



## Úvod

Vnímání nemoci ovlivňuje jak aspekty emocionální, tak kognitivní. Pojem ve své podstatě zahrnuje očekávání pacienta ohledně trvání nemoci, příčiny a následky spojené s nemocí, způsob kontroly a léčby nemoci a emoce, které s ní mohou souviset.<sup>1</sup> Vnímání nemoci tedy ovlivňuje, jakým způsobem pacient zvládá komplikace a následky svého onemocnění,<sup>2,3</sup> což může mít vliv na případnou compliance, jelikož adaptace na nemoc se může u pacientů výrazně odlišovat.

Pacienti s pokročilým srdečním selháním mají mnohdy obdobné symptomy včetně psychické a sociální zátěže jako např. pacienti s pokročilým nádorovým onemocněním. Uvádají rovněž podobné spirituální potřeby.<sup>4,5</sup> Adaptovat se na tento syndrom tak nemusí být pro pacienty vůbec jednoduché.

Kromě nemoci a omezení s ní souvisejících ovlivňují adaptaci na nemoc také sociodemografické faktory (např. zdravotní gramotnost jedince) a psychologické dispozice včetně náchylnosti jedince k distresu.<sup>6</sup> Klíčovým faktorem úspěchu jakékoliv léčby je adherence pacienta k optimální terapii. V souvislosti s tím je potřeba aktivně pátrat po možných příčinách nonadherence, které jsou mnohdy komplexní. Jedná se jak o příčiny na straně pacienta, tak na straně zdravotního systému, včetně příčin socioekonomických. Všechny tyto příčiny je pak nutné aktivně řešit, např. pomocí nástrojů, jako je edukace a efektivní komunikace s pacientem.<sup>7</sup> Je důležité, aby v kterékoliv fázi chronického srdečního selhání opakovaně probíhala komunikace s pacientem a jeho blízkými o aktuálních cílech péče, což by mělo být součástí standardní terapie.<sup>4</sup>

V souladu se zmiňovanými informacemi lze říci, že se neustále zvyšují požadavky na to, aby péče o pacienty se srdečním selháním byla skutečně komplexní, koordinovaná a založená na týmové spolupráci. American College of Cardiology dokonce v roce 2021 ve svém update k léčbě srdečního selhání formulovala několik zásad ke zlepšení komplexnosti péče a adherence pacientů k léčbě srdečního selhání, které zmiňují, že je třeba mimo jiné se soustředit na pacientovy symptomy, funkční kapacitu a srdeční funkci, a dále věnovat pozornost bariérám jak klinického, tak socioekonomického charakteru.<sup>7</sup> Podle těchto zásad je k optimalizaci terapie nutná také týmová spolupráce a zapojení pacienta do procesu rozhodování o způsobu léčby.<sup>7</sup> Podle Evropské kardiologické společnosti se jako efektivní jeví také zařazování pacientů se srdečním selháním do multidisciplinárních programů určených pro péči o tyto nemocné.<sup>8,9</sup>

## Materiál a metodika

Tato studie s průřezovým designem si kladla za cíl zjistit subjektivní vnímání nemoci u pacientů s chronickým srdečním selháním hospitalizovaných na kardiologickém oddělení a zjistit, zda se subjektivní vnímání nemoci pacientů odlišuje dle závažnosti srdečního selhání na základě klasifikace NYHA a na základě soběstačnosti pacienta. Dalším cílem bylo zjistit souvislost subjektivního vnímání nemoci s vybranými charakteristikami – věkem pacienta, kvalitou života, přítomností deprese a sociální podporou.

Data byla získávána formou dotazníkového šetření, které kromě zmiňovaných hodnocených parametrů zahrnovalo také sociodemografické položky. Údaje o klasifikaci NYHA byly získávány ze zdravotnické dokumentace pacienta.

### Vnímání nemoci

Vnímání nemoci bylo hodnoceno prostřednictvím výzkumného nástroje The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ), který vychází z dotazníku Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R). Jeho položky byly vyvinuty vytvořením jedné otázky, která nejlépe shrnuje položky obsažené v každé subškále IPQ-R. Brief-IPQ je generický nástroj, který zahrnuje dohromady devět položek, které se týkají kognitivní reprezentace a emocionálního vnímání onemocnění (hodnotí se následky, časová osa trvání nemoci, osobní kontrola v souvislosti s nemocí, kontrola léčby, identita, koherence, obavy, emoční reakce). Poslední položkou je otevřená otázka, kterou se hodnotí kauzální faktory onemocnění na základě subjektivního dojmu pacienta. Všechny položky kromě kauzální otázky jsou hodnoceny pomocí stupnice odpovědí od 0 do 10. Maximální možné skóre, kterého může pacient dosáhnout je 80 bodů, a čím je skóre pacienta vyšší, tím hůře je subjektivně vnímáno dané onemocnění.<sup>10</sup>

### Soběstačnost

Index Barthelové (IB) hodnotí celkem deset oblastí soběstačnosti pacienta v aktivitách denního života (oblast najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygieny, kontinence stolice, kontinence moči, použití WC, přesunu z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze po schodech). Maximální možné skóre, které může pacient dosáhnout, je 100 bodů, což odpovídá kategorii nezávislého pacienta. V případě, že je skóre pacienta v rozmezí 65–95 bodů, je pacient vyhodnocen jako lehce závislý. Pokud dosáhne skóre v rozmezí 45–60 bodů, jedná se o závislost středního stupně, a při dosažení skóre 0–40 bodů je pacient vyhodnocen jako vysoce závislý.<sup>11</sup>

### Kvalita života

Pro hodnocení kvality života byl v naší studii použit specifický nástroj Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), který obsahuje 21 položek. Ty mapují fyzické, emocionální a socioekonomické důsledky srdečního selhání, což nepříznivě ovlivňuje život pacienta. Nástroj obsahuje dvě domény hodnocení – doménu fyzickou (skóre 0–40), a doménu emocionální (skóre 0–25). Celkové skóre se pohybuje v rozmezí 0–105, a čím je vyšší, tím je také kvalita života pacienta horší. Výsledek může být použit k určení, zda je léčba srdečního selhání účinná ve smyslu snížení nepříznivého dopadu srdečního selhání na život pacienta.<sup>12</sup>

### Deprese

Pro vyhodnocení výskytu deprese u pacientů se srdečním selháním byl použit nástroj Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Tento víceúčelový nástroj má devět položek a má potenciál nejen detekovat depresi, ale také stanovit diagnózu depresivní poruchy, stejně jako stupeň deprese. Reflektuje totiž diagnostická kritéria pro depresivní poruchy DSM-IV. Podle dosaženého skóre jsou stanoveny jednotlivé kategorie deprese: deprese nebyla identifikována, pokud pacient dosáhl skóre 0–4 body,

skóre 5–9 pak znamená slabou depresi, mírně závažná deprese odpovídá skóre 10–14 bodů, skóre v rozmezí 15–19 znamená středně závažnou depresi a závažná deprese odpovídá skóre 20–27 bodů. V klinické praxi může nástroj sloužit i k monitoraci výsledků léčby deprese.<sup>13</sup>

### Sociální podpora

Sociální podpora byla hodnocena pomocí ENRICH Social Support Inventory (ESSI). Jedná se o sedmipoložkový nástroj, kdy šest položek je hodnoceno na škále 1–5, a na sedmou položku pacient odpovídá buď „ano“ (odpovídá skóre 4), nebo „ne“ (odpovídá skóre 2). Maximálně může pacient dosáhnout 34 bodů, a čím je skóre pacienta vyšší, tím je také sociální podpora lepší.<sup>14</sup>

### Klasifikace NYHA (New York Heart Association)

Tato čtyřstupňová klasifikace patří v kardiologii mezi nej-používanější klasifikační schémata. Slouží k posouzení závažnosti onemocnění, jelikož kvantifikuje výkonnost, dušnost i případné palpitace. Pro svou jednoduchost je klasifikace běžně používána po celém světě. Třída I znamená, že tělesná činnost pacienta není omezena, každodenní námaha pacienta nevyčerpává a nepůsobí palpitace či dušnost. Třída II znamená menší omezení tělesné činnosti ve smyslu přítomnosti pocitu vyčerpání, dušnosti

nebo palpitací. Pacient zvládá lehkou tělesnou aktivitu, avšak běžná aktivita již vyvolá únavu nebo dušnost. Třída III znamená, že pacient je bez obtíží pouze v klidu. Dušnost či únava se objevují při základních činnostech, jako je např. mytí, oblékání apod., což představuje značné omezení tělesné činnosti. Třída IV je spojena s dušností či palpitacemi i v klidu, což pacienta při tělesné činnosti prakticky invalidizuje.<sup>15</sup>

### Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 173 pacientů, kteří byli hospitalizováni na kardiologickém oddělení vybraného zdravotnického zařízení. Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byl věk pacienta nad 18 let, diagnóza chronického srdečního selhání, již kompenzovaný akutní stav a souhlas se zapojením do výzkumu.

### Analýza dat

Data byla sbírána od července 2020 do listopadu 2021 a následně kódována prostřednictvím programu Microsoft Office Excel. Dále byla data statisticky zpracována pomocí programu Stata verze 14. V rámci statistického vyhodnocení byl použit Kruskalův–Wallisův test, závislost mezi sledovanými ukazateli byla hodnocena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Hladina významnosti byla nastavena na 5 %.

**Tabulka 1 – Charakteristika výzkumného souboru (n = 173)**

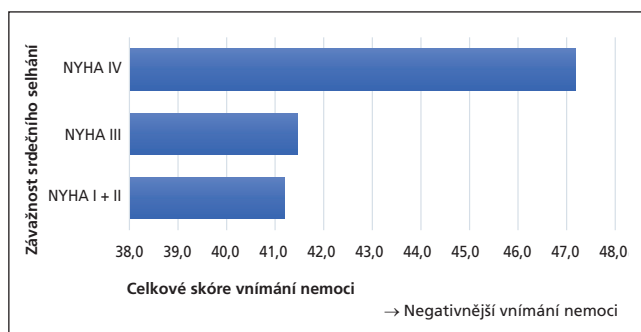
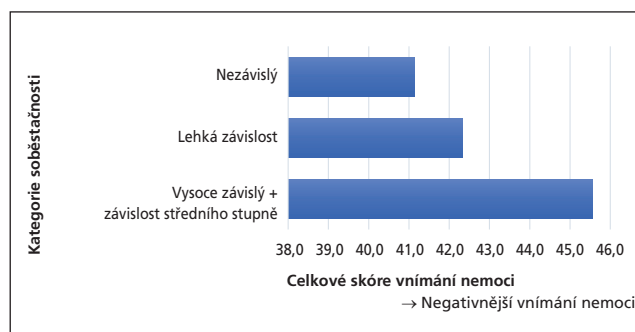
Pohlaví	n	%	Žije...	n	%
Muži	97	56,07	sám	41	23,70
Ženy	76	43,93	s rodinným příslušníkem či jinou osobou	132	76,30
Věk	71,51 (SD = 8,62)		Rodný stav		
50–64 let	31	17,92	Svobodný/svobodná	16	9,25
65–74 let	73	42,20	Ženatý/vdaná	96	55,49
75–84 let	58	33,53	Rozvedený/rozvedená	32	18,50
Nad 85 let	11	6,36	Vdovec/vdova	29	16,76
Subjektivní hodnocení zdravotního stavu			Vzdělání		
Velmi dobrý	0	0	Základní	24	13,87
Dobrý	30	17,34	Vyučen	57	32,95
Uspokojivý	69	39,88	Středněškolské s maturitou	57	32,95
Špatný	63	36,42	Vyšší odborné	6	3,47
Velmi špatný	11	6,36	Vysokoškolské	29	16,76
NYHA			Bydlí...		
I	1	0,58	ve svém domě nebo bytě	109	63,01
II	48	27,75	v domě nebo bytě vlastněném rodinou	49	28,32
III	84	48,55	v domově pro seniory	11	6,36
IV	40	23,12	v jiném zařízení	4	2,31
Průměrné celkové skóre sekundárně hodnocených parametrů					
	Ar. průměr	SD		Ar. průměr	SD
Kvalita života	44,86	19,31	Deprese	5,65	4,61
Sociální podpora	30,73	3,84	Soběstačnost	82,17	18,86

SD – směrodatná odchylka.

**Tabulka 2 – Vztah mezi vnímáním nemoci a klasifikací NYHA**

Třída NYHA	Celkové skóre	n	Ar. průměr	Medián	SD	Min.	Max.	Hodnota $p^*$
I + II	Brief-IPQ	49	41,2	43	12,70	11	70	0,0015
III	Brief-IPQ	84	41,5	40,5	8,29	26	67	
IV	Brief-IPQ	40	47,2	47	8,06	33	66	

\* Kruskalův–Wallisův test; Brief-IPQ – The Brief Illness Perception Questionnaire (vnímání nemoci); SD – směrodatná odchylka.

**Obr. 1 – Vztah závažnosti srdečního selhání a vnímání nemoci****Obr. 2 – Vztah soběstačnosti a vnímání nemoci**

## Výsledky

Většina respondentů v našem výzkumném souboru byla ve věku 65 a více let (přibližně 82 %). Průměrný věk v našem souboru byl 71,51 roku (SD = 8,62; min. 50; max. 92) a přibližně 56 % respondentů bylo mužského pohlaví. S rodinným příslušníkem či jinou osobou žilo 76,30 % respondentů a 55,49 % respondentů bylo ženatých nebo vdaných (tabulka 1).

V naší studii bylo průměrné celkové skóre vnímání nemoci dle Brief-IPQ vyhodnoceno na 42,70 bodu (SD = 9,95; min. 11; max. 70). Maximum, které by pacient mohl získat, bylo 80 bodů.

## Vztah vnímání nemoci a závažnosti srdečního selhání dle klasifikace NYHA

Náš výzkum odhalil statisticky významný vztah mezi vnímáním nemoci a klasifikací NYHA ( $p = 0,0015$ ). Pacienti, kteří hůře vnímali své onemocnění (měli tedy vyšší skóre dle Brief-IPQ), byli častěji v klasifikaci NYHA hodnoceni ve III. a IV. třídě – jejich srdeční selhání bylo tedy závažnější (tabulka 2). Názorné vyjádření tohoto vztahu viz obrázek 1.

## Vztah vnímání nemoci a soběstačnosti

V hodnocení soběstačnosti podle Indexu Barthelové bylo 4,05 % respondentů zařazeno do kategorie vysoce závislých. V kategorii závislost středního stupně jsme identi-

**Tabulka 3 – Vztah mezi vnímáním nemoci a soběstačnosti**

Soběstačnost dle IB	Celkové skóre	n	Ar. průměr	Medián	SD	Min.	Max.	Hodnota $p^*$
Vysoce závislý + závislost středního stupně	Brief-IPQ	38	45,6	45	6,63	33	61	0,0388
Lehká závislost	Brief-IPQ	86	42,3	41,5	9,83	19	66	
Nezávislý	Brief-IPQ	49	41,1	42	11,85	11	70	

\* Kruskalův–Wallisův test; Brief-IPQ – The Brief Illness Perception Questionnaire (vnímání nemoci); IB – index Barthelové.

**Tabulka 4 – Korelace vnímání nemoci a sekundárně hodnocených parametrů**

Spearmanův korelační koeficient	Věk	Kvalita života – FD	Kvalita života – ED	Kvalita života – CS	Deprese	Sociální podpora	Vnímání nemoci
Věk	1						
Kvalita života – FD	0,1629*	1					
Kvalita života – ED	0,0807	0,6834*	1				
Kvalita života	0,1209	0,9187*	0,8263*	1			
Deprese	0,1625*	0,5322*	0,4497*	0,5470*	1		
Sociální podpora	–0,0847	–0,0219	–0,136	–0,0639	–0,2439*	1	
Vnímání nemoci	0,1628*	0,3642*	0,4751*	0,4113*	0,5371*	–0,2333*	1

CS – celkové skóre; ED – emocionální doména; FD – fyzická doména; \*  $p < 0,05$ .

fikovali 17,92 % respondentů, 49,71 % pak v kategorii lehce závislých a 28,32 % respondentů bylo zařazeno do kategorie nezávislých. Průměrné skóre soběstačnosti v naší studii činilo 82,17 bodu (SD = 18,86).

V naší studii byl po sloučení kategorie „vysoce závislý“ s kategorií „závislost středního stupně“ z důvodu zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích pro další statistickou analýzu identifikován statisticky významný vztah mezi vnímáním nemoci a soběstačností ( $p = 0,0388$ ), viz tabulku 3. Pacienti s nižší soběstačností vykazovali horší vnímání nemoci, viz obrázek 2.

### **Souvislost vnímání nemoci s věkem, kvalitou života, depresí a sociální podporou**

Náš výzkum zahrnoval také korelační analýzu sekundárně hodnocených parametrů dle Spearmanova korelačního koeficientu. Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi vnímáním nemoci s kvalitou života v rámci celkového skóre ( $r_{sp} = 0,4113$ ;  $p < 0,05$ ), dále mezi vnímáním nemoci a skóre v rámci fyzické domény kvality života ( $r_{sp} = 0,3642$ ;  $p < 0,05$ ) i emocionální domény ( $r_{sp} = 0,4751$ ;  $p < 0,05$ ). Identifikovali jsme také souvislost vnímání nemoci s depresí ( $r_{sp} = 0,5371$ ;  $p < 0,05$ ), sociální podporou ( $r_{sp} = -0,2333$ ;  $p < 0,05$ ) i věkem ( $r_{sp} = 0,1628$ ;  $p < 0,05$ ), viz tabulku 4. Vnímání nemoci se zhoršovalo s klesající kvalitou života jak v rámci doménového, tak v rámci celkového skóre. S horším vnímáním nemoci byl také spojen výskyt deprese nebo vyšší věk. Čím bylo vnímání nemoci horší, tím byla horší také sociální podpora pacienta.

## **Diskuse**

Hodnocení psychosociálních faktorů u pacientů se srdečním selháním by mohlo být přínosem pro zlepšení jejich fyzického zdraví, což by mohlo pomoci např. snížit opakované hospitalizace pro dekompenzace srdečního selhání. Takové hodnocení by umožnilo identifikovat konkrétní problémy, které by bylo možné řešit v naději na zlepšení psychosociální pohody pacienta.<sup>16</sup> Náš výzkum se zaměřoval na hodnocení vnímání nemoci u pacientů s chronickým srdečním selháním a na popis vztahu vnímání nemoci ke klasifikaci NYHA a soběstačnosti pacienta. Dále byla řešena souvislost s vybranými sekundárními charakteristikami pacienta – věkem, kvalitou života, přítomností deprese a sociální podporou. Podle našeho názoru může toto komplexní zhodnocení poskytnout cenné informace o oblastech, na které by měla být zaměřena další péče. Při sestavování léčebného i ošetrovatelského plánu péče je nutné brát ohled také na pacientovo subjektivní vnímání onemocnění a zohlednit také aktuální psychosociální statut, aby byla péče o pacienty se srdečním selháním skutečně péčí komplexní a individualizovanou.

Celkové průměrné skóre vnímání nemoci bylo v naší studii 42,70, což je mírně lepší výsledek než u studie z norského prostředí, ve které bylo celkové průměrné skóre vnímání nemoci dle Brief-IPQ 50,06.<sup>17</sup> Rozdíl mezi výsledky naší a norské studie může být dle našeho názoru způsoben odlišnostmi v rámci složení výzkumného souboru. V norské studii se vyskytovalo 71 % respondentů s ukončeným středoškolským vzděláním, což je výrazně více než v našem výzkumném souboru (53,18 %). Průměr-

ný věk byl také nižší než v našem souboru s tím, že nejmladšímu respondentovi bylo pouze 34 let. V našem souboru bylo nejmladšímu respondentovi 50 let, a 56,07 % výzkumného souboru bylo tvořeno muži. V norské studii na 220 pacientech výzkumný soubor tvořilo 71 % mužů. Další odlišností bylo, že norská studie byla realizována v prostředí ambulancí, zatímco naše data byla získávána za hospitalizace pacienta po kompenzaci akutního stavu. Náš výsledek z oblasti celkového průměrného skóre vnímání nemoci dle Brief-IPQ je nejbližší nizozemské studii,<sup>18</sup> ve které bylo u pacientů s chronickým srdečním selháním zjištěno průměrné skóre vnímání nemoci 40,7. Průměrný věk ve výzkumném souboru této studie byl 73,9, což je srovnatelné i s průměrným věkem v našem souboru.

Horší funkční kapacita dle NYHA byla spojena s negativnějším vnímáním nemoci,<sup>17</sup> což je v souladu s našimi výsledky. Podle našeho názoru lze předpokládat také souvislost horší funkční kapacity dle NYHA a soběstačnosti, což však nebylo předmětem zkoumání této studie. Pacienti, kteří byli méně soběstační, vnímali v našem výzkumu své onemocnění více negativně. U pacientů se srdečním selháním dochází k výraznému snížení jejich pohybové kapacity, což má nepříznivé účinky na jejich soběstačnost v oblasti aktivit každodenního života, kvalitu života a v konečném důsledku na počet hospitalizací a úmrtnost.<sup>19</sup> Zvláště u starších hospitalizovaných pacientů se srdečním selháním je běžná porucha v oblasti aktivit každodenního života, což je spojeno se zvýšeným počtem rehospitalizací.<sup>20</sup> Ztráta soběstačnosti a negativní změny v oblasti aktivit denního života mohou být u starších pacientů hospitalizovaných pro akutní dekompenzaci srdečního selhání spojeny i s vyšší nemocniční mortalitou.<sup>21</sup> Parametry, jako je soběstačnost pacienta, je proto nutné zhodnotit při přijetí pacienta do péče, aby mohli být identifikováni riziková pacienta s cílem plánovat vhodnou rehabilitační intervenci, která by měla zabránit dalšímu propadu v této oblasti, což by mohlo pomoci zlepšit klinický management tohoto stavu.

Vnímání nemoci může být spojeno s ukazateli psychické pohody, jako je např. deprese nebo úzkost.<sup>22</sup> Konkrétně vnímání menší kontroly nad nemocí bylo dle některých studií spojeno s větší úzkostí nebo depresí.<sup>23,24</sup> Vzájemné vztahy mezi vnímáním nemoci a symptomy deprese mohou být také zvýrazněny významnou korelací mezi jednotlivými dimenzemi prožívání nemoci a skóre deprese.<sup>25</sup> Nejdůležitějšími koreláty vnímání nemoci jsou u pacientů se srdečním selháním špatná kvalita života, úzkost, deprese, negativní afektivita či stav špatné akceptace kardioverteru-defibrilátoru.<sup>26</sup> V naší studii jsme zjistili, že respondenti, kteří udávali horší kvalitu života, také hůře vnímali své onemocnění, což je konzistentní se zmiňovanou studií i se závěrem systematického přehledu a metaanalýzy, ve kterém bylo zjištěno, že víra v závažné důsledky, silná identita nemoci, silnější emoce a obavy jsou spojeny právě se špatnou kvalitou života, depresí apod.<sup>27</sup> Stárnutí, přítomnost komorbidit a postupná progresse symptomů mohou ztížit rozpoznání a správnou interpretaci exacerbace symptomů na straně pacienta, naproti tomu např. život s blízkou osobou může rozpoznání symptomů usnadnit.<sup>28</sup> To naznačuje, že i negativnější vnímání nemoci jako celku stejně jako vnímání symptomů by mohlo souviset s rostoucím věkem



a sociální podporou pacienta tak, jak tomu bylo v naší studii.

Kromě optimalizace léčby srdečního selhání by měla být věnována pozornost také způsobu poskytování péče o pacienty se srdečním selháním, který by měl mít komplexní a multidisciplinární charakter. Evropská kardiologická společnost také zdůrazňuje potřebu kardiologů a sester specializovaných právě na péči o pacienty se srdečním selháním. Nepochopení, mylné představy a nedostatek znalostí přispívají k tomu, že pacient není dostatečně motivován v oblasti péče o sebe, a management srdečního selhání tak nemusí být efektivní. Proto je klíčové pracovat právě na zlepšení znalostí ohledně nemoci u těchto pacientů.<sup>29</sup> Existují totiž důkazy o tom, že pacienti se srdečním selháním by měli být lépe poučeni o povaze onemocnění a důležitosti změn životního stylu souvisejících s ním. Mladší pacienti se totiž častěji domnívají, že je chronické srdeční selhání vyléčitelné apod.<sup>30</sup> Naopak příznaky, jako je zhoršující se dušnost, chronická únava a otoky dolních končetin, které jsou pro lékaře typickými příznaky srdečního selhání, může např. starší člověk interpretovat jako známky stárnutí.<sup>31</sup> Pacient tedy může otálet s vyhledáním pomoci. Kromě řešení potíží, jako je výskyt deprese apod., tedy jednoznačně existuje potřeba efektivní edukace těchto pacientů v těch nejzákladnějších oblastech, jako je podstata choroby a režimová opatření s ní související.

Pacienti se srdečním selháním by měli být vnímáni jako skupina pacientů, která potřebuje podporu. Je nutné k nim přistupovat holisticky, vést je k odpovědnosti a zapojit je do procesu rozhodování ohledně poskytované péče. Jen tak lze dosáhnout zlepšení adherence pacienta k léčbě.<sup>32</sup>

Tato studie má své limitace především z hlediska velikosti výzkumného vzorku. Také díky tomu, že data byla sbírána pouze na pracovištích kardiologického oddělení jedné nemocnice nelze výsledky zobecnit na celou populaci. Podle našeho názoru však mohou výsledky tohoto výzkumu sloužit jako podklad pro zlepšení péče o pacienty se srdečním selháním v daném zdravotnickém zařízení. Realizace této studie také ověřila použitelnost zvolených výzkumných nástrojů v praxi, jejichž administrace není složitá.

## Závěry

Horší subjektivní vnímání nemoci na straně pacienta bylo spojeno s třídou NYHA III a IV a také se sníženou soběstačností. Dalšími faktory, které souvisely s negativnějším vnímáním nemoci u pacientů s chronickým srdečním selháním, byla horší kvalita života, výskyt deprese, horší sociální podpora a vyšší věk. K pacientům se srdečním selháním je nutné přistupovat holisticky a poskytnout jim dostatečnou podporu a pomoc, kterou potřebují. Komplexní přístup je totiž jednou z metod, která má potenciál zlepšit adherenci pacienta k léčbě.

## Prohlášení autorů o možném střetu zájmů

Autorky si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmů.

## Financování

Tento výzkum byl podpořen projektem SGS01/LF/2020-2021 studentské grantové soutěže specifického vysokoškolského výzkumu na Ostravské univerzitě.

## Prohlášení autorů o etických aspektech publikace a informovaný souhlas

Výzkum byl schválen Etickou komisí FN Ostrava pod jednacím číslem 250/2020 a Etickou komisí Lékařské fakulty Ostravské univerzity, č. 08/2020. Sběr dat probíhal v souladu s etickými standardy, účast pacientů ve studii byla dobrovolná a anonymní. Vyplněním dotazníku dal pacient najevo informovaný souhlas s účastí ve studii.

## Literatura

- Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognit Ther Res* 1992;16:143–163.
- Özkan TF, Fertelli T, Mollaoğlu M. Effects of loneliness on illness perception in persons with a chronic disease. *J Clin Nurs* 2018;27:e1494–e1500.
- Steca P, Greco A, Monzani D, 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;28:765–783.
- Gřiva M, Kabelka L, Vítovec J. Paliativní péče u pacientů žijících se srdečním selháním. Souhrn dokumentu. *Cor Vasa* 2020;62:64–69.
- Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, et al. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res* 2020;116:12–27.
- Pedersen S, Von Känel R, Tully P, et al. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol* 2017;24:108–115.
- Špinar J, Málek F, Špinarová L, et al. Úprava guidelines ACC pro léčbu srdečního selhání v roce 2021. *Cor Vasa* 2021;63:264–270.
- Špinar J, Špinarová L, Málek F, et al. Shrnutí nových poznatků v léčbě srdečního selhání: farmakologická, nefarmakologická léčba a péče o nemocné. Zpráva ze setkání expertů Asociace srdečního selhání Evropské kardiologické společnosti – 2019. *Cor Vasa* 2019;61:e617–e622.
- Seferovic PM, Ponikowski P, Anker SD, et al. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2019;21:1169–1186.
- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, et al. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60:631–637.
- Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:56–61.
- Rector T, Kubo S, Cohn J. Patient's self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure* 1987;3:198–209.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams J. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606–613.
- Mitchell PH, Powell L, Blumenthal J, et al. A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICH Social Support Inventory. *J Cardiopulm Rehabil* 2003;23:398–403.
- Špinarová M, Špinarová L, Špinar J. Klinické klasifikace a skórovací systémy u srdečního selhání. *Kardiolog Rev Int Med* 2015;17:131–135.
- MacMahon KMA, Lip GYH. Psychological Factors in Heart Failure: A Review of the Literature. *Arch Intern Med* 2002;162:509–516.
- Lerdal A, Hofoss D, Gay CL, et al. Perception of illness among patients with heart failure is related to their general health independently of their mood and functional capacity. *J Patient Rep Outcomes* 2019;3:55.
- Bos-Touwen I, Schuurmans M, Monnickhof EM, et al. Patient and Disease Characteristics Associated with Activation for Self-

- Management in Patients with Diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Chronic Heart Failure and Chronic Renal Disease: A Cross-Sectional Survey Study. *PLoS One* 2015;10:e0126400.
19. Ding R. Exercise-Based Rehabilitation for Heart Failure: Clinical Evidence. *Adv Exp Med Biol* 2017;1000:31–49.
  20. Nguyen TV, Dang HT, Burns MJ, et al. Impairment in activities of daily living and readmission in older patients with heart failure: a cohort study. *BMJ Open* 2021;11:e044416.
  21. Le Corvoisier P, Bastuji-Garin S, Renaud B, et al. Functional status and co-morbidities are associated with in-hospital mortality among older patients with acute decompensated heart failure: a multicentre prospective cohort study. *Age Ageing* 2015;44:225–231.
  22. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, et al. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychol* 2014;2:50.
  23. Nahlén Bose C, Elfström ML, Björling G, et al. Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Scand J Caring Sci* 2016;30:704–713.
  24. Eastwood JA, Moser DK, Riegel BJ, et al. Commonalities and differences in correlates of depressive symptoms in men and women with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2012;11:356–365.
  25. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychol* 2014;2:50.
  26. Timmermans I, Versteeg H, Meine M, et al. Illness perceptions in patients with heart failure and an implantable cardioverter defibrillator: Dimensional structure, validity, and correlates of the brief illness perception questionnaire in Dutch, French and German patients. *J Psychosom Res* 2017;97:1–8.
  27. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, et al. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health* 2015;30:1361–1385.
  28. Lee S, Riegel B. State of the Science in Heart Failure Symptom Perception Research: An Integrative Review. *J Cardiovasc Nurs* 2018;33:204–210.
  29. McDonagh TM, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2021;42:3599–3726.
  30. Plotka A, Prokop E, Migaj J, et al. Patients' knowledge of heart failure and their perception of the disease. *Patient Prefer Adherence* 2017;11:1459–1467.
  31. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med* 2016;39:935–946.
  32. Maddox TM, Januzzi JL Jr, Januzzi JL, et al. 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol* 2021;77:772–810.