

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Tatiana Horvátová

**Postoje aktivních kuřáků, pacientů ambulantních služeb, po
prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření**

**Attitudes of active smokers, patients of outpatient services,
after a stroke towards smoking**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím/Nesouhlasím* s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 11.7.2023

.....
Tatiana Horvátová

Identifikační záznam

HORVÁTOVÁ, Tatiana. *Postoje aktivních kuřáků, pacientů ambulantních služeb, po prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření. [Attitudes towards smoking of active smokers, patients of outpatient services, after a stroke]*. Praha, 2023. 54 s., 4 příl., 3 tabulky, 3 obr. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Svěcená, Kateřina.

Poděkování

Poděkování patří vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D, za spolupráci a cenné rady při psaní bakalářské práce. Děkuji také všem participantům za ochotu účastnit se výzkumu pro účely mé práce.

Abstrakt

Východiska: „Cévní mozková příhoda (CMP) je onemocnění mozku způsobené náhle vzniklou poruchou cévního zásobení“ (Růžička, 2019, s. 213) a „v České republice každý rok postihne více než 50 000 osob“ (Zámečník et al., 2019, s. 676). Kouření je jedním z nejčastějších ovlivnitelných rizikových faktorů jejího vzniku. Chemické látky v cigaretách se podílejí na rozvoji aterosklerózy a dalších patologií vedoucích k mrtvici a srdečním onemocněním (Kim et al., 2012).

Výzkumy naznačují, že ani složitá životní událost, jako je proděláním cévní mozkové příhody u mnoha pacientů nevede k zanechání kouření. S tím může souviset studii prokázané nízké povědomí populace o tom, že kouření je rizikovým faktorem vzniku iktu i přes poměrně vysoké povědomí o negativních účincích cigaret obecně. Emoční vztah kuřáků ke kouření je silný a silná je také racionalizace kouření. **Cíl:** Cílem práce je zjistit postoje aktivních kuřáků po prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření.

Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na problematiku cévní mozkové příhody, rizikových faktorů jejího vzniku a vysvětluje konativní, kognitivní a emotivní složku postojů. V praktické části jsou zjišťovány postoje aktivních kuřáků po prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření. **Metody:** Metodami sběru dat pro praktickou část jsou Škála závislosti na cigaretách (CDS-5) a polostrukturovaný rozhovor. Pro analýzu dat byla využita tematická analýza, tedy otevřené kódování textu a následné třídění do kategorií a podkategorií. **Výsledky:** Výsledky práce v mnoha ohledech potvrdily zmíněné objevy předchozích studií zabývajících se podobnou tematikou. Míra kouření se sice u většiny participantů snížila, ale vedly k tomu převážně jiné důvody než strach o vlastní zdraví. Všeobecné povědomí o škodlivosti kouření poměrně vysoké, ale nižší bylo povědomí o rizicích pro vznik CMP. Výzkum také potvrdil silný vztah a vazbu kuřáků ke kouření, s čímž je spojena silná racionalizace kouření.

Závěry: Bakalářská práce přibližuje názory aktivních kuřáků, pacientů ambulantních služeb, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu na kouření, mírou jejich kouření a významem kouření v jejich životě.

Klíčová slova

kouření, postoje, cévní mozková příhoda, iktus, rizikový faktor

Abstract

Background: "A stroke is a brain disease caused by a sudden vascular supply malfunction" (Růžička, 2019, p. 213) and "in the Czech Republic, it affects more than 50,000 people every year" (Zámečník et al., 2019, p. 676).

Smoking is one of the most common modifiable risk factors of its occurrence. Chemicals in cigarettes are involved in the development of atherosclerosis and other pathologies leading to stroke and heart disease (Kim et al., 2012).

Research suggests that even a complex life event, such as a stroke, does not lead to quitting smoking in many patients. This may be related to the low awareness of the population that smoking is a risk factor for stroke despite relatively high awareness of the negative effects of cigarettes in general. The emotional relationship of smokers to smoking is strong and the rationalization of smoking is strong as well.

Aim: The aim of the thesis is to find out the attitudes of active smokers after a stroke towards smoking.

The thesis is divided into a theoretical part and a research part. The theoretical part focuses on the issue of stroke, risk factors for its occurrence and explains the conative, cognitive, and emotional components of attitudes. In the research part, the attitudes towards smoking of active smokers after a stroke are determined.

Methods: Data collection methods for the research are the Cigarette Dependence Scale (CDS-5) and a semi-structured interview. Thematic analysis was used for data analysis, i.e., open coding of the text and subsequent sorting into categories and subcategories.

Results: The results of the thesis in many ways confirmed the mentioned discoveries of previous studies dealing with a similar topic. Although the rate of smoking decreased for most of the participants, this was mainly due to reasons other than fear for their own health. General awareness of the harms of smoking was relatively high, but awareness of the risks of developing a stroke was lower. The research also confirmed the strong relationship and attachment of smokers to smoking, which is associated with a strong rationalization of smoking.

Conclusion: The bachelor's thesis examines the views of active smokers, patients of outpatient services, after a stroke on smoking, the extent of their smoking and the importance of smoking in their lives.

Key words

smoking, attitudes, stroke, risk factor

Obsah

Úvod	10
1 Problematika cévních mozkových příhod	12
1.1 Typy cévní mozkové příhody.....	12
1.1.1 Ischemická cévní mozková příhoda	12
1.1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda.....	13
1.2 Rizikové faktory vzniku cévní mozkové příhody	13
1.2.1 Neovlivnitelné rizikové faktory.....	13
1.2.2 Ovlivnitelné rizikové faktory	13
1.3 Prevence cévní mozkové příhody	16
1.3.1 Primární prevence	16
1.3.2 Sekundární prevence	16
1.4 Systém péče o pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě.....	17
1.4.1 Přednemocniční triáž a akutní péče o pacienty po prodělané CMP	17
1.4.2 Následná péče o pacienty po prodělané CMP	19
2 Postoje a jejich složky.....	21
2.1 Konativní složka.....	21
2.1.1 Prevalence kouření a kouření po prodělané CMP	21
2.1.2 Kouření, jako prediktor recidivy a jeho vliv na zotavování po CMP.....	23
2.2 Kognitivní složka	24
2.2.1 Povědomí o kouření, jako rizikovém faktoru vzniku CMP.....	24
2.3 Emotivní složka.....	25
2.3.1 Vztah kuřáků ke kouření	25
2.3.2 Důvody návratu ke kouření po prodělané CMP	25
2.3.3 Racionalizace kouření	26
3 Metodologie výzkumu.....	28
3.1 Cíl práce a výzkumné otázky	28
3.2 Výzkumný soubor	28
3.3 Metody sběru a analýzy dat.....	29
3.4 Etické aspekty výzkumu.....	31
4 Výsledky.....	32
4.1 Postoje ke kouření	34
4.1.1 Konativní složka.....	34
4.1.2 Kognitivní složka	34
4.1.3 Emotivní složka.....	37
5 Diskuze a závěry.....	40

Použitá literatura.....	43
Přílohy	48

Seznam zkratk

CMP- Cévní mozková příhoda

iCMP- Ischemická cévní mozková příhoda

SAK- Subarachnoidální krvácení

TK- Tlak krve

DM- Diabetes mellitus

AMI- Akutní infarkt myokardu

MZČR- Ministerstvo zdravotnictví České republiky

KCC- Komplexní cerebrovaskulární centrum

IC- Iktové centrum

LDN- Léčebna dlouhodobě nemocných

SZÚ- Státní zdravotní ústav

ESC- European Society of Cardiology

CDS- Cigarette dependence scale/ Škála závislosti na cigaretách

Úvod

Bakalářská práce se zabývá názory aktivních kuřáků, pacientů ambulantních služeb, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu na kouření, mírou jejich kouření a významem kouření v jejich životě.

„Cévní mozková příhoda (CMP) je onemocnění mozku způsobené náhle vzniklou poruchou cévního zásobení“ (Růžička, 2019, s. 213) a „v České republice každý rok postihne více než 50 000 osob“ (Zámečník et al., 2019, s. 676).

Rozeznávají se dva základní typy CMP: ischemická (iCMP) při uzavěru mozkové tepny a hemoragická (krvácivá) při její ruptuře, která se pak dělí podle lokalizace na intracerebrální (parenchymové) a extracerebrální (subarachnoidální) krvácení (Růžička, 2019).

Jak uvádějí Češka a Hradec (2010), rizikové faktory CMP můžeme rozdělit na ovlivnitelné, které dokážeme svým chováním či způsobem života, popřípadě farmakologickou léčbou regulovat a na neovlivnitelné, tedy všechny ostatní faktory. Běžně se setkáváme s kombinací těchto faktorů. Mezi hlavní ovlivnitelné rizikové faktory patří také kouření, které je v České republice podle Králíkové a Štěpánkové (2011) nejrozšířenější drogovou závislostí. „Je-li v ČR kolem 2 250 000 kuřáků cigaret a kolem 80–85 % z nich je závislých, jsou to téměř 2 000 000 závislých na tabáku“ (Králíková & Štěpánková, 2011).

Americká studie, která se zabývala analýzou trendů v aktivním kouření cigaret u lidí, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu za období 1999-2018 ukázala, že asi čtvrtina pacientů, kteří prodělali mrtvici aktivně kouří a "na rozdíl od běžné populace se aktivní kouření cigaret u pacientů, kteří prodělali mrtvici, za poslední 2 desetiletí nesnížilo“ (Parikh et al., 2020).

Z tohoto důvodu je relevantní zkoumat postoje cílové skupiny aktivních kuřáků, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu ke kouření. Práce dělí postoje na tři složky - konativní, kognitivní a emotivní. Kombinace těchto tří složek přispívá k vytvoření uceleného obrazu o postojích cílové skupiny ke kouření a může vést k odpovědi na otázku proč kuřáci v kouření pokračují i po prodělání CMP.

V teoretické části se práce konativní složce postojů věnuje ve smyslu kouření po prodělání cévní mozkové příhody a rizika recidivy cévní mozkové příhody spojené s kouřením. Kognitivní složka je v práci zahrnuta jako problematika názorů na kouření a celkového povědomí o škodlivosti cigaret. Povědomí o negativních účincích kouření může hrát roli v zanechání kouření nebo návratu ke kouření po prodělané cévní mozkové příhodě. Emotivní komponenta se zabývá vztahem kuřáků ke kouření a rolí, kterou kouření v jejich životě má.

Výzkumy naznačují, že ani složitá životní událost, jako je proděláním cévní mozkové příhody u mnoha pacientů nevede k zanechání kouření. S tím může souviset studii prokázané nízké povědomí populace o tom, že kouření je rizikovým faktorem vzniku iktu i přes poměrně vysoké povědomí o negativních účincích cigaret obecně. Emoční vztah kuřáků ke kouření je silný a silná je také racionalizace kouření. Důvody návratu ke kouření po proděláním CMP jsou například snaha o návrat k předchozímu běžnému životu a kuřáky vnímány pozitivní atributy kouření.

Výsledky práce v mnoha ohledech potvrdily zmíněné objevy předchozích studií zabývajících se podobnou tématikou. Míra kouření se sice u většiny účastníků snížila, ale vedly k tomu převážně jiné důvody než strach o vlastní zdraví. Podobně jako v jiných studiích bylo všeobecné povědomí o škodlivosti kouření poměrně vysoké, ale nižší bylo povědomí o rizicích pro vznik CMP. Výzkum také potvrdil silný vztah a vazbu kuřáků ke kouření, s čímž je spojena silná racionalizace kouření.

1 Problematika cévních mozkových příhod

„Cévní mozková příhoda (CMP) je onemocnění mozku způsobené náhle vzniklou poruchou cévního zásobení“ (Růžička, 2019, s. 213) a „v České republice každý rok postihne více než 50 000 osob“ (Zámečník et al., 2019, s. 676).

Jak uvádí Tomek (2012), cévní mozková příhoda patří k nejčastějším příčinám mortality a morbidit ve vyspělých zemích s 30denní mortalitou 10-17 % a u těžkých cévních příhod je to až 75 %. Až 30 % všech pacientů má těžké následky vyžadující dlouhodobou ošetrovatelskou péči. Pouze asi 30 % pacientů je po třech měsících soběstačných s minimálním nebo žádným neurologickým deficitem.

Podle Cífkové (2015) dochází při cévní mozkové příhodě (CMP) k poškození mozkových tepen. Tepny přivádějící krev a kyslík do mozku buď prasknou, nebo se ucpou, což vede k nedostatečnému přísunu okysličené krve buňkám v mozku. Nervové buňky bez dostatečné dodávky kyslíku během několika minut odumírají. Když nefungují nervové buňky, nemohou fungovat ani části těla, které jsou těmito nervovými buňkami řízeny. Odumřelé nervové buňky již organismus nedokáže obnovit, což často vede k trvalým a devastujícím účinkům po prodělání cévní mozkové příhody.

1.1 Typy cévní mozkové příhody

Rozeznávají se dva základní typy CMP: ischemická (iCMP) při uzavěru mozkové tepny a hemoragická (krvácivá) při její ruptuře, která se pak dělí podle lokalizace na intracerebrální (parenchymové) a extracerebrální (subarachnoidální) krvácení (Růžička, 2019).

Bartůněk (2016) uvádí, že ischemické cévní mozkové poruchy (iCMP) představují až 80 % všech CMP a zbylých 20 % náleží krvácivým, tedy hemoragickým příhodám.

1.1.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Podle Zámečníka (2019), vzniká ischemická cévní mozková příhoda (zvaná též bílý infarkt) akutním cévním uzávěrem. Tyto infarkty bývají převážně trombotické a mohou být léčeny trombolytickou terapií.

„iCMP se klinicky projevuje jako náhle vzniklý neurologický deficit, epileptický záchvat, porucha vědomí, chování a myšlení nebo bolest hlavy“ (Růžička, 2019, s. 216). Podle Růžičky (2019) může ischemie postihnout jen části jednoho povodí nebo naopak více povodí současně.

1.1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Zámečník (2019) rozděluje krvácení do mozku do čtyř kategorií, z nichž dvě- intracerebrální (parenchymové) a subarachnoideální, patří mezi spontánní krvácení na podkladě cévních poruch.

„Krvácení do mozkového parenchymu je důsledkem ruptury tepny, cévní malformace či vzácně žíly” (Růžička, 2019, s. 219). Podle Růžičky (2019, s. 219), se projevuje „náhle vzniklým neurologickým deficitem podle lokalizace krvácení a bolestí hlavy různé intenzity”.

Jak uvádí Tomek et al. (2012, s. 291), subarachnoidální krvácení (SAK) je „krvácivou cévní mozkovou příhodou, kdy dochází k abnormálnímu výronu krve mezi mozkové obaly- arachnoideu a pia mater“. Ruptura aneurysmatu je nejčastější příčinou neúrazového SAK.

Pro SAK je typickým prvním příznakem náhle vzniklá bolest hlavy, většinou popisovaná jako nejsilnější bolest hlavy v životě (i pacienti migrenici poznají, že tato bolest je silnější a odlišná). Rozvíjí se do maximální intenzity v řádu sekund až minut. Bolest je často provázená nauzeou a vomitem. Dalším symptomem při vzniku SAK (až u poloviny pacientů) je náhlá a přechodná porucha vědomí (kvantitativní nebo kvalitativní) na podkladě náhlého vzestupu nitrolebního tlaku. (Růžička, 2019, s. 221).

1.2 Rizikové faktory vzniku cévní mozkové příhody

Jak uvádějí Češka a Hradec (2010), rizikové faktory můžeme rozdělit na ovlivnitelné, které dokážeme svým chováním či způsobem života, popřípadě farmakologickou léčbou regulovat a na neovlivnitelné, tedy všechny ostatní faktory. Běžně se setkáváme s kombinací těchto faktorů.

1.2.1 Neovlivnitelné rizikové faktory

Mezi nejčastější neovlivnitelné rizikové faktory cévní mozkové příhody patří věk, pohlaví, etnický původ a rodinná anamnéza cévní mozkové příhody (Wong et al., 2021).

1.2.2 Ovlivnitelné rizikové faktory

Hlavními ovlivnitelnými rizikovými faktory cévní mozkové příhody jsou okrem jiného hypertenze, srdeční onemocnění, diabetes mellitus, obezita, konzumace alkoholu a v neposlední řadě kouření. Úpravou životního stylu lze tedy vzniku cévní mozkové příhody předcházet nebo zabránit její recidivě.

1.2.2.1 Hypertenze

Světová zdravotnická organizace jako hypertenzi definuje krevní tlak vyšší než 140/90 mmHg. Řiháček a Souček (2004) považují hypertenzi za nejvýznamnější rizikový faktor vzniku cévní mozkové příhody. „Úspěšné léčení hypertenze je jedním z hlavních důvodů snížení výskytu CMP v poslední třetině 20. století v USA” (Dufek, 2002, s. 8).

Měření TK by mělo být součástí pravidelných kontrol u praktického lékaře. Úpravou životního stylu a/nebo pomocí farmakologické léčby by měl být krevní tlak udržován na hodnotách pod 140/85 mmHg, u diabetiků pod 130/80 mmHg. Snížení TK významně redukuje riziko CMP i koronárních příhod (Václavík, 2013).

1.2.2.2 Srdeční onemocnění

Jak uvádí Widimský (2015), do popředí čím dál více vystupuje role srdečních chorob jako příčin akutních ischemických iktů. Mnohem více ischemických iktů je totiž způsobeno embolizací, tedy zanesením trombu ze srdce či z extrakraniálních tepen do mozku nežli trombózou vzniklou přímo v mozku.

Podle Dufeka (2002), patří k srdečním onemocněním, která mají nejdůležitější roli na vzniku CMP:

- kardiální dekompenzace
- fibrilace síní
- infarkt myokardu
- cor pulmonale
- mitrální vada
- defekt septa

1.2.2.3 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) je chronické onemocnění, které vzniká v důsledku absolutního či relativního nedostatku inzulínu. Glukóza u diabetu není optimálně transportována z krve do buněk a přetrvává v extracelulární tekutině- hlavním projevem je chronická hyperglykemie, která je zároveň hlavním faktorem rozvoje komplikací DM (Zámečník et al., 2019, s. 747).

Zámečník (2019) řadí mezi nespecifické komplikace diabetu diabetická makroangiopatie, teda “akcelerovaný rozvoj aterosklerózy“, což vede k rozvoji cévních mozkových příhod. Ateroskleróza vzniká jak u diabetiků, tak u nediabetiků, ale u diabetiků má dřívejší a výraznější nástup.

1.2.2.4 Obezita, složení stravy

Obezita (otylost) je nepřiměřeně vysoká tělesná hmotnost vzhledem k výšce a tělesné konstituci daného člověka. Je charakterizována nadměrnou přítomností tukové tkáně v organismu. Obezita představuje v rozvinutých zemích jednu z hlavních civilizačních chorob a v dnešní době je v těchto zemích přítomna již ve formě epidemie (Zámečník et al., 2019, s. 159).

Zámečník (2019) považuje vznik obezity za důsledek „nerovnováhy mezi příjmem a výdejem energie“. Příčina této nerovnováhy může být různá a může ji ovlivnit životní styl jedince i společnosti- přejídání, sedavý způsob života, nevhodné složení stravy (potrava bohatá na cukry a tuky místo potravy bohaté na bílkoviny).

Podle Zámečníka (2019) je viscerální tuk zdrojem biologicky aktivních molekul- adipokinů, jejichž zvýšené vylučování způsobuje zejména u pacientů s centrální obezitou dysfunkci endotelu a zánět, které hrají zásadní roli v rozvoji aterosklerózy a jejich zejména kardiovaskulárních komplikací. Ateroskleróza kromě zmíněných kardiovaskulárních komplikací vede ke vzniku cévní mozkové příhody.

1.2.2.5 Konzumace alkoholu

Podle Václavíka (2013) zvyšuje pití alkoholu nad 60 g/den (např. 0,5 l vína s 12 % alkoholu) riziko jak ischemických, tak hemoragických cévních mozkových příhod, zatímco konzumace alkoholu pod 12 g/den snižuje riziko CMP o 17 % a jeho spotřeba mezi 12–24 g/den snižuje riziko o 28 %.

1.2.2.6 Kouření

Dle Světové zdravotnické organizace (2008) je kouření nejvýznamnější preventabilní příčinou předčasných úmrtí a invalidity v současném světě.

Existují pádné důkazy, že kouření zvyšuje riziko mrtvice a akutního infarktu myokardu (AMI). Chemické látky v cigaretách se podílejí na rozvoji aterosklerózy a dalších patologií vedoucích k mrtvici a srdečním onemocněním (Kim et al., 2012).

Tabákový kouř poškozují stěnu cévní a jeho účinek má negativní dopad na funkci kardiovaskulárního systému (Šedová et al., 2019).

Je tedy vhodné podporovat odvykání kouření ať už v primární nebo sekundární prevenci cévní mozkové příhody.

Podle Kaliny (2015, s. 81) má pro odvykání kouření klíčový vliv osvěta, poradenství, psychoterapeutická podpora a farmakologické intervence, jako substituce nikotinem (žvýkačky, náplasti) ke zvládnutí odvykacího stavu,

antidepressivum bupropion, vareniklin a zajímavé jsou „pokusy s inhalací látek, které nahrazují sensorickou stimulaci produkty kouření cigaret“.

1.3 Prevence cévní mozkové příhody

Prevence je důležitá v mnoha oblastech každodenního života. Ve zdravotnictví je prevenci možné chápat jako záměrné předcházení vzniku nemocí a zdravotních komplikací, což se vztahuje i na vznik a recidivu cévní mozkové příhody.

Vzhledem k medicínské a sociální závažnosti CMP a výrazně vyšší incidenci v České republice ve srovnání s populací v rozvinutých evropských zemích, je prevence tohoto onemocnění nejvýznamnějším opatřením, které nás v současnosti i nejbližší budoucnosti čeká (Václavík, 2013).

1.3.1 Primární prevence

Podle Václavíka (2013) je cílem primární prevence „změna nevhodného životního stylu s předpokládaným snížením incidence iCMP“. Role praktického lékaře je zde velmi důležitá, jeho úlohou je vedení pacientů ke zdravému životnímu stylu, udržování váhy, nekouření, dostatku pohybu, zdravé stravy, a jeho úlohou je také diagnostika a léčba cévních rizikových faktorů.

1.3.2 Sekundární prevence

„Cílem sekundární prevence je co největší snížení rizika recidivy ischemické cévní mozkové příhody (iCMP)“ (Václavík, 2013). „Pacienti po ischemické CMP mají vysoké riziko jejího opakování, které je v průměru kolem 8 % ročně“ a recidiva má kromě toho až dvojnásobně větší mortalitu než první příhoda (Tomek, 2019).

Vedení sekundární prevence by mělo být v rukou neurologa specializovaného na léčbu CMP, který spolupracuje s praktickým lékařem a specialisty – především s kardiologem, lipidologem, diabetologem, rehabilitačním lékařem, logopedem, psychiatrem a psychologem (Václavík, 2013).

Sekundární prevence cévní mozkové příhody zahrnuje včasnou léčbu (antiagregační a karotidové intervence) a dlouhodobou léčbu včetně změny životního stylu, antihypertenzní léčby, antiagregačních a antitrombotických léků u pacientů s fibrilací síní a užívání statinů a dalších hypolipidemik (Niewada & Członkowska, 2014).

1.4 Systém péče o pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě

Systém péče o pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě lze rozdělit do dvou základních kategorií- akutní péče (sít' akreditovaných komplexních cerebrovaskulárních a iktových center) a následná péče. V České republice je organizace akutní péče na výborné úrovni, ale stejně organizovaná zatím není péče následná (Medical Tribune, 2022).

1.4.1 Přednemocniční triáž a akutní péče o pacienty po prodělané CMP

Jak uvádějí Bar a Tomek (2020), v posledních dvou dekadách došlo k výraznému posunu v léčbě akutní cévní mozkové příhody. K tomuto posunu a změně organizace celé péče o pacienty s akutním iktem přispěly dva zásadní momenty, a to prokázání účinnosti intravenózní trombolýzy v 90. letech a průkaz účinnosti mechanické trombektomie pro pacienty s uzávěrem velké mozkové tepny v roce 2016.

Na začátku cesty pacienta zdravotnickým systémem je zapotřebí určit, zda se jedná o triáž pozitivního pacienta. Podle Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR, 2021) je triáž pozitivní pacient „považován za pacienta v přímém ohrožení života a je indikován k primárnímu směřování do traumacentra“.

Možná cévní mozková příhoda je u pacienta identifikována na základě typických klinických příznaků pro CMP, které se hodnotí nejčastěji pomocí FAST testu (Čábal & Václavík, 2020).

Americká asociace pro mozkovou mrtvici za hodnocené příznaky považuje:

F = Pokles obličeje (Face drooping) – Poklesne jedna strana obličeje nebo je necitlivá? Požádejte osobu, aby se usmála. Je úsměv toho člověka nevyrovnaný?

A = Slabost paže (Arm weakness) – Je jedna paže slabá nebo necitlivá? Požádejte osobu, aby zvedla obě paže. Posunuje jedna paže dolů?

S = Potíže s řečí (Speech difficulty) – Je řeč nezřetelná?

T = Čas zavolat pomoc (Time)

Podle Čábala a Václavíka (2020) je rozpoznání pacienta s možnou CMP pro záchranáře i pro praktického lékaře velmi důležité k zajištění jeho rychlého transportu do nemocnice k další terapii.

1.4.1.1 Síť center iktové péče v České republice

V letech 2006-2008 došlo k certifikaci iktových jednotek Českou neurologickou společností. Certifikace „velmi pozitivně přispěla k pozdějšímu vzniku sítě iktových center pod gescí Ministerstva zdravotnictví České republiky“ (Bar & Tomek, 2020).

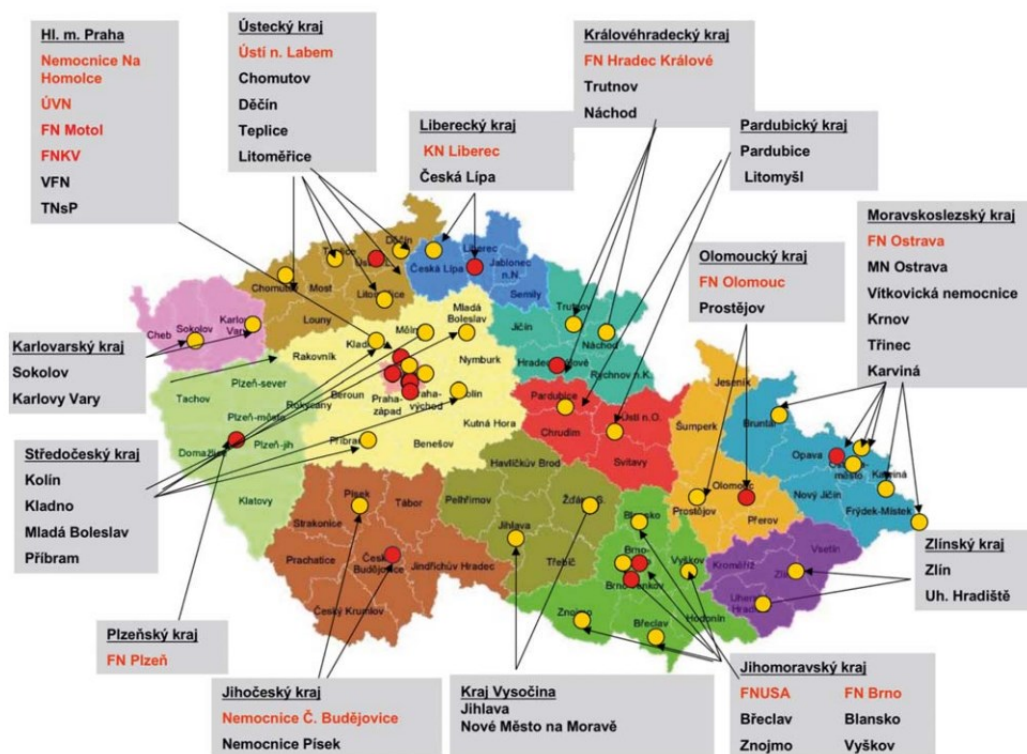
Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 2010 vyzýval poskytovatele akutní péče k možnosti akreditace jako specializovaného centra:

- nejvyšší stupeň – Komplexní cerebrovaskulární centrum (KCC)
- nižší stupeň – Iktové centrum (IC)
- nejnižší stupeň- všechna ostatní zařízení poskytující akutní péči pro triáž negativní pacienty s akutní CMP (Bar & Tomek, 2020).

Podle Bara a Tomeka (2020) byl v roce 2020 celkový počet center 45, z toho 13 center vyšší úrovně (Obrázek 1).

Obrázek 1

Síť center iktové péče v České republice



(Bar & Tomek, 2020)

Vzhledem k odlišnému zastoupení IC a KCC v jednotlivých krajích ČR (kraje s jedním nebo více IC, kraje bez KCC nebo kraje s více KCC) rozhoduje v daném kraji o pravidlech směřování triáž pozitivního pacienta poskytovatel zdravotnické

záchranné služby pro daný kraj po dohodě s lékaři příslušných IC a KCC (MZČR, 2021).

1.4.1.2 Raná rehabilitace v centrech iktové péče

Součástí nemocniční péče je raná rehabilitace, která začíná bezprostředně když to dovolí stav pacienta.

Podle Kratochvílové et al. (2021) má časná rehabilitace po proděláním cévní mozkové příhody nezanedbatelné benefity. Pacienti jsou typicky po 7. až 14. dnech od vzniku cévní mozkové příhody přeloženi na jednotku rané rehabilitace, kde rehabilitační tým (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, psychologové, nutriční terapeuti, sociální pracovníci) poskytuje intenzivní multiprofesní rehabilitaci.

1.4.2 Následná péče o pacienty po prodělané CMP

Po fázi akutní péče o pacienta s mrtvicí na lůžkách center iktové péče následuje neméně důležitá péče následná. Následná péče může probíhat různě, průběh se odvíjí od závažnosti následků a spolupráce pacienta po proděláním cévní mozkové příhody.

1.4.2.1 Rehabilitační péče- ambulantní a ústavní rehabilitace

Podle Volného et al. (2016) je intenzivní a kvalitní rehabilitace klíčová pro zmírnění následků cévní mozkové příhody. Zaměřuje se na podporu a obnovu životních funkcí, pohyblivosti, učení a motivace, smyslového vnímání, poznávacích a psychických funkcí.

Ambulantní rehabilitace je určena především pacientům s lehčími formami postižení, kteří jsou schopni sami nebo s pomocí rodiny dojíždět do rehabilitačního zařízení (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Ambulantní rehabilitaci zajišťují například:

- Centrum neurorehabilitace ERGO Aktiv, o.p.s,
- Rehafit, o.s.,
- Neurorehabilitační klinika AXON.

Do rehabilitačních ústavů jsou překládáni pacienti, kteří aktivně spolupracují již na akutním lůžku. Péče zde trvá přibližně jeden až tři měsíce.

Péči v rehabilitačních ústavech zajišťují například:

- Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně,

- Doléčovací a rehabilitační oddělení v Novém Lískovci (DRO),
- Lázně Darkov, a. s. - odborný léčebný ústav rehabilitační,
- Rehabilitační ústav Hrabyně,
- Rehabilitační ústav pro cévní choroby mozkové Chotěboř,
- Beskydské rehabilitační centrum, s. r. o.,
- Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí,
- Úrazová nemocnice v Brně – OLÚ (Volný et al., 2016).

1.4.2.2 Následná ošetrovatelská péče- LDN

Pokud je kvůli těžkému deficitu nemožné zajistit přechod do domácí péče, je třeba pacienta přesunout do léčebny dlouhodobě nemocných LDN. Oddělení následné ošetrovatelské péče poskytují léčebně ošetrovatelskou a rehabilitační péči, dlouhodobou ošetrovatelskou péči a některé z nich také paliativní péči. Péče zde trvá maximálně tři měsíce a je tedy třeba plánovat péči po ukončení hospitalizace. (Volný et al., 2016).

Plánování péče po ukončení hospitalizace v LDN spočívá v:

- zajištění a přípravě domácí péče,
- zajištění sociální ústavní péče (domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, přechodný pobyt apod.),
- zajištění jiného zařízení ošetrovatelského typu (zpravidla jiné LDN) (Volný et al., 2016).

1.4.2.3 Paliativní péče

K přesunu pacienta do paliativní péče dochází tehdy, když „i přes maximální podporu dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu, léčba se jeví jako neúčelná a prognóza je nepříznivá nebo velmi nepříznivá" (Volný et al., 2016).

Navzdory tomuto tradičnímu chápání paliativní péče v rámci systému péče se jedná o velmi dynamicky se rozvíjející odvětví medicíny. Existují důkazy, že časná integrace paliativní péče v neurologii vede ke zlepšení kvality života pacientů a pečujících osob. Pojem paliativní péče může v pacientech vyvolávat předsudky a odmítání péče z jejich strany. Na některých pracovištích se z tohoto důvodu používají názvy jako podpůrná péče nebo komplexní léčba symptomů (Radka, 2020).

2 Postoje a jejich složky

Pojem postoj je obecně definován jako „psychologická tendence, která je vyjádřena hodnocením určité entity s určitým stupněm přízně nebo nepřízně“ (Eagly & Chaiken, 2007).

Postoj lze chápat jako evaluaci jistého jevu. Postoje mají tři složky, a to konativní (jednání vzhledem k jevu), kognitivní (povědomí a názor na jev) a emotivní (osobní vztah k jevu) (Scandura, 2017).

Podle Nakonečného (2009), jsou všechny tři složky obvykle vyvážené.

Postoje můžeme mimo jiné rozdělit na explicitní a implicitní, tedy zjevné a skryté. Explicitní (zjevné) postoje jsou postoje, které verbalizujeme, implikují reflexi a uvažování a ovlivňují naše kontrolované chování. Implicitní (skryté) postoje jsou automaticky aktivovány při přítomnosti objektu postoje, jsou ovlivněny předchozími zkušenostmi a řídí automatické chování (Pit-ten Cate & Glock, 2019).

Studie zabývající se explicitními a implicitními postoji ke kouření ukázala, že „kuřáci trvale vykazovali pozitivnější a tolerantnější postoje ke kouření než nekuřáci“, ve smyslu zjevných i skrytých postojů (Gao et al., 2022). „Je zajímavé, že explicitní a implicitní postoje nekuřáků ke kouření byly odděleny a vykazovaly zdánlivě pozitivní postoj, i když byly ke kouření vnitřně negativní“ (Gao et al., 2022).

2.1 Konativní složka

„Konativní komponenty (behaviorální predispozice): vyjadřují snahu či pohotovost chovat se vůči objektu postoje určitým způsobem“ (Nakonečný, 2009, s. 247).

Tato práce se konativní složce postojů věnuje ve smyslu kouření po prodělání cévní mozkové příhody a rizika recidivy cévní mozkové příhody spojené s kouřením.

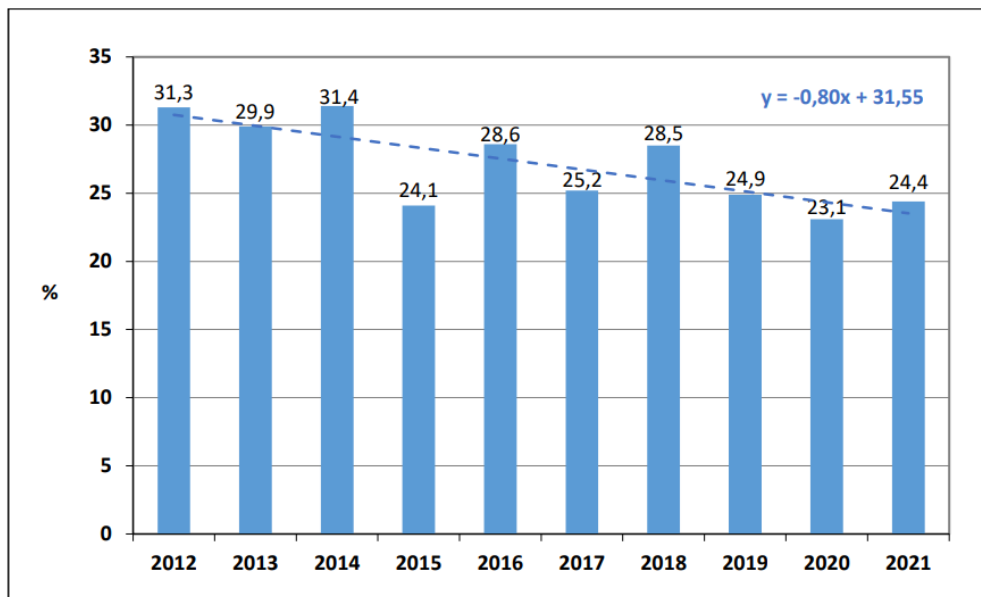
2.1.1 Prevalence kouření a kouření po prodělané CMP

„Závislost na tabáku je u nás nejrozšířenější drogovou závislostí. Je-li v ČR kolem 2 250 000 kuřáků cigaret a kolem 80–85 % z nich je závislých, jsou to téměř 2 000 000 závislých na tabáku“ (Králiková & Štěpánková, 2011).

Podle Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu v České republice, který každoročně organizuje Státní zdravotní ústav (2022), bylo v roce 2021 z celkového souboru participantů 24,4 % kuřáků tabáku. Jednalo se o kuřáky různých typů tabákových výrobků- cigaret, dýmek, doutníků, doutníčků a vodních dýmek. Co se týče meziročního srovnání v prevalenci kouření „lze v trendu kuřáctví od roku 2012 pozorovat trvalý pokles“ (Obrázek 2) (SZÚ, 2022).

Obrázek 2

Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2012-2021 (osa x označuje rok, osa y označuje procento kuřáků)



(SZÚ, 2022)

Podle Králíkové a Štěpánkové (2011), se ve vyspělých státech prevalence kouření postupně snižuje. Klesající trend je způsoben většími znalostmi o negativních následcích aktivního i pasivního kouření a z toho plynoucím společenským tlakem. Na druhou stranu je kouření stále větším problémem sociálních skupin s nízkým vzděláním, nízkými příjmy, menšin, lidí s psychickým onemocněním apod. V rozvojových zemích se prevalence kouření a s ním spojená úmrtnost stále zvyšuje.

„Navzdory povědomí o škodlivých účincích kouření na zdraví je kouření velmi návykové a přestat může být extrémně obtížné, dokonce i po život ohrožující cévní příhodě, jako je mrtvice“ (Noubiap et al., 2021).

Podle celostátní analýzy dat ve Spojených státech, zabývající se odvykáním kouření u pacientů po cévní mozkové příhodě je poměr odvykání kouření mezi pacienty, kteří prodělali mrtvici přibližně 61 %; tedy asi 2 z 5 pacientů, kteří prodělali mrtvici s anamnézou kouření, zůstávají aktivními kuřáky. Poměr odvykání se značně lišil s ohledem na demografické a geografické faktory a poměr odvykání byl nižší u pacientů, kteří prodělali mrtvici, než u pacientů po rakovině (Parikh et al., 2022).

Americká studie, která se zabývala analýzou trendů v aktivním kouření cigaret u lidí, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu za období 1999-2018 ukázala, že asi čtvrtina pacientů, kteří prodělali mrtvici aktivně kouří a "na rozdíl od běžné populace se aktivní kouření cigaret u pacientů, kteří prodělali mrtvici, za poslední 2 desetiletí nesnížilo“ (Parikh et al., 2020).

Stupeň závislosti na nikotinu je důležitým rizikovým faktorem pro kouření a ochotu přestat kouřit u pacientů s mrtvicí. Ochota přestat kouřit u pacientů s nízkou závislostí na nikotinu byla 4,628krát větší než u pacientů s těžkou závislostí na nikotinu. Ochota přestat kouřit u pacientů se středně těžkou závislostí na nikotinu byla 2,596krát vyšší než u pacientů s těžkou závislostí na nikotinu. Čím nižší je stupeň závislosti, tím silnější bude ochota kuřáků s mrtvicí přestat kouřit (Li et al., 2021).

2.1.2 Kouření, jako prediktor recidivy a jeho vliv na zotavování po CMP

Riziko recidivy CMP je velmi vážnou hrozbou pro nemocné s předchozím iktem, přičemž riziko opakování iktu je 10–12 % do 1 roku od první příhody a „ve vztahu k závažné stenóze vnitřní karotidy toto riziko stoupá na 14–20 %. Kumulativní riziko recidivy ischemického iktu do 5 let od prvé příhody se odhaduje na 25–40 %“ (Neumann & Škoda, 2007, s. 233).

Podle Růžičky (2019) má „recidiva iCMP navíc dvojnásobnou mortalitu než první příhoda“ (s. 233).

Podle výzkumu prezentovaného na kongresu ESC 2012, se riziko úmrtí u pacientů, kteří po mrtvici znovu začnou kouřit, zvyšuje trojnásobně. Vědci také zjistili, že čím dříve pacienti začnou kouřit, tím větší je jejich riziko úmrtí do jednoho roku (European Society of Cardiology, 2012).

Kromě vyšší pravděpodobnosti vzniku recidivy je kouření spojeno s náročnějším zotavováním se a horšími výsledky po prodělání iktu.

Studie, kterou provedl Kim et al. (2012) analýzou lékařských záznamů během deseti let ukázala, že lidé, kteří byli současnými nebo bývalými kuřáky v době mrtvice, měli horší dlouhodobé výsledky než ti, kteří nikdy nekouřili.

Podobné výsledky ukazuje i studie zabývající se souvislostmi mezi kouřením a horšími výsledky po prodělání mrtvice. Současní, ale ne bývalí kuřáci měli významně zvýšené riziko nepříznivých funkčních výsledků po 3 měsících. Mezi současnými kuřáky se riziko nepříznivých výsledků zvýšilo, protože se zvýšil buď počet vykouřených cigaret za den, nebo kuřácký index. Mezi bývalými kuřáky měli ti, kteří přestali kouřit do dvou let od mrtvice, vyšší riziko nepříznivých výsledků ve srovnání s nekuřáky, s rizikem podobným rozsahu jako u současných kuřáků. Zjistilo se také, že ve srovnání s nekuřáky se neurologické funkce zlepšily méně během hospitalizace u současných kuřáků, zejména těch, kteří kouřili více cigaret, a u bývalých kuřáků, kteří přestali do 2 let od mrtvice. Nepříznivé účinky kouření byly zachovány bez ohledu na výchozí charakteristiky, jako je pohlaví, věk, podtyp mrtvice a závažnost mrtvice (Matsuo et al., 2020).

Kvůli prokázanému vlivu kouření na vznik recidivy cévní mozkové příhody, je zanechání kouření řazeno mezi doporučení sekundární prevence vzniku mrtvice podle Kanadské doporučené praxe pro mrtvici (Gladstone et al., 2022). Ta zdravotníkům doporučuje provádět následující intervence:

- identifikovat hodnotit a dokumentovat kuřácký status pacienta ve všech zdravotnických zařízeních léčebného kontinua iktu,
- poskytovat specifické rady ohledně důležitosti zanechání kouření,
- nabídnout pomoc při zahájení odvykání kouření,
- možný postupný přístup od omezení kouření až k úplnému zanechání,
- možnost kombinace farmakoterapie a behaviorální terapie při odvykání,
- farmakologická léčba první volby by měla zahrnovat substituční nikotinovou terapii, vareneklín a bupropion,
- u pacientů, kuřáků, po cévní mozkové příhodě, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici by měly být zavedeny protokoly pro zvládnutí vysazení nikotinu během hospitalizace,
- pacientům a rodinným příslušníkům by měly být sděleny informace o negativních účincích pasivního kouření,
- pacientům, kteří nejsou připraveni přestat kouřit by měla být nabídnuta motivační intervence k odvykání.

2.2 Kognitivní složka

„Kognitivní komponenty (smýšlení) zahrnují to, co subjekt o objektu svého postoje ví, jeho poznatky o objektu postoje” (Nakonečný, 2009, s. 247).

V práci je zahrnuta problematika názorů na kouření a celkového povědomí o škodlivosti cigaret. Povědomí o negativních účincích kouření může hrát roli v pokračování nebo zanechání kouření po prodělané cévní mozkové příhodě.

2.2.1 Povědomí o kouření, jako rizikovém faktoru vzniku CMP

Výsledky studií naznačují, že povědomí lidí, ať už kuřáků nebo nekuřáků, je o kouření jako rizikovém faktoru vzniku cévní mozkové příhody poměrně nízké. Ve většině studií se jedná o přibližně 20-35 % respondentů, kteří kouření považují za rizikový faktor vzniku mrtvice.

Podle studie Hamada a Al-Tawila (2022), která se zabývala poznatkami kuřáků o kouření cigaret a vodních dýmek bylo povědomí o negativních následcích kouření poměrně vysoké u respiračních onemocnění a karcinomu plic, avšak pouze 30,6 % respondentů považovalo kouření za faktor vzniku cévní mozkové příhody.

Podobné výsledky zaznamenala studie o povědomí dospělých lidí v Číně o nebezpečích kouření (Zhang et al., 2019), která ukázala, že pouze 29,5 % respondentů považuje kouření za rizikový faktor vzniku cévní mozkové příhody, zatímco více než dvojnásobek respondentů se domnívá, že je faktorem vzniku karcinomu plic.

Nízké povědomí potvrdila i studie, která se věnovala znalostem lidí o varovných signálech a rizikových faktorech cévní mozkové příhody, která ukázala, že pouze 20,5 % respondentů jmenovalo kouření jako faktor vzniku cévní mozkové příhody (Khalil & Lahoud, 2020).

Jak zmínované studie naznačují, ve srovnání se znalostmi o riziku kouření na vznik CMP jsou znalosti o škodlivosti kouření mnohem vyšší u kardiovaskulárních a onkologických onemocnění. Povědomí o všeobecných negativních účincích kouření na zdraví je také mnohem vyšší.

2.3 Emotivní složka

„Emotivní (afektivní) komponenty zahrnují emoce, které objekt postoje v subjektu vyvolává (sympatii, antipatii, hněv a podobně)” (Nakončený, 2009, s. 247).

Emocionální komponenta určuje sílu postoje, neboť mu propůjčuje subjektivní význam: extrémně pozitivní nebo negativní postoje jsou nejsilnější a souvisí s osobností jedince tak, že plní určitou integrační funkci. Emočně silně akcentované postoje, zejména předsudky, mohou být zcela iracionální a mohou být provázeny falešnými informacemi (Nakončený, 2009, s. 247).

Emoční vztah kuřáků k cigaretám může odpovědět na otázku proč u části kuřáků nedojde ani po prodělání cévní mozkové příhody k zanechání kouření. Tato emoční komponenta souvisí se silnou racionalizací kouření u kuřáků.

2.3.1 Vztah kuřáků ke kouření

Zvyšování povědomí a znalostí o rizicích kouření sice v některých případech může vést k omezení kouření, ale samotná fakta o jeho negativních důsledcích často nejsou dostatečným motivem pro odvykání. Důvodem k pokračování v kouření i přes jasná rizika může být ve všeobecnosti jistý emoční vztah a subjektivní vnímání pozitivních atributů kouření. To pravděpodobně následně vede k silné racionalizaci kouření, což je u kuřáků poměrně častým jevem (Schreuders, 2018).

2.3.2 Důvody návratu ke kouření po prodělané CMP

U pacientů po cévní mozkové příhodě je poměrně častá snaha přestat kouřit krátce po diagnóze mrtvice. Studie zabývající se zkušenostmi s návratem ke kouření po cévní mozkové příhodě (Youn & Shin, 2021) považuje za faktor krátkodobého

zanechání kouření pobyt v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení. Následné propuštění ale vedlo k návratu ke kouření.

Účastníci uvedli, že propuštění z nemocnice bylo považováno za přesun do prostoru, kde by pacienti mohli žít svůj život jako před diagnózou mrtvice. Obecně účastníci uváděli, že návrat do prostoru spojeného s běžným životem obnovil jejich pocity úlevy, co vedlo k tomu, že se stali vnímavými k pokušení kouření, což je znova vedlo k návratu ke kouření (Youn & Shin, 2021).

Podle Youn a Shin (2021) je velkým důvodem pro opětovný začátek kouření snaha o návrat k předchozímu běžnému životu.

Dalším popisovaným faktorem je silná emoční konexe ke kouření a kuřáky vnímány pozitivní atributy kouření. Ve zmíněné studii „účastníci vysvětlili, že kouření jim poskytuje nejen emocionální relaxaci, ale také fyzický odpočinek; bylo považováno za nenahraditelné, bylo nemožné se jej zříct a bylo vnímáno jako dobrý společník“ (Youn & Shin, 2021).

2.3.3 Racionalizace kouření

Podle Taneja et al. (2022), je racionalizace kouření myšlenkový rámec, ve kterém je vytvořen obranný mechanismus k ospravedlnění kontroverzního nebo nepřijatelného chování nebo pocitů, které jsou vysvětlovány zdánlivě racionálním nebo logickým způsobem, aby se zabránilo skutečnému vysvětlení. Kuřáci podceňují nebezpečí kouření tím, že mají nerealisticky optimistické myšlenky o svých šancích vyhnout se nemoci. Většina kuřáků věří, že mají kontrolu nad množstvím a frekvencí kouření, a mohou tak zajistit, že nebudou mít fatální následky.

Podle Chen et al. (2022) tvoří racionalizace kouření velkou překážku zanechání kouření. Racionalizace je jasným výsledkem kognitivní disonance, vzniká tedy z důvodu nepříjemných pocitů vznikajících v souvislosti s rozporem mezi vnímanými fakty a jednáním jedince. Pro kuřáky je mnohem snazší změnit své názory na kouření než skutečně přestat kouřit.

Existuje několik různých typů racionalizací, které kuřáci používají ke snížení svého vnímání osobní zranitelnosti. Studie identifikovali čtyři souběžně se vyskytující kategorie, které nazvali sebe-osvobozující přesvědčení:

- „neprůstředná přesvědčení“, kdy si jednotlivci myslí, že se na nich rizika nevztahují (např. dobrá genetika);
- „skeptické přesvědčení“, kdy jednotlivci vyvracejí důkazy o škodlivosti kouření;

- „víru v džungli“, když jednotlivci tvrdí, že kouření je jen jedním z mnoha rizik v životě;
- „přesvědčení, že to stojí za to“, když zvažují přínosy, které převažují nad riziky smrtelných onemocnění (Schreuders, 2018).

Za pátou kategorií bylo později označeno takzvané „přesvědčení o riziku-zpoždění“. Toto přesvědčení znamená, že kuřáci se citově distancují od zdravotních následků, protože k nim dojde až v daleké budoucnosti (Schreuders, 2018).

Studie zabývající se pochopením racionalizace kouření (Tohid et al., 2016), zjistila poměrně vysoké povědomí o nebezpečných účincích cigaret u participantů, z nich někteří dokážou vyjmenovat i pár škodlivých složek cigaret. Účastníci také hlásili své setkání s lidmi, kteří měli onemocnění související s kouřením (chronické onemocnění plic, mrtvice, srdeční infarkt a rakovina). Několik z nich uvedlo, že mají příznaky související s kouřením, o kterých se domnívali, že jsou důsledkem jejich kouření (dušnost, opakující se kašel a snížený sportovní výkon). Účastníci se nicméně obecně shodli, že jejich povědomí o zdravotních rizicích a jejich zkušenost se skutečnými nepříznivými účinky kouření není dostačující k tomu, aby přestali kouřit.

3 Metodologie výzkumu

Následující kapitola se věnuje metodologii výzkumu, především cílům a výzkumným otázkám práce, metodám sběru dat, popisu výzkumného souboru, metodám analýzy dat a etickým aspektem výzkumu.

3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zjistit postoje aktivních kuřáků po prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření.

Práce se pojmem postoj zabývá ze tří hledisek- kognitivního, konativního a emotivního. Zabývá se tedy povědomím a názory aktivních kuřáků, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu na kouření, mírou jejich kouření a významem kouření v jejich životě. Od těchto tří zkoumaných složek postojů se odvíjejí i tři zvolené výzkumné otázky:

1. Jaká je míra kouření u vybraných participantů, v porovnání s mírou kouření před proděláním cévní mozkové příhody?
2. Jaké jsou názory aktivních kuřáků po prodělané cévní mozkové příhodě na kouření?
3. Jaký význam a roli má kouření v životě kuřáků, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu?

3.2 Výzkumný soubor

Cílovou skupinou výzkumu byli aktivní kuřáci cigaret, pacienti ambulantních služeb, po prodělané cévní mozkové příhodě. Dalším kritériem pro účast byl věk nad osmnáct let.

Autorka se zaměřila na pacienty ambulantních služeb z důvodu, že se ve většině případů jedná o pacienty s mírnějšími následky po mrtvici, kteří nemají vážnější poruchy kognitivních a řečových funkcí a jsou tedy schopni bez větších problémů absolvovat rozhovor pro účely výzkumu. Závažná porucha kognitivních nebo řečových funkcí byla považována za kontraindikaci výběru. Dalším důvodem bylo studiemí objevené zjištění, že pacienti po mrtvici během pobytu na lůžku často kouření na určitou dobu zanechají a vrátí se k němu až po propuštění z nemocnice (Youn & Shin, 2021).

Metodou výběru participantů byl účelový výběr na základě zvolených kritérií. Cílová skupina aktivních kuřáků po cévní mozkové příhodě je poměrně malá a náročná na vyhledání a kontaktování. Mimo jiné je důvodem pro náročnost získání

participantů fakt, že ne všechna zařízení od pacientů zjišťují jejich kuřácký status nebo tuto informaci pacienti sami nepřiznají.

Autorka e-mailem oslovila různá ambulantní zařízení se žádostí o pomoc s vyhledáním pacientů, kteří splňují kritéria pro účast na výzkumu. Jednalo se o ambulantní rehabilitační služby a cévní a cerebrovaskulární poradny. Šest zařízení na žádost neodpovědělo vůbec a pět zařízení nespolupracuje s žádným pacientem, který by kritéria splňoval. Autorce se podařilo navázat spolupráci s ambulancí, která kuřácký status od pacientů zjišťuje, a která byla ochotna pacienty vyhledat a oslovit a po jejich předběžném souhlasu s účastí na výzkumu následně zprostředkovat autorce kontakt na potenciální participanty.

Počet participantů nebyl předem přesně určen, odvíjel se od počtu pacientů, kteří kritéria účelového výběru splňují. Zařízením bylo osloveno 10 pacientů, kteří podle záznamů splňovali výběrová kritéria. Dva z nich s účastí na výzkumu nesouhlasili a dva pacienti mezitím přestali kouřit. Šest pacientů bylo následně kontaktováno autorkou práce, z čehož jeden pacient byl v této fázi z výzkumu vyloučen na základě nedostatečných řečových a sluchových funkcí pro účely rozhovoru. Celkový počet participantů, kteří splňovali výběrová kritéria a s účastí na výzkumu souhlasili bylo 5.

3.3 Metody sběru a analýzy dat

Metodami sběru dat pro účely výzkumu byly Škála závislosti na cigaretách (CDS-5) a polostrukturovaný rozhovor.

Škála závislosti na cigaretách je nástroj pro posouzení závažnosti závislosti na nikotinu. Existují dvě verze dotazníku- dotazník s pěti otázkami a dotazník s dvanácti otázkami. Odpovědi na otázky jsou hodnoceny 1-5 body, přičemž celkové bodové rozpětí je u verze s pěti otázkami 5-25 bodů a u verze s dvanácti otázkami 12-60 bodů. Vyšší bodové skóre naznačuje vyšší míru závislosti na cigaretách. (Klinika adiktologie, 2019).

Pro účely výzkumu byla zvolena kratší verze dotazníku, s pěti otázkami, pro zachování časové nenáročnosti účasti na výzkumu. Dotazník je použit jako pomocný nástroj k hlavní metodě sběru dat, tedy polostrukturovanému rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor se zaměřuje na zmíněné tři aspekty postoju-konativní, kognitivní a emotivní aspekt.

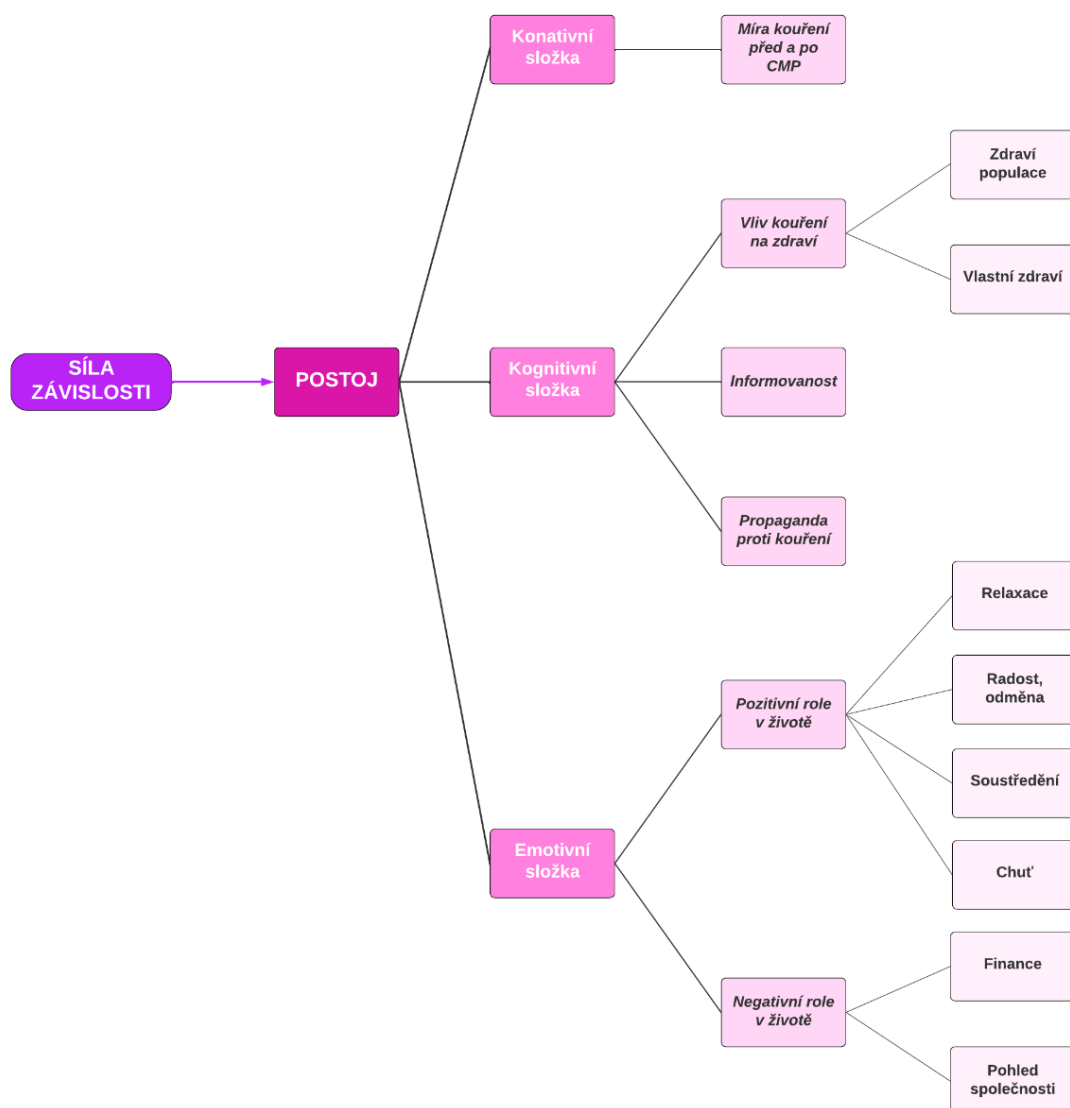
Data z obou částí, tedy dotazníku Škála závislosti na cigaretách (CDS-5) i polostrukturovaného rozhovoru byla sbírána autorkou práce při ústním rozhovoru s participanty výzkumu, tzn. participant dotazník nevyplňoval fyzicky. Část rozhovorů

proběhla osobně a část telefonicky, dle výběru účastníka výzkumu. Celý rozhovor byl zachycen na nahrávce.

Získaná data byla nejprve z nahrávky přepsána a samotné nahrávky byly následně vymazány. Přepsaný text byl poté rozdělen na kódy metodou otevřeného kódování. Vzniklé kódy byly dále metodou tematické analýzy rozříděny do kategorií a podkategorií, ze kterých bylo vytvořeno schéma v aplikaci Lucid Chart (Obrázek 3).

Obrázek 3

Schéma zkoumaných kategorií a podkategorií



3.4 Etické aspekty výzkumu

Participantů byli před samotným rozhovorem seznámeni s cílem výzkumu, jeho obsahem a bylo jim sděleno, že rozhovor bude použit pro účely bakalářské práce, event. jiné odborné publikace.

Participantů souhlasili s účastí na obou částech rozhovoru, tedy dotazníku Škála závislosti na cigaretách i polostrukturovaném rozhovoru. Odpovědi byly ústní, účastníci tedy dotazník nevyplňovali fyzicky.

Dále byli participantů seznámeni s nahráváním rozhovoru pro účely přepisu, s čímž také souhlasili. Nahrávky byly po přepisu rozhovorů vymazány. Účastníci byli ujistěni, že výzkum je zcela anonymní. Ve výzkumu nebyla použita jména participantů ani žádné jiné citlivé informace, které by mohly vést k identifikaci účastníka.

Účastníci měli možnost participaci ve výzkumu v kterékoli části odmítnout. Všichni byli prvotně o výzkumu seznámeni zařízením, které autorka oslovila, což znamená, že účast měli možnost odmítnout ještě před navázáním kontaktu s autorkou. Dále mohli účast odmítnout při telefonickém kontaktování autorkou, při samotném rozhovoru a také po něm. Participantů získali na autorku telefonický i e-mailový kontakt v případě nejasností nebo kvůli zmiňovanému odmítnutí participace.

K výzkumu se nedostavily žádné námitky a souhlas s participací byl zachycen v rámci nahrávky rozhovoru.

4 Výsledky

V následující kapitole jsou popsány výsledky a zjištění získaná z rozhovorů s účastníky. Výsledky jsou prezentovány podle logické posloupnosti polostrukturovaného rozhovoru.

Na začátku rozhovoru byly od účastníků zjištěny základní údaje, jako je jejich pohlaví, věk, kraj odkud pocházejí a nejvyšší dosažené vzdělání (Tabulka 1), pro vytvoření ucelené představy o výzkumném souboru.

Tabulka 1

Základní údaje o účastnících výzkumu (pohlaví, věk, kraj odkud pocházejí, vzdělání)

Participant	Pohlaví	Věk	Kraj	Nejvyšší dosažené vzdělání
P1	Muž	76	Praha	Vysokoškolské
P2	Muž	68	Praha	Vysokoškolské
P3	Muž	76	Liberecký	Středoškolské s maturitou
P4	Muž	75	Ústecký	Vysokoškolské
P5	Žena	58	Praha	Základní

Následně byly zjištěny informace o kouření participantů během jejich života (Tabulka 2).

Čtyři respondenti (P2, P3, P4, P5) začali kouřit ještě před dosažením dospělosti, zatímco respondent P1 se ke kouření dostal ve 26 letech, během studia na vysoké škole.

Tři respondenti (P2, P3, P5) udávají jako důvod začátku svého kouření potřebu zapadnout, nebo známé, kteří je k tomu přivedli. Jeden z respondentů (P1) začal kouřit při učení se na státnice, kdy mu spolužák doporučil, že cigarety mu mohou pomoci soustředit se. Respondent tento efekt cigaret sám zaznamenal.

Čtyři participanté (P1, P2, P3, P5) aktivně neužívají ani nikdy nezkoušeli jiné typy tabákových výrobků jako jsou cigarety. Jeden respondent (P4) občas kouří doutníky, ale v menším množství než cigarety.

Žádný respondent se se závislostí na cigaretách neléčil, ani sami nikdy nezkoušeli přestat, přičemž jeden participant (P1) má vůči léčbě silnou averzi. Dva participanté (P4, P5) se snaží míru kouření postupně snižovat, přičemž participantka P5 se do budoucna nebrání ani odborné pomoci.

Tabulka 2

Informace o kouření participantů

Participant	Začátek kouření	Jiné typy tabákových výrobků	Léčba
P1	26	Ne	Ne
P2	14	Ne	Ne
P3	16	Ne	Ne
P4	16	Doutníky	Ne
P5	17	Ne	Ne

Dále participantů ústně odpovídali na otázky v pět položkovém dotazníku Škála závislosti na cigaretách (CDS-5), k posouzení síly závislosti participantů na cigaretách. Cílem bylo zjistit, zda a jaký vliv má síla závislosti na postoje participantů ke kouření. Bodové rozpětí je 5-25 bodů, přičemž vyšší bodové skóre naznačuje vyšší míru závislosti na cigaretách.

Vyhodnocení dotazníku není pro verzi CDS-5 přesně stanoveno. Pro účely výzkumu považuje autorka za mírnou závislost skóre do 10 bodů, za střední závislost skóre 11-19 bodů a za vysokou závislost skóre nad 20 bodů. Rozmezí byla dána přibližným přepočtem vyhodnocení míry závislosti z verze CDS-12 na verzi CDS-5. Počet získaných bodů je zachycen v Tabulce 3. Získané body naznačují, že jeden participant má vysokou míru závislosti na cigaretách, tři mají střední závislost a jeden mírnou.

Tabulka 3

Počet bodů získaných v dotazníku CDS-5

Participant	Počet bodů
P1	21
P2	19
P3	7
P4	19
P5	16

4.1 Postoje ke kouření

Další část rozhovoru se soustředila na samotné postoje participantů ke kouření. Jak již bylo zmíněno, pojem postoj je v práci zkoumán ze tří hledisek, tedy konativního, kognitivního a emotivního a tímto způsobem byla vedena i následující část rozhovoru. Jelikož se ale jednalo o polostrukturovaný rozhovor, získané informace byly často do příslušných tří zkoumaných složek rozděleny až následně, při přepisu rozhovoru. Nejedná se tedy vždy o data získaná během rozhovoru chronologicky.

4.1.1 Konativní složka

Konativní složka postojů participantů ke kouření úzce souvisí s mírou závislosti na cigaretách získanou administrací dotazníku Škála závislosti na cigaretách (CDS-5), která naznačuje momentální, aktuální závislost respondentů.

Otázky se soustřeďovaly na změnu této míry, ať už ve srovnání s obdobím před proděláním cévní mozkové příhody nebo ve srovnání s mírou, které by v budoucnu participanté chtěli dosáhnout.

Čtyři participanté (P1, P3, P4, P5) kouří po proděláním cévní mozkové příhody méně než před ní, z čehož pouze u jednoho participanta (P4) byl důvodem snižování míry strach o vlastní zdraví a obava z negativních účinků kouření na zdraví. Participanté P1 a P3 začali míru kouření postupně snižovat z důvodů zkrácené pracovní doby, protože kouření se u nich silně spojovalo právě s délkou pracovního dne. Participantka P5 míru kouření snižuje a do budoucna chce dále snižovat.

Participant P2 jako jediný kouří ve stejné míře po mrtvici jako před ní.

Všichni participanté po proděláním cévní mozkové příhody během pobytu v nemocnici jistou dobu nekouřili, ale po propuštění z nemocnice se ke kouření vrátili.

4.1.2 Kognitivní složka

Dále následovaly otázky týkající se kognitivní složky postojů ke kouření. Otázky se zaměřovaly na názory a všeobecné povědomí kuřáků o rizicích kouření a o kouření, jako rizikovém faktoru vzniku cévní mozkové příhody. Autorka se také ptala na to, zda byli participanté o možných rizicích spojených s kouřením informováni (lékaři, rodinou apod.), ať už před proděláním cévní mozkové příhody nebo po ní.

4.1.2.1 Vliv kouření na zdraví

Při rozhovorech byl patrný poměrně velký rozdíl mezi objektivním vnímáním škodlivosti kouření participanty u populace kuřáků a mezi subjektivními dopady kouření na vlastní zdraví.

Zdraví populace

Všech pět respondentů se shodlo na tom, že kouření jisté negativní účinky má a ani jeden z participantů kouření nepovažuje za protektivní faktor pro zdraví.

„... kouření může přispívat k zdravotním problémům u lidí, kteří nesportují, nebo mají jiná vrozená onemocnění“ (P1).

„Nějaká rizika vnímám..., kouření určitě není věc užitečná a škodí, viděl jsem i lidi, kterým fakt uškodilo.“ (P2).

„Je mi jasný, že to nijak zdravý není...“ (P3).

„Určitě kouření považuji za rizikové pro zdraví...“ (P4)

„Vnímám, že se o rizicích mluví, ale víc jsem si o tom nezjišťovala“ (P5).

Vlastní zdraví

Co se týče dopadu kouření na vlastní zdraví, participant P4 udává právě dopady kouření na zdraví za důvod snížení míry svého kouření, zatímco participant P2, který si dopady taktéž uvědomuje, je nepovažuje za negativum, ale jako přirozenou součást kouření. Participant P3 si rizika uvědomuje, no svůj dřívější aktivní způsob života považuje za protektivní faktor.

„Věděl jsem, že to škodí už před mrtvicí, ale kvůli zdraví se to teď snažím omezit více“ (P4).

„Určitě to pro mě není nic užitečného, ale rizika vnímám neutrálně, prostě to patří k tomu“ (P2).

„Celý život jsem pracoval manuálně a sportoval jsem, co mi určitě pomohlo, ale kouření zdraví určitě neprospívá“ (P3).

Dva respondenti (P1, P5) nevnímají, že by jim kouření v nějakém ohledu ubližovalo.

„Kouření nepovažuji za zdroj svých zdravotních problémů, k tomu více přispěl můj věk a cukrovka.“ (P1).

„...sama na sobě jsem zdravotní negativa nezaznamenala, nemám problémy s plícemi ani nic podobné“ (P5).

Participant P1 a P5 kouření také nepovažují za rizikové pro vznik cévní mozkové příhody. Na rozdíl od toho participant P2, P3 a P4 vnímají souvislost mezi kouřením a vznikem mrtvice.

„Věřím doktorům, že jde o rizikový faktor CMP, ale jak velký je otázka interpretace“ (P2).

„Považuji to za rizikové k vzniku mrtvice, ale vlastní vůle přestat je slabší“ (P3).

„Považuji ho za špatné obecně a určitě je rizikové i pro mrtvici“ (P4).

4.1.2.2 Informovanost o rizicích kouření

Tři participant (P1, P3, P5) nebyli lékaři o specifických rizicích kouření informováni ani před ani po prodělání cévní mozkové příhody. Jeden z participantů (P2) je sám lékař a o rizicích byl informován v nemocnici po mrtvici. Podobně byl v nemocnici informován i participant P4. Respondenti P1, P4 a P5 se po prodělání cévní mozkové příhody setkali s nátlakem rodiny na zanechání kouření.

4.1.2.3 Propaganda proti kouření

U dvou participantů (P1, P2) byla viditelná nedůvěra ve výzkumy týkající se škodlivosti kouření. Ani jeden z nich nepopírá, že kouření představuje riziko pro zdraví, ale lékaři prezentované výsledky považují za zkreslené a zveličené. V obou rozhovorech zaznělo slovo propaganda, v souvislosti se snahou ovlivnit a změnit názory společnosti na škodlivost kouření. Zajímavé je podotknout, že participant P2 je sám lékař.

„Média a doktoři dělají proti kouření propagandu, nepředstavuje takové riziko, jak všichni tvrdí“ (P1).

„...rizikovitost je značně lidmi nadsazovaná. Nesnaží se o objektivitu. Chtějí jenom vytáhnout čísla, která jim vyhovují ale není to pravda. Ty čísla nesedí. Jsou vytaženy jenom ty, které vyhovují a ty druhé jsou naprosto potlačeny. Skutečnost je někde mezi. Propaganda nepřipouští jiný názor. Kdyby tam nebyla propaganda, že všichni musíme být proti kouření, tak bychom se možná nějakých správných čísel dobrali. Takhle si myslím, že jsou ty čísla záměrně zkreslena“ (P2).

4.1.3 Emotivní složka

Poslední část rozhovoru se zabývala emočním vztahem respondentů ke kouření a rolí, kterou kouření v jejich životě hraje. Role nebyla vysloveně prezentována jako pozitivní emoce ve vztahu ke kouření, participanti měli možnost vztah ke kouření vylicít jak z hlediska pozitivního, tak i z hlediska negativního.

4.1.3.1 Pozitivní role kouření v životě

Čistě pozitivně vnímají kouření dva participanti (P1, P2). Jeho důležitost a váha v jejich životě se ale značně liší.

Participant P1 přikládá kouření velkou váhu, považuje jej za důležitou součást svého života. Kouření vnímá jako životní potřebu, za každých okolností má doma 3-4 kartóny cigaret: „...*nedej Bůh, že bych chytil teplotu nebo angínu, nemohl jít ven a neměl doma cigarety. I kdybych neměl doma chléb, cigarety musím mít.*“

Velkou důležitost přikládá cigaretám z důvodu, že je vnímá jako něco, co mu psychicky pomohlo v těžkých životních situacích: „*Cigarety mi pomohli srovnat psychiku, jinak bych se z těch všech věcí musel zbláznit. Považuji je za nejjemnější formu reakce na dané situace, nechtěl jsem skončit jako alkoholik, tak jsem radši kouřil.*“ Podle Škály CDS-5 se jedná o participanta s nejvyšší mírou závislosti se skóre 21.

Participant P2 sice kouření také vnímá čistě pozitivně, ale nepřikládá mu ve svém životě žádnou velkou váhu: „*Kouřím rád, když mám možnost si zapálit, tak si zapálím, ale nemá pro mě velký význam.*“

Respondenti P3, P4 a P5 vnímají kouření ve svém životě z různých hledisek pozitivně i negativně. Pozitivní aspekty jsou kromě čistě fyzické závislosti důvody jejich kouření a návratu ke kouření po prodělání cévní mozkové příhody. Nejčastěji zmiňované pozitivní atributy kouření jsou **relaxace, radost, chuť, soustředění a zvyk**.

Relaxace

Čtyři participanti (P1, P2, P3, P5) považují kouření za zdroj relaxace, pohody a klidu.

„*Kouření mě uklidňuje...*“ (P1).

„...*rád si sednu na sluníčko, natáhnu se a zapálím si cigaretu. Je to hezká relaxace*“ (P2).

„*Bral jsem to kouření vždy jako odměnu a chvilku pohody při práci*“ (P3).

„*Je to pro mě vrchol relaxace a pohody. Vyložit si nohy na stůl, dát si skleničku vína a k tomu cigaretu*“ (P5).

Radost, odměna

Tři respondenti (P1, P3, P5) si kouření spojují s pocitem radosti a odměny.

„Dá se říct, že kouřím v podstatě pro radost“ (P1).

„Kouřím rád, když mám možnost si zapálit, tak si zapálím“ (P2).

„Bral jsem to kouření vždy jako odměnu a chvílku pohody při práci. Celý život jsem pracoval jako řidič, takže to kouření k tomu nějak patřilo. Vždy jsem si říkal, že až ujdu 100 kilometrů, tak si cigaretku zapálím za odměnu“ (P3).

Chuť

Respondenti P1 a P3 za pozitivum označili samotnou chuť cigaret.

„Beru to jako když si dám chléb nebo smetanu, prostě mi to chutná. Je to pro mě součást stravy“ (P1).

„Kouřím protože mi to chutná, jinak bych to nedělal“ (P3).

Soustředění

U respondentů P1 a P4 se mezi pozitivními aspekty kouření objevila schopnost lépe se soustředit.

„uklidňuje mě to a dokážu se lépe soustředit“ (P1).

„Dělá mi to dobře, dokážu se více soustředit. Bylo pro mě mnohem významnější, když jsem pracoval, právě kvůli tomu soustředění“ (P4).

4.1.3.2 Negativní role kouření v životě

Participanti P3, P4 a P5 umí kromě pozitivních aspektů kouření identifikovat i jistá negativa (tím jsou myšlena negativa nesouvisející se zdravím, subjektivně vnímané dopady na vlastní zdraví byly rozebírány v kapitole 4.1.2.1).

Participanti P3 a P4 popisovali své pocity ohledně kouření jako smíšené, občas negativa převládají nad pozitivy a občas je tomu naopak.

Respondentka P5 jako jediná s jistotou vnímá kouření silně negativně, negativa u ní ve velké míře převažují nad pozitivy: *„Velmi bych chtěla přestat kouřit a zlobím se na sebe, že to nedokážu“.*

Mezi negativa kouření řadí respondenti **finanční zátěž** a **negativní pohled společnosti na kuřáky**.

Finance

Tři respondenti za nejdůležitější negativum považují finanční zátěž, kterou kouření přináší.

„Je to síla zvyku, člověk tak tomu nějak propad. Každý má něco. Vadí mi, že to jde hodně do peněz“ (P3).

„Utrácím za cigarety dost peněz, to mi vadí“ (P2).

„Vnímám to negativně hlavně z ekonomického hlediska. Hlavně poslední roky jsou cigarety hrozně drahé“ (P5).

Pohled společnosti

Kromě ekonomické zátěže považuje participantka P5 za velké negativum kouření pohled společnosti na kuřáky.

„Nelíbí se mi pohled na kuřáky, jsme společností vyhánění k popelnicím. Nevadí mi, že se v restauracích už nesmí kouřit, vyhovuje mi, že vykouřím méně. Mám ale pocit, že mě jiní lidi za kouření soudí, a že se jim to nelíbí. Když jsem v hospodě, cítím se jako špína, která musí jít před hospodu si zapálit“ (P5).

5 Diskuze a závěry

Cílem práce bylo zjistit postoje aktivních kuřáků po prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření. Postoje byly zkoumány ze tří hledisek (konativního, kognitivního a emotivního), které zároveň ovlivnily výběr tří výzkumných otázek a prezentaci výsledků.

Pro účely práce byl zvolen kvalitativní přístup pro hlubší poznání a pochopení postojů participantů k dané problematice, sběr dat probíhal formou rozhovorů autorky s participandy výzkumu. V této kapitole budou rozebírány hlavní výsledky studie ve vztahu ke zvoleným výzkumným otázkám, na konci budou zhodnoceny slabé a silné stránky studie a obecné závěry.

Podle výsledků se u většiny participantů míra kouření snížila, co by mohlo naznačovat vliv prodělané CMP na jednání participantů. Bližší zkoumání této problematiky v průběhu rozhovorů však ukázalo, že pouze u jednoho z participantů byl důvodem snižování míry strach ze zdravotních rizik, která kouření přináší. Výraznějšími důvody pro snižování míry kouření byly ekonomická zátěž kouření a zkrácení pracovní doby u participantů, kteří si kouření spojovali právě s výkonem práce. Jak naznačoval výzkum Youn a Shin (2021), všichni participanté během pobytu v nemocnici kouření na jistou dobu zanechali a opětovně se k němu vrátili po propuštění z nemocnice.

Podobně jako ve výzkumech Hamada a Al-Tawila (2022), Zhanga et al. (2019) a Khalila a Lahouda (2020), není povědomí o rizicích kouření pro vznik cévní mozkové příhody vysoké. Tři z pěti participantů sice škodlivost kouření pro vlastní zdraví a jeho rizikovost pro vznik CMP vnímají, ale z rozhovorů bylo autorce zřejmé, že se nejedná o silné přesvědčení o škodlivosti a ani jeden z participantů nevěděl popsat, jak kouření na organismus přímo působí. Žádný z participantů všeobecnou škodlivost nepopírá, ale někteří z nich považují výzkumy dokazující škodlivost za zveličené a přehnané, co označili za propagandu proti kouření vedenou lékaři a výzkumníky.

Výsledky týkající se vztahu a role, kterou kouření v životě participantů má přibližují emoční vazbu participantů ke kouření a subjektivně vnímané pozitivní a negativní aspekty kouření. Pozitivní aspekty, které jim kouření přináší, jako relax, radost, odměna, soustředění a chuť lze označit za důvody návratu ke kouření po proděláním CMP, ať už si respondenti rizika pro zdraví uvědomují nebo ne. Naopak respondenty vnímané zápory kouření, jako finanční náklady spojené s kouřením a pohled společnosti na kuřáky jsou důvody snižování míry kouření u některých participantů.

Zajímavé je, že zatímco všichni participanti si uvědomují všeobecnou škodlivost kouření na lidské zdraví, někteří přesto vnímají kouření čistě pozitivně. Ani u těch respondentů, kteří si myslí, že kouření jistou negativní roli v jejich životě má, nejsou zdravotní rizika nejčastějším důvodem snižování míry jejich kouření. Jak již bylo zmíněno, pouze u jednoho z respondentů patřila zdravotní rizika k důvodům snižování míry kouření po CMP.

S tímto zjištěním zřejmě souvisí racionalizace kouření, která bývá u kuřáků silná. Jak zmiňuje studie zabývající se pochopením racionalizace kouření kuřáky (Tohid et al. 2016), ani povědomí participantů o negativních účincích cigaret není dostatečným důvodem k zanechání kouření. U respondentů byly patrné různé typy racionalizace zmíněné v kapitole 2.3.3. Participanti měli pocit, že se na ně rizika nevztahují kvůli předchozímu aktivnímu životnímu stylu, vyvraceli důkazy o škodlivosti kouření, měli pocit, že škodlivost ke kouření zkrátka patří a přínosy kouření u většiny převažovaly nad riziky.

Autorka za podstatné považuje zjištění, že většina participantů nebyla lékaři o rizicích kouření informována ani před, ani po prodělání CMP. Z nedostatku informací o škodlivosti může vyplývat neochota přestat kouřit a pro participanty je také jednodušší racionalizovat vlastní kouření při nižším povědomí o rizikovitosti.

Z důvodu limitací výzkumu nebylo možné potvrdit ani vyvrátit vliv síly závislosti na cigaretách na jednotlivé složky postojů ke kouření (např. ochotu přestat kouřit nebo racionalizaci kouření), jak to navrhoval výzkum Li et al. (2021). Je ale zajímavé podotknout, že právě participant s nejsilnější mírou závislosti měl také podle autorky nejsilnější citový vztah ke kouření, kdy kouření popisoval jako nepostradatelné pro život a pomoc v obtížných životních situacích. Pro podrobnější zkoumání souvislosti mezi silou závislosti a postoji by byl zapotřebí především větší soubor participantů s různou silou závislosti.

Velikost souboru vycházející z náročnosti získání participantů patří k limitacím výzkumu obecně. Vzhledem k danému výzkumnému souboru sice k saturaci dat došlo, no vykazování postoje k jistému jevu je velmi subjektivní a jedinečné pro každého participanta, proto by větší výzkumný soubor mohl také přinést větší spektrum postojů. Výsledky tedy není možné generalizovat na celou populaci kuřáků po prodělané CMP.

Za relativně slabou stránku, k jejímuž odhalení došlo až v průběhu výzkumu, považuje autorka zaměření se na populaci aktivních kuřáků, s vynecháním bývalých kuřáků, kteří přestali kouřit po prodělání CMP. Srovnání postojů aktivních a bývalých kuřáků k problematice by mohlo vést k jiným zajímavým poznatkům, což může být předmětem dalších studií.

Výběr polostrukturovaného rozhovoru jako nástroje pro sběr dat se ukázal být vhodnou volbou a silnou stránkou pro tento výzkum. Osobní kontakt zajistil větší otevřenost participantů a příjemnější prostředí pro sběr dat. Rovněž dal respondentům prostor do rozhovoru přinést vlastní myšlenky a témata, která se původně v osnově rozhovoru nenacházela. Mírnou slabou stránkou tohoto nástroje je potřeba nestrannosti tazatele při výpovědích, kterou se ale autorce podařilo zachovat. Škála závislosti na cigaretách (CDS-5), jako nástroj pro zjištění síly závislosti přispěl k ucelenějšímu obrazu o konativní složce závislosti.

Za výraznou silnou stránku považuje autorka unikátnost výzkumu, který se zaměřuje na cílovou skupinu pacientů po cévní mozkové příhodě zkoumaného z adiktologického hlediska. Jiné výzkumy s podobnou tematikou se většinou zaměřují na jednu složku postojů, jedinečnost práce tedy spočívá i v její komplexnosti.

Autorka považuje výsledky výzkumu za validní a přínosné do praxe. Byly zodpovězeny výzkumné otázky a cíl práce, tedy zjištění postojů aktivních kuřáků po prodělané CMP ke kouření, byl také naplněn. Jak již bylo zmíněno, výzkum by se do budoucna mohl ubírat cestou srovnání postojů aktivních a bývalých kuřáků ve větším vzorku participantů.

Použitá literatura

American Stroke Association (n.d.). *Stroke Symptoms*. Dostupné 23.5.2023 z: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms>

Bar, M., & Tomek, A. (2020). Organizace iktové péče v České republice. *Neurologie pro praxi*, 20(3), 176-180.

Bartůněk, P., Jurásková, D., Heczková, J., & Nalos, D. (Eds.). (2016). *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Grada Publishing.

Cífková, R. (2015). Varovné příznaky cévních mozkových příhod. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 7(2), 46

Čábal, M., & Václavík, D. (2020). Přednemocniční triáž pacientů s podezřením na cévní mozkovou příhodu. *Neurologie pro praxi*, 21(3), 181-185.

Češka, R., & Hradec, J. (2010). Prevence cévních mozkových příhod. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 2(4), 150-155.

Dufek, M. (2002). Cévní mozkové příhody. Obecný úvod a klasifikace. *Interní medicína pro praxi*, 4(Suppl. 6), 5-10.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social cognition*, 25(5), 582-602.

European Society of Cardiology (ESC). (2012). Smoking after stroke increases death risk three-fold, researchers find. *ScienceDaily*. Dostupné 17.5.2023 z: www.sciencedaily.com/releases/2012/08/120827104958.htm

Gao, X., Sawamura, D., Saito, R., Murakami, Y., Yano, R., Sakuraba, S., Yoshida, S., Sakai, S., & Yoshida K. (2022). Explicit and implicit attitudes toward smoking: Dissociation of attitudes and different characteristics for an implicit attitude in smokers and nonsmokers. *PLoS ONE*, 17(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275914>

Gladstone, D. J., Lindsay, M. P., Douketis, J., Smith, E. E., Dowlathshahi, D., Wein, T., ... & Canadian Stroke Consortium. (2022). Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke update 2020. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 49(3), 315-337.

- Hamad, J. K., & Al-Tawil, N. G. (2022). Knowledge And Attitude Toward Cigarette And Water-Pipe Smoking In Erbil City, Iraqi Kurdistan Region. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 13(09), 1237–1243. <https://doi.org/10.47750/pnr.2022.13.S09.146>
- Chen, H., Fan, Y., Li, X., Gao, L., & Li, W. (2022). The Relationship Between Smoker Identity and Smoking Cessation Among Young Smokers: The Role of Smoking Rationalization Beliefs and Cultural Value of Guanxi. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 812982.
- Khalil, H. M., & Lahoud, N. (2020). Knowledge of stroke warning signs, risk factors, and response to stroke among Lebanese older adults in Beirut. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 29(5), 104716.
- Kim, J., Gall, S. L., Dewey, H. M., Macdonell, R. A., Sturm, J. W., & Thrift, A. G. (2012). Baseline smoking status and the long-term risk of death or nonfatal vascular event in people with stroke: a 10-year survival analysis. *Stroke*, 43(12), 3173–3178. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.668905>
- Klinika adiktologie (2019). Škála závislosti na cigaretách (Cigarette Dependence Scale, CDS). <https://www.adiktologie.cz/skala-zavislosti-nacigaretach-cigarette-dependence-scale-cds>
- Králíková, E., & Štěpánková, L. (2011). Kouření tabáku, základní fakta a sociální souvislosti. *Adiktologie*, 11(3), 180-185. http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2011_3_Kralikova_Koureni-tabaku.pdf
- Kratochvílová, A., Rogalewicz, V., Angerová, Y., Gueye, T., Maršálek, P., Chmelová, I., & Barták, M. (2021). Včasná rehabilitace po cévní mozkové příhodě v centrech vysoce specializované cerebrovaskulární péče v České republice: srovnání tří iktových center. *Kontakt*, 23(3), 187-192.
- Li, L., Li, H., Zhang, Y., Zheng, C., Xu, H., & Cheng, Z. (2021). Exploring the degree of nicotine dependence and willingness to quit smoking in Chinese smoking patients with stroke: A cross-sectional survey. *Medicine*, 100(49).
- Matsuo, R., Ago, T., Kiyuna, F., Sato, N., Nakamura, K., Kuroda, J., ... & Fukuoka Stroke Registry Investigators. (2020). Smoking status and functional outcomes after acute ischemic stroke. *Stroke*, 51(3), 846-852.

Medical Tribune (2022). *Organizace péče o nemocné po cévní mozkové příhodě*. Dostupné 11.6.2023 z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/organizace-pece-o-nemocne-po-cevni-mozkove-prihode/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2010). *Věstník č. 2/2010*. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/3703/36342/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%202-2010.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2021). *METODICKÝ POKYN – PÉČE O PACIENTY S AKUTNÍ CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU 2021*. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/08/Metodick%C3%BD-pokyn-p%C3%A9%C4%8De-o-pacienty-s-CMP.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2021). *Věstník č. 1/2021*. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/01/Vestnik-MZ_1-2021.pdf

Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie* (Vyd. 2. rozš. a přeprac). Academia.

Národní zdravotnický informační portál (2023). *Cévní mozková příhoda: rehabilitace*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné 12.6.2023 z: <https://www.nzip.cz/clanek/988-cevni-mozkova-prihoda-rehabilitace>

Neumann, J., & Škoda, O. (2007). Sekundární prevence ischemických cévních mozkových příhod - přehled současných možností. *Medicina pro praxi*, 4(5), 233-236. <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/05/11.pdf>

Niewada, M., & Cłonkowska, A. (2014). Prevention of ischemic stroke in clinical practice: a role of internists and general practitioners. *Pol Arch Med Wewn.* 124(10), 540-548. <http://dx.doi.org/10.20452/pamw.2464>

Noubiap, J. J., Fitzgerald, J. L., Gallagher, C., Thomas, G., Middeldorp, M. E., & Sanders, P. (2021). Rates, predictors, and impact of smoking cessation after stroke or transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(10), 106012.

Parikh, N. S., Chatterjee, A., Díaz, I., Merkle, A. E., Murthy, S. B., Iadecola, C., ... & Kamel, H. (2020). Trends in active cigarette smoking among stroke survivors in the United States, 1999 to 2018. *Stroke*, 51(6), 1656-1661.

Parikh, N. S., Parasram, M., White, H., Merkler, A. E., Navi, B. B., & Kamel, H. (2022). Smoking Cessation in Stroke Survivors in the United States: A Nationwide Analysis. *Stroke*, 53(4), 1285-1291.

Pit-ten Cate, I. M., & Glock, S. (2019). Teachers' implicit attitudes toward students from different social groups: A meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 10, 2832.

Radka, K. (2020). *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Grada Publishing, as.

Růžička, E., Šonka, K., Marusič, P., & Rusina, R. (2019). *Neurologie*. Stanislav Juhaňák - Triton.

Řiháček, I., & Souček, M. (2004). Hypertenze, primární a sekundární prevence CMP: Hypertenze. *Kardioforum*, 2004(3), 56-58.

Scandura, T. A. (2017). *Essentials of organizational behavior: An evidence-based approach*. Sage publications.

Schreuders, M., Krooneman, N. T., Van den Putte, B., & Kunst, A. E. (2018). Boy smokers' rationalisations for engaging in potentially fatal behaviour: In-depth interviews in the Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 767. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040767>

Státní zdravotní ústav (2022). *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021*. <https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/03/Narodni-vyzkum-uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-Ceske-republice-2021.pdf>

Šedová, L., Tóthová, V., Chloubová, I., Michálková, H., Olišarová, V., Bártlová, S., Urbanová, V., & Adámková, V. (2019). Kouření - ovlivnitelný rizikový faktor nemocí srdce a cév. *Kardiologická revue – Interní medicína*, 21(2), 106-110. <https://www.prolekare.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2019-2-18/koureni-ovlivnitelny-rizikovy-faktor-nemoci-srdce-a-cev-113087>

Taneja, P., Tandon, S., Marya, C. M., Nagpal, R., & Kataria, S. (2022). Smoking Rationalisation, Tobacco Dependence and Intention to Quit Among Indian Adults and Adolescents. *Indian Journal of Dental Research*, 33(4), 378.

Tohid, H., Omar, K., Muhammad, N. A., Jaffar, A., & EM, M. M. (2016). Smoking is worth the risk: Understanding adolescents' rationalisation of their smoking behaviour. *Pertanika Journal of Social Sciences and Humanities*.

- Tomek, A. (2012). *Neurointenzivní péče: praktická příručka*. Mladá fronta.
- Tomek, A. (2019). Sekundární prevence ischemické cévní mozkové příhody. *Neurologie pro praxi*, 20(1), 11.
- Václavík, D. (2013). Primární a sekundární prevence ischemických cévních mozkových příhod. *Kardiologická revue. Cévní mozkové příhody*, 15(1), 37-40. <https://www.prolekare.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2013-1/primarni-a-sekundarni-prevence-ischemickyh-cevnich-mozkovyh-prihod-40457>
- Volný, O., Pokorná, H., & Mikulík, R. (2016). Průvodce cévní mozkovou příhodou pro pacienta a rodinu. *FNUSA*. https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Pruvodce_CMP.pdf
- WHO (2008). *The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization. Dostupné 23.5.2023 z: <https://www.who.int/initiatives/mpower>
- WHO (2023). *Hypertension*. Geneva: World Health Organization. Dostupné 23.5.2023 z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Widimský, P., & Štětkářová, I. (2015). Neurokardiologie nebo kardioneurologie – nová specializace budoucnosti?. *Vnitřní lékařství*, 61(5), 484-486. <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2015-5/neurokardiologie-nebo-kardioneurologie-nova-specializace-budoucnosti-52346>
- Wong, H. J., Harith, S., Lua, P. L., & Ibrahim, K. A. (2021). A qualitative study exploring understanding and perceptions of stroke survivors regarding healthy lifestyle changes for secondary prevention. *Malaysian J Med Health Sci*, 17(1), 33-41.
- Youn, J. H., & Shin, S. (2021). The experience of continued smoking after stroke in Korean males: A qualitative study. *Nursing open*, 8(5), 2750–2759. <https://doi.org/10.1002/nop2.851>
- Zámečník, J. (2019). *Patologie*. LD Prager Publishing.
- Zhang, M., Liu, S., Yang, L., Jiang, Y., Huang, Z., Zhao, Z., ... & Wang, L. (2019). Prevalence of smoking and knowledge about the hazards of smoking among 170 000 Chinese adults, 2013–2014. *Nicotine and Tobacco Research*, 21(12), 1644-1651. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz020>

Přílohy

Příloha č. 1- Osnova polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 2- Dotazník Škála závislosti na cigaretách

Příloha č. 3- Informace pro účastníka výzkumu

Příloha č. 4- Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Příloha č. 1- Osnova polostrukturovaného rozhovoru

- I. Základní údaje
 1. Věk?
 2. Pohlaví?
 3. Kraj odkud pocházíte?
 4. Vzdělání?

- II. Kouření
 1. Jak dlouho už kouříte?
 2. Kouříte kromě cigaret jiné typy tabákových výrobků? Zkoušel/la jste to někdy?
 3. Léčil/la jste se v minulosti kvůli závislosti na tabáku? Máte to v plánu?

- III. Postoje ke kouření- názory, význam, míra
 1. Jaký máte na kouření názor?
 - 1.1. Vnímáte nějaká rizika? Považuje kouření za rizikový faktor vzniku CMP?
 - 1.2. Změnil se Váš názor na kouření (a rizika s kouřením spojená) po prodělání poškození mozku? Jestli ano, jak?

 2. Jakou roli má kouření ve Vašem životě?
 - 2.1. Vnímáte kouření ve svém životě spíše pozitivně nebo negativně?
 - 2.2. Změnila se role, kterou kouření představuje ve Vašem životě po prodělání poškození mozku? Jestli ano, jak?

 3. Máte pocit, že po prodělání poškození mozku kouříte více, méně nebo stejně než před poškozením? Co to způsobilo?
 - 3.1. Chtěl/la byste míru Vašeho kouření změnit?

Příloha č.2- Dotazník Škála závislosti na cigaretách

1. Označte míru své závislosti na cigaretách na škále od 0 do 100 (nejsem závislý na cigaretách = 0, jsem extrémně závislý na cigaretách = 100).
 - a. 0-20
 - b. 21-40
 - c. 41-60
 - d. 61-80
 - e. 81-100
2. Kolik cigaret denně v průměru kouříte?
 - a. 0-5
 - b. 6-10
 - c. 11-20
 - d. 21-29
 - e. 30+
3. Za jak dlouho po probuzení si zapalujete obvykle svou první cigaretu?
 - a. 0-5 minut
 - b. 6-15 minut
 - c. 16-30 minut
 - d. 31-60 minut
 - e. 61+ minut
4. Přestat navždy kouřit by pro Vás bylo:
 - a. Nepředstavitelné
 - b. Velmi obtížné
 - c. Trochu obtížné
 - d. Celkem jednoduché
 - e. Velmi jednoduché
5. Po několika hodinách bez kouření cítím nepřekonatelnou potřebu kouřit.
 - a. Naprosto nesouhlasím
 - b. Částečně nesouhlasím
 - c. Ani nesouhlasím ani souhlasím
 - d. Částečně souhlasím
 - e. Naprosto souhlasím

Příloha č. 3- Informace pro účastníka výzkumu

POSTOJE AKTIVNÍCH KUŘÁKŮ, PACIENTŮ AMBULANTNÍCH SLUŽEB, PO PRODĚLANÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ KE KOUŘENÍ

Hlavní řešitel: Tatiana Horvátová

Studijní obor, fakulta, škola: Adiktologie, 1.lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Vedoucí výzkumu: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Vážená paní, vážený pane,

pozorně si prosím přečtěte následující informace o výzkumu, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu. Výzkum je součástí bakalářské práce „Postoje aktivních kuřáků, pacientů ambulantních služeb, po prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření“.

Cíl a očekávaný přínos výzkumu

Bakalářská práce se zabývá názory kuřáků, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu na kouření, mírou jejich kouření a významem kouření v jejich životě. Cílem práce je zjistit postoje aktivních kuřáků po prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření.

Poznatky získané touto studií mohou přispět k prohloubení znalostí o cílové skupině a postojích pacientů ke kouření.

Průběh výzkumu

Výzkum bude probíhat formou screeningového dotazníku Škála závislosti na cigaretách a polostrukturovaného rozhovoru, které Vám budou administrovány hlavním řešitelem projektu. Dotazník nevyplňujete fyzicky, odpovědi budou zachyceny na nahrávce podobně jako polostrukturovaný rozhovor. Participanti výzkumu jsou pacienti ambulantních zdravotních služeb, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu a jsou zároveň aktivními kuřáky. Dotazník a rozhovor se soustřeďují na postoje cílové skupiny k tématu projektu. Získaná data budou dále zpracovávána a analyzována.

Odpovědi na dotazník a rozhovor budou nahrávány, a to pouze pro účely jejich přepisu. Veškeré audionahrávky budou po ukončení práce trvale smazány. Rozhovor je časově nenáročný a bude trvat přibližně 30 minut.

Nakládání s osobními informacemi účastníka

Účast ve výzkumu je zcela anonymní, v případě Vaší účasti v něm budete vystupovat pouze pod anonymním kódem vyznačeném na Informovaném souhlasu ke studii. Nedopatřením sdělené osobní údaje, které by Vás mohli identifikovat budou v průběhu zpracovávání výzkumníkem zcela anonymizovány.

Dobrovolnost zapojení a možnost odstoupení od projektu

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Účast můžete kdykoliv odmítnout nebo přerušit bez udání důvodu.

V případě zájmu o odbornou konzultaci se můžete obrátit na Národní linku pro odvykání kouření na telefonním čísle 800 350 000.

Další informace o studii můžete získat od hlavního řešitele e-mailem na adrese horvatova.tatiana@gmail.com. Pro případ stížností je obraťte na vedoucího práce na e-mailové adrese katerina.svecena@lf1.cuni.cz.

Příloha č.4- Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

POSTOJE AKTIVNÍCH KUŘÁKŮ, PACIENTŮ AMBULANTNÍCH SLUŽEB, PO PRODĚLANÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ KE KOUŘENÍ

Hlavní řešitel: Tatiana Horvátová

Studijní obor, fakulta, škola: Adiktologie, 1.lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Vedoucí výzkumu: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Výzkum je součástí bakalářské práce „Postoje aktivních kuřáků, pacientů ambulantních služeb, po prodělané cévní mozkové příhodě ke kouření“.

Souhlasím se svou účastí na výzkumu, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s účastí ve výzkumu a nahrávkou interview.

Obrátil/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Souhlasím s účastí na obou částech výzkumu, tedy dotazníkem Škála závislosti na cigaretách CDS-5 a polostrukturovaným rozhovorem.

Byl/a jsem informován/a, že dotazník nevyplňuji fyzicky, odpovědi na otázky v něm budou zachyceny na nahrávce podobně jako polostrukturovaný rozhovor. Obě části budou administrovány tazatelem.

Souhlasím s tím, že výsledky výzkumu budou zveřejněny v rámci bakalářské práce, event. jiné odborné publikaci.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které sdělím tazateli budou v budoucnu uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Se žádostí o získání dalších podrobností o studii i stížnostmi se můžete obrátit na autorku práce, Tatianu Horvátovou (horvatova.tatiana@gmail.com) a na vedoucí projektu, Mgr. Kateřinu Svěcenou, Ph.D. (katerina.svecena@lf1.cuni.cz).

Pokud nebudete s vyřízením stížnosti souhlasit, můžete se obrátit na Etickou komisi KAD na adrese Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, e-mail: hana.fidesova@lf1.cuni.cz.

Beru na vědomí, že Etická komise se nezabývá anonymními podněty.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 2 stejnopisech, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a jeden tazatel jako součást dokumentace projektu vedené hlavním řešitelem.