

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย คลินิกปวดหลัง โรงพยาบาลรามารับดี

อภิญญา เอี่ยมตระการ, พ.บ.

วาริ จิรอดิตย, พ.บ.

ฉัฐยา จิตประไพ, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภิญญา เอี่ยมตระการ, วาริ จิรอดิตย, ฉัฐยา จิตประไพ. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยคลินิกปวดหลัง โรงพยาบาลรามารับดี เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2541;8(1): 169-177.

บทคัดย่อ
การศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยคลินิกปวดหลังโรงพยาบาลรามารับดี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2540 ถึงเดือนกรกฎาคม 2540 จำนวน 139 ราย เป็นชาย 55 ราย หญิง 84 ราย อายุเฉลี่ย 42 ปี โดยใช้เครื่องมือ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) วัดค่าอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า โดยถือค่าคะแนนที่มากกว่า 11 ว่ามีอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 20 ราย จากจำนวน 139 ราย มีคะแนนมากกว่า 11 คิดเป็นความชุกเท่ากับร้อยละ 14.39 ทั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่าเพศชายได้ในปัจจุบัน และคะแนนความปวดลงตามาตรฐานเทียบความปวด (Visual Analog Scale (VAS) มีความสัมพันธ์ต่ออาการวิตกกังวลและซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โรคปวดหลังเป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากเป็นอันดับสองรองจากการติดเชื้อของระบบหายใจส่วนบนที่ทำให้คนต้องไปพบแพทย์ สถิติในผู้ใหญ่พบว่าเคยมีอาการปวดหลังอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตมากถึงร้อยละ 85⁽¹⁾ สำหรับผู้ใหญ่ในวัยทำงานพบถึงร้อยละ 50⁽²⁾ ที่มีอาการปวดหลังและจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 15-20 ที่ต้องการการรักษา

โรคปวดหลังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้คนอายุต่ำกว่า 45 ปี เป็นคนด้อยสมรรถภาพ ประมาณร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรในประเทศอุตสาหกรรมหรือประเทศ

พัฒนาแล้วจะเป็นโรคปวดเรื้อรัง⁽³⁾ โดยในจำนวนร้อยละ 30 นี้ จะเป็นกลุ่มที่มีสาเหตุจากโรคปวดหลังเป็นสำคัญซึ่งโรคปวดหลังไม่ว่าชนิดใดส่วนใหญ่แล้ว จะมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย⁽⁴⁾ และมักถูกละเลย ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือมากเท่าที่ควรจากบุคลากรทางการแพทย์

อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล (anxiety and depression) เป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตร

ประจำวัน งานอาชีพได้ปกติเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร จึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้ทำการวิจัยสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังที่เรื้อรังมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่ปวดหลังเฉียบพลัน อาการจะหายไปภายในไม่กี่วันมีมากถึงร้อยละ 50 และหายภายใน 4 สัปดาห์ พบถึงร้อยละ 90 จะมีเพียงร้อยละ 10-15 ที่จะกลายเป็นโรคปวดหลังเรื้อรัง⁽⁵⁾ ซึ่งจะเป็นประโยชน์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ ดูแล ระวังป้องกัน และให้การรักษาในกรณีที่เกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังต่อไป

วิธีการตรวจวัดอาการซึมเศร้านอกจากจะทำโดยการสัมภาษณ์ หรือการสังเกตโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่นจิตแพทย์แล้ว ยังอาจทำได้โดยใช้แบบสอบถามชนิดที่ผู้ป่วยตอบเอง (self-report device) เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาวิตกกังวลและซึมเศร้า Zigmond และ Snaitz ได้สร้างแบบคัดกรองชื่อ "Hospital Anxiety and Depression Scale"⁽⁶⁾ ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุดฉบับหนึ่ง และแม้ว่าจะเริ่มพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล ต่อมาพบอีกว่าสามารถใช้ในการสำรวจปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป⁽⁷⁾ และผู้ป่วยจิตเวชได้ดีเช่นกัน

ได้มีการแปล และทำการศึกษาความแม่นยำของ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ในภาษาต่างๆ หลายภาษา เช่น ภาษาจีน ฮารบิค อิสราเอล ญี่ปุ่น ชาติต่างๆ ในยุโรปหลายชาติ ธนาและคณะได้นำ HADS มาแปลเป็นภาษาไทย เพื่อใช้คัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง⁽⁸⁾ พบว่าสามารถใช้วัดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้ดี โดยมีความไวและความจำเพาะ สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และมีความไวและความจำเพาะ สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ และยังได้ศึกษาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้โดยวิธี Cronbach method ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ

0.8259 สำหรับ depression sub-scale ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับค่าความเที่ยงของเครื่องมือต้นฉบับภาษาอังกฤษ และพบว่าเป็นแบบคัดกรองที่ใช้ได้ผลดี คำถามใน HADS ฉบับภาษาไทยไม่ยากต่อการเข้าใจ ใช้เวลาสั้น สะดวกและเที่ยงตรงสูง เหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี สามารถแยกผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าออกจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้าได้ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลัง

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ากับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, จำนวนบุตร, รายได้ในปัจจุบัน, สถานภาพครอบครัว คะแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด (Visual Analog Scale, VAS) และระยะเวลาที่ปวดหลัง

วัสดุและวิธีการ

ผู้ป่วยปวดหลังที่มาใช้บริการที่คลินิกปวดหลัง ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ในช่วง 1 กุมภาพันธ์ 2540 - 31 กรกฎาคม 2540 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังต่อไปนี้

- มีอาการปวดหลังอย่างน้อย 1 เดือน
 - ไม่มีภาวะการสื่อสารผิดปกติ, สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยดีพอที่จะตอบแบบสอบถามได้ด้วยตัวเองอย่างถูกต้อง
 - สม่ครใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ดังแสดงไว้ในภาคผนวก โดยเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อคือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยใช้จุดตัดคะแนน (cut-off point) ที่คะแนน > 11 คะแนน เป็นเกณฑ์ในการตัดสินกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์

2. ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยทุกคนว่า คำตอบในแบบสอบถาม Thai HADS นี้ถือเป็นความลับ ซึ่งจะใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลทั้งหมด จะถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้อง พร้อมทั้งทำการลงรหัสและบันทึกข้อมูลจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS คำนวณทางสถิติโดยใช้ Chi-square กับข้อมูลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน คะแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด (VAS) และระยะเวลาที่ปวดหลังส่วนระดับการศึกษา ส่วนสถานภาพสมรส และสถานภาพครอบครัว คำนวณหาความสัมพันธ์โดยใช้ Fisher's exact test โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 139 คน เป็นชาย 55 คน หญิง 84 คน อายุระหว่าง 17-78 ปี อายุเฉลี่ย 42 ปี ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยคลีนิกปวดหลังโดยใช้วิธีการคำนวณแบบร้อยละ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 20 ราย จากจำนวน 139 ราย เป็นชาย 3 คน หญิง 17 คน มีคะแนนมากกว่า 11 คะแนน (ตารางที่ 1) คิดเป็นค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 14.39

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า กับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน สถานภาพครอบครัว คะแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด (VAS) และระยะเวลาที่ปวดหลังในครั้งนี้ ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 1-9 พบว่า เพศ รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน และคะแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด (VAS) เป็น 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ ตารางที่ 1, 6 และ 8)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างด้านเพศ ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่าเพศหญิงมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.029$) ดังแสดงในตารางที่ 1

เพศ	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า
ชาย	52	3
หญิง	67	17
Chi-square $p = 0.029$		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ากับเพศ พบว่าเพศหญิงมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.029$)

อายุ	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า
10-29	27	1
30-49	56	12
50-69	36	6
70-89	0	1
Chi-square $p = 0.305$		

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ากับระดับอายุต่างๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$)

ระดับการศึกษา	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	36	10
ชั้นมัธยมศึกษา	33	5
ปวช., ปวส.,		
อนุปริญญา	20	2
ปริญญาตรีขึ้นไป	30	3
Fisher's exact $p = 0.115$		

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ากับระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$)

สถานภาพสมรส	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า
โสด	35	3
คู่	76	12
หย่าร้าง/แยกทาง	2	3
หม้าย	6	2
Fisher's exact p=0.142		

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ากับสถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$)

จำนวนบุตร	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า
0	43	6
1-2	49	8
> 2	27	6
Chi-square p=0.942		

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ากับจำนวนบุตร พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างด้านอายุ (ตารางที่ 2), ระดับการศึกษา (ตารางที่ 3), สถานภาพสมรส (ตารางที่ 4), และจำนวนบุตร (ตารางที่ 5) ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างด้านรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนในปัจจุบันต่ำ มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนในปัจจุบันสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

รายได้ต่อเดือน ในปัจจุบัน	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า
<5,000	23	7
5,000-10,000	65	12
>10,000	31	1
Chi-square p=0.001		

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ากับรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนในปัจจุบันต่ำ มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนในปัจจุบันสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

สถานภาพครอบครัว	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า
อยู่คนเดียว	21	5
อยู่กับญาติ	98	15
Fisher's exact p=0.307		

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับสถานภาพครอบครัว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างด้านสถานภาพครอบครัว ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 7

คะแนนความปวด (VAS)	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า
0-3	38	3
4-7	56	4
8-10	25	13
Chi-square p=0.001		

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับคะแนนความปวด (VAS)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างด้านคะแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด (VAS) ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่ากลุ่มที่มีคะแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด (VAS) สูง มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่คะแนนความปวดต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ดังตารางที่ 8

ระยะเวลาที่ปวดหลัง (เดือน)	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า
1	33	2
2	19	4
3	17	4
4	18	2
5	13	3
> 6	19	5
Chi-square $p=0.838$		

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ากับระยะเวลาที่ปวดหลัง (เดือน) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างด้านระยะเวลาที่ปวดหลัง (เดือน) ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 9

สาเหตุของการปวดหลังในผู้ป่วยทั้งหมด 139 ราย ได้แก่ disk herniation 39 ราย degenerative spine 66 ราย ได้แก่ lumbar spondylosis, lumbar stenosis, spondylolisthesis mechanical back pain 27 ราย ได้แก่ muscle strain, myofascial pain และอื่นๆ อีก 7 ราย ได้แก่ scoliosis, osteoporosis, cancer

สาเหตุของ การปวดหลัง	ไม่มีอาการ	มีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า
Disk Herniation	32	7
Degenerative spine	56	10
Mechanical back pain	25	2
Others	6	1
Chi-square $p=0.711$		

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ากับสาเหตุของการปวดหลัง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$)

ซึ่งจะเห็นว่าสาเหตุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.48) เป็นสาเหตุจาก degenerative spine ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างด้านสาเหตุของการปวดหลัง ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$)

บทวิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าความชุกของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังในคลินิกปวดหลังของโรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2540 ถึง 31 กรกฎาคม 2540 เท่ากับร้อยละ 14.39 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Polatin และคณะ⁽⁴⁾ ในปี 1993 พบว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าประมาณร้อยละ 5-26

การศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่ออาการวิตกกังวลและซึมเศร้าพบว่าปัจจัยเรื่องเพศรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน และคะแนนความปวดเทียบจากตารางเทียบความปวด (VAS) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ปัจจัยเรื่องเพศพบว่าอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldbery และคณะ⁽⁹⁾ ในปี 1987 ที่พบว่าธรรมชาติของโรคนี้ พบในหญิงมากกว่าชาย 2-3 เท่า โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคน

ปัจจัยเรื่องรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน พบว่ากลุ่ม

ที่มีรายได้ต่ำมีอุบัติการณ์ของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า สูงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีรายได้สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคตว่า ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ ที่ค่อนข้างลำบากยากจน ความวิตกกังวลด้านค่าใช้จ่าย หลากหลาย เช่น ค่าตรวจรักษา ค่ายาที่โรงพยาบาลเป็นต้น มีผลต่อกลุ่มผู้มีรายได้ต่อเนื่องต่ำ แตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้ต่อเนื่องสูง ซึ่งอาจมีปัจจัยที่มีผลได้แก่ การที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ การที่มีระบบประกันสังคมเป็นต้น ทำให้พบอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าน้อย เนื่องจากมีหลักประกันด้านการเงินที่ดีเป็นต้น

ปัจจัยสุดท้าย คະแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด (VAS) พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนความปวดสูง มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าสูงมากกว่า กลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีคะแนนความปวดต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปว่าในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่มีคะแนนความปวดหลังสูง มีปัจจัยแวดล้อมอื่นหรือไม่ที่น่าจะมีผลมาเกี่ยวข้องอันได้แก่ การปวดหลังสูงทำให้เกิดวิตกกังวลและซึมเศร้าเกรงว่าตนเองจะเจ็บป่วยร้ายแรงหรือเรื้อรัง การดำรงชีวิต การเรียนหรือการทำงานจะด้อยประสิทธิภาพลงไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามปกติได้เป็นต้น

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล แพทย์ต้องคิดเสมอว่า ปัญหาของผู้ป่วยเป็นผลจากการผสมผสาน สาเหตุปัจจัยทางด้านกาย ใจ และสังคม (physiological, psychological, social) ไปด้วยกัน ดังนั้น การประเมินและการรักษา จึงต้องอาศัยความคิดเห็นและร่วมมือในการรักษาดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic approach) ดังนั้นในผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าอย่างรุนแรง (คะแนน 11-21) จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดบริการให้คำปรึกษาแนะแนวหรือส่งไปปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยตรงเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป

2. บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วย ควรมีความรู้พื้นฐาน เกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถสังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมได้

3. ปัญหาทางเศรษฐกิจ และระดับความปวดหลังมากน้อย ซึ่งพบว่ามีผลสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ดังนั้นถ้าเราสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยบ้าง เช่น ส่งปรึกษาแผนกสังคมสงเคราะห์ ให้ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรายที่ฐานะยากจน, ให้โปรแกรมการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูจนอาการปวดหลังบรรเทาลงอย่างรวดเร็ว เป็นต้น ก็น่าจะทำให้ปัญหาด้านอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าผ่อนคลายลงบ้างไม่มากนัก

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมทางด้านครอบครัว เช่น ปัญหา สุขภาพจิตของคนอื่นๆ ในครอบครัว ที่ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าทั้งผู้ป่วยปวดหลังและครอบครัวต่างมีปัญหาสุขภาพจิต อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าย่อมเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความตึงเครียดในสภาพแวดล้อมและความล้มเหลวในการปรับตัวของทั้ง 2 กลุ่ม งานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในจึงจำเป็นต้องกระทำควบคู่กันไปเสมอทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ประวัติของการรักษาอาการปวดหลังที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนหน้านี้ ความพึงพอใจในการรักษาอาการปวดหลังในอดีต ตลอดจนการดำเนินโรคของอาการปวดหลังที่ผ่านมาว่าปวดมากขึ้น, ลดลง หรือปวดเป็นๆ หายๆ ฯลฯ เหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนหนึ่ง ที่น่าจะมีการศึกษาต่อไปในอนาคตว่า จะมีผลสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

5. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคซึ่งเป็นข้อจำกัดคือ กลุ่มประชากรที่ศึกษา จะต้องสามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยดีพอที่จะเข้าใจ แบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนหนึ่ง ถูกตัดออกไปเนื่องจากไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ได้ เช่น อ่านหนังสือไม่ออก หรือปวดมากจนไม่ให้ความร่วมมือเป็นต้น ทำให้จำนวนประชากรที่ศึกษามีเพียง 139 คน ซึ่งอาจเป็นเพียงตัวแทนส่วนหนึ่งของผู้ป่วยปวดหลังเท่านั้น

การศึกษาอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย คลินิกปวดหลังโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 139 คน โดยใช้เครื่องมือ Hospital Anxiety and Depression Scale

ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) พบว่าความชุกของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 14.39 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ได้แก่ เพศ รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน และคะแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด (VAS) เป็น 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, จำนวนบุตร, สภาพครอบครัว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

1. Fordyce WE. Back pain in the workplace : Management of disability in nonspecific conditions. Seattle : IASP Press, 1994 : 20.
2. Fordyce WE. Back pain in the workplace : Management of disability in nonspecific conditions. Seattle : IASP Press, 1994 : 43.
3. Anderson A. Chronic non-cancer pain. Lancaster : MTP Press limited, 1987.
4. Polatin et. al. Psychiatric illness and chronic low-

back-pain. The mind and the spine-which goes first ? spine 1993; 18 (1) : 66-77.

5. วิไล ชินสกุล. โรคปวดหลังเรื้อรัง. ใน The common chronic pain problems and management 2539 : 91-102.
6. Zigmond AS, Snaitz RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983 ; 67:361-70.
7. Snaitz RP. Availability of Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale. Br J Psychiatry 1992;161:422.
8. ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะการพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 41 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2539 ; 18-30.
9. Goldbery D, Benjamin S, Creed F. Psychiatry in medical practice. London : Tavistork Publications, 1987: 176-95."

ภาคผนวก

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale

ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

- | | คะแนน | | คะแนน |
|--|-------|--|-------|
| 1. ฉันรู้สึกตึงเครียด | | 8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม | |
| () เป็นส่วนใหญ่ | 3 | () เกือบตลอดเวลา | 3 |
| () บ่อยครั้ง | 2 | () บ่อยครั้ง | 2 |
| () เป็นบางครั้ง | 1 | () เป็นบางครั้ง | 1 |
| () ไม่เป็นเลย | 0 | () ไม่เป็นเลย | 0 |
| 2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้ | | 9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง | |
| () เหมือนเดิม | 0 | () ไม่เป็นเลย | 0 |
| () ไม่มากเท่าแต่ก่อน | 1 | () เป็นบางครั้ง | 1 |
| () มีเพียงเล็กน้อย | 2 | () ค่อนข้างบ่อย | 2 |
| () เกือบไม่มีเลย | 3 | () บ่อยมาก | 3 |
| 3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น | | 10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง | |
| () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย | 3 | () ใช่ | 3 |
| () มี แต่ไม่มากนัก | 2 | () ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร | 2 |
| () มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ | 1 | () ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน | 1 |
| () ไม่มีเลย | 0 | () ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม | 0 |
| 4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้ | | 11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่หนึ่งๆ ไม่ได้ | |
| () เหมือนเดิม | 0 | () เป็นมากที่สุด | 3 |
| () ไม่มากนัก | 1 | () ค่อนข้างมาก | 2 |
| () มีน้อย | 2 | () ไม่มากนัก | 1 |
| () ไม่ได้เลย | 3 | () ไม่เป็นเลย | 0 |
| 5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล | | 12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ | |
| () เป็นส่วนใหญ่ | 3 | () มากเท่าที่เคยเป็น | 0 |
| () บ่อยมาก | 2 | () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น | 1 |
| () เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย | 1 | () น้อยกว่าที่เคยเป็น | 2 |
| () ไม่เป็นเลย | 0 | () เกือบจะไม่มีเลย | 3 |
| 6. ฉันรู้สึกแสบใสเบิกบาน | | 13. ฉันรู้สึกกลัวหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน | |
| () ไม่มีเลย | 3 | () บ่อยมาก | 3 |
| () ไม่บ่อยนัก | 2 | () ค่อนข้างบ่อย | 2 |
| () เป็นบางครั้ง | 1 | () ไม่บ่อยนัก | 1 |
| () เป็นส่วนใหญ่ | 0 | () ไม่มีเลย | 0 |
| 7. ฉันสามารถทำตามตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย | | 14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคย | |
| () เหมือนเดิม | 0 | () เป็นส่วนใหญ่ | 0 |
| () ได้โดยทั่วไป | 1 | () เป็นบางครั้ง | 1 |
| () ไม่บ่อยครั้ง | 2 | () ไม่บ่อยนัก | 2 |
| () ไม่มีเลย | 3 | () น้อยมาก | 3 |

การคิดคะแนน

อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน

อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน

The Study of the Prevalence and the Correlation Factors of Anxiety and Depression in Low Back Pain Patients at Ramathibodi Hospital

Apinya Eiamtrakarn , M.D.

Waree Chira-Adisai , M.D.

Chattaya Jitpraphai , M.D..

Department of Rehabilitation Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Eiamtrakarn A , Chira-Adisai W , Jitpraphai C. The study of the prevalence and the correlation factors of anxiety and depression in low back pain patients at Ramathibodi Hospital. J Thai Rehabil 1998; 8(1): 169-177.

Abstract

Prevalence and Correlation factors of anxiety and depression in low back pain patients were studied at Ramathibodi hospital during February 1997 to July 1997. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used for screening of anxiety and depression. Percent for prevalence, Chi-square and Fisher's exact test were applied for correlative factors of 139 patients, 35 males and 84 females and the prevalence of anxiety and depression was 14.39 %. The factors which were significant correlated with anxiety and depression scale were sex, current income and Visual Analog Scale (VAS) ($p < 0.05$).

1st ARMA CONGRESS SCIENTIFIC PROGRAM

8.00	9.00	10.30	11.00	12.30	13.30	15.00	15.30	16.00	17.00
Thursday Dec. 10, 1998	REGISTRATION From 10.00 a.m.								
Friday Dec. 11, 1998	Plenary Session 1 Emerging Science of Functional Assessment Prof.C.V. Granger, M.D. (Room A)	Plenary Session 2 Overview of Occupational Injuries involving Musculoskeletal System Prof.K.H. Lee,M.D. (Room A)		Symposium 2 Occupational Impact on Musculoskeletal Function Prof. KH.Lee, M.D. Prof. P.Disler, M.D. K.F. Chan, M.D. S. Waikakul, M.D. (Room A)	Lunch	Free Papers 1 (Room D+E)	Opening Ceremony (Room A)	Honorary Lecture Future of Rehabilitation Medicine Prof. H.J. Flax, M.D. (Room A)	Workshop 1 "FIM" Prof.C.V.Granger,M.D. (Room D+E)
		Symposium 1 Stroke Rehabilitation Prof. Hammelsheim, M.D. Prof. H. Ring, M.D. Prof. Lo-thian, M.D. (Room D+E)	Prostheses and Ambulatory Appliance Made in Thailand T.Jivacate, M.D. T.Brown, M.D. (Room D+E)	Free Papers 2 (Room F)					
Saturday Dec. 12, 1998	Plenary Session 3 Fertility and Sexual Function among SCI Patients Prof.A.Ohry, M.D. (Room A)	Symposium 3 Spinal Cord Injury Prof.A.Ohry, M.D. A. Tow, M.D. N. tamnantong, M.D. (Room A)		Plenary Session 5 Wave Form Analysis in Clinical Neurophysiology Prof.J.Kimura, M.D. (Room A)	Lunch	Workshop 2 Entrapment Neuropathy Prof.J.Kimura, M.D. (Room D+E)	Afternoon Break		Free Papers 3 (Room F)
		Plenary Session 4 Management in Osteoporosis Prof.M.Greenwald, M.D. (Room D+E)	Symposium 4 Osteoporosis Prof.M.Greenwald, M.D. Prof.R.Rajatanavin, M.D. Prof.S.Aksaranugraha, M.D. (Room D+E)			Free Papers 4 (Room D+E)			
Sunday Dec. 13, 1998	Geriatric Activity in Thailand V.Bhokakul, M.D. (Room A)	Symposium 5 Rehabilitation in Asean Prof.S.Aksaranugraha, M.D. W.L. Chan, M.D. B.D.Manchao, M.D. Z. Omar, M.D. (Room A)		Closing Ceremony (Room A)					LAN-NA Night (Rim Ping Terrace)
	Sports for the Disabled Prof.C.I.Park, M.D. (Room D+E)								

มุม Internet

สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, พ.บ.

ฉบับนี้ขอแนะนำ Web Sites ที่เกี่ยวกับ Rehabilitation Medicine อีกสัก 3 Web Sites ใครที่สนใจเกี่ยวกับงานวิจัยทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู อยากแนะนำให้เข้าไปที่ Web Site ของ American Congress of Rehabilitation Medicine โดยคลิกไปที่ <http://www.acrm.org> ซึ่งมีนายแพทย์ Theodore M. Cole นั่งเป็นประธานในปัจจุบันนี้ คุณสามารถ E-mail ไปคุยกับท่านได้โดยตรงที่ tmcole@aol.com Web Site แห่งนี้ประกอบไปด้วยเรื่องที่ท่านสนใจดังนี้

- About ACRM
- President's Message
- Annual Conference
- Newsletter
- Membership Information
- Special Interest Groups
- อื่นๆ

ที่น่าสนใจคือ Special Interest Group ใครมีความถนัดหรือสนใจเรื่องใดเป็นพิเศษทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู จะมีบุคคลพร้อมที่อยู่สำหรับติดต่อกันทาง E-mail ได้ นอกจากนี้คุณจะได้ทราบหัวข้อพร้อมเรื่องย่อในวารสาร Rehabilitation Outlook โดยจะเน้นคุณภาพในเรื่องของงานวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิก ลองเข้าไปอ่านดูก็แล้วกัน

อีก Web Site หนึ่งเป็นของ Association of Academic Physiatrists ที่โฮมเพจนี้มีที่อยู่ดังนี้คือ <http://www.physiatry.org> โดยมีนายแพทย์ Nicolas E. Walsh เป็นประธาน รายละเอียดเกี่ยวกับการฝึกแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูหาได้จาก Web Site แห่งนี้นอกจากนี้ยังสามารถเปิดอ่านบทคัดย่อของวารสาร American Journal of PM&R ได้จากที่นี่อีกด้วย

อีก Web Site หนึ่งคงเป็นที่ถูกใจแก่ผู้ที่ชอบเรื่อง Electrodiagnosis ลองเข้าไปที่ <http://www.pitt.edu/~nab4/aaem.html> ซึ่งรับผิดชอบโดย American Association of Electrodiagnostic Medicine เข้าไปที่หน้า AAEM Resources มีข้อมูลเกี่ยวกับ Electrodiagnostic Medicine, Annual Meeting Education Materials, Membership, Educational Guidelines และอื่นๆ อีกมากมาย จะหาบทความในวารสาร Muscle & Nerve ก็สามารถเรียกจากที่นี่ได้เช่นเดียวกัน

ขอแจ้งข่าวดีแก่สมาชิกชาวเวชศาสตร์ฟื้นฟูทุกท่านที่เล่นอินเทอร์เน็ต เรามี Home page ของเราเองแล้วในชื่อ "www.rehabmed.or.th" โดยมี พ.ญ.สุขจันทร์ พงษ์ประไพ เป็น Administrator ของ Web Site แห่งนี้ และ น.พ.สาธิต วงศ์วิวัฒนานนท์ ทำหน้าที่เป็น Technical ที่ขาดไม่ได้ คือ สมาชิกชาวเวชศาสตร์ฟื้นฟูหลายๆ ท่านได้ช่วยกันเขียนบทความมาลงใน Web Site ของเรา ต้องขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ ที่นี้ด้วย เรายังขาดมือ graphic ดีๆ เพื่อมาช่วยเพิ่มสีสันให้ Web Site ของเรา ใครรู้ตัวว่ามีฝีมือกรุณาติดต่อผ่านทาง Admin. ได้เลย อ้อ! ลืมบอกไปว่ากรุณาเปิด Web Site ของเราด้วย Internet Explorer จะทำให้อ่านภาษาไทยได้ง่าย จุดประสงค์หลักของ Web Site นี้ ก็เพื่อ

1. เป็นสื่อนำข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ถ่ายทอดแก่ประชาชนคนไทยของเรา
2. เป็นแหล่งเชื่อมโยงติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ด้วยกันไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนบนโลกนี้ให้สมกับคำว่า Globalization
3. ประชาสัมพันธ์งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้เป็นที่แพร่หลาย
4. เป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูแก่แพทย์และผู้สนใจ

High light ของ Web Site ในช่วงนี้คือ การประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการ "First Asean Rehabilitation Medicine Association Congress (1st ARMA Congress)" ณ โรงแรมเชียงใหม่ ออคิด จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 10-13 ธันวาคม พ.ศ.2541 อยากให้สมาชิกชาวเวชศาสตร์ฟื้นฟูมาเข้าร่วมประชุมกันมากๆ มีหัวข้อน่าสนใจมากมาย คุณสามารถคลิกไปดูที่ Web Site ของเราในรายละเอียดของ Scientific Program ได้เลย

อย่าลืม ดิชมคอแลมนี่รวมทั้งมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ Web Site ของสมาคมฯ ไปยัง Sukajan@hotmail.com หรือ Sukajan@thaimail.com หรือจดหมายไปยัง

พ.ญ.สุขจันทร์ พงษ์ประไพ

แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ร.พ.วิชัยยุทธ

114/4 เศรษฐศิริ วิทยาโท กทม. 10400