ 50-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 33.8 และ 30.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 31 ความรู้กับการได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ระดับความรู้	การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ					
	ไม่เคยได้รับ		เคยได้รับ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้น้อย	35	15.7	110	34.7	145	26.9
ความรู้ปานกลาง	55	24.7	64	20.2	119	22.2
ความรู้มาก	133	59.6	143	45.1	276	51.1
รวม	223	100.0	317	100.0	540	100.0

จากตารางที่ 31 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศระดับมาก คิดเป็น ร้อยละ 45.1 รองลงมาเป็น กลุ่มตัวอย่างที่ความรู้น้อย และความรู้ปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 34.7 และ 20.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 32 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ของคะแนนความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และคะแนนเจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
ความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	10.2	2.12	12	1
เจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	72.2	6.03	100	56

ความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จากคำถามทั้งหมด 12 ข้อๆละ 1 คะแนน รวม 12 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้คะแนน สูงสุด 12 คะแนนเต็ม และ ต่ำสุดได้คะแนน 1 คะแนน กล่าวคือกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 10.2

ส่วนเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จากคำถามเจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทั้งหมดจำนวน 25 ข้อสูงสุดข้อละ 4 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน และคะแนนต่ำสุดได้ 56 คะแนน กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของคะแนน เท่ากับ 72.2

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความรู้และเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้ไคสแควร์ (Chi-Square test)

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความรู้และเจตคติของชายไทยในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

- อายุ
- สถานภาพสมรส
- รายได้
- ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ส่วนตัวแปรตาม คือ เจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจ ศึกษาปัจจัยที่มีความปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square test) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏในตารางที่ 33 ดังนี้

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ลักษณะประชากรและความรู้ กับเจตคติที่มีต่อภาวะ
หย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ปัจจัย	เจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ						X ² (p- values)
	เจตคติทางลบ		เจตคติทางบวก		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ							
40-49 ปี	86	47.8	94	52.2	180	100.0	6.580* (.037)
50-59 ปี	104	57.8	76	42.2	180	100.0	
60-70 ปี	109	60.6	71	39.4	180	100.0	
สถานภาพสมรส							
มีคู่	114	53.3	126	46.7	270	100.0	.907
ไม่มีคู่	155	57.4	115	42.6	270	100.0	(.193)
ฐานะทางเศรษฐกิจ							
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	108	60.0	72	40.0	180	100.0	2.353 (.308)
5,001-15,000 บาท/เดือน	95	52.8	85	47.2	180	100.0	
15,001 บาท/เดือนขึ้นไป	96	53.3	84	46.7	180	100.0	
ความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ							
ความรู้น้อย	99	68.3	46	31.7	145	100.0	30.939** (.000)
ความรู้ปานกลาง	68	57.1	51	42.9	119	100.0	
ความรู้มาก	77	27.9	199	72.1	276	100.0	

*P <.05

**P < .01

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และความรู้เรื่องภาวะ
หย่อนสมรรถภาพทางเพศ กับเจตคติที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศจาก (ตารางที่ 33) พบว่า

อายุกับความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ เจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันดังต่อไปนี้

1. อายุ

จากการศึกษาพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.037$) กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีเจตคติทางบวกต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ ร้อยละ 47.8 ตามลำดับ

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-70 ปี มีเจตคติทางลบต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางบวก คิดเป็นร้อยละ 60.6 และ ร้อยละ 39.4 ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

จากการศึกษาพบว่าในส่วนของความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.000$) กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับน้อย มีเจตคติทางลบ ต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางบวกคิดเป็นร้อยละ 68.3 และร้อยละ 31.7 ตามลำดับ

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมาก มีเจตคติทางบวกต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ คิดเป็นร้อยละ 72.1 และร้อยละ 27.9 ตามลำดับ

3. สถานภาพสมรส

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรสกับเจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p=.193$)

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ

จากการศึกษาพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจกับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p=.308$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในเขต กรุงเทพฯ และปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี สมุทรปราการ และปทุมธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติของชายไทยเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
3. เพื่อทราบความชุกภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของคนกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นชายไทยที่มีอายุระหว่าง 40 -70 ปี ในเขต กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี,สมุทรปราการและปทุมธานี ระหว่างเดือน มีนาคม 2547 ถึง สิงหาคม 2547 จำนวน 540 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยที่ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยที่แบบสอบถามได้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การวิจัยในครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบโควต้า (Quota Sampling) ตามจำนวนของตัวแปรอิสระ คือ กลุ่มอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพสมรส โดยแบ่งเป็นกลุ่มทั้งหมด จำนวน 18 กลุ่ม แต่ละกลุ่ม สุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวม 540 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามพื้นที่ที่ศึกษา (Simple random sampling) สำหรับการกำหนดเขตพื้นที่ในการเก็บข้อมูลของแต่ละจังหวัดโดยการสุ่มตำบลของแต่ละจังหวัดๆมา 4 ตำบล การเลือกเข้ากลุ่มแต่ละกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดใช้ ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มที่

กำหนดไว้แล้วในขั้นแรก ในการเก็บข้อมูลใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวิจัยตอบเอง โดยผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ช่วยในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามแต่ละฉบับจะใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำถามทุกข้อ หากพบว่าแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์ผู้วิจัย จะขอความกรุณากลุ่มตัวอย่างช่วยตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ ครบถ้วนหรือจะคัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกแล้วนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจำนวน 540 ฉบับ มาวิเคราะห์ข้อมูลหา ร้อยละ ,ค่าเฉลี่ย , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อสรุปของคุณลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง และหาความชุกของการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ตามลักษณะประชากร จากนั้นทำการวิเคราะห์หาในการหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความรู้และเจตคติของชายไทย ต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square test)

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ได้แก่

- 1.อายุ
- 2.สถานภาพสมรส
- 3.ฐานะทางเศรษฐกิจ
- 4.ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

โดยตัวแปรตามคือ เจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติของชายไทยเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติและเพื่อทราบความชุกของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศตามลักษณะประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

ในการศึกษาความรู้และเจตคติจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมาก คือร้อยละ 51.1 รองลงมา มีความรู้น้อย และความรู้ปานกลาง ร้อยละ 26.9 และ 22.0 เฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ 10.2 คะแนน(จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน) และสูงสุด 12 คะแนนเต็ม ส่วนน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อยู่ในเกณฑ์ที่ดี อาจเป็นเพราะส่วนหนึ่งเมื่อมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศเกิดขึ้นกับตนเองแล้วก็พยายามที่จะแสวงหาความรู้ข้อมูลวิธีการต่างๆ ในการดูแลแก้ไขรักษาให้สามารถกลับมามีความสุขในชีวิตหรือประกอบกิจกรรมทางเพศได้เช่นเดิม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตเมือง ได้แก่ กรุงเทพฯและปริมณฑลโอกาสที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ผ่านสื่อต่างๆก็มีมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้รับข้อความรู้ข่าวสารเรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมากไม่ว่าจะผ่านสื่อต่างๆหนังสือพิมพ์, วารสาร, ทีวี, วิทยุ หรือแม้แต่เพื่อนคนรู้จัก บุคลากรทางการแพทย์ ยิ่งในปัจจุบันความเจริญทางเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้การรับทราบข้อมูลข่าวสาร ง่ายขึ้น โดยเฉพาะผ่านทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นแหล่งที่หาได้ง่ายจากทั่วทุกมุมโลกในยุคแห่งโลกาภิวัตน์ นอกจากนี้สถานี่ที่ดูแลรักษาฟื้นฟูให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องนี้เช่นศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชายในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลก็มีหลายแห่ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้รับข้อความรู้ข่าวสารเรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีมากทำให้การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมาก

ส่วนเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อเรื่องนี้เฉลี่ย 72.2 คะแนน โดยมีคะแนนสูงสุดถึง 100 คะแนน และต่ำสุดได้ 56 คะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนนและต่ำสุด 25 คะแนน) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพในทางบวก ส่วนหนึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าภาวะนี้เป็นการเจ็บป่วยที่มีแนวทางที่สามารถรักษาหรือแก้ไขได้ ทั้งการรับประทานยา การฉีดยา การใช้กระบอกสุญญากาศหรือแม้แต่การผ่าตัด นอกจากนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ ในกรณีที่ยังไม่เป็น ซึ่งจากการศึกษาก็สอดคล้องกันจากการระดับความรู้พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้มาก

สำหรับการศึกษาในการหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความรู้และเจตคติของชายไทยต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยการใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และ 0.05 ไคสแควร์

(Chi-Square test) แล้ว พบว่า ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ นั้นกลับพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีเพียงอายุ และความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเท่านั้น ส่วนสถานภาพสมรสและฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งอธิบายรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

สำหรับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย (40-49 ปี) มีเจตคติทางบวกที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก (60-70 ปี) มีเจตคติทางลบที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางบวก

ส่วนความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศน้อย จะมีเจตคติทางลบที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางบวก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมาก จะมีเจตคติทางบวกที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ

ในด้านสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน คือ มีคู่และไม่มีคู่ มีเจตคติต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศไม่แตกต่างกัน

ฐานะทางเศรษฐกิจนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีเจตคติทางลบที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางบวก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและสูง ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ TEDES (2000) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความแตกต่างกันในการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเพราะไม่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีความเครียดเหมือนกันแต่ความเครียดอาจจะแตกต่างกันไป ซึ่งความเครียดเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

อายุ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีเจตคติทางบวกต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-70 ปี มีเจตคติทางลบต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางบวก ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่อายุระหว่าง 40-49 ปี ถือเป็นวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่ยังคงมีความต้องการทางเพศค่อนข้างสูง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความคิดในทางบวกต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และคิดว่าปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อความสุขในชีวิตเนื่องจากยังมีความต้องการทางเพศอยู่มาก และสุขภาพร่างกายโดยรวมยังแข็งแรง เมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวจึงใส่ใจการดูแลสุขภาพแสวงหาแนวทางการรักษา จึงมองว่าปัญหานี้สามารถแก้ไขรักษาให้ดีขึ้นได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง

ที่มีอายุมากขึ้น ระหว่าง 60-70 ปี ซึ่งถือเป็นวัยที่เข้าสู่ชายสูงวัย กิจกรรมทางเพศต่างๆจะลดลงตามอายุ เนื่องจากส่วนหนึ่งหมดความสนใจในเรื่องเพศ ภาวะฮอร์โมนเพศลดลง (male hypogonadism) ขาดคู่นอน มีโรคภัยไข้เจ็บเรื้อรัง ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จึงไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการมีเพศสัมพันธ์มากนัก และมองว่าปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังขาร ควรทำใจให้ยอมรับสภาพดังกล่าว ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี มีเจตคติทางลบต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางบวก

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schivi และคณะ (1999) ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการแข็งตัวขององคชาตในชายสูงวัยจะลดลง และมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางเพศที่เปลี่ยนไป และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kinsey และคณะ (1948) ที่พบว่าอัตราการตอบสนองทางเพศที่เกิดขึ้นความบ่อยของการประกอบกิจทางเพศ (sexual intercourse) จะลดลงแปรผันตามอายุที่มากขึ้น โดยกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปีมีการประกอบกิจทางเพศเฉลี่ย 3 ครั้ง / สัปดาห์ กลุ่มอายุ 40-60 ปี มีการประกอบกิจทางเพศ 1 ครั้ง / สัปดาห์ และกลุ่มอายุ 71-75 ปี มีการประกอบกิจทางเพศ 0.3 ครั้ง / สัปดาห์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Downs และคณะ (1999) พบว่าการประกอบกิจกรรมทางเพศ ความบ่อยครั้งจะลดลงแปรผันตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ อายุ 27-50 ปี ประกอบกิจกรรมทางเพศ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 83 อายุ 59-64 ปี ร้อยละ 81 และอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69 นอกจากนี้จากการศึกษาของ Pfeiffer และคณะ (1968) ได้รายงานว่า ร้อยละ 95 ในชายอายุระหว่าง 46-50 ปี และ ร้อยละ 28 ในชายอายุ 66-71 ปี จะประกอบกิจกรรมทางเพศเฉลี่ย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Master และ Johnson (1970) ที่พบว่าเพศชายอายุระหว่าง 60-64 ปี จะการประกอบกิจทางเพศเฉลี่ย เดือนละ 3 ครั้ง และเพศชายอายุระหว่าง 70-74 ปี จะการประกอบกิจทางเพศเฉลี่ย เดือนละ 1.7 ครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ TEDES (2000) ที่สำรวจในประเทศไทยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศก็มากขึ้นตามอายุเช่นกัน ซึ่งมีผลต่อเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยพบว่าคนที่ มี อายุ ระหว่าง 40-49 ปี เกิดภาวะนี้ ร้อยละ 20.4 อายุระหว่าง 50-59 ปี พบ ร้อยละ 46.3 และอายุ 60-70 ปี พบ ร้อยละ 73.4

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

การวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าความรู้ มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับน้อย มีเจตคติทางลบสูงกว่าเจตคติทางบวก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมาก มีเจตคติทางบวกต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมาก มีความรู้เข้าใจในเรื่องของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศว่ามีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของภาวะ

หย่อนสมรรถภาพทางเพศ และเข้าใจว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นภาวะที่สามารถป้องกัน และรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการต่างๆ ทางกายภาพ จึงเห็นว่าแม้ว่าโอกาสเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศจะมีมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่การมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ดี ย่อมทำให้การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองดีขึ้นตาม ไปด้วยเพราะรู้จักการป้องกันหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงทำให้โอกาสเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศก็ลดลง ในขณะที่เดียวกันหากเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศแล้ว ก็ทราบแนวทางการดูแลตนเองได้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับมากมีเจตคติทางบวกต่อภาวะสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าเจตคติทางลบ ตรงกันข้ามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับน้อย มีความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับภาวะดังกล่าวน้อย ไม่ทราบเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงทำให้มองว่าภาวะดังกล่าวว่าเป็นภาวะที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ บางรายมีผลกระทบอย่างมาก ดังนั้นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับน้อย จึงมีเจตคติทางลบต่อภาวะดังกล่าวมากกว่าเจตคติทางบวก

ในการศึกษาเพื่อหาอัตราความชุกของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศพบว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลมีอัตราความชุกของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 46.3 โดยอายุ 60-70 ปีพบ ร้อยละ 45.2 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 34.4 และ อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 20.4 ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศค่อนข้างสูงอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลซึ่งเมืองใหญ่มีความเจริญวิถีการดำเนินชีวิตค่อนข้างเครียด ทำให้ต้องรีบเร่งมีภาวะการแข่งขันสูง ถูกจำกัดด้วย เวลาการรับประทานอาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารสำเร็จรูปโอกาสที่จะออกกำลังกายก็น้อยลงผลตามมาคือสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงมีโรคประจำตัวเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรวมทั้งความเครียดต่างๆเหล่านี้ปัจจัยสำคัญ ที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศด้วยเหตุผลนี้ทำให้ความชุกของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างสูง ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของMMAS(Massachusetts Male Aging Study) ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความชุกของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 52 (Atac,1999) และการศึกษาของNehra (1999) ในประเทศแถบยุโรปพบว่าประเทศอังกฤษมีเพศชายที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 32 ประเทศฝรั่งเศสมีภาวะดังกล่าวถึงร้อยละ 42 สำหรับประเทศในเอเชียมีการสำรวจความชุก ที่ประเทศเกาหลีใต้ ของ Chung (1998) พบว่ามีความชุกภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ถึงร้อยละ 58.9 เช่นเดียวกับส่วนที่ประเทศญี่ปุ่น MCKinlay ได้ศึกษาในปี 1998 พบว่าชายอายุ 40 ปีขึ้นไปพบภาวะดังกล่าว ร้อยละ 71 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ TEDES (Thailand Erectile Dysfunction Epidemiology Study) (1999) ในประเทศไทย พบว่าชายไทยที่มีอายุ 40 –70 ปี มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 37.5

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัย เพื่อสำรวจความรู้และเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งจากการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศให้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะชายไทยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว โดยการเผยแพร่ ทั้งผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งลักษณะการเผยแพร่ควรชัดเจน สื่อให้เข้าใจง่าย มีภาพพจน์และทั่วถึง เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้ ก็สามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองหาทางหลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้ และแม้ว่าเกิดภาวะนี้แล้วก็สามารถที่จะดูแลตนเองและหาทางรักษาแก้ไขอย่างถูกต้องให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตสัมพันธ์ปกติดังเดิมได้ทำให้ชีวิตมีความสุขและเป็นการลดปัญหาในครอบครัวลงได้

2. ควรมีหน่วยงานหรือศูนย์สุขภาพข้อมูลเพศชาย (ED center) ที่มีบุคลากรที่มีความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมากและกระจายอยู่ทั่วประเทศเนื่องจากประชาชนมีปัญหาแล้วไม่ทราบว่าจะไปรักษาที่ไหนอย่างไร ทำให้ต้องหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยรักษาตามแผนโบราณหรือตามความเชื่อต่างๆอย่างไม่ถูกต้องและอีกส่วนหนึ่งต้องทำใจยอมรับสภาพต่างๆที่มีความต้องการทางเพศทำให้เกิดปัญหาต่างๆเช่นปัญหาครอบครัวตามมาได้

3. หน่วยงานหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องควรมีการผลิตบุคลากรที่มีความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศให้เพียงพอกับจำนวนประชาชนที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้นหรือควรมีการสอดแทรกเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศนี้ในหลักสูตรต่างๆในสาขาที่เกี่ยวข้องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยในอนาคต

1. ควรจะทำวิจัยในเรื่องนี้ในกลุ่มประชากรให้ครอบคลุมทั่วประเทศ
2. ควรทำวิจัยในกลุ่มอายุอื่นๆทั้งชายไทยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และมากกว่า 70 ปี เพื่อจะได้ข้อมูลครบทุกวัยเพราะปัจจุบันภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เริ่มพบมากขึ้นในคนที่อายุต่ำกว่า 40 ปี
3. ควรทำวิจัยในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เช่น ความคิดเห็นของภรรยาหรือคู่นอนต่อชายที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การเลือกแนวทางการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น
4. ควรมีการทำวิจัยสำรวจในเชิงลึก (In-dept interviewing) เพื่อจะได้ข้อมูลที่มากขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษฎา รัตนโอพาร และสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. (2544). ความบกพร่องการแข็งตัวขององคชาติ. กรุงเทพฯ : บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- กฤษยา ดันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.
- ขนิษฐา เสริมศิริโกศา. (2541). เจตคติของผู้ป่วยจิตเภทต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิตการพิมพ์.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส. (2533). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการพัฒนาตำราสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์. (2538). ทักษะคติ ความเชื่อ และ พฤติกรรม การวัด การพยากรณ์ และเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ : สามเศียรการพิมพ์.
- เทพ หิมะทองคำ.(2544). การให้ฮอร์โมนเพศในชายสูงอายุ ใน: กฤษฎา รัตนโอพารและสมบุญเหลืองวัฒนาภิจ : ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นพวรรณ จงวัฒนา. (2542). ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2531). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. รายงานการวิจัยกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประสพ รัตนากร. (2524). วิยวัฒนา. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ. วันที่ 4-6 พฤศจิกายน 2524 ณ โรงแรมอินทราริเจนต์ กรุงเทพฯ.
- พิสุทธิพร น้าใจ. (2537). คู่มือเพศศึกษา. กรุงเทพฯ : พิมพ์การการพิมพ์.
- ภัสสร ลิมานนท์. (2535). นโยบายสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย:บทเรียนสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนูญ ตนะวฒนะ. (2539). จิตวิทยาพัฒนาชีวิต. พิมพ์ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชีรพงษ์การพิมพ์.

- ไพฑูริย์ คชเสนีย์ และกฤษฎา รัตนโอฬาร. (2537). **ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย**. กรุงเทพมหานคร : สยามสเคชั่นเนอริซัฟฟล่าย การพิมพ์.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. (2546). **เซ็กซ์เสื่อม..ซ่อมได้**. หมอชาวบ้าน 25: 19.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2543). **หลักการทำให้สำเร็จ**. กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541). **ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษารณิ**
กรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โยธิน คันสนุท และจุมพล พุฒภัทรชีวิน. (2529). **จิตวิทยาสังคม**. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการพิมพ์.
- รัชนี นพเกตุ. (2542). **มนุษย์:จิตวิทยาทางเพศ**. กรุงเทพฯ : ปรกาศปริกการพิมพ์.
- รัชนิกรณัฏ์ ภูกร. (2538). **สุขภาพผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- ลัดดา กิติวิภาต. (2532). **ทัศนคติทางสังคมเบื้องต้น**. พิมพ์ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชวนการพิมพ์.
- วันดี โภคะกุล. (2537). **การเปลี่ยนแปลงทางกายเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ**. **การสัมมนาผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่และเด็ก เรื่อง แนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในด้านส่งเสริมสุขภาพ**. กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2537). **ข้อเท็จจริง และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ สุนทรเสณี. (2531). **เจตคติ**. พิมพ์ ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งวัฒนา.
- สถิต คิลกรัตน์. (2544). **สรีรวิทยาการแข็งตัวขององคชาติ**. ใน: **กฤษฎา รัตนโอฬารและสมบุญ เหลืองวัฒนากิจ : ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บีคอนด์ เอนเทอร์ไพซ์ จำกัด.
- สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ. (2546). **ตำราสุขภาพเพศชาย**. กรุงเทพฯ : บีคอนด์เอนเทอร์ไพร์ จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2545). **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545**. กรุงเทพฯ : กองสถิติเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุชา จันท์เอม. (2540). **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2544). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพฯ : เพ็ญฟ้าพรินต์ติ้งจำกัด.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2540). **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด**. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง จ. เชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ธันวาคม 2540.
- สุวทนา อารีพรรค และเอนก อารรรพรรค. (2528). **สมรรถภาพทางเพศและความบกพร่องทางเพศ**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภา พิกุลชัย. (2522). **จิตวิทยาสังคมทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี โคมิน. (2531). **เจตคติกับพฤติกรรมมนุษย์. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาจิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพการพิมพ์.
- อนุพันธ์ ดันตวงศ์. (2546). **ระบาดวิทยาและสาเหตุของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ. ใน: สมบุญเหลือวัฒนกิจ . ตำราสุขภาพเพศชาย**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์เอนเตอร์ไพซ์ จำกัด.
- อภิชาติ กงกะนันท์.(2546). **ตำรา โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Textbook of Erectile Dysfunction)**.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอนเตอร์ไพร์ซ์.

ภาษาอังกฤษ

- Abram , H.S; Hester , L.R & Sheridan , W.F.(1975). Sexual function in patients with chronicrenal failure. **Journal Nerv Ment Disease** : 220-6.
- Allport , G.W. (1967). Attitude . In : **Fishbein M . editors. Reading in attitude theory and measurement**. New York :John Wiley & Sons.
- Aytac , M.K. (1999). The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. **In British journal of urology nternational** ,84(1):50-56.
- Bano Lunenfeld & Louis Gooren .(2002). **Texbook of men s Health**. UK: The Parthenon Publishing Group.
- Baron , R.A & Byrne D. (1987). **Social psychology** : understanding human interaction 5th ed . Boston : Allyne and Bacon.
- Becker , AJ ; Stief , CG & Machtens , S .(1998). Oral Phentolamine as treatment for Erectile dysfunction . **Journal Urology** ;159:1214-6
- Benet , A.E ; Melman ,A . (1995). **The epidemiology of erectle dysfunction** . Urology Clin North America ;22:699-709.
- Berger, R.E & Rothman.& Rigaud ,G. (1994). Nonvascular causes of impotence.**In:Benett AH.ed Impotence : diagnosis and management of erectile dysfunction** .Philadephia:WB , Saunders :106.
- Bloom, B.S.(1972). **Evaluation to Improve Learning**. New York ; McGraw-Hill.
- Braun , M ; Wassmer, G & Klotz ,T .(2000). Epidemiology of dysfunction :results of the Cologne Male Survey. **In : International Journal of Impotence Research**.Volume 12 Number 6 September :305-311.
- Bulpitt , C.J; Dollery C.T & Carne , S.(1976). Changes in symtomps of hypertensive patients after referral to hospital clinic . **Br Heart Journal**, 38:121-5.
- Carroll Cann. (1984). **Campbell s Urology**. Philadelphia , U.S.A
- Chung ,W.S; Park ,Y.Y & Kwon, S.W .(1997). The impact of aging on penile Hemodynamics In: normal responders to pharmacological infection : a doppler sonographic study. **Journal Urology**:157.

- Costa ,P ;Arnould ,B ; Cour , F&Boyer ,P. (2003). Quality of Sexual Life Questionnaire (QVS): a Reliable , sensitive and reproducible instrument to assess quality of in subjects wite erectile Dysfunction. **In :International Journal of Impotence Research .** Volume 15 Number 3 June,173-184.
- Cunningham , G.R & Hirshkowitz. (1997) . Androgen deficiency. **In: Hellstrom WG.Male Infertility and sexual dysfunction.** New York:Springer-Verlag,chap 24.
- Downs , T.M & O leary , M.P.(1999). **Sexual dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia .** Curr Opin Urology ; 9:9-14.
- Diokno , A.C ; Brown , M.B & Herzog , R. (1990). **Sexual function in the elderly.** Intern Medicine.
- Feldman , R.S. (1987) . **Essentials of understanding psychology.** 2nd ed . New York : McGraw Hill.
- Feldman ,H.A ; Goldstein ,I & Hatzichristou. (1994). Impotence and its medical and psychosocial Correlates : result of the Massachusetts Male Aging Study. **Journal Urology** :151:54-61.
- Feldman , R. (1998). The Sildenafil Study Group. Sildenafil in the treatment of erectile dysfunction:efficacy in patients taking concomitant antihypertensive therapy.**In: America Journal Hypertension**,In press:S112-S121.
- Friedman , R.C & Downey , J.I . (1999). **Musculinity and sexuality.** Washington DC : American Psychiatric Press:65-80.
- Garrison , M . (1992). **Introduction to psychology .** New York : Glencoe.
- Good , C.V.(1973). “ Dictionary of Education ” 2nd ed. New York ; McGraw- Hill Book.
- Ho , L.V; Wang , R & Mode , D.G. (1999). Viagra and VCD.**International Journal Res ;11 (Suppl1):C10**
- Kaplan , L.V; Reis , R.B, Kohn , I.J ; Shabsigh , R & Te , A.E. (1998). **Combination therapy Using oral alpha -blockers and intracavernosal injection in men with erectile dysfunction .**Urology:739-743.
- Keil , J.E & Knapp ,R.G. (1992). Self reported sexual functioning in elderly blacks And whites : the Charleston heart study experience. **Journal Aging Health .S14-S21.**

- Kinsey , A.C ; Pomeroy , W.B & Martin , C.E. (1948). Age and sexual outlet . **In Kinsey ,A.C ; Pomeroy ,W.B and Martin F.D. Sexual Behavior In the Human Male .** Philadelphia:WB Saunders CO.
- Kirby ,RS; Chrismas , T.J & Brawer , M.K. (2001). Sexual function. **In : Kirby , R.S Chrismas T.J and Brawer , M.K . Prostate cancer .** London: Mosby:199-209.
- Kongkanand , A. (2000). Prevalence of erectile dysfunction in thailand .In: **International Journal of Impotence Research Basic and clinical Studies . Proceeding of the 7th Biennial Asia-Pacific Meeting on Impotence ABSTRACTS October 26-30 , 1999** Tokyo,Japan. Volume 12 Supplement 2 April. Journal.
- Kubin , M; Wager, G & Fugl – Meyer, A. (2003). Epidemiology of erectile dysfunction. **In International journal of impotence .** February,Volume 15 (1) :63-71.
- Lue , T.F. (1990). Impotence-a patient s gold-directd approach to treatment. **Wold Journal Urology: 67-74.**
- Lue , T.F. (1992). Physiology of erectile and pathophysiology of impotence . **In : Walsh PC,Retik AB.Stamey TA and Vaughan ED . Jr.eds. Campbell s Urology,6th ed.** Philadelphia, London,Toroto,Montreal,Sydney,Tokyo:WB Saunders :C89-99.
- Marmar , J.L. (1997). Vacumm constrictions devices. **In:Hellstrom WJG,ed.Male Infertility and Sexual dysfunction.** New York:Springer - Verlag:409-424.
- Master, W.H. and Johnson, V. (1966) . **Human Sexual Response.** Boston, MA:Little,Brown and Co.
- Mellinger , B.C & Weiss, J. (1992). **sexual dysfunction in the elderly male .** AUA update series.
- Morgentaler, A & Bruning , C.O.(1996). **Latrogenic male sexual dysfunction .** AUA Update series. ;15:(9):70-5.
- Mulhall , J ; Lasalle , M.D & Goldstein , I.(1999). Microvascular arterial bypass surgery for Arteriogenic erectile dysfunction. **In : Carson CC,Kirby RS ,Goldstein IW,eds.Textbook of erectile dysfunction.** Oxford:Isis Medical Media:393-412
- Mulligan , T ; Retchin , S.M ; Chinchilli , V.M & Bettinger , C.B. (1988). The role of aging and Chronic disease in sexual dysfunction . **Journal AM Geriatr soc:56-61.**
- Myers, D.G. (1993). **Social psychology .** 4th ed . New York : McGraw-Hill .

- Mydio , J.H ;Volpe , M.A & Macchia , R.J. (2000). **Initial result utilizing combination therapy for Patients with a suboptimal response to either alprostadil or sildenafil monotherapy.** Europe Urology : C79-86.
- Nadig , P.W.(1989). Six years experience with the vacumm constriction devices. **International Journal Impotence Res** :55-58.
- Pearlman , C.K & Kobashi , L.I. (1990). Frequency of intercourse in men. **In:Journal Urology** :C12-17. Research.Volume 14 supplement.
- Petrone , L; Mannucci , E & Corona ,G. (2003). Structured interview on erectile dysfunction : A new , multidimensional instrument for quantification of pathogenic issues on erectile Dysfunction. In **:International Journal of Impotence Research** Volume 10 number 3 June : 210-220.
- Pfeiffer , E & Davis , G.C.(1972). Determinants of Sexual behavior in middle and old age . **Journal Am Geriatricsoc**: 102-106. Relationship impact
- Rosen , R.C ; Swindle , R ; Lockhart , D & Cameron , R. (2002). Psychological and Interpersonal Relationship Scales (PARIS) : A New tool to Measure Psychological and Relationship impact of ED Treatments. **In : International Journal of Impotence Relationship impact** 4 December:S1-S11.
- Robert , J & Krane , M .(1986). **Male Sexual Dysfunction** . Boston :Little Brown and Company. U.S.A
- Pearlman , C.K & Kobashi , L.I. (1990). Frequency of intercourse in men. **Journal Urology**. UK:55-58.
- Rosen , R.C; Riley , A ; Wagner , G ; Osterloh , I.H ; Kirpatrick , J. & Mishra , A. (1997). **The International index of erectile function(IIEF) : a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction** . Urology.
- Rosen , R ; Leary , M ; Altwein , J ; Giuliano , F ; Kirby , R ; Meuleman , E & Puppo , P.(2002). LUTS and male sexuality : findings from the multi –nation survey of the male(MSAM-7). **Abstract presented in the 10th World Congress of society of sexual and impotence research** September 22-26, Montreal ,Canada.
- Schramek , P ; Dorninger , R & Waldhauser , M. (1999). Prostaglandin E1 in erectile dysfunction . Efficiency and incidence of priapism. **Br Journal Urology**;65:68-71.

- Schiavi , R.C. (1999). **Aging and male sexual** . UK : Printed in the United Kingdom at The University Press , Cambridge.
- Sjogren , K & Fugl-Meyer , A.(1981). **Chronic back pain and sexuality**. Intro Rehabilitation Medicine ; 3:19-109.
- Sethapongkul , S. (1999) . **A final report on an epidemiological study of erectile Dysfunction In Thailand** . National Institute of Deveopment Administration. School of Applied Statistic .Department of population and Devopment.Bangkok:Submitted to Pfizer International Corporation Thailand. 1-5.
- Stephen , B & Levine . (1992). **Sexual Life A Clician s Guide**. New York : A Division of Plenum Pblishing Corporation.
- Thailand Erectile Dysfunction Epidemiology Study(TEDES) . (2000). **An Epidemiology Study of erectile Dysfunction in thailand** . By Department of Population and Development School of Applied Statistics National Institute of Development Administration : Pfizer International Corporation Thailand.
- United Nations.(1999) : **World Population Prospects**. The 1998 Revision . New York : United Nations.
- Vander Zenden , J.W. (1987). **Social psychology**. 4th ed. New York : McGraw-Hill .
- Vargas , M.C.(1990). Depression and Erectile Dysfunction. **In : International Journal of Impotence Research**.Volume 14 Supplement 4 Desember :S14.
- Wabrek , A.J & Burchell , R.C. (1980). **Male sexual dysfunction associated with Coronary heart Disease**. Arch Sex Behavior .
- Wespes , E ; Moreira de goes , P & sChulman , C.C.(1998). Age- related changes in the quantification of the intracavernuos smoot muscles in potent men . **Journal Urology ;** 159:99-103.
- World Health Organization . (2001). **Men Aging and Health**. Achieving health across the life Span Geneva.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ผู้วิจัยขอความกรุณาให้ช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุพันธ์ ต้นติวงค์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์นายแพทย์กวีรัช ต้นติวงค์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์อุษณีย์ พึ่งปาน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย x ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

1.อายุของท่านอยู่ในช่วงใด

1. อายุ 40 - 49 ปี
 2. อายุ 50 - 59 ปี
 3. อายุ 60 - 70 ปี

2.สถานภาพสมรสในปัจจุบัน

- ไม่มีคู่
 มีคู่

3.ระดับการศึกษาสูงสุด

- ไม่ได้เรียนหนังสือ
 ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา
 ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำงาน | <input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ | <input type="checkbox"/> 6. เกษตรกร |
| <input type="checkbox"/> 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เอกชน | <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ(โปรดระบุ)..... |
| <input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | |

5.รายได้ของท่านต่อเดือน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน | <input type="checkbox"/> 5. 20,001 – 25,000 บาท/เดือน |
| <input type="checkbox"/> 2. 5,001 – 10,000 บาท/เดือน | <input type="checkbox"/> 6. 25,001 – 30,000 บาท/เดือน |
| <input type="checkbox"/> 3. 10,001 – 15,000 บาท/เดือน | <input type="checkbox"/> 7. 30,001 บาท/เดือนขึ้นไป |
| <input type="checkbox"/> 4. 15,001 – 20,000 บาท/เดือน | |

ส่วนที่ 2

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย x ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

1. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยร่วมเพศหรือมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

1. ไม่เคย
- 1.1 ไม่มีความต้องการ
- 1.2 มีความต้องการแต่คู่นอนไม่ต้องการ
- 1.3 ไม่มีคู่นอน
- 1.4 สุขภาพไม่ดี
- 1.5 กลัวการมีเพศสัมพันธ์ล้มเหลว
- 2.6 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2. เคย (ระบุ)ประมาณครั้งต่อเดือน

2. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาจากการแข็งตัวขององคชาติหรืออวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ได้ หรือไม่

1. ไม่มีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือองคชาติสามารถแข็งตัวได้ดีทุกครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศ (ข้ามไปตอบข้อ 4)
2. มี
- 2.1 องคชาติสามารถแข็งตัวหรือคงความแข็งไว้ได้ดีพอจนมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศได้สำเร็จเกือบทุกครั้ง
- 2.1 องคชาติสามารถแข็งตัวหรือคงความแข็งตัวไว้ได้ดีพอจนมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศได้สำเร็จได้เพียงบางครั้ง
- 2.2 องคชาติไม่แข็งที่จะแข็งตัวหรือไม่สามารถคงความแข็งตัวได้ดีพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้หรือร่วมเพศ

3. ท่านเคยได้รับการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือไม่

1. ไม่เคย
- 1.1 ยามีราคาแพงเกินไป
- 1.2 ไม่เชื่อคุณภาพในการรักษา
- 1.3 กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการใช้ยา
- 1.4 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขา และสถานที่ที่รักษาดีด้านนี้

โดยตรงมีน้อย

- 1.5 ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
- 1.6 พอใจที่จะอยู่ในสภาพเช่นนี้
- 1.7 อื่นๆ(โปรดระบุ).....
- 2.เคย
- 2.1 การใช้ยารับประทาน
- 2.2 การใช้ยาฉีดเข้าองคชาตโดยตรง
- 2.3 ยาสอดเข้าท่อปัสสาวะ
- 2.4 ใช้กระบอกสุญญากาศ
- 2.5 การผ่าตัด
- 2.6 ใช้การรักษาแผนโบราณ (โปรดระบุวิธี).....
- 2.7 การรับคำปรึกษาแนะนำทางด้านจิตวิทยาทางเพศและจิตบำบัด
- 2.8 อื่นๆ(โปรดระบุ).....

4. หากท่านมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ท่านจะเลือกปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิง หรือไม่

1. ไม่เลือก (โปรดระบุเหตุผล).....
2. เลือก

5. ท่านเคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชาย หรือไม่

1. ไม่ทราบ
2. ทราบ (โปรดระบุสถานที่).....

6. ท่านเคยได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคย (โปรดระบุจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 2.1. ทีวี/วิทยุ
- 2.2. หนังสือพิมพ์/วารสาร/สิ่งตีพิมพ์
- 2.3. แผ่นพับ
- 2.4. เพื่อน/คนรู้จัก
- 2.5. บุคลากรทางการแพทย์
- 2.6. อินเทอร์เน็ต
- 2.7. อื่นๆ(โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 3

ทัศนคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

คำชี้แจง ข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ ไม่มีข้อความใดถูกหรือผิด แต่เป็นข้อความที่ต้องการทราบความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เมื่ออ่านข้อความแต่ละข้อแล้ว ให้พิจารณาและเขียนเครื่องหมาย x ลงในช่องว่างทางขวามือว่า ท่านเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความแต่ละข้อมากหรือน้อยเพียงใด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.ท่านคิดว่าปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีผลกระทบต่อความสุขในชีวิต				
2.ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ความต้องการ ทางเพศลดลง (ความต้องการ หมายถึง ความพึงพอใจ ความปรารถนาที่จะมีเพศสัมพันธ์)				
3.ท่านคิดว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีส่วนทำให้เกิดความ เครียด				
4.ท่านคิดว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่				
5..ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นเรื่องน่าอาย				
6.ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังขารควรทำใจยอมรับสภาพ				
7.ท่านคิดว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอาจเกิดได้กับผู้ชายทุกคน				
8.ท่านคิดว่าอาการซึมเศร้ามีส่วนทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
9.ท่านคิดว่า การที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด ภาวะหย่อน สมรรถภาพทางเพศ สูงกว่าคนที่ไม่ได้ดื่ม				
10.ท่านคิดว่าโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ				
11.ท่านคิดว่าเมื่อเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศแล้ว ภรรยาหรือ คู่นอนพอจะเข้าใจและยอมรับได้				
12.ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศสามารถที่จะรักษาให้หายได้				
13. ท่านคิดว่าเมื่อมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ควรต้องได้รับการรักษา				
14.ท่านคิดว่าการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นวิธีที่ปลอดภัยและได้ผลดีที่สุด				
15.ท่านคิดว่าการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยการใช้สมุนไพรหรือยาแผนโบราณ เป็นวิธีที่ปลอดภัยและให้ผลดีที่สุด				
16.ท่านคิดว่าการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยการใช้ยารับประทานเป็นวิธีที่ใช้ง่าย สะดวก กว่า การใช้วิธีอื่นๆ				
17.ท่านคิดว่า การรับประทานอวัยวะของสัตว์เช่น อู้งดินหมี ตัวเดียวอันเดียว สามารถรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้				
18. ท่านคิดว่า ควรมีหน่วยงาน หรือสถานที่ที่ให้ บริการรับการปรึกษาหรือรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยเฉพาะ				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
19..ท่านคิดว่าเป็นเรื่อง น่าอายที่จะเข้าไปใช้บริการ หน่วยงาน หรือสถานที่ที่ให้บริการเกี่ยวกับการรักษา ภาวะหย่อน สมรรถภาพทางเพศโดยเฉพาะ				
20. ท่านคิดว่า การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นสิ่งที่จำเป็น				
21. ท่านคิดว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศทำให้สูญเสีย ความมั่นใจในตนเอง				
22. ท่านคิดว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ ความภาคภูมิใจในความเป็นชายลดลง				
23.ท่านรู้สึกสบายใจ หากได้รับการปรึกษา กับ บุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีปัญหาหย่อนสมรรถภาพ ทางเพศ				
24. ท่านคิดว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีส่วน ทำให้เกิดความผิดหวังในชีวิต				
25.ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นสิ่งที่ผู้ชายทุก คนกลัวและไม่อยากให้เกิดกับตัวเองมากที่สุด				

ส่วนที่ 4

ความรู้เรื่องภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

คำชี้แจง โปรดใช้เครื่องหมาย x ตัวเลือก ก ข ค ง หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1.ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหมายถึงอะไร

- ก. ภาวะที่ไม่อยากที่จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่อยากร่วมเพศ
- ข. ภาวะที่มีความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์
- ค. การที่อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวหรือแข็งตัวได้ไม่นานพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จ (มะเขือเผา)
- ง. เป็นภาวะที่มีการหลั่งน้ำอสุจิเร็ว (ล่มปากอ่าว) หลังจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ไม่นาน

2.ข้อใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

- ก. การพร่อง หรือขาดฮอร์โมนเพศชาย
- ข. คนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ
- ค. คนที่เป็นโรคยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน
- ง. การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเกิดจากสาเหตุใด

- ก. การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย
- ข. มีความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า
- ค. การสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองบ่อยๆ
- ง. เป็นความผิดปกติทางเพศมาแต่กำเนิด

4.ข้อใดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

- ก. โรคเบาหวาน
- ข. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ค. โรคกระเพาะอาหาร
- ง. โรคภูมิแพ้

5.ข้อใดเป็นเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

- ก. การรับประทานอาหารมังสวิรัต
- ข. โรคความดันโลหิตสูง
- ค. การทำหมัน

ง. การมีพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติจากธรรมชาติ

6. ข้อใดไม่ใช่ลักษณะของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

- ก. องคชาติ (อวัยวะเพศ) สามารถแข็งตัวหรือคงความแข็งไว้ได้ดีพอจนมีเพศสัมพันธ์(สอดใส่ในช่องคลอด)ได้สำเร็จเกือบทุกครั้ง
- ข. องคชาติ(อวัยวะเพศ)สามารถแข็งตัวหรือคงความแข็งตัวไว้ได้ดีพอจนมีเพศสัมพันธ์(สอดใส่ในช่องคลอด)ได้สำเร็จได้ เพียงบางครั้ง
- ค. องคชาติ(อวัยวะเพศ)ไม่เคยที่จะแข็งตัวหรือไม่สามารถคงความแข็งตัวได้ดีพอที่จะมีเพศสัมพันธ์(สอดใส่ในช่องคลอด)ได้
- ง. องคชาติแข็งตัวได้ดีสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ดีแต่มีการหลั่งอสุจิเร็ว (ลุ่มปากอ่าว)

7. ข้อใดต่อไปนี้เป็นวิธีการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ถูกต้อง

- ก. การนวดแผนโบราณ
- ข. การดื่ม เครื่องดื่มชูกำลัง หรือ การใช้สารกระตุ้น
- ค. บริกษาแพทย์เพื่อพิจารณารักษาตามความเหมาะสม
- ง. การรับประทานฉิ่งตีนหมี

8. ข้อใดเป็นวิธีการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่เป็นที่ยอมรับทางการแพทย์

- ก. การฉีดยาเข้าองคชาติโดยตรงจาก แพทย์
- ข. การใช้ยาสอดเข้าทางท่อปัสสาวะ
- ค. การผ่าตัดใส่แกนองคชาติเทียม
- ง. ถูกทุกข้อ

9. การรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ข้อใดกล่าวถูกต้องที่สุด

- ก. สามารถใช้กระบอกสุญญากาศรักษาได้
- ข. การให้ฮอร์โมนเพศชาย ทดแทนสามารถรักษาได้ในรายที่มีฮอร์โมนเพศชายต่ำกว่าปกติ
- ค. การซื้อยารักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ รับประทานเองอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้
- ง. ถูกทุกข้อ

10. ข้อใดกล่าวถูกต้องที่สุด

- ก. ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศไม่สามารถรักษาได้
- ข. ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ บางกรณีอาจรักษาได้ด้วยการผ่าตัดใส่แกนองคชาติเทียมได้
- ค. ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกิดขึ้นกับผู้ชายสูงอายุทุกคน

ง. ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์มากเกินไป

11. ข้อใดเป็นการช่วยป้องกันการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

- ก. การมีเพศสัมพันธ์โดยการสวมถุงยางอนามัย
- ข. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ เช่น เหล้า เบียร์ เป็นต้น
- ค. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ง. การไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ

12. ข้อใดกล่าวถูกต้องที่สุด

- ก. สมุนไพร เช่น กระชายดำ, กวาวเครือแดง สามารถรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้ผลดี
- ข. การสูบบุหรี่จัดเป็นเหตุส่งเสริมทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้
- ค. ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเกิดจากมีพฤติกรรมทางเพศที่สำส่อน
- ง. ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเกิดเองและหายได้เองตามธรรมชาติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสุรียน ไชยชนะ เกิดวันที่ 3 มกราคม 2507 ที่ มหาสารคาม สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2534 ปัจจุบันงานในตำแหน่ง หัวหน้างานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโรงพยาบาลสงฆ์ และเข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโท สาขาวิชาแพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2545



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย