Deprese a kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním**Depression and quality of life in patients with chronic heart failure****Šárka Vévodová¹, Michaela Andrllová², Jiří Vévoda¹**¹Ústav společenských a humanitních věd, Fakulta zdravotnických věd,

Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika

²Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika**ABSTRAKT**

Východiska: Chronické srdeční selhání je označováno jako epidemie 21. století, která má závažné důsledky, výrazně snižuje délku života a má negativní dopad na kvalitu života. Se zhoršenou kvalitou života u pacientů s chronickým srdečním selháním souvisí deprese, která je diagnostikována až u 36,5 % z nich.

Cíl: Cílem výzkumu bylo zjistit míru kvality života a deprese a jejich vzájemný vztah u pacientů s chronickým srdečním selháním a srovnat sledované proměnné s kontrolní skupinou.

Metodika: Výzkumné šetření bylo realizováno na kardiologickém oddělení tří nemocnic v České republice od října roku 2015 do dubna roku 2016. Zúčastnili se pacienti, kteří byli hospitalizováni a léčili se s chronickým srdečním selháním. K výzkumnému šetření byly použity 2 standardizované dotazníky: dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dotazník deprese BDI-II.

Výsledky: Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Z výsledků lze také konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Byl rovněž zjištěn signifikantní negativní vztah mezi celkovou kvalitou života a depresí u pacientů s chronickým srdečním selháním.

Závěr: Včasnou diagnostikou a terapií deprese by mohlo dojít nejen ke zkvalitnění života pacientů s chronickým srdečním selháním a to ve všech oblastech, ale i ke snížení počtu hospitalizací.

ABSTRACT

Background: Chronic heart failure is labelled as an epidemic of the 21st century with serious consequences dramatically reducing life expectancy with a negative impact on quality of life. Impaired quality of life in patients with chronic heart failure is linked to depression which is diagnosed in as many as 36.5% of the patients.

Aim: The aim of the research was to determine the level of quality of life and depression and their relatedness in patients with chronic heart failure and to compare the observed variables with a control group.

Methods: The research was carried out at cardiologic departments of three hospitals in the Czech Republic between October 2015 and April 2016. The research sample included patients admitted to hospital for chronic cardiac failure. The research survey used two standardized questionnaires: quality of life questionnaire WHOQOL-BREF questionnaire depression and BDI-II.

Results: The results of the survey show that there is a significant difference in quality of life between the examined population and the control group. The results also suggest that there is a statistically significant difference in the rate of depression among the examined population and the control group. It can be concluded that there is a significantly negative relationship between overall quality of life and depression in patients with a chronic heart failure.

Conclusions: Early diagnosis and depression management could lead to overall better quality of life of these patients as well as to decrease in the number of hospitalizations.

KLÍČOVÁ SLOVA

chronické srdeční selhání, kvalita života, deprese, WHOQOL-BREF, BDI-II

KEY WORDS

chronic heart failure, quality of life, depression, WHOQOL-BREF, BDI-II

ÚVOD

Chronické srdeční selhání (dále jen „CHSS“) je komplexní klinický syndrom, který postihuje nemocné s různými kardiovaskulárními onemocněními (1). CHSS je konečnou fází některých onemocnění (např. ischemické choroby srdeční, neléčené nebo špatně korigované hypertenze, chlopenní srdeční vady, kardiomyopatie). CHSS je označováno jako epidemie 21. století, která má závažné důsledky, výrazně snižuje délku života a má negativní dopad na kvalitu života (2). Zlepšení léčby akutních stavů (především akutního infarktu myokardu) umožňuje, aby více nemocných dospělo do chronického srdečního selhání (3). Prevalence CHSS v populaci se pohybuje okolo 1–2 %, roční incidence kolem 0,4 % (4, 5). V Evropě je diagnostikováno CHSS přibližně u 6,5 milionů jedinců (6). Prognóza je i přes vysoce specializované a kvalitní možnosti léčby nepříznivá a přibližně polovina pacientů umírá do čtyř let od stanovení diagnózy a polovina pacientů s těžkou formou onemocnění zemře do jednoho roku (2, 7). Diagnostika i léčba onemocnění jsou náročné nejen medicínsky, ale i ekonomicky (3).

Chronické onemocnění má dopad na všechny aspekty života (8). Pacienti s CHSS musí sledovat příznaky nemoci, přizpůsobit jídelníček, hmotnost a dodržovat režimová opatření. Hospitalizace, náklady na léčbu a další ekonomické faktory mohou vést k finanční tísní. Fyzické příznaky, nežádoucí účinky léčby, onemocnění nebo právě finanční tíseň mohou snižovat kvalitu života až o 40 % (9, 10, 11, 12, 13, 8, 14, 15). Se zhoršenou kvalitou života u pacientů s CHSS souvisí deprese (15). U pacientů s CHSS je deprese častá a to u 13,9 % až 36,5 % z nich (16, 17, 18). Depresivní symptomy vedou u těchto pacientů ke zhoršení fyzických symptomů a funkčního stavu (17, 18). Deprese má u pacientů s CHSS rovněž nepříznivý vliv na úmrtnost, opakované hospitalizace a celkovou kvalitu života (13, 18, 19, 9, 16, 15). Pro řadu pacientů je značnou psychickou zátěží podílejí se na vzniku deprese fakt, že se nemohou zapojit do oblíbené zábavy či aktivity a řada jejich cílů, které považovali za reálné, jsou nyní nesplnitelné. Současně nemožnost zapojit se do rodinných aktivit a zábavy vede k narušení rodinných vztahů a k narušení rolí (zejména role manžel/manželka, dědeček/babička) (11).

Psychosociální faktory ovlivňují kvalitu života více, než biomedicínské faktory. V rámci psychosociálních faktorů pak zaujímá přední místo sociální opora, která u pacientů zvyšuje schopnost sebezpěče a kompliance (8). U řady pacientů s CHSS však v důsledku onemocnění dochází k sociální izolaci, změnám v pracovním životě i narušení vztahů v rodině.

Efektivní management ošetrovatelské péče směřuje ke zlepšení kvality života (21). Režimová opatření týkající se CHSS a životního stylu pacientů hrají velmi důležitou roli. Významným prvkem je také edukace týkající se CHSS, jeho příznaků, managementu a komplikací (3, 21). Velmi důležitou u pacientů s CHSS je fyzická aktivita prokazatelně zvyšující kvalitu života (21, 12, 22). Pravidelná aktivita, jako je chůze nebo jízda na kole je pro pacienty se stabilizovaným srdečním selháním bezpečná, zvyšuje zátěžovou kapacitu (23, 12) a snižuje počet hospitalizací (24). Aktivita je možná u pacientů v rámci třídy NYHA I-III, kteří jsou bez maligních komorových arytmií a dalších kontraindikací (3). Pokud je pacient kompenzovaný a ve třídě NYHA I-II, může se zapojit bez problémů i do sexuálního života (20, 24) a může bez problémů cestovat, pokud dodrží všechna doporučení (20).

Velmi účinným prvkem pro zlepšení kvality života pacientů s CHSS je kardiorehabilitace (12), která může zpomalit nebo zmírnit progresi CHSS, zmírnit příznaky, zlepšovat toleranci zátěže a v konečném důsledku vést ke snížení mortality. Součástí celého rehabilitačního programu je nutnost dodržovat další režimová opatření (psychická pohoda, kontrola krevního tlaku, kontrola lipidů a cukru v krvi, zanechání kouření aj.) (21, 22).

Kvalitu života pacientů s CHSS významně narušuje deprese. K terapii deprese u pacientů s CHSS je využívána především kognitivně behaviorální terapie (25, 26). Další z možností je využití skupinové či individuální terapie (26, 27).

CÍL PRÁCE

Cílem výzkumu bylo zjistit míru kvality života a deprese a jejich vzájemný vztah u pacientů s chronickým srdečním selháním a srovnat sledované proměnné s kontrolní skupinou zdravé populace.

METODIKA

Pro účely výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum za použití standardizovaných dotazníků kvality života – WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life) a Beckovy sebesposuzovací škály depresivity pro dospělé – BDI-II. Dotazník WHOQOL-BREF byl standardizován pro Českou republiku. Dotazník obsahuje celkem 26 položek. První dvě položky Q1 a Q2 měří celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Zbývajících 24 položek je rozděleno do čtyř domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (DOM 1–4), které se hodnotí samostatně (28). Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), byla vytvořena Aaronem T. Beckem. BDI-II je novější

verzí dotazníku BDI. Je jedním z nejvíce využívaných instrumentů k hodnocení deprese. Tento dotazník se skládá z 21 položek. Celkový skóre < 13 bez přítomnosti deprese, 14–19 lehká deprese, 20–28 středně těžká deprese a těžká deprese 29 a více (29). Český překlad dotazníku a jeho manuál vytvořil v roce 1999 Preiss a Vacíř. Reliabilita a validita dotazníku byla ověřena Ptáčkem a kol. (30).

Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd UP v Olomouci. Šetření probíhalo na kardiologickém oddělení tří nemocnic v České republice od října roku 2015 do dubna roku 2016. Zařazení byli pacienti hospitalizovaní a léčeni pro CHSS. Kritérii pro výběr respondentů byl věk 18 a více let, léčen s CHSS dle diagnostických kritérií (NYHA III a NYHA IV (3)), pacienti hospitalizovaní na kardiologickém oddělení. Do kontrolního souboru byli zařazení muži a ženy starší 18 let, kteří nebyli léčeni pro chronické onemocnění. Stanovenými kvótami byly subjektivní pocit plného zdraví, pohlaví, region trvalého pobytu a věk. Do výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 52 respondentů, 26 žen a 26 mužů. Průměrný věk respondentů byl 62,67 let (54 let – 88 let). Kontrolní soubor byl tvořen 58 respondenty, z toho 27 žen a 31 mužů. Průměrný věk respondentů kontrolní skupiny byl 57,22 let (38–74).

Ke statistickému zpracování dat bylo využito programu Microsoft Excel 2013 a statistického programu IBM-SPSS 19 Base. Kolmogorov-Smirnov test zjistil normální rozložení dat pro celkovou kvalitu života a domény prostředí. Domény fyzické zdraví, prostředí, sociální vztahy a deprese se statisticky signifikantně liší od normálního rozložení dat. Byl použit parametrický T-test pro celkovou kvalitu života a domény prostředí. Pro domény fyzické zdraví, prostředí, sociální vztahy a deprese byl využit neparametrický Mann-Whitney test. S ohledem na ordinální data (Likertova škála) byl použit Spearmanův korelační koeficient pro zjištění vztahu mezi sledovanými proměnnými.

VÝSLEDKY

Cronbachova α dotazníku WHOQOL-BREF byla pro doménu fyzické zdraví $\alpha = 0,68$, prožívání $\alpha = 0,74$, sociální vztahy $\alpha = 0,82$ a prostředí $\alpha = 0,69$. Cronbachova α dotazníku BDI-II pro deprese byla $\alpha = 0,80$.

Pro interpretaci zjištěných výsledků měření byly použity průměrné hrubé skóre jednotlivých domén dotazníku kvality života WHOQOL-BREF u pacientů s CHSS a zdravé populace. Bylo provedeno srovnání jednotlivých domén kvality života u pacientů s CHSS a kontrolního souboru zdravé populace pomocí Mann-Whitney a T-testu (Tabulka 1).

Z tabulky 1 je patrné, že pacienti s CHSS mají nižší kvalitu života ve všech doménách než kontrolní skupina respondentů. Pro statistické srovnání celkové kvality života (Q1) mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou byl vzhledem k normálnímu rozložení dat použit studentův T-test ($t = 9,65$, $p < 0,01$). Lze konstatovat, že mezi průměry výběrových souborů existuje signifikantní rozdíl. Pacienti s CHSS mají signifikantně nižší skóre celkové kvality života než kontrolní skupina.

Pro položku Q2 a domény 1.–3. byl z důvodu odchylky dat od normálního rozložení (Kolmogorov-Smirnov test ukázal, že data se liší od normálního rozložení ($p = 0,000$)) použit Mann-Whitney U-test. Byl zjištěn signifikantní rozdíl ve všech doménách kvality života ($p = 0,000$) mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou (Tabulka 1). Pacienti s CHSS mají signifikantně nižší míru kvality života ve všech doménách oproti kontrolnímu souboru.

Z interpretace dat z dotazníku BDI-II vyplynulo, že z celkového počtu 26 žen s CHSS, které se zúčastnily výzkumného šetření, vykazovalo 11 žen minimální projevy deprese, lehký stupeň deprese byl zjištěn u 5 žen, středně těžký stupeň deprese u 6 žen a těžký stupeň deprese u 4 žen. Z celkového počtu 26 mužů vykazovalo 12 mužů minimální projevy deprese, lehký stupeň deprese byl zjištěn u 7 mužů, středně těžký u 2 mužů a těžká deprese byla zjištěna u 5 mužů (Tabulka 2).

Tabulka 1 Průměrné hodnoty jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

Skupina	n	Q1	Q2	DOM 1 (FZ)	DOM 2 (P)	DOM 3 (SV)	DOM 4 (PR)	CKŽ
ZS	52	2,63	2,10	17,56	16,73	8,77	27,73	75,52
KS	58	4,18	3,94	22,71	22,08	11,78	32,18	96,86
Mann-Whitney T-test		$t = 9,65$	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,000$	

Legenda: n – počet respondentů, Q1 – celková kvalita života, Q2 – zdravotní stav, DOM 1 (FZ) – fyzické zdraví, DOM 2 (P) – prožívání, DOM 3 (SV) – sociální vztahy, DOM 4 (PR) – prostředí, CKŽ – celkový skóre kvality života, ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní skupina

Tabulka 2 Výskyt deprese u jedinců s CHSS

ZS	n (%)	Min. hodnota	Max. hodnota	r	Bez přit. deprese	Lehká deprese	Středně těžká deprese	Těžká deprese
Ženy	26 (50)	4	47	17,65	11	5	6	4
Muži	26 (50)	3	49	17,12	12	7	2	5
Celkem	52 (100)	3	49	17,38	23	12	8	9

Legenda: ZS – zkoumaný soubor, n – počet respondentů, r – průměr

Dále byla srovnávána míra deprese u zkoumaného a kontrolního souboru. V následující tabulce 3 je uvedeno srovnání naměřených hodnot deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Tabulka 3 Srovnání míry deprese u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

Skupina	n	r	r ženy	r muži	Min. ženy	Min. muži	Max. ženy	Max. muži
ZS	52	17,38	17,65	17,12	4	3	47	49
KS	58	5,00	5,40	4,74	0	0	18	11

Legenda: r – průměr, ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor

Kolmogorov-Smirnov test ukázal, že data dotazníku BMI-II se liší od normálního rozložení ($p = 0,000$). Z tohoto důvodu byl použit neparametrický Mann-Whitney test. Lze konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou ($p = 0,000$). Míra deprese je signifikantně vyšší u jedinců s CHSS než u kontrolního souboru.

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi sledovanými proměnnými byl použit Spearmanův korelační koeficient, který prokázal existenci signifikantní korelace

mezi všemi doménami kvality života a mírou deprese u pacientů s CHSS. Lze konstatovat, že existuje signifikantní negativní vztah mezi celkovou mírou kvality života a deprese ($r = -0,880$, $p < 0,01$). Se zvyšující se mírou deprese klesá celková kvalita života. Existuje rovněž signifikantní negativní vztah mezi mírou kvality života v doméně fyzické zdraví a mírou deprese ($r = -0,844$, $p < 0,01$), v doméně prostředí a mírou deprese ($r = -0,798$, $p < 0,01$), v doméně sociální vztahy a mírou deprese ($r = -0,805$, $p < 0,01$) a v doméně prožívání a mírou deprese ($r = -0,739$, $p < 0,01$) (Tabulka 4).

Tabulka 4 Srovnání míry deprese u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

	DOM1 (FZ)	DOM2 (P)	DOM3 (SV)	DOM4 (PR)	CKŽ	Deprese
DOM1 (FZ)	1,000	,851**	,795**	,726**	,937**	-,844**
DOM2 (P)		1,000	,783**	,704**	,932**	-,798**
DOM3 (SV)			1,000	,694**	,872**	-,805**
DOM4 (PR)				1,000	,855**	-,739**
CKŽ					1,000	-,880**
Deprese						1,000

Legenda: DOM1 (FZ) – Doména 1 (Fyzické zdraví), DOM2 (P) – Doména 2 (Prožívání), DOM3 (SV) – Doména 3 (Sociální vztahy), DOM 4 (PR) – Doména 4 (Prostředí), CKŽ – celková kvalita života, ** $p < 0,01$

DISKUZE

Práce byla orientována na jedno z velmi diskutovaných témat současnosti a to chronické srdeční selhání a s ním spojené narušení psychosociálních aspektů života. CHSS vede ke zhoršené kvalitě života (9, 10,

11, 12, 13, 8, 14, 15). Tato skutečnost se potvrdila ve výsledcích našeho výzkumného šetření. Bylo zjištěno, že existuje signifikantní rozdíl v míře celkové kvality života mezi zkoumaným souborem pacientů s CHSS a kontrolní skupinou zdravé populace.

Mezi problémové oblasti u pacientů s CHSS mohou patřit samotné příznaky CHSS, nejistota další prognózy a dalších symptomů (11). Tento předpoklad potvrzují výsledky našeho výzkumu, z něhož vyplynulo, že existuje signifikantní rozdíl v doméně fyzické zdraví mezi souborem pacientů s CHSS a zdravé populace. CHSS snižuje kvalitu života v doméně fyzické zdraví.

Kromě narušení fyzické funkce či celkové kvality života může mít onemocnění i negativní dopad na psychiku, emoční a mentální pohodu, sociální vztahy či na celkovou spokojenost se životem (19, 8). CHSS ovlivňuje všechny domény kvality života a má tak dopad na fyzické zdraví a zdravotní stav, prostředí pacienta, sociální vztahy, prožívání i celkovou kvalitu života, což potvrdily i výsledky tohoto výzkumu. Ve všech doménách kvality života byly zjištěny signifikantně nižší hodnoty u pacientů s CHSS než u kontrolního souboru.

Dříve publikované výzkumy uvádí častou přítomnost deprese u pacientů s CHSS (31, 16, 25), což je v souladu s našimi zjištěními. Světová zdravotnická organizace řadí depresi k nejčastějším příčinám invalidity. Její prevalence má vrůstající tendenci (30). V populaci se deprese vyskytuje u 5–16 % jedinců (32). U mužů je celoživotní riziko výskytu 5–12 %, u žen je to 10–25 % (30). U pacientů s CHSS je výskyt deprese až u 36,5 % (16, 17, 18). Tuto skutečnost potvrzují výsledky našeho výzkumu. Deprese byla zjištěna u 29 (55,77 %) pacientů s CHSS. Vysoký výskyt deprese u pacientů s CHSS upozorňuje na nutnost terapie, která je bohužel často opomíjena. Skutečnost, že deprese byla zjištěna u více než poloviny respondentů, lze vysvětlit i tím, že se jednalo o pacienty hospitalizované. Hospitalizace může být jedním z faktorů ovlivňujících výskyt deprese. Depresivní symptomy jsou u těchto pacientů rovněž spojeny se zhoršením fyzických symptomů a funkčního stavu (18), snižují kvalitu života pacientů a mají nepříznivý vliv na úmrtnost a opakované hospitalizace (15, 13, 18, 19, 9, 16). Terapií deprese by tak mohla být nejen zvýšena kvalita života, ale i celkový stav pacientů. Výsledky našeho výzkumu potvrzují existenci vztahu mezi mírou deprese a kvality života ve všech doménách.

LIMITY STUDIE

Limitem studie byl jeho regionální rozsah a výsledky tak nelze generalizovat. Nebyly zjišťovány další proměnné, které mohou ovlivnit míru deprese u respondentů. Mezi tyto faktory patří například aktuální životní situace respondenta, nálada či osobnostní rysy. Nelze říci s určitostí, že CHSS vede ke zhoršené kvalitě života a depresi, protože by bylo nutno dalších studií nejlépe longitudinálního rázu. Jedním z faktorů, které ovlivňují kvalitu života, může být i hospita-

lizace. Výzkumné šetření zkoumaného souboru bylo realizováno u hospitalizovaných pacientů s CHSS, což mohlo samo o sobě vést ke snížení kvality jejich života a vysokému výskytu deprese. Dalším limitem může být nižší průměrný věk respondentů kontrolního souboru. Kritériem pro zařazení do kontrolního souboru byl subjektivní pocit plného zdraví. Toto kritérium však nebylo u respondentů vyššího věku naplněno.

ZÁVĚRY

Výsledky výzkumného šetření potvrzují existenci signifikantního negativního vztahu mezi mírou kvality života a mírou deprese u pacientů s CHSS. Zlepšením terapie deprese u těchto pacientů by tak mohlo dojít ke zlepšení kvality jejich života. Bohužel je však důraz v léčbě stále kladen především na tělesné symptomy a psychika pacientů bývá mnohdy opomíjena. Přitom včasnou diagnostikou a terapií deprese by mohlo dojít nejen ke zkvalitnění života těchto pacientů ve všech oblastech, ale i ke snížení počtu hospitalizací, zlepšení fyzických symptomů a funkčního stavu.

PODĚKOVÁNÍ

Príspevek je dedikovaný projektu Studentské grantové soutěže Univerzity Palackého v Olomouci: IGA_FZV_2017_001, Mobbing a syndrom vyhoření ve zdravotnictví.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. Málek F, Schejbalová M. Chronické srdeční selhání v praxi. Medicína po promoci [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 12];12(4):[about 1 p.]. Available from: <http://www.tribune.cz/clanek/23834-chronicke-srdecni-selhani-v-praxi>
2. Halmo R, Galuszka J, Langová K, Galuszková D. Self Care In Patients With Chronic Heart Failure. Pilot Study – Self Care Includes Problems. Biomedical Papers. 2015;159(1): 124-30.
3. Špinar J, Vítovec J, Hradec J, Málek I, Meluzín J, Špinarová L, Hošková L, Hegarová M, Ludka O, et al. 2011. Doporučený postup České kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. Cor et vasa [Internet]. 2012[cited 2016 Aug 10];54(3-4):161-82. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00108650>
4. Hradec J, Býma S. Chronické srdeční selhání. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 12];7(3):89-98. Available from: <http://www.tribune.cz/clanek/37580-chronicke-srdecni-selhani-cast-terminologie-epidemiologie-a-diagnostika>

5. Lazárová M, Málek F, Táborský M. Péče o pacienty s pokročilým chronickým srdečním selháním. *Interní medicína pro praxi* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 12];14(6-7):246-9. Available from: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/06/02.pdf>
6. Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, Galanis P, Copanitsanou P, Pananoudaki E, Brokalaki H. Health related quality of life of patients with severe heart failure. A cross sectional multicentre study. *Scandinavian journal of caring sciences* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 12];27(3):686-94. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=88980049&lang=cs&site=ehost-live>
7. Heinc P. Chronické srdeční selhání. *Medicína pro praxi* [Internet]. 2007 [cited 2016 Aug 12];4(5):211-16. Available from: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/05/06.pdf>
8. Chiaranai C, Salyer J, Best, A. Self-care and quality of life in patients with heart failure. *Thai Journal of Nursing Research* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 12];13(4):302-17. Available from: <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TJNR/article/view/2488>
9. Travis L, Hardin SR, Benton ZG, Austin L, Norris LW. A nurse-managed population based heart failure clinic: Sustaining quality of life. *Journal of Nursing Education and Practice* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 12];2(4):1. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1030263351?accountid=16730>
10. Mello IT, Ashcraft AS. The meaning in life for patients recently hospitalized with congestive heart failure. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 12];26(2):70-6. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94007061&lang=cs&site=ehost-live>
11. Hopp FP, Thornton N, Martin L. The lived experience of heart failure at the end of life: a systematic literature review. *Health & social work* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 12];35(2): 109-17. Available from: <http://search.proquest.com/docview/304920116?accountid=16730>
12. Van Den Berg-Emons RJ, Bussmann JB, Balk AH, Stam HJ. Factors associated with the level of movement-related everyday activity and quality of life in people with chronic heart failure. *Physical therapy* [Internet]. 2005 [cited 2016 Aug 12];85(12):1340-8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=19426834&lang=cs&site=ehost-live>
13. Volz A, Schmid JP, Zwahlen M, Kohls S, Saner H, et al. Predictors of readmission and health related quality of life in patients with chronic heart failure: a comparison of different psychosocial aspects. *Journal of behavioral medicine* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 12];34(1):13-22. Available from: <http://search.proquest.com/docview/846827620?accountid=16730>
14. Bowden K, Fitzgerald SA, Piamjariyakul U, Werkowitch M, Thompson N, et al. Comparing Patient and Nurse Specialist Reports of Causative Factors of Depression Related to Heart Failure. *Perspectives in Psychiatric Care* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 12];47(2):98. Available from: <http://search.proquest.com/docview/864987072?accountid=16730>
15. Bunyamin V, Spaderna H, Weidner G. Health behaviors contribute to quality of life in patients with advanced heart failure independent of psychological and medical patient characteristics. *Quality of Life Research* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 12];22(7):1603-11. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=90101551&lang=cs&site=ehost-live>
16. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of general internal medicine* [Internet]. 2007 [cited 2016 Aug 12];22(4):470-7. Available from: <http://search.proquest.com/docview/875741804?accountid=16730>
17. Lossnitzer N, Herzog W, Schultz JH, Taeger T, Frankenstein L, Wild B. A patient-centered perspective of treating depressive symptoms in chronic heart failure: What do patients prefer ?. *Patient education and counseling* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 12];98(6):783-7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=108322793&lang=cs&site=ehost-live>
18. Pérez-García AM, Oliván S, Bover R. Subjective well-being in heart failure patients: Influence of coping and depressive symptoms. *International journal of behavioral medicine* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 12];21(2):258-65. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=95298532&lang=cs&site=ehost-live>
19. Davidson PM, Inglis SC, Newton PJ. Self-care in patients with chronic heart failure. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 12]; vol. 13, no. 3, pp. 351-9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23763532&lang=cs&site=ehost-live>

20. Luckson M. Managing chronic heart failure. Practice Nurse [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 12];37(4):39-44. Available from: <http://search.proquest.com/docview/230465866?accountid=16730>
21. Ghanbari-Firoozabadi M, Rahimianfar AA, Nasab RVM; Namayandeh SM, Emami M; Boostani R, et al. A Study of the Effect of Cardiac Rehabilitation on Heart Failure Patients' Life Quality. Journal of Medicine and Life [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 12];7(1):51-4. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1551986734?accountid=16730>
22. Schaun MI, Eibel B, Kristocheck M, Sausen G, Machado L, Koche A, Markoski MM. Cell Therapy in Ischemic Heart Disease: Interventions That Modulate Cardiac Regeneration. Stem Cells International [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 12];1-16. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=113625430&lang=cs&site=ehost-live>
23. Washburn SC, Hornberger CA. Nurse educator guidelines for the management of heart failure. The Journal of Continuing Education in Nursing [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 12];39(6):263-7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-07919-005&lang=cs&site=ehost-live>
24. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al. Esc guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the european society of cardiology. Developed in collaboration with the heart failure association (hfa) of the esc. European Journal of Heart Failure. 2012;14(8):803-69.
25. O'Hea E, Houseman J, Bedek K, Sposato R. The use of cognitive behavioral therapy in the treatment of depression for individuals with CHF. Heart Failure Reviews [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 12];14(1):13-20. Available from: <http://search.proquest.com/docview/215176380?accountid=16730>
26. Neharshi S. Associating beck's cognitive behaviour therapy with progressive muscular relaxation technique in treatment of major depression: A case report. Indian Journal of Positive Psychology [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 12];5(2):202-5. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1614028378?accountid=16730>
27. Plucar B, Vávrů I. Deprese a antidepresiva. Kontakt [Internet]. 2005 [cited 2016 Aug 12];7(3-4):338-43. Available from: <http://casopis-zsfj.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3-4~2005/319-deprese-a-antidepresiva>
28. Dragomirecká E, Bartoňová J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum. 2006.
29. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression Inventory II. [Internet]. 2006 [cited 2016 Aug 12]. Available from: <http://www.maps.org/media/Beck-Depression-Inventory-Real-Time-Report.pdf>
30. Ptáček R, Raboch J, Vňuková M, Hlunka J, Anders M. Beckova škála deprese BDI-II- Standardizace a využití v praxi. Česká a slovenská Psychiatrie. 2016;112(6):270-4.
31. Kubínek R. Deprese v ordinaci praktického lékaře. Medicína pro praxi [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 12];8(10):424-7. Available from: <http://www.medicinapropraxi.cz/archiv.php>
32. Laňková J, Raboch J. Deprese: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2013. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře [Internet]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP; 2013. [cited 2016 Aug 12];15. Available from: www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Deprese_2013.pdf

KONTAKT NA HLAVNÍHO AUTORA

Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.
 Ústav společenských a humanitních věd
 Fakulta zdravotnických věd
 Univerzita Palackého v Olomouci
 Hněvotínská 3
 CZ-775 15 OLMOUC
sarka.vevodova@upol.cz