

# WPLYW LĘKU I DEPRESJI NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

*Impact of anxiety and depression on quality of life in patients with heart failure*

Gabriela Kardas<sup>1</sup>, Agnieszka Zborowska<sup>2</sup>, Izabella Uchmanowicz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Polska Grupa Medyczna, Kluczbork

<sup>2</sup> VITA MEDIS, Usługi pielęgniarstwa, Wrocław

<sup>3</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Schorzenia przewlekłe, do których należy niewydolność serca (NS), mogą posiadać objawy osiowe przypominające objawy depresji. Obecność objawów depresyjnych ma związek ze śmiertelnością, jakością życia i kondycją pacjentów z NS, niezależnie od parametrów klinicznych. Niestety objawy depresyjne występują u osób z niewydolnością serca znacznie częściej niż w populacji ogólnej.

**Cel pracy.** Określenie wpływu lęku i depresji na jakość pacjentów z niewydolnością serca.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono wśród 58 pacjentów (41 mężczyzn, 17 kobiet) będących pod opieką Szpitala w Kluczborku cierpiących na niewydolność serca. Średnia wieku grupy badanej wynosiła 65 lat. Do zebrania materiału badawczego posłużyły: ankieta socjodemograficzna własnego autorstwa, Short Form-36 (SF-36), skala HADS-M. Za istotne statystycznie przyjęto  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Średni ogólny poziom skali lęku badanych osób wyniósł  $M = 8,6$  ( $SD = 4,4$ ). Średni ogólny poziom skali depresji badanych osób wyniósł  $M = 6,5$  ( $SD = 4,6$ ). Średni ogólny poziom skali rozdrażnienia badanych osób wyniósł  $M = 3,1$  ( $SD = 1,7$ ). Analizy korelacji wykazały, że im badane osoby posiadały wyższy poziom lęku (HADS-M), tym posiadały niższy poziom sprawności fizycznej, dolegliwości bólowych, ogólnej percepcji zdrowia, vitalności, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego, ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych oraz niższy poziom aktywności fizycznej i umysłowej.

**Wnioski.** Wysoki wskaźnik lęku i depresji obniża jakość życia chorych na niewydolność serca.

**Słowa kluczowe:** lęk i depresja, jakość życia, niewydolność serca.

## SUMMARY

**Background.** Chronic diseases, which include heart failure can have symptoms similar to the symptoms of the anxiety and depression. The presence of depressive symptoms is associated with mortality, quality of life and health of patients with HF, regardless of the clinical parameters. Unfortunately, depressive symptoms occur in people with heart failure more frequently than in general population.

**Objectives.** To evaluate anxiety and depression on quality of patients with heart failure.

**Material and methods.** The study was conducted among 58 patients (41 men, 17 women), suffering from heart failure located in the Hospital in Kluczbork. The average age of the study group was 65 years. To gather research material were used: socio-demographic survey, Short Form-36 (SF-36), the scale of HADS-M. Considered statistically significant at  $p < 0.05$ .

**Results.** The mean overall level of anxiety scale of respondents was  $M = 8.6$  ( $SD = 4.4$ ). The average overall scale of depression was  $M = 6.5$  ( $SD = 4.6$ ). The average overall level of anxiety scale was  $M = 3.1$  ( $SD = 1.7$ ). Correlation analysis showed that the patients who had higher levels of anxiety (HADS-M) had a lower level of physical activity, pain, general health perception, vitality, social functioning, mental health, activity limitations due to emotional problems and a lower level of physical and mental summary score.

**Conclusions.** A high rate of anxiety and depression reduces the quality of life of patients with heart failure.

**Key words:** anxiety and depression, quality of life, heart failure.

## WSTĘP

Niewydolność serca (NS), określana jako epidemia XXI wieku, nadal jest znaczącym problemem i wyzwaniem dla obszarów klinicznych, społecznych i ekonomicznych [1, 2]. Jak każda choroba przewlekła ma wpływ na funkcjonowanie pacjenta, nie tylko w wymiarze choroby i procesu terapeutycznego, ale też w środowisku społecznym, relacjach rodzinnych i towarzyskich. Siegrist podkreśla, że ewaluacja jakości życia w chorobach przewlekłych daje obraz punktu widzenia pacjenta oraz jest posiłkowym zbiorem wiadomości. Im więcej informacji posiada zespół terapeutyczny, tym trafniejsze mogą być jego decyzje podejmowane w stosunku do pacjenta [3].

Pojęcie „depresja” to zespół objawów, w których osią jest obniżenie nastroju. Linia między smutkiem a zaburzeniem psychicznym jest płynna, co nie ułatwia procesu diagnostycznego. Sytuację diagnostyczną zaburzeń depresyjnych komplikują depresje poronne (atypowe). Termin ten ma zastosowanie w stosunku do takich zespołów depresyjnych, w których większość objawów podstawowych i wtórnych jest słabo nasiloną lub objawy pierwszego planu są nieswoiste (trudności w zasypianiu, bóle głowy, ciągły lęk, natręctwa).

Do oceny obrazu klinicznego i nasilenia zespołu depresyjnego służą:

- skala depresji Hamiltona,

- skala Montgomeryego i Asberg,
- Inwentarz Depresji Becka,
- skala HADS (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale*) – Szpitalna Skala Lęku i Depresji [4].

Współistnienie przewlekłego procesu chorobowego zamazuje obraz zaburzeń depresyjnych. Schorzenia chroniczne mogą posiadać objawy osiowe przypominające objawy depresji i do tej grupy zaliczana jest niewydolność serca.

Z racji wagi problemu, jakim jest niewydolność serca, wskazane jest eliminowanie czynników, który wpływają na nią negatywnie. Obecność objawów depresyjnych ma związek ze śmiertelnością [5–7], jakością życia [8] i kondycją pacjentów z NS, niezależnie od parametrów klinicznych [8]. Niestety objawy depresyjne występują u osób z niewydolnością serca znacznie częściej niż w populacji ogólnej [6, 9–11].

Wpływ na rokowanie i leczenie NS ma rozpoznanie i leczenie depresji. Jacob i wsp. [12] zbadali częstość stosowania leków psychotropowych wśród pacjentów z NS leczonych na oddziałach innych niż psychiatryczne. Tylko 7,9% pacjentów otrzymywało leki przeciwdepresyjne, a 20,5% – benzodiazepiny; wskazaniem do stosowania tych leków nie była depresja, tylko objawy lęku lub zaburzenia snu.

Niewystarczające stosowanie leków przeciwdepresyjnych u chorych na NS wynika z trudności w rozpoznawaniu depre-

sji, gdyż obraz ten zaburzą objawy wynikające z choroby podstawowej (zmęczenia, apatii i zmniejszonej tolerancji wysiłku). Swoje dolegliwości chorzy traktują jako objawy NS (duszność, zmęczenie, obniżenie nastroju i zniechęcenie). Występujące objawy nie są analizowane pod kątem zaburzeń depresyjnych, a co więcej pacjenci obawiają się klasyfikowania do chorych z zaburzeniami psychicznymi [13–15].

## CEL PRACY

Celem pracy było określenie wpływu lęku i depresji na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca.

## MATERIAŁ

Badanie przeprowadzono wśród 58 pacjentów (41 mężczyzn, 17 kobiet), cierpiących na niewydolność serca będących pod opieką Szpitala w Kluczborku, w okresie od marca 2014 do marca 2015 r. Średnia wieku grupy badanej wynosiła 65 lat (z odchyleniem standardowym SD = 12,47). Do badania włączono wyłącznie pacjentów z potwierdzoną klinicznie NS, którzy po zapoznaniu z celami i przebiegiem badania wyrazili ustną zgodę na uczestnictwo.

Kryteria wyłączenia z badania stanowiły: brak zgody na badanie, zaburzenia psychiczne, stan kliniczny wymagający intensywnej opieki kardiologicznej lub znajdujących się w grupie NYHA I.

## METODY

W pracy zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- ankietę socjodemograficzną (płeć, wiek, stan cywilny, kraj urodzenia, wykształcenie, miesięczny dochód, styl życia, miejsce zamieszkania) i kliniczną (rodzaj zawału, frakcja wyrzutowa lewej komory EF, choroby współistniejące, obecność kardiowertera, zastosowane leczenie farmakologiczne) własnego autorstwa;
- standaryzowane narzędzie badawcze do oceny jakości życia SF-36 [38];
- Short Form-36 (SF-36) jest narzędziem do ogólnej oceny jakości życia zależnej od zdrowia. Kwestionariusz złożony jest z 36 pytań, które składają się na 8 domen, odnoszących się do zdrowia psychicznego i fizycznego [38]. Na poszczególne domeny składają się: funkcjonowanie fizyczne, społeczne, ograniczenia fizyczne i emocjonalne, kondycja psychiczna, percepcja ogólnego stanu zdrowia, ból fizyczny, witalność. Pytania w domenach dotyczą:

- sprawności fizycznej (physical functioning, PF),
- ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego (role limitations due to physical problems, RP),
- dolegliwości bólowych (bodily pain, BP),
- ogólna percepcja zdrowia (general health perception, GH),
- witalności (vitality, VT),
- funkcjonowania społecznego (social functioning, SF),
- zdrowia psychicznego (mental health, MH)
- ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych (role limitation due to emotional problems, RE) [38].

- Standaryzowane narzędzie badawcze do badania przesiewowego lęku i depresji pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych HADS-M (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale* Zigmond i Snaitha w modyfikacji Majkowicza, de Walden-Gałaszko, Chojnickiej-Szawłowskiej – Szpitalna Skala Lęku i Depresji). Kwestionariusz zawiera 16 pytań. W badaniu zastosowano polską wersję testu opracowaną przez Majkowicza i wsp. Odpowiedzi oceniane są według 4-stopniowej skali likertowskiej od 0 do 3. W obu podskalach lęku i depresji wyniki są sumowane. Wynik w przedziale od 0 do 7 wskazuje na brak zaburzeń, przedział od 8 do 10 – to wartości graniczne (zaburzenia lękowe o niewielkim nasileniu), a wartości od 11 do 21 uważane są za patologiczne (zespół lękowy) [16].

## ANALIZA STATYSTYCZNA

Analizę statystyczną przeprowadzono, przy użyciu SPSS dla Windows 17.0. Do analizy związków wykorzystano współ-

czynnik korelacji *r*-Pearsona, gdy obie skale były liczone na skali ilościowej i rozkłady zmiennych były zbliżone do rozkładu normalnego. W przypadku złamania założenia o rozkładzie normalnym lub porządkowym charakterze zmiennych wykorzystano współczynnik *rho*-Spearmana. W celu weryfikacji, czy analizowane czynniki były determinantami zmiennych zależnych, wykorzystano analizę regresji z wykorzystaniem metody krokowej (step-wise). Za istotne statystycznie przyjęto  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

W badaniu wzięło udział 58 osób. W tabeli 1 przedstawiono dane społeczno-demograficzne badanych osób. Mężczyźni stanowili 69% badanych osób, natomiast kobiety – 29%. Średni wiek badanych wyniósł  $M = 65$  lat (z odchyleniem standardowym SD = 12 lat). Wśród badanych 56% osób uzyskało poziom II w skali NYHA, 46% osób uzyskało poziom III, natomiast 12% osób – poziom IV. Średni poziom EF badanych osób wyniósł  $M = 32,6$  (z odchyleniem standardowym SD = 9,2). Kardiowerter posiadało 32% badanych osób.

Tabela 1. Charakterystyka grupy

| Charakterystyka          | Liczebność   | Procent z ogółu |
|--------------------------|--------------|-----------------|
| Płeć                     |              |                 |
| Kobieta                  | 17           | 28,81           |
| Mężczyzna                | 41           | 69,49           |
| Wiek – M [SD] (min–maks) | 65 (12,47)   | (34–88)         |
| Poziom NYHA              |              |                 |
| I                        | 0            | 0,00            |
| II                       | 33           | 55,93           |
| III                      | 27           | 45,76           |
| IV                       | 7            | 11,86           |
| EF – M [SD] (min–maks)   | 32,60 (9,19) | (15–55)         |
| Kardiowerter             |              |                 |
| Tak                      | 19           | 32,20           |
| Nie                      | 34           | 57,63           |

Tabela 2. Statystyki opisowe dla skali skal jakości życia (SF-36)

| Jakość życia                                                  | M     | SD    | Min  | Maks  |
|---------------------------------------------------------------|-------|-------|------|-------|
| Sprawność fizyczna – PF                                       | 40,92 | 27,86 | 0    | 100   |
| Ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego – RP      | 22,03 | 33,50 | 0    | 100   |
| Dolegliwości bólowe – BP                                      | 53,69 | 28,02 | 0    | 100   |
| Ogólna percepcja zdrowia – GH                                 | 41,19 | 15,15 | 0    | 75    |
| Witalność – VT                                                | 51,53 | 21,28 | 5    | 95    |
| Funkcjonowanie społeczne – SF                                 | 56,99 | 26,49 | 0    | 100   |
| Zdrowie psychiczne – MH                                       | 55,54 | 21,10 | 4    | 96    |
| Ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych – RE | 46,33 | 41,53 | 0    | 100   |
| Poziom aktywności fizycznej – PCS                             | 42,04 | 20,85 | 3,75 | 88,75 |
| Poziom aktywności umysłowej – MCS                             | 50,01 | 20,79 | 1    | 90,25 |

Badane osoby najniższy poziom uzyskały na skali ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego RP –  $M = 22,03$  (SD = 33,50). Najwyższy poziom badane osoby uzyskały na skali funkcjonowania społecznego SF –  $M = 56,99$  (SD = 26,49), poczucia zdrowia psychicznego MH –  $M = 55,54$  (SD = 21,10) oraz dolegliwości bólowych BP ze średnią  $M = 53,69$  (SD = 28,02%).

Tabela 3. Statystyki opisowe dla pytań kwestionariusza HADS-M

| Skale         | Średnia | Odchylenie standardowe |
|---------------|---------|------------------------|
| Lęk           | 8,58    | 4,40                   |
| Depresja      | 6,51    | 4,59                   |
| Rozdrażnienie | 3,14    | 1,69                   |

Średni ogólny poziom skali lęku badanych osób wyniósł  $M = 8,6$  (SD = 4,4). Średni ogólny poziom skali depresji badanych osób wyniósł  $M = 6,5$  (SD = 4,6). Średni ogólny poziom skali rozdrażnienia badanych osób wyniósł  $M = 3,1$  (SD = 1,7).

**Tabela 4.** Współczynniki korelacji pomiędzy skalami jakości życia (SF-36) a poziom kwestionariusza lęku i depresji (HADS-M)

| Jakość życia                                             | Lęk           |                   | Depresja      |                   | Rozdrażnienie |                   |
|----------------------------------------------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|
|                                                          | rho-Spearmana | Poziom istotności | rho-Spearmana | Poziom istotności | rho-Spearmana | Poziom istotności |
| Sprawność fizyczna                                       | -0,39         | 0,002             | -0,46         | < 0,001           | -0,20         | 0,138             |
| Ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego      | -0,21         | 0,116             | -0,32         | 0,012             | 0,12          | 0,367             |
| Dolegliwości bólowe                                      | -0,42         | 0,001             | -0,53         | < 0,001           | -0,16         | 0,239             |
| Ogólna percepcja zdrowia                                 | -0,33         | 0,011             | -0,33         | 0,011             | -0,16         | 0,234             |
| Witalność                                                | -0,53         | < 0,001           | -0,63         | < 0,001           | -0,24         | 0,070             |
| Funkcjonowanie społeczne                                 | -0,62         | < 0,001           | -0,66         | < 0,001           | -0,27         | 0,037             |
| Zdrowie psychiczne                                       | -0,64         | < 0,001           | -0,71         | < 0,001           | -0,39         | 0,002             |
| Ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych | -0,43         | 0,001             | -0,37         | 0,004             | -0,21         | 0,105             |
| Poziom aktywności fizycznej                              | -0,47         | < 0,001           | -0,63         | < 0,001           | -0,16         | 0,217             |
| Poziom aktywności umysłowej                              | -0,64         | < 0,001           | -0,62         | < 0,001           | -0,31         | 0,016             |

Analizy korelacji wykazały, że im badane osoby posiadały wyższy poziom lęku (HADS-M), tym posiadały niższy poziom sprawności fizycznej, dolegliwości bólowych, ogólnej percepcji zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego, ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych oraz niższy poziom aktywności fizycznej i umysłowej.

Im badane osoby posiadały wyższy poziom depresji (HADS-M), tym posiadały niższy poziom sprawności fizycznej, ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego, dolegliwości bólowych, ogólnej percepcji zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego, ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych oraz niższy poziom aktywności fizycznej i umysłowej.

Im badane osoby posiadały wyższy poziom rozdrażnienia (HADS-M), tym posiadały niższy poziom funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego oraz niższy poziom aktywności umysłowej.

## DYSKUSJA

Istnieje związek między niewydolnością serca, objawami depresyjnymi oraz akceptacją choroby, jakością życia i samoopieką pacjenta. W niniejszej pracy podjęto próbę zbadania zależności między niewydolnością serca, lękiem i depresją, akceptacją choroby oraz jakością życia i poziomem samoopieki.

W badanej grupie ogólny poziom skali lęku badanych wyniósł  $M = 8,6$  ( $SD = 4,4$ ), co świadczy o wartościach granicznych. Analizy pokazały, że im badane osoby posiadały wyższy poziom lęku (HADS-M), tym posiadały niższy poziom sprawności fizycznej, ogólnej percepcji zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego, poziom aktywności fizycznej i umysłowej.

W badaniu Bekelman i wsp. stwierdzono, że depresja u pacjentów z niewydolnością serca jest związana z większą liczbą objawów, co z kolei związane jest ze zmniejszeniem HRQoL. Stwierdzono też, że rozpoznanie i leczenie depresji oraz objawów

nieswoistych zgłaszanych przez pacjentów z niewydolnością serca może znacznie poprawić jakość życia [17].

W badaniu Lesman-Leegte i wsp. przeprowadzonym na grupie 781 pacjentów z niewydolnością serca i oraz grupie kontrolnej dobranej pod względem wieku i płci (taki sam rozkład proporcji) nie obarczonych schorzeniem sercowo-naczyniowymi stwierdzono, że zarówno u mężczyzn, jak i kobiet z HF jakość życia była na niskim poziomie, a objawy depresyjne były podwyższone w porównaniu z ich „odpowiednikami” w grupie kontrolnej [18].

W złożonym badaniu Rutledge i wsp. analizowano szeroko wpływ depresji na niewydolność serca. Stwierdzono, że w kontekście badań prospektywnych prawie nie ma informacji dotyczących, jak zmieniają się zaburzenia lękowe i depresyjne w czasie trwania NS [19]. Ponieważ objawy zaburzeń depresyjnych mogą się zmieniać w czasie, stan psychiczny pacjenta powinien najlepiej być oceniany w różnych odstępach czasu w ciągu trwania procesu leczenia [20, 21]. Niewydolność serca i obecność zaburzeń depresyjnych ma też wpływ na kondycję serca bezpośrednio ze strony biologicznej. Badacze zakładają, że złagodzenie objawów depresji przyczyni się do lepszego stosowania się (*compliance and adherence*) do schematów leczenia HF [19, 22, 23].

W badaniu własnym zaprezentowano złożoność czynników, które wpływają na poziom jakości życia zależnej od zdrowia. Niezwykle istotna jest też kwestia monitorowania zaburzeń depresyjnych i objawów lękowych oraz rozpatrzenie ich pod względem pochodzenia czy też konsekwencji, jakie z nich wynikają [24].

Niniejsza analiza dostarcza nowych danych o charakterze empirycznym i prognostycznym. Swoje zastosowanie może znaleźć w kreowaniu programów leczniczych skierowanych dla pacjentów oraz jako wskazówka z weryfikacji stanu pacjenta.

## WNIOSKI

Wysoki wskaźnik lęku i depresji obniża jakość życia pacjentów z niewydolnością serca.

## BIBLIOGRAFIA

- Massie BM, Shah NB. The heart failure epidemic: Magnitude of the problem and potential mitigating approaches. *Curr Opin Cardiol* 1996; 11: 221–226.
- Sobański P, Stec S, Opolski G. Niewydolność serca jako cel dla medycyny paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2009; 3(2): 69–73.
- Krajewska-Kuślak E, Sierakowska M, Lewko J, i wsp., red. *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*. Białystok: T. 1. Akademia Medyczna Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia; 2012: 39–40.
- Bilikiewicz A. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. 3, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
- Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J, et al. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38: 199–205.
- Jiang W, Alexander J, Christopher E, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1849–1856.
- Murberg TA, Bru E, Aarsland T, et al. Functional status and depression among men and women with congestive heart failure. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28: 273–291.
- Friedman MM, Griffin JA. Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. *Heart Lung* 2001; 30: 98–104.

9. Havranek EP, Ware M, Lowes BD. Prevalence of depression in patients with congestive heart failure. *Am J Cardiol* 1999; 84: 348–350.
10. Koenig H. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 29–43.
11. Skotzko C, Krichen C, Zietowski G, et al. Depression is common and precludes accurate assessment of functional status in elderly patients with congestive heart failure. *J Card Fail* 2000; 6: 300–305.
12. Jacob S, Sebastian JC, Abraham G. Depression and congestive heart failure. Are antidepressants underutilized? *Eur J Heart Fail* 2003; 5: 399–400.
13. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis and treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 569–580.
14. Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 2002; 52: 164–174.
15. Szyguła-Jurkiewicz B, Duszańska A, Poloński L. Czy obecność zaburzeń depresyjnych jest problemem u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca? *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2008; 118: 1–2.
16. Osmańska M, Borkowska A, Makarewicz R. Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym. *Psychiatria Polska* 2010; XLIV(4): 543–556.
17. Bekelman B, et al. Clinical Investigation Symptoms, Depression, and Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* 2007; 13(8): 643–648.
18. Lesman-Leegte I, et al. Clinical Investigations Quality of Life and Depressive Symptoms in the Elderly: A Comparison Between Patients With Heart Failure and Age- and Gender-Matched Community Controls. *Journal of Cardiac Failure* 2009; 15(1): 17–23.
19. Rutledge T, et al. Depression in Heart Failure A Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes. *Cardiol* 2006; 48(8): 1527–1537.
20. Parissis JT, Venetsanou KF, Mentziko DG, et al. Tumor necrosis factor-alpha serum activity during treatment of acute decompensation of cachectic and non-cachectic patients with advanced congestive heart failure. *Scand Cardiovasc J* 1999; 33: 344–350.
21. Hasper D, Hummel M, Kleber FX, et al. Systemic inflammation in patients with heart failure. *Eur Heart J* 1998; 19: 761–765.
22. Powell LH, Catellier D, Freedland KE. ENRICHD Investigators Depression and heart failure in patients with a new myocardial infarction. *Am Heart J* 2005; 149: 851–855.
23. Richardson LG. Psychosocial issues in patients with congestive heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs* 2003; 18: 19–27.
24. Dunbar BS, Clark CP, Quinn Ch, et al. Family Influences on Heart Failure Self – care and outcomes. *J Cardiovasc Nurs* 2008; 23(3): 258–265.

**Adres do korespondencji:**

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz  
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartla 5  
51-617 Wrocław  
Tel.: 71 348-42-10  
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji:

Po recenzji:

Zaakceptowano do druku: