

Original article

Correlation of depression in patients with acute coronary syndrome

Kuakoon Olanwat¹, Chanokporn Jitpanya^{2,*}

¹ Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

Background: Besides physical problems, patients with acute coronary syndrome (ACS) experienced psychological problems such as depression.

Objectives: To describe depression, and examine its correlates including social support, self-efficacy, sleep disturbance in patients with ACS.

Methods: One hundred and eighty-nine patients diagnosed with ACS (unstable angina, STEMI and NSTEMI) were recruited at outpatient clinics from two tertiary hospitals. Instruments consisted of a demographic data questionnaire, a social support questionnaire, a self-efficacy questionnaire, a sleep disturbance questionnaire, and a depression questionnaire. All questionnaires were tested for content validity by 5 experts. Alpha Cronbach coefficients of the instruments were 0.87, 0.76, 0.86, 0.84, respectively. Statistics used in the study was Pearson product moment correlations.

Results: 28.1% of ACS patients were depressed. Around 12.0% were at mild to moderate level, and 15.9% were at severe level of depression. Social support and self-efficacy were negatively related to depression ($r = -0.144$, and $r = -0.185$, $P < 0.05$). However, sleep disturbance was positively related to depression ($r = 0.59$, $P < 0.05$)

Conclusion: Assessment of depression in ACS patients was very important since the incidence of depression was quite noticeable. Promoting social support and self-efficacy might prevent depression. Also, managing sleep problems was beneficial in reducing depression.

Keywords: Acute coronary syndrome, depression, self-efficacy, sleep disturbance, social support.

***Correspondence to:** Chanokporn Jitpanya, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

E-mail: jchanokp@hotmail.com

Received: September 8, 2018

Revised: November 28, 2018

Accepted: January 21, 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เกื้อกุล โอฟารวัฒน์¹, ชนกพร จิตปัญญา²

¹หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากมีปัญหาด้านร่างกายแล้วยังพบปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีการทำวิจัย: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 189 ราย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทียกสูง (STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทีไม่ยกสูง (NSTEMI) ที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.87, 0.76, 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.1 มีภาวะซึมเศร้า โดยร้อยละ 12.2 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และร้อยละ 15.9 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง การสนับสนุนทางสังคมและสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.144$, และ $r = -0.185$, $P < 0.05$) และความแปรปรวนในการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.59$, $P < 0.05$)

สรุป: การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนี้มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง นอกจากนี้การส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตนสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ และการจัดการปัญหาการนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต

คำสำคัญ: กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ภาวะซึมเศร้า, สมรรถนะแห่งตน, ความแปรปรวนการนอนหลับ, การสนับสนุนทางสังคม.

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลกระทบของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป⁽¹⁾ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจมีอาการภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 50⁽²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alvi HN. และคณะ⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวนผู้ป่วย 180 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทียกสูง (ST-elevation myocardial infarction, STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทีไม่ยกสูง (non-ST elevation myocardial infarction, NSTEMI) เกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 19.2, 19.8 และ 19.1 ตามลำดับสำหรับในประเทศไทย มลฤดี บุราณ⁽⁴⁾ ศึกษาผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉลี่ยแล้วไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์⁽⁵⁾ ศึกษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 – 5 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 21.1 แต่ไม่ได้รับระดับว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับใด วรันธร พรหมสนธิ⁽⁶⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 13.4 สรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่วะยะเวลา 1 เดือน – 2 ปี ภายหลังเกิดโรค

ภาวะซึมเศร้าเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องร่วมมือในการจัดการและแก้ไขปัญหา ตลอดจนศึกษาหาความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทียกสูง (STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทีไม่ยกสูง (NSTEMI) ที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง มีทั้งหมด 8 โรงพยาบาล ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ต้องเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลางที่มีแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีหน่วยประชากรขนาดใหญ่และเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรมีทั้งหมด 3 โรงพยาบาล หลังจากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง ที่มีแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ได้ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง 2 ใน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทียกสูง (STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทีไม่ยกสูง (NSTEMI) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รหัสโรค ICD – 10 คือ I24.9 ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina) รหัสโรค ICD – 10 คือ I20.0 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI รหัสโรค ICD – 10 คือ I21.9 และ NSTEMI รหัสโรค ICD – 10 คือ I21.4 โดยได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างน้อย 1 เดือน – 2 ปี
- 2) อายุ 20 – 59 ปี เนื่องจากเป็นช่วงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานซึ่งมีความเสี่ยง

ต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁷⁾

3) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน การรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 ก.ย. 61 – 29 ต.ค. 61

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike RM.⁽⁸⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 170 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลประมาณ ร้อยละ 10⁽⁹⁾ รวมทั้งสิ้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 189 ราย

การศึกษานี้ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันที่ 1 เลขรหัสโครงการวิจัย 156.1/61 และดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง ก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้บันทึก ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพการงานที่ได้รับ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เป็นแบบข้อความให้ผู้ป่วยเลือกตอบสำหรับอายุและรายได้ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนคำตอบลงในช่องว่าง ตอนที่ 2 ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่างโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์ประวัติผู้ป่วย และจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ สิทธิการรักษาโรคประจำตัว / โรคร่วม การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Social Support of People with Coronary Heart Disease (SSCHD) ของ Kähkönen O. และคณะ⁽¹⁰⁾ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยประเมินการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ และการสนับสนุนด้านการทำหน้าที่ 3 ข้อ ค่าคะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ระหว่าง 1 - 70 คะแนน ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha = 0.86

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSE) ของ Sullivan MD. และคณะ⁽¹¹⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับโรคหัวใจ

ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ด้านการควบคุมอาการ (control symptom) จำนวน 8 ข้อ และด้านการคงไว้ซึ่งการทำงานที่ (maintain functioning) จำนวน 5 ข้อ ค่าคะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ระหว่าง 0 - 52 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนสูง คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha = 0.90

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความแปรปรวนในการนอนหลับ General Sleep Disturbance Scale ของ Lee KA.⁽¹²⁾ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงกวน⁽¹³⁾ ใช้ประเมินความแปรปรวนการนอนหลับในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบคือ การนอนหลับเชิงคุณภาพ (quality of sleep) การนอนหลับเชิงปริมาณ (quantity of sleep) ระยะเวลาที่หลับ (sleep onset latency) การตื่นช่วงกลางดึก (mid-sleep awakenings) การตื่นเร็วกว่าปกติ (early awakenings) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมช่วงกลางวัน (daytime sleepiness) และการใช้ยานอนหลับ (use of substances to induce sleep) เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ตั้งแต่ 0 - 7 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ระหว่าง 0 - 147 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน แสดงว่า มีความแปรปรวนการนอนหลับ คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha = 0.80

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare DL. และคณะ⁽¹⁴⁾ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจมีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วย ข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดของด้านซ้ายและด้านขวา จะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยกำหนด 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง 7 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนรวม 26 - 182 คะแนน ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งแรก Hare DL. และคณะ⁽¹⁴⁾ ไม่ได้ระบุเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนซึมเศร้าไว้ ต่อมา Kiropoulos LA. และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาคุณภาพของเครื่องมือ และแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น คะแนนต่ำกว่า 90 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนตั้งแต่ 90 - 100 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนมากกว่า 100 ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha = 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ทดสอบ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ Pearson's Product Moment Correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($n = 189$)

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ($n = 189$)

คุณสมบัติ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	129	68.3
หญิง	60	31.7
อายุ (ปี)		
20 - 39	6	3.2
40 - 49	19	10.1
50 - 59	164	86.7
สถานภาพ		
โสด	10	5.3
สมรส	163	86.2
หย่าร้าง	5	2.6
หม้าย	11	5.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	3.7
ระดับประถม	102	54.0
ระดับมัธยม	37	19.6
อนุปริญญา	22	11.6
ปริญญาตรี	16	8.5
ปริญญาเอก	5	2.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57	30.2
รับราชการ	47	24.9
ค้าขาย	17	9.0
รับจ้าง	32	16.9
เกษตรกร	16	8.5
พนักงานบริษัท	8	4.2
อื่นๆ	12	6.3

พบว่าในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.3 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.7 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.0 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 30.2

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามการวินิจฉัยโรคและระยะเวลาการเกิดโรค (n = 189)

คุณสมบัติ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
STEMI	41	21.7
NSTEMI	57	30.2
Unstable angina	91	48.1
ระยะเวลาการเกิดโรค		
1 เดือน	30	15.9
6 เดือน	33	17.5
1 ปี	32	16.9
1 ปี 6 เดือน	27	14.3
2 ปี	67	35.4

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามภาวะซีมีเศร้า (n = 189)

เกณฑ์การประเมินผล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	การแปลผลคะแนน
น้อยกว่า 90	136	72.0	ไม่มีภาวะซีมีเศร้า
90 - 100	23	12.1	มีภาวะซีมีเศร้าระดับปานกลาง
มากกว่า 100	30	15.9	มีภาวะซีมีเศร้าระดับรุนแรง
รวม	189	100	

ตารางที่ 4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวน การนอนหลับและภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 189)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ภาวะซีมีเศร้า	1.0			
2. การสนับสนุนทางสังคม	-0.144*	1.0		
3. สมรรถนะแห่งตน	-0.185*	0.000	1.0	
4. ความแปรปรวนการนอนหลับ	0.593**	-0.215**	-0.300**	1.0

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.1 มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองของอารมณ์ทางด้านลบของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน⁽¹⁶⁾ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคหัวใจน้อยลง อาจเนื่องมาจากความรุนแรงและผลกระทบของโรค⁽¹⁷⁾ ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะโรคและอาการที่รุนแรงของโรคว่าเป็นสิ่งที่คุกคามสุขภาพ ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ตนเองไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่อง เช่น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและมีข้อจำกัดในการขยายหลอดเลือดหรือผ่าตัด ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽¹⁸⁾ ผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักต้องเผชิญกับอาการของโรคที่มีความรุนแรงจึงทำให้รู้สึกท้อแท้ชีวิตไม่สนุกสนาน ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคที่ต้องจำกัดกิจกรรมที่ทำเพราะอาจส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ เนื่องจากกลัวอันตรายหรือเสี่ยงต่อชีวิตส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้จิตใจหม่นหมองและแสดงออกทางด้านร่างกายเกิดความรู้สึกไม่สดชื่น ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้⁽⁴⁾ สาเหตุของภาวะซึมเศร่ายังไม่มีทฤษฎีใดที่อธิบายไว้ชัดเจน ส่วนมากอธิบายจากสาเหตุผสมผสานกันซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีประวัติเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต⁽²¹⁾ ดังเช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetic transmission) เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิดโดยการถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่ากรณีที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 54⁽²¹⁾ และทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการขาดภาวะสมดุลด้านการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) กลุ่มไบโอจีนิก เอมีนส์ (biogenic amines) ได้แก่ อินโดเลมีนส์ (indoleamines) หรือซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มของแคทีโคลามีน (catecholamine) คือ นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และโดพามีน (dopamine) ปริมาณสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวลดลงมากกว่าปกติ ทำให้

บุคคลมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่ายนอนไม่หลับ ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลงในระยะยาวอาจทำให้บุคคลมีภาวะของการเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด⁽²²⁾

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมเป็นมิติด้านหนึ่ง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการสนับสนุนด้านอารมณ์ (แหล่งสนับสนุนที่รับฟังปัญหาหรือทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นตัวเองมีคุณค่า) การสนับสนุนด้านวิธีการ (สนับสนุนด้านการปฏิบัติ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (การให้คำแนะนำ)⁽²³⁾ การสนับสนุนทางสังคม เป็นการประเมินที่บุคคลนั้นมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามี การสนับสนุนที่พึงพาได้ในช่วงระยะเวลาที่ต้องเผชิญความเครียด เป็นการประเมินความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่สนับสนุนการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยการสนับสนุนนั้นสามารถหาได้ถ้าต้องการ⁽²⁴⁾ มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นผลมาจากการการสนับสนุนทางสังคมต่ำ⁽²⁵⁾ การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายระดับภาวะซึมเศร้าได้ระยะเวลา 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังจากผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล^(26, 27) การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจในทางลบ เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นผลกระทบต่อภาวะอารมณ์โดยตรงโดยผ่านกลไกที่มีพยาธิสภาพหรือผ่านทางพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁸⁾

สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากทฤษฎี Social' s social cognitive theory ของ Bandura A.⁽²⁹⁾ กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตนทำให้แต่ละบุคคลมีความรู้สึกความคิดและการกระทำแตกต่างกันออกไป เมื่อกล่าวถึงด้านความรู้สึก บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ (low sense of self - efficacy) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความสิ้นหวัง มีความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง (low self esteem) และมีความคิดมองโลกในแง่ร้าย ถ้ากล่าวถึงด้านความคิด บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง มีความมั่นใจและเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมาหลายลักษณะ เช่น การตัดสินใจอย่างมีคุณภาพและความสำเร็จด้านวิชาการ สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ⁽³⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Steca P. และคณะ⁽³¹⁾ พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ สมรรถนะ

แห่งตนในบริบทของผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจำกัดแอลกอฮอล์⁽²⁹⁾ ความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ⁽³²⁾

ความแปรปรวนในการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานของสารสื่อประสาท serotonin ซึ่งเกี่ยวข้องในการควบคุมวงจรการนอนหลับตามปกติลดลง ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง⁽³³⁾ ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการศึกษาในประเทศไทยพบได้สูงถึงร้อยละ 67⁽³⁴⁾ การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ⁽³⁵⁾ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอัตราความชุกของความแปรปรวนการนอนหลับอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า⁽³⁶⁾ ปัญหาของความแปรปรวนการนอนหลับที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยบางรายต้องรับประทานยาหลายชนิดในระหว่างวันและมีกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำตามปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าพักผ่อนได้น้อย และเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในการนอนหลับแต่ละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Norra C. และคณะ⁽³⁷⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนการนอนหลับกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 104 ราย พบว่าคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวม PQSI > 5, คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) และผลกระทบต่อการทำงานของกิจกรรมในเวลากลางวัน (day time dysfunction) มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ องค์ประกอบทั้ง 2 ด้านสามารถร่วมทำนายอาการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจได้ ร้อยละ 40.4 ความแปรปรวนการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ

สรุป

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจถือว่ามีความสำคัญ ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในด้านการพยาบาล เพื่อทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งถ้าหากปัจจัยดังกล่าวไม่ได้รับ

การจัดกระทำ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุประการหนึ่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและผลลัพธ์ต่อโรคหัวใจน้อยลง จากการศึกษาของ Lichtman H. และคณะ⁽³⁸⁾ ระบุว่า American Heart Association แนะนำว่าควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งควรได้รับการประเมินและการตรวจรักษาเพิ่มเป็นแนวทางการพัฒนาการรักษาทางคลินิกและพัฒนาแนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hare DL. และคณะ⁽³⁹⁾ ได้ทบทวนด้านคลินิกเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นสิ่งที่ควรได้รับการป้องกันการค้นหาและการจัดการที่เหมาะสม อีกทั้งการเพิ่มกลยุทธ์ในการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจยังรวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การออกกำลังกายและการสนับสนุนทั่ว ๆ ไป อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Lichtman JH, Bigger JT, Jr., Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lesperance F, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118:1768-75.
2. Reddy P, Dunbar JA, Janus ED, Wolff A, Bunker S, Morgan MA, et al. Identifying depression in patients following admission for acute coronary syndrome. *Aust J Rural Health* 2007;15:137-8.
3. Alvi HN, Ahmad S. Prevalence of Depression in Patients of Acute Coronary Syndrome. *Pakistan J Med Health Sci* 2016;10:620-1.
4. มลฤดี บุราณ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.

5. สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
6. วรันธร พรหมสนธิ์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
7. Alkhawam H, Sogomonian R, El-Hunjul M, Kabach M, Syed U, Vyas N, et al. Risk factors for coronary artery disease and acute coronary syndrome in patients 40 years old. *Future Cardiol* 2016;12: 545-52.
8. Thorndike RM. Correlational procedures for research. New York: Gardner Press;1978.
9. De Leeuw ED, Hox J, Dillman D. International handbook of survey methodology. London: CRC Press;2008.
10. Kähkönen O, Kankkunen P, Miettinen H, Lamidi ML, Saaranen T. Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary heart disease. *J Clin Nurs* 2017;26:1264-80.
11. Sullivan MD, Lacroix AZ, Russo J, Katon WJ. Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic Med* 1998;60:473-8.
12. Lee KA. Self-reported sleep disturbances in employed women. *Sleep* 1992;15:493-8.
13. ดารา วงกวน. ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
14. Hare DL, Davis CR. Cardiac Depression Scale: validation of a new depression scale for cardiac patients. *J Psychosomatic Res* 1996;40:379-86.
15. Kiropoulos LA, Meredith I, Tonkin A, Clarke D, Antonis P, Plunkett J. Psychometric properties of the cardiac depression scale in patients with coronary heart disease. *BMC Psychiatry* 2012;12: 216.
16. Marke V, Bennett P. Predicting negative emotional states following first onset acute coronary syndrome. *J Health Psychol* 2017;22:765-75.
17. de Jonge P, van den Brink RH, Spijkerman TA, Ormel J. Only incident depressive episodes after myocardial infarction are associated with new cardiovascular events. *J Am College of Cardiol* 2006;48:2204-8.
18. จริยา ตันติธรรม. กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน: คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต; กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ; 2547. หน้า266-340.
19. Beckie TM, McCabe PJ. Depression among patients with acute coronary syndromes. *J Cardio Nurs* 2014; 29:288-90.
20. วาทีนี สุขมาก. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2556.
21. สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล. สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า. ใน: ธรรมนูญ กองสุข, บรรณาธิการ, โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต; 2550. หน้า 31-54.
22. สายฝน เอกวรางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเซียเพลส; 2558.
23. Wills TA, Shinar O. Measuring perceived and received social support. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH. editors. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 2000.p.86-135.
24. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Catellier DJ, Carney RM, Berkman LF, et al. Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Int J Behav Med* 2009;16:248-58.

25. Goldston K, Baillie AJ. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev* 2008;28:288-306.
26. Brummett BH, Babyak MA, Barefoot JC, Bosworth HB, Clapp-Channing NE, Siegler IC, et al. Social support and hostility as predictors of depressive symptoms in cardiac patients one month after hospitalization: a prospective study. *Psychosom Med* 1998;60:707-13.
27. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000;101:1919-24.
28. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)* 2007;4:35-40.
29. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
30. Greco A, Steca P, Pozzi R, Monzani D, D'Addario M, Villani A, et al. Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. *Int J Behav Med* 2014;21:221-9.
31. Steca P, Greco A, Monzani D, Politi A, Gestra R, Ferrari G, et al. How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychol Health* 2013;28:765-83.
32. Izawa KP, Watanabe S, Omiya K, Hirano Y, Oka K, Osada N, et al. Effect of the self-monitoring approach on exercise maintenance during cardiac rehabilitation: a randomized, controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil* 2005;84:313-21.
33. Adrien J. Neurobiological bases for the relation between sleep and depression. *Sleep Med Rev* 2002;6:341-51.
34. ปภาพสรีร์ เจริญพัฒนาก็ค. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
35. Wallander M-A, Johansson S, Ruigómez A, Rodríguez LAG, Jones R. Morbidity associated with sleep disorders in primary care: a longitudinal cohort study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:338-45.
36. Matsuda R, Kohno T, Kohsaka S, Fukuoka R, Maekawa Y, Sano M, et al. The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *Int J Cardiol* 2017;228:977-82.
37. Norra C, Kummer J, Boecker M, Skobel E, Schauerte P, Wirtz M, et al. Poor sleep quality is associated with depressive symptoms in patients with heart disease. *Int J Behav Med* 2012;19:526-34.
38. Lichtman JH, Bigger Jr JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118:1768-75.
39. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J* 2014;35:1365-72.