

**Thai version of International Urogynecological Association PISQ: Sexual Function for Women with:POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence(1)**

ข้อ 1 ข้อใดต่อไปนี้เป็นบ่งบอกลักษณะของตัวคุณที่สุด

ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย 1  → ข้ามไปตอบ ข้อ 2 - หัวข้อ-ไม่มีเพศสัมพันธ์

ยังคงมีเพศสัมพันธ์อยู่โดยมีหรือไม่มีคู่นอนประจำ 2  → ข้ามไปตอบ ข้อ 7 - หัวข้อ-ยังคงมีเพศสัมพันธ์

ตอนที่ สำหรับผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์แล้ว มี 12 ข้อย่อย (ข้อ2 ถึง ข้อ6)

ข้อ 2 ข้อใดต่อไปนี้เหตุผลว่าทำไมคุณถึงไม่มีเพศสัมพันธ์, โปรดตอบความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างไร พร้อมเหตุผลที่ทำให้คุณไม่มีเพศสัมพันธ์.

	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
a ไม่มีคู่นอน	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b ไม่สนใจ	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c เป็นเพราะมีปัญหาทางด้านปัสสาวะ หรืออุจจาระ(กลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้) หรือเกิดปัญหาจากการหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน(รู้สึกมีก้อนถ่วงในช่องคลอด)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
d เพราะปัญหาทางด้านสุขภาพอื่นๆ	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
e อาการปวด	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

ข้อ 3 คุณมีความกลัวว่าปัสสาวะหรืออุจจาระเล็ดราดออกมาหรือ, มีก้อนถ่วงในช่องคลอด (เป็นจากกระเพาะปัสสาวะหย่อนหรือทวารหนักหย่อนหรือมดลูกหย่อน) ทำให้คุณต้องหลีกเลี่ยงหรืองดมีเพศสัมพันธ์?

- 1  ไม่มีเลย
- 2  มี เล็กน้อย
- 3  มีบ้างปานกลาง
- 4  มีมาก

ข้อ 4 ในแต่ละข้อต่อไปนี้กรุณาเลือกวงกลมในตัวเลขที่บอกถึงความรู้สึกที่คุณมีต่อการมีเพศสัมพันธ์ในชีวิตของคุณ

		ระดับความเห็น					
a.	พอใจ	1	2	3	4	5	ไม่พอใจ
b.	เพียงพอ	1	2	3	4	5	ไม่เพียงพอ

ข้อ 5 คุณเห็นด้วยหรือไม่กับข้อต่อไปนี้เป็นอย่างไร ?

	เห็นด้วยอย่าง	ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่าง
	มาก	เห็นด้วยเล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก
a. ฉันรู้สึกหงุดหงิดจากการมีเพศสัมพันธ์ในชีวิต	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b. ฉันรู้สึกว่าเพศสัมพันธ์แย่ง เพราะ อาการปัสสาวะเล็ด และ/ หรือการหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c. ฉันรู้สึกโกรธเพราะ ผลกระทบจากปัสสาวะเล็ดและ/ หรือการหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

ข้อ 6 โดยรวมแล้ว, คุณเคืองแค้นจากการที่คุณไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือไม่?

- 1  ไม่มีเลย
- 2  มีเล็กน้อย
- 3  มีบ้างปานกลาง
- 4  มีอย่างมาก

จบคำถามสำหรับผู้ที่ไม่ใช่เพศสัมพันธ์

ตอนที่ 2 สำหรับผู้ที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์อยู่

- 21 ข้อย่อย (ข้อ 7 ถึง ข้อ 20)

ข้อ 7 คุณรู้สึกว่าคุณสามารถถูกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ (จากการกระตุ้นทางร่างกายหรือเต้าโลม) ระหว่างมีเพศสัมพันธ์เป็นอย่างไร?

- 1  ไม่มีเลย
- 2  นานๆ ครั้ง
- 3  บางครั้ง
- 4  บ่อยครั้ง
- 5  ทุกครั้ง

ข้อ 8 เมื่อคุณมีเพศสัมพันธ์, คุณรู้สึกตามข้อต่อไปนี้ บ่อยอย่างไร?

	ไม่มีเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง
a. พอใจ	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
c. ละอาย	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
d. กลัว	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

ข้อ 9 คุณรู้สึกว่าบีบสวาระเตี๊ยมและ/หรืออูจจาระรดพร้อมกับการมีเพศสัมพันธ์ (แบบใดก็ได้) บ่อยอย่างไร?

- 1  ไม่มีเลย
- 2  นานๆ ครั้ง
- 3  บางครั้ง
- 4  บ่อยครั้ง
- 5  ทุกครั้ง

ข้อ 10 เทียบกับการถึงจุดสุดยอดที่คุณมีในอดีต, คุณมีความรุนแรง เมื่อถึงจุดสุดยอดในขณะนี้เป็นอย่างไรร ?

- 1  รุนแรงลดลงมาก
- 2  รุนแรงลดลงเล็กน้อย
- 3  เท่าเดิม
- 4  รุนแรงมากขึ้นเล็กน้อย
- 5  รุนแรงมากขึ้นอย่างมาก

ข้อ 11 คุณรู้สึกปวดเวลาร่วมเพศเป็นอย่างไร? (ถ้าคุณไม่มีการร่วมเพศให้ใส่เครื่องหมายในกล่องสี่เหลี่ยมนี้  และข้ามไปข้อถัดไป.)

- 1  ไม่มีเลย
- 2  นานๆ ครั้ง
- 3  บางครั้ง
- 4  บ่อยครั้ง
- 5  ทุกครั้ง

ข้อ 12 คุณมีคู่นอนอยู่หรือไม่?

- 1  ใช่ → ข้ามไป ข้อ13
- 2  ไม่ใช่ → ข้ามไป ข้อ15

ข้อ 13 คู่นอนของคุณมีปัญหา(เช่น ไม่รู้สึกเวลาถูกเส้าโลม, ไม่มีอารมณ์ร่วม, อวัยวะเพศไม่แข็งตัว, และอื่นๆ) ที่ทำให้คุณจำกัดการมีเพศสัมพันธ์?

- 1  ทุกครั้ง
- 2  เกือบทุกครั้ง
- 3  บางครั้ง
- 4  นานๆ ครั้ง

ข้อ 14 โดยทั่วไปแล้ว, คุณเห็นว่าคู่นอนของคุณมีความรู้สึกดีหรือแย่ต่อหัวข้อต่อไปนี้อย่างไร

	ดีมาก	ดีเล็กน้อย	แย่น้อย	แย่มาก
a. การมีอารมณ์ทางเพศของคุณ	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b. ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

ข้อ 15 เมื่อคุณมีกิจกรรมทางเพศ, คุณรู้สึกว่าความต้องการให้มีเพิ่มอีก ?

- 1  ไม่มีเลย
- 2  นานๆ ครั้ง
- 3  บางครั้ง
- 4  บ่อยครั้ง
- 5  ทุกครั้ง

ข้อ 16 คุณมีความต้องการทางเพศที่บ่อยขนาดไหน ? ทั้งนี้รวมถึงความต้องการมีเพศสัมพันธ์, มีการคิดถึงเรื่องเพศหรือจินตนาการเรื่องเพศและอื่นๆ

- 1  ทุกวัน
- 2  ทุกสัปดาห์
- 3  ทุกเดือน
- 4  น้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อเดือน
- 5  ไม่มีเลย

ข้อ 17 คุณจะจัดระดับ ของการมีความต้องการทางเพศหรือความสนใจในเรื่องเพศ?

- 1  สูงมาก
- 2  สูง
- 3  ปานกลาง
- 4  ต่ำ
- 5  ต่ำมากหรือไม่มีเลย

ข้อ 18 คุณมีความกลัวการมีปัสสาวะเล็ดราด, อุจจาระเล็ดราดและ/หรือการมีก้อนหย่อนในช่องคลอด ( การหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน) ที่จะทำให้คุณหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์?

- 1  ไม่มีเลย
- 2  มีเล็กน้อย
- 3  มีบ้างปานกลาง
- 4  มีมาก

ข้อ 19 ข้อต่อไปนี่, กรุณาเลือกว่ากลมหัวข้อ 1 ถึง 5 ที่บอกถึงความรู้สึกของคุณต่อการมีเพศสัมพันธ์ของคุณ

		คะแนน					
a	พอใจ	1	2	3	4	5	ไม่พอใจ
b	เพียงพอ	1	2	3	4	5	ไม่เพียงพอ
c	มันใจ	1	2	3	4	5	ไม่มันใจ

ข้อ 20 คุณเห็นด้วยหรือไม่กับข้อต่อไปนี้เป็นอย่างไร ?

	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก
a. ฉันรู้สึกหงุดหงิดจากการมีเพศสัมพันธ์ของฉัน	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b. ฉันรู้สึกว่าเพศสัมพันธ์แย่ง เพราะ อาการปัสสาวะเล็ด และ/ หรือ การหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c. ฉันรู้สึกอายเกี่ยวกับชีวิตการมีเพศสัมพันธ์ของฉัน	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
d. ฉันรู้สึกโกรธ เพราะ ผลกระทบจากปัสสาวะเล็ดและ/ หรือ การหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่มีผล ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของฉัน	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

## Reference

1. Bunyavejchevin S, Ruanphoo P. Thai translation and validation of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *International Urogynecology Journal*. 2022.