

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: adiktologie



Bc. Eliška Šeredová

Kvalita života kuřáků po proběhlém kardiovaskulárním onemocnění v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v daném časovém období

The quality of smokers life after an outbreak of a cardiovascular disease in connection with the decision to quit smoking

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulháněk

Praha, 2019

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, 24. 4. 2019

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

ŠEREDOVÁ, Eliška. Kvalita života kuřáků po proběhlém kardiovaskulárním onemocnění v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v daném časovém období. *The quality of smokers life after an outbreak of a cardiovascular disease in connection with the decision to quit smoking*. Praha, 2019. 87 str. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: KULHÁNEK, Adam.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce, Mgr. Adamovi Kulhánkovi, za odborné vedení a poskytování rychlých zpětných vazeb. Dále bych chtěla poděkovat celému zdravotnickému týmu III. Interní - kardiologické kliniky FNKV za trpělivost a spolupráci během realizace výzkumu.

ABSTRAKT

Východiska: Kouření je příčinou úmrtí až 7 000 000 lidí na celém světě a lze tak hovořit o celosvětové pandemii. V ČR kouří zhruba 25 % dospělé populace a odhaduje se, že v současnosti se jedná o 2,4 milionu aktivních denních kuřáků. Kardiovaskulární onemocnění (KVO) je nejčastější příčinou smrti v ČR a ročně jejich následkem u nás zemře přibližně 50 000 lidí. Na všech těchto úmrtích má kouření podíl z 26 % u mužů a z 12 % u žen. Podle dostupných studií má kouření přímou souvislost se vznikem KVO a jedná se tak o hlavní rizikový faktor vzniku tohoto onemocnění. Předpokládá se, že jak užívání tabáku, tak chronické KVO může mít výrazný vliv na zhoršování se kvality života.

Cíl: Hlavním cílem diplomové práce bylo posoudit subjektivní vnímání kvality života kuřáků v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v akutní fázi kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců a vyhledat tak možné souvislosti mezi užíváním tabáku a kvalitou života.

Metody: Výzkum probíhal na základě kvantitativního přístupu formou dotazníkového šetření. Podle předem určených kritérií byl vybrán výzkumný soubor tvořený 34 respondenty. Jednalo se o pacienty III. Interní – kardiologické kliniky FN Královské Vinohrady, kteří byli zároveň aktivními kuřáky. Výzkum proběhl ve dvou vlnách, první vlna byla realizována v akutní fázi onemocnění a druhá s tříměsíčním odstupem. Jednotlivé položky v dotazníku byly sestaveny tak, abych zjistila změny v postoji k užívání tabáku a subjektivní vnímání kvality života v jeho jednotlivých aspektech v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit.

Výsledky: Respondenti, kteří ve druhé vlně šetření přestali kouřit, nebo kouření alespoň omezili, či přešli na bezpečnější způsob užívání, vnímali subjektivně lépe kvalitu života, než ti, kteří kouřit nepřestali. A to nejen v celkovém pojetí kvality života, ale i v jeho konkrétních aspektech a také v celkovém postoji k užívání tabáku. Na základě těchto zjištění je tedy možné usuzovat, že rozhodnutí přestat kouřit má vliv na celkovou kvalitu života a zejména také na rekonvalescenci po prodělaném kardiovaskulárním onemocnění. Stanovené hypotézy se potvrdily.

Závěr: Vzhledem k zjištěním výsledkům je možné potvrdit, že souvislost mezi kvalitou života a aktuálním zdravotním stavem v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit, existuje

určitá provázanost. Diplomová práce by se mohla stát impulsem pro zdravotnické pracovníky k provádění efektivnějších včasných intervencí v oblasti závislosti na tabáku nejen u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním.

Klíčová slova: kouření, závislost na tabáku, kardiovaskulární onemocnění, kvalita života

ABSTRACT

Background: Smoking is the cause of the deaths of up to 7,000,000 people worldwide and can be referred to as a global pandemic. There are 25% of the adult population smoke in the Czech Republic and it is estimated that there are currently 2.4 million active daily smokers. Cardiovascular disease (CVD) is the most common cause of death in the Czech Republic and approximately 50,000 people die every year. In all these deaths, smoking accounts for 26% of men and 12% of women. According to available studies, smoking is directly related to CVD and is a major risk factor for this disease. Both of them, tobacco use and chronic CVD are thought to have a significant impact on the deterioration in quality of life.

Aims : The main goal of the diploma thesis was to assess the subjective perception of the quality of life of smokers in connection with the decision to quit smoking in the acute phase of cardiovascular disease and with a three-month interval to find possible connections between tobacco use and quality of life.

Methods: The research was based on a quantitative approach, in the form of a questionnaire survey. A set of 34 respondents was selected according to predetermined criteria. These were patients III. Department of Internal Medicine - Cardiology Clinic, University Hospital Královské Vinohrady, who were also active smokers. The research was conducted in two phases, the first phase was realized in the acute stage of the disease and the second phase was three months apart. Individual parts in the questionnaire were designed to identify changes in attitudes towards tobacco use and the subjective perception of quality of life in its individual aspects in relation to the decision to stop smoking.

Results: Respondents who stopped smoking in the second phase or at least reduced smoking, or switched to safer use, perceived subjectively better quality of life than those who did not. And not only in the overall concept of quality of life, but also in its specific aspects and also in the overall attitude towards tobacco use. Based on these findings, it can be concluded that the decision to quit smoking has an impact on overall quality of life and, in particular, on convalescence following cardiovascular disease. The hypotheses were confirmed.

Conclusion: Given the findings, it is possible to confirm that there is some connection between the quality of life and the current state of health in relation to the decision to quit. The diploma thesis could be an impulse for healthcare professionals to perform more effective early interventions in tobacco dependence not only in patients with cardiovascular disease.

Key words: smoking, tobacco addiction, cardiovascular disease, quality of life

Obsah

Obsah	8
Úvod	11
1 Kouření	13
1.1 Prevalence kouření v ČR	13
1.2 Prevalence kouření v mezinárodním kontextu	13
1.3 Vzorce užívání tabáku v ČR	14
1.4 Formy tabáku	15
1.4.1 Cigarety	15
1.4.2 Elektronické cigarety	15
1.4.3 Dýmky a doutníky	16
1.4.4 Vodní dýmky	16
1.4.5 Bezdýmný tabák	16
1.4.6 Zahříváný tabák	16
1.5 Biochemické aspekty kouření	17
1.6 Pasivní kouření	17
1.7 Vliv kouření na zdraví	19
1.7.1 Onemocnění dýchacích cest	19
1.7.2 Diabetes mellitus (DM)	20
1.7.3 Nádorová onemocnění	20
1.7.4 Kožní systém	21
1.7.5 Reprodukční systém	21
1.7.6 Ostatní zdravotní důsledky	22
1.8 Současná legislativa tabáku v ČR	23
1.8.1 Kontrola tabáku	23
1.8.2 Legislativa	23
2 Kardiovaskulární systém	25
2.1 Epidemiologie kardiovaskulárních onemocnění (KVO) v ČR	25
2.2 Anatomie a fyziologoběhového systému	26
2.3 KVO v souvislosti s kouřením	27
2.3.1 Ischemická choroba srdeční (ICHS)	27
2.3.2 Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK)	29
2.3.3 Hypertenze – hlavní rizikový faktor vzniku KVO	30
2.3.4 Vliv pasivního kouření na KVO	31

2.4	Kardiovaskulární riziko	31
3	Kvalita života.....	32
3.1	Historický vývoj kvality života	32
3.2	Definice kvality života.....	32
3.3	Dimenze kvality života	33
3.4	Hodnocení a měření kvality života	34
3.5	Kvalita života kuřáků.....	35
3.6	Kvalita života nemocných s KVO	36
4	Proces změny a práce s motivací	38
4.1	Změna zdravotního stavu jako příležitost.....	38
4.1.1	Role lékaře.....	40
4.1.2	Role sestry	40
4.2	Časná diagnostika	41
4.3	Krátká intervence.....	41
4.4	Práce s motivací.....	42
4.4.1	Motivace.....	42
4.4.2	Kolo změny	43
4.4.3	Motivační rozhovory (MR).....	44
5	Terapie KVO v kontextu závislosti na tabáku.....	46
5.1	Kardiocentrum FNKV	46
5.2	Úprava životního stylu.....	46
5.3	Doporučení v nemocnici.....	47
5.4	Odborné služby pro závislé na tabáku	47
6	Cíle, výzkumné otázky a hypotézy	49
6.1	Hlavní cíl:	49
6.2	Výzkumné otázky (VO) a hypotézy (H).....	49
7	Metodika výzkumu a určení výzkumného souboru.....	50
7.1	Design výzkumu	50
7.2	Etika výzkumu	50
7.3	Výzkumný soubor.....	50
7.4	Metody tvorby a analýzy dat	51
7.4.1	První vlna výzkumu	51
7.4.2	Popis dotazníku	51
7.4.3	Druhá vlna výzkumu	52
8	Výsledky výzkumu	53
9	Diskuze.....	75

9.1	Interpretace výsledků a diskuze.....	75
9.2	Limity výzkumu.....	79
	Závěr	80
	Seznam použité literatury	82

Úvod

V období před první světovou válkou užívali tabákové výrobky převážně muži, přičemž spotřeba tabáku se během válek rapidně zvyšovala (Pradáčová, 2014). Když se v první polovině dvacátého století dostávalo kouření mezi oblíbené aktivity celosvětové populace, nikoho by ještě tehdy nenapadlo, že se jedná o epidemii století, jejíž obětí bude více, než měly obě světové války dohromady. Začala vznikat řada epidemiologických studií zaměřující se na stále častější výskyt nádorových onemocnění plic, avšak s nejasnou metodologií. Přelom nastal v roce 1950, kdy se epidemiologovi Richardu Dollovi podařilo s jistotou prokázat, že kouření má jasný vliv na vznik rakoviny (Králíková et al, 2013).

V České republice zemře ročně na následky kouření až 16 000 osob, přičemž nejčastěji se jedná o nádorová a kardiovaskulární onemocnění (Peto et al, 2011). Aktuálně u nás žije zhruba 2,4 milionů aktivních, denních kuřáků (Mravčík et al, 2017).

Pro pacienty v akutní fázi nemoci je typické, že se rozhodnou přestat kouřit, důležité je tento vhodný okamžik včas podchytit a nemocného efektivně informovat a podporovat, neboť prioritou každého zdravotníka by měla být snaha o kvalitní a smysluplný život nemocných. V posledních desetiletích je přijímán názor, že na pacienta by se mělo nahlížet z bio-psycho-sociálního pohledu, neboť má, stejně jako zdraví, multifaktoriální základ. Z moderní podstaty medicíny vyplývá, že zábrana chorob a podpora pozitivního zdraví se vzájemně propojuje, proto je vhodné nemít za cíl pouze odstranění nemoci, ale posilování všech aspektů kvality života (Bártlová, 2005).

Teoretická část práce je členěna do šesti kapitol a své čtenáře seznamuje s aktuální tabákovou situací v ČR, i ve světě. Shrnuje základní epidemiologická data, nabízí náhled na základní formy užívání tabáku a informuje o vlivu kouření na zdraví člověka. Samostatná kapitola je věnována následkům kouření na kardiovaskulární systém, neboť to je těžištěm celé práce. Dále se teoretická část zabývá historickým i aktuálním pojetím kvality života, především v souvislosti s kouřením. Poté text nabízí náhled na práci s pacienty, především s jejich motivací, a závěrečná kapitola je věnována terapii KVO v kontextu závislosti na tabáku.

Empirická část je věnována analýze výzkumného šetření, seznamuje se stanoveným cílem: Posoudit subjektivní vnímání kvality života kuřáků v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v akutní fázi kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců a vyhledat tak

možné souvislosti mezi užíváním tabáku a kvalitou života, a stanovenými hypotézami. Interpretuje výsledná data celé studie a ověřuje hypotézy.

Na konci celé práce je možnost nahlédnout do příloh, mezi které patří seznam použité literatury, seznam tabulek, grafů a zkratk. K dispozici je také náhled do použitých dotazníků a poskytnutých souhlasů k provedení výzkumného šetře

I. Teoretická část

1 Kouření

1.1 Prevalence kouření v ČR

Užívání tabáku má významný negativní vliv na veřejné zdraví celé populace. Odhaduje se, že v ČR se stává příčinou úmrtí v 15 – 19 % ročně (Váňová et al, 2018). Kromě mortality má kouření také zásadní vliv na morbiditu, pracovní neschopnost a invaliditu obyvatel. Proto je nutné aktivně se zabývat negativními důsledky kouření ve společnosti a snažit se jim předcházet. MZČR si určilo snižování rizik z kouření jako jednu ze svých hlavních priorit v rámci projektu „Zdraví pro všechny v 21. století“. SZÚ pravidelně monitoruje užívání tabáku u starších osob 15 let, a to od roku 1997. Zahrnuje vědecké poznatky o kouření ve společnosti a zjišťuje míru prevalence v populaci. Provádí také dlouhodobé studie, např. GYTS. V letech 1997 – 2013 je prevalence kouření poměrně stabilní, a to mezi 28 – 32 % v dospělé populaci, avšak pozitivní je mírná sestupná tendence u denních kuřáků. Zatímco v roce 2004 kouřilo denně 27,5 %, v roce 2013 klesla prevalence na 22,2 % populace (Sovinová et al, 2008, 2014). Podle výroční zprávy (Mravčík et al, 2017) je za posledních 6 let patrný pokles v užívání tabákových výrobků v dospělé populaci, shodně u mužů i žen. V roce 2012 bylo v ČR 31,3 % současných kuřáků. V roce 2017 je jich již 25,2 %. V současné době je tedy jasně prokázána klesající tendence užívání tabáku. Odhaduje se, že v celé populaci ČR je v současné době 2,4 milionů denních kuřáků (Mravčík et al, 2017).

Každoročně se provádí také Výzkum občanů, do kterého bylo v roce 2017 zahrnuto celkem 29 otázek Globální tabákové studie pro dospělé (GATS, celosvětová studie WHO zabývající se vztahem dospělé populace k užívání tabáku). Podle výsledných dat studie GATS bylo v ČR v roce 2017 celkem 25,2 % současných kuřáků ve věku 15 a více let (Váňová et al, 2018).

1.2 Prevalence kouření v mezinárodním kontextu

Dle WHO (2018) zemře na následky kouření přes 7 milionů lidí ročně na celém světě, z nichž 890 000 následkem pasivního kouření. Až 80 % (1,1 miliardy) kuřáků žije v zemích s nízkým ekonomickým statusem. Je tam patrná i vyšší mortalita na následky kouření. V těchto zemích není výjimkou, že tamní děti pracují na tabákovém zemědělství a jsou tak

ohrožení „tabákovou zelenou nemocí“, kde se nikotin do těla vstřebává kůží. 1, 4 miliardy (20 %) světové populace je chráněno opatřením vnitrostátní politiky (WHO, 2018). Prevalence kouření u dospělých osob nad 15 let má v globálním měřítku klesající charakter. Z 23, 5 % (2007) na 20,7 % (2015). Dle WHO existuje šance jak zkvalitnit veřejné zdraví světové populace, a to dostatečnými preventivními programy. Dokazuje to rámcová úmluva programu WHO FCTC, do kterého jsou zapojeny téměř dvě třetiny zemí (63 % světové populace), jehož úspěch je zaznamenán v relativně krátkém čase (WHO, 2017). Především díky rámcové úmluvě WHO o kontrole tabáku, spotřeba tabáku za posledních 18 let ve světě klesá. Klesající tendence je patrná od šedesátých let, především ve vyspělých zemích, opačně je tomu v zemích s nižším socioekonomickým statusem, kde se i v dalších letech očekává vzestupný trend. 942 milionů mužů a 175 milionů žen starších 15 let na světě jsou kuřáci. Většina mužů – kuřáků žije v zemích s nižším socioekonomickým statusem, kde se jejich prevalence na rozdíl od vyspělých zemí stále zvyšuje. Současným problémem je zvyšující se tendence kouření mezi mládeží, zejména mezi dívkami, které dokonce v některých lokalitách kouří více než dospělé ženy (Tobacco atlas, 2018).

1.3 Vzorce užívání tabáku v ČR

Přestože kuřáci v ČR stále upřednostňují kouření klasických cigaret, čím dál více je na vzestupu alternativní typ kouření. Stále přibývá uživatelů elektronických cigaret. V roce 2017 jich bylo v ČR celkem 5,2 % (5,9 % mužů, 4,5 % žen) ve věku nad 15 let, přičemž nejvíce uživatelů se nachází mezi obyvateli ve věkové hranici 15 – 24 let, kdy elektronické cigarety kouří zhruba každá osmá osoba (Váňová, Skývová & Malý, 2018).

Ve velmi omezené míře se v ČR objevuje užívání bezdýmného tabáku. Ve sledovaném vzorku bylo současných uživatelů 2,5 %, z nichž denně užívá tyto výrobky pouhých 0,2 % dotazovaných. Kuřáctví dýmek, doutníků a vodních dýmek uvedlo 18,5 % (Váňová, Skývová & Malý, 2018).

Ze statistických údajů Státního zdravotního ústavu vyplývá, že v současné době je v ČR nejvíce uživatelů klasických cigaret (18,5 %). Tento druh kouření vyhledávají převážně muži. Většina kuřáků dává přednost průmyslově vyráběným cigaretám. Uvedli-li respondenti, že kouří jiné tabákové výrobky, velmi často se jedná o paralelní užívání s klasickými cigaretami. U elektronických cigaret je to ve více než v polovině případů (56,3 %) (Váňová, Skývová & Malý, 2018).

Další novinkou, která se na český trh dostala teprve nedávno, je zahříváný tabák. Ačkoliv ve světě je znám již od roku 2013, na český trh se poprvé dostal v roce 2017 pod názvem IQOS (výrobce Philip Morris). O rok později uvedla firma British American Tobacco další výrobek GLO. Výrobci zahříváného tabáku tvrdí, že by současní kuřáci mohli postupně přecházet na bezpečnější formu kouření, jako tomu napovídá například 5 % pokles kuřáků cigaret v Japonsku v letech 2015 a 2016 a říkají, že na tento typ kouření jsou schopni převést až 70 % uživatelů (WHO, 2018).

1.4 Formy tabáku

1.4.1 Cigarety

Jedná se o nejčastější formu kouření u nás. V roce 2017 jich kuřáci v ČR vykouřili v průměru 12,3 kusů (Váňová, Skývová & Malý, 2018). Kouřením cigaret se nejrychleji vstřebává nikotin, je to tedy nejnávykovější forma. Na dnešním trhu existuje nepřeberné množství tabáku v cigaretách, liší se podle fermentace a přidaných aditiv, které mají za následek vinutí kouře nebo intenzitu dráždění v ústech a krku. Také ale mohou ovlivnit příchut'. U nás se jedná především o mentol, který je vdechován pod falešným dojmem chladu a čistoty vzduchu. Vdechuje se tak snáze a mnohdy se tak cigareta stává toxičtější. V 80. letech vstoupily na trh tzv. „lightky“, které slibovaly menší riziko z kouření díky nižšího obsahu dehtu. Později se však ukázalo, že se jednalo pouze o komerční označení a mnohdy obsahovaly stejné nebo vyšší množství chemikálií jako ostatní cigarety (Králíková, 2015).

1.4.2 Elektronické cigarety

Jedná se o systém tekutiny s nikotinem (nebo i bez), převážně s příchutěmi. Elektronické cigarety patří mezi tzv. systémy ENDS (electronic nicotine delivery systém), kdy nedochází k hoření, ale tabák je zahříváný v elektronickém zařízení. Králíková (2015) uvádí jako klady elektronických cigaret především absenci hoření, ale také téměř nulové riziko pasivního kouření. Jako zápory však zmiňuje např. špatnou regulovatelnost, nebo díky snadnému vstřebávání nikotinu a duálnímu užívání riziko zvýšené závislosti. Lidé sahají po elektronické cigaretě především ze zvědavosti (celkem 41,7 % respondentů uvedlo experiment jako začátek užívání), nebo elektronickou cigaretu vnímají jako prostředek k omezení nebo ukončení užívání klasických cigaret, celkem 32,6 % (Váňová, Skývová & Malý, 2018).

Vapování nikotinu má různé formy. Jedná se především o atraktivní formu náhradní terapie nikotinem, obzvláště pokud se cigaretám vůbec nepodobají (vaporizéry mohou mít např. podobu plechovky coca coly) (Králíková, 2015).

1.4.3 Dýmky a doutníky

Králíková (2015) udává, že v těchto produktech, na rozdíl od klasických cigaret, existuje poměrně malý rozdíl ve vlivu na zdraví. Vzhledem k rozdílnému složení kouře z dýmek či doutníků, není nutné ho potahovat dál do plic (šlukovat). Vyšší je však riziko lokální, tedy riziko onemocnění dutiny ústní, kvůli vyšší dráždivosti a obtížnějšímu vdechování.

1.4.4 Vodní dýmky

Užívání vodních dýmek je v dnešní době ožehavým tématem. Jelikož je jejich užívání častěji vázáno na společnost, může snáze vzniknout psychosociální závislost. Přestože užívání je charakteristické občasnou intenzitou, studie prokazují jejich škodlivost stejně jako je tomu u klasických cigaret (Hrubá, 2005). K riziku podceňování škodlivosti vodních dýmek se přidává i Králíková (2015) a upozorňuje především na riziko užívání mezi mladými lidmi, kteří si v mnoha případech myslí, že vůbec nekouří. Objem potažení z dýmky je více než dvojnásobný než je tomu u cigaret a navíc je obsah škodlivin výrazně vyšší. Dále Králíková (2015) neopomíná riziko šíření infekce při skupinovém kouření. Z výzkumu provedeným mediky v pražských čajovnách bylo zjištěno, že zhruba polovina čajoven je vůbec nečistá.

1.4.5 Bezdýmný tabák

Tabák v této formě existuje buď jako žvýkáci, nebo porcovaný (tabáková drť – snus). Z hlediska škodlivosti je bezdýmný tabák lepší variantou než klasické cigarety. Vzhledem ke skutečnosti, že zde nevznikají produkty hoření. Ovšem dle Králikové (2015) není neškodný. Uvádí, že kancerogenní a jiné toxické látky obsahuje i tak. Tahle forma užívání je rozšířená především ve Švédsku (snus), kde existuje mnohem nižší prevalence kouření a následné mortality. Bezdýmný tabák u nás užívá 2,5 % současných kuřáků (Váňová et al, 2018).

1.4.6 Zahřívání tabák

Jedná se o tyčinky naplněné tabákem, podobné cigaretám, které se po vložení do krabičky začnou zahřívát. Následně je možné z nich nějakou dobu potahovat. Dávka nikotinu je zde nižší pouze o nepatrné množství než z klasické cigarety. Sledované toxické látky jsou ale

výrazně nižší. Na našem trhu jsou známy zatím značky IQOS a GLO. Ve světě dále existuje např. značka PLOOM (Králíková, 2017).

1.5 Biochemické aspekty kouření

Tabákový kouř poškozuje lidský organismus látkami, které obsahuje. Jedná se přibližně o 4 000 chemických látek, z nichž asi 100 je karcinogenních. Tyto látky mohou být jak v plynném (92 %), tak v pevném (8 %) stavu. Složení tabáku ovlivňuje celá řada faktorů, jako je jeho pěstování, fermentace, druh apod. (Pradáčová, 2014). Kouř, který kuřák aktivně vdechuje do plic, se nazývá hlavní proud kouře. Kouř, který z cigarety vychází během fáze mezi vdechováním kouře, je označován jako vedlejší. Plynná část tvoří 90 % kouře hlavního proudu obsahující četné karcinogeny. Jedná se o oxid uhelnatý a uhličitý, oxidy dusíku, amoniak, kyanovodík, těkavé uhlovodíky, těkavé N-nitrosaminy a jiné látky. Pevná fáze tvoří zbylých 8 % kouře a jedná se především o nikotin a dehet (Krtíl & Zima in Kráčíková, 2013).

Nikotin je nejznámější složkou tabáku, ale především to je psychoaktivní látka, která způsobuje závislost. Do krve se dostává přes plíce, odkud je do mozku transportován během několika sekund od vdechnutí. Návyk tak může vzniknout velmi brzy. Po vykouření třeba jen jedné cigarety. Nikotin se v mozku váže na specifické (nikotinové) receptory, které jsou hojně zmnoženy (Subramaniyan & Dani, 2015). Nikotin je obsažen ve všech částech rostliny tabáku, jehož obsah je v rostlině od 0,05 do 10 %. V cigaretovém tabáku je ho obsaženo 1,5 %, což znamená 10 – 15 mg nikotinu v jedné cigaretě. Smrtelná dávka pro člověka by mohla být 50 – 100 mg nikotinu. Je to množství běžně obsažené ve 2 – 3 cigaretách. Protože je ale většina nikotinu rozložena hořením, nebo uniká cestou vedlejšího kouře, k akutní intoxikaci prakticky nedochází (Krtíl & Zima in Kráčíková, 2013).

Příčinou onemocnění, na jejichž vině by mohlo být kouření, však není nikotin, který vyvolává závislost, ale dehty. V dehtu jsou totiž koncentrovány látky, vyvolávající nádorová bujení (Toman, 2012 a Pradáčová, 2014).

1.6 Pasivní kouření

Ať už se setkáváme s názvem „nedobrovolné kouření“, „pasivní kouření“, či např. „kouř z druhé ruky“, pokaždé se jedná o vzduch kontaminovaný tabákovým kouřem. Dle Pradáčové (2004) se odhaduje, že nedobrovolnému kouření je u nás vystaveno až 40 % dospělé populace a asi 60 % dětí. Odhaduje se, že následkem pasivního kouření v Česku ročně umírá až 2 000 osob. Podle SZÚ je až pětina obyvatel vystavena tabákovému kouři

ve svých domovech, nejvíce pak věková skupina 15 – 24 letých. K zamyšlení stojí také vyjádření 14,6 % zaměstnanců, kteří uvedli, že jsou vystaveni tabákovému kouři i na pracovišti (Váňová, Skývová & Malý, 2018). Bezpečná dávka expozice tabákového kouře neexistuje. V celosvětovém měřítku způsobuje pasivní kouření až 890 000 předčasných úmrtí ročně a v roce 2004 představovalo 28 % úmrtí v dětském věku (WHO, 2018).

Hlavní lékař Spojených států uvedl ve své zprávě o pasivním kouření z roku 1996, že v tabákovém kouři je nejméně 250 chemických látek, které jsou prokazatelně toxické, patří tam např. kyanovodík, oxid uhelnatý, toluen, aj. Není důležité množství vdechovaného kouře. Jakékoliv množství může být totiž nebezpečné. Nejvíce trpí expozicí tabákového kouře děti, u kterých často vznikají zánětlivá onemocnění dýchacích cest, astma, ušní infekce a v krajním případě může dítě zemřít na syndrom náhlého úmrtí dítěte. Řešením není ani rozdělení prostoru na kuřácké a nekuřácké zóny (Králíková, 2013).

Pasivní kouření je stejně nebezpečné jako kouření aktivní. Riziko onemocnění je ovšem u nekuřáka výrazně nižší v porovnání s aktivním kuřákem. To však neplatí pro kardiovaskulární onemocnění. Zde je velmi vysoké riziko poškození cév a následný rozvoj např. akutního infarktu myokardu (Králíková, 2013).

Pobyt v zakouřeném prostředí se u nekuřáka může projevit slzením, kýcháním nebo bolestmi hlavy. Při delším působení můžou vznikat záněty dýchacích cest, nádory plic, infarkty myokardu či astma (Pradáčová, 2004). Fakt, že pasivní kouření způsobuje rakovinu plic, je znám již řadu let. Pojednává o tom např. studie japonsce Hirayamy z roku 1981, kdy autor sledoval 14 let 91 540 japonských nekuřáček a došel k závěru, že jejich úmrtnost na rakovinu plic má přímou souvislost s kuřáckými návyky jejich manželů (Králíková, 2013).

Od roku 2009 se do společnosti dostává nový pojem - tzv. „zbytkový kouř“, jinak řečeno „kouř z třetí ruky“ („third-hand smoke“). Jedná se o látky, které zůstanou po expozici tabákovým kouřem a nezmizí ani po vyvětrání, a to na oblečení, ve vlasech, na čalounění, nebo na pokožce. Z tabákového kouře se naváže zbytkový nikotin s kyselinou dusnou na povrchy v místnosti a tvoří tak silně kancerogenní tabákové specifické nitrosaminy. Kancerogenní látky tedy zůstanou v místnosti po kuřákovi, i když po sobě místnost pečlivě vyvětral. Odstranění těchto látek z povrchů není vůbec snadné, neboť čisticí prostředky by musely být kyselé, většina z nich je ale zásaditá. Nikotin můžeme odstranit např.

z mramorové podlahy octem, ovšem z koberce v místnosti, kde se dříve hojně kouřilo, se dostat prakticky nedá (Králíková, 2013).

Zatímco expozice pasivnímu kouření probíhá dýcháním, u zbytkového kouření se navíc přidává vstřebávání trávicím traktem a přes kůži. Nejvíce ohroženou skupinou zbytkového kouření jsou děti. A je to především z toho důvodu, že v domácnostech tráví většinu času jejich činnosti na zemi (vyšší koncentrace prachu). Malé děti různé předměty olizují a osahávají, nemají dostatečně rozvinutou metabolickou přeměnu chemických škodlivin v těle a ve vztahu k nižší tělesné hmotnosti mají vyšší příjem vzduchu (Hrubá & Šikolová, 2014).

1.7 Vliv kouření na zdraví

Přestože negativní vliv kouření se na člověku podepisuje zejména v souvislosti s kardiovaskulárním (o tom podrobněji v další kapitole) a dýchacím systémem, kouření se podílí na širokém spektru dalších chorob. Na nemoci způsobené tabákem zemře v ČR téměř 16 000 osob ročně. Nejčastěji se kouření stává příčinou úmrtí nádorových a kardiovaskulárních onemocnění. V roce 2009 se kouření stalo příčinou smrti ze 42 % všech nádorových onemocnění a z 26 % KVO u mužů ve věku 35 – 69 let v ČR. U žen tomu bylo u nádorových onemocnění ze 14 % a u KVO z 16 % ve stejné věkové hranici. Celkově zemřelo ve zmiňovaném roce na nádorová onemocnění 12 837 a na KVO 10 623 osob ve věku 35 – 69 let v ČR. Kouření bylo příčinou veškerých úmrtí v ČR za rok 2009 z 29 % u mužů a z 12 % u žen. Oproti roku 2000 má tento fenomén u mužů klesající tendenci, zatímco u žen naopak stoupající (Peto et al, 2011). Dle WHO (2012) je až z 85% kouření příčinou úmrtí na nádorová onemocnění dýchacího systému a z 16 % na úmrtí způsobená ICHS na světě.

Odhaduje se, že užívání tabáku je příčinou smrti zhruba 6 milionů lidí na celém světě. U mnohých z těchto osob se onemocnění projevilo až v době, kdy přestali kouřit. Jejich zdraví už bylo však tolik narušeno, že prognóza byla nezvratná (West, 2017).

1.7.1 Onemocnění dýchacích cest

Prioritním onemocněním, jež bývá způsobené kouřením, je onemocnění dýchacích cest. Kouření se na jejich vzniku podílí zhruba z 29 % všech možných příčin. Nejznámější nemoci jsou emfyzém plic, tuberkulóza, bronchitidy a katary, ale především chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) (Pradáčová, 2014). CHOPN je léčitelné onemocnění, které primárně postihuje plíce a dolní cesty dýchací. Toto onemocnění provází neschopnost

výdechového proudění vzduchu, která je způsobena chronickým neinfekčním zánětem v dýchacích cestách následkem chronické expozice chemických škodlivin. (Koblížek & Kudelová in Králíková et al, 2013). 45 % všech úmrtí na onemocnění dýchacích cest ve světě je zapříčiněno kouřením (Tobacco atlas, 2018). Kuřáci jsou také rizikovou skupinou pro vznik bronchogenního karcinomu (více v kapitole 1.5.3).

1.7.2 Diabetes mellitus (DM)

Kouření je rizikový faktor pro vznik diabetes mellitus. Riziko vzniku onemocnění je až dvojnásobné v porovnání s nekuřákem, neboť kouření vede k poškození endotelu v cévách a následně rozvoji aterosklerózy a přímo vede k porušení glukozové tolerance a inzulinové rezistenci. Celkově je prognóza tohoto onemocnění pro kuřáka horší než pro nekuřáka (Rosolová in Králíková et al, 2013). V roce 2017 se na onemocnění DM léčilo v ČR 863,4 000 osob a počet komplikací se oproti předešlému roku zvýšil na 249 000 (ÚZIS, 2018).

1.7.3 Nádorová onemocnění

Z výsledků epidemiologických studií vyplývá, že kuřáci jsou o 53 % více postiženi rakovinou než nekuřáci. Nejčastější, a u mužů na prvním místě, je karcinom plic (Pradáčová, 2014) a po KVO jsou nádorová onemocnění nejčastější příčinou úmrtí vůbec. Zhoubné nádory představují až čtvrtinu všech úmrtí v ČR (ÚZIS, 2018). Riziko rakoviny plic je stejné jak u současných, tak u bývalých kuřáků. S prodlužující se dobou abstinence riziko klesá, ovšem v porovnání s nekuřáky zůstává stále, především u adenokarcinomu, jehož riziko zůstává zvýšeno i 30 let po zanechání kouření (Ebbert et al, 2003). Děj celého rakovinotvorného procesu je dán působením chemických karcinogenů na genetický materiál, následkem čehož vznikají chromozomální změny (Prausová in Králíková et al, 2013).

Mezi další významná nádorová onemocnění patří nádory hlavy a krku (v populaci jimi onemocní asi 4,5 jedince na 100 000 obyvatel), která nejčastěji vznikají následkem kouření jiných forem, než klasických cigaret (dýmky, doutníky, žvýkácký tabák). Synergického účinku nastává v případě, přidá-li se ke kouření ještě užívání alkoholu. Kouření se dále může stát rizikovým faktorem pro vznik kolorektálního karcinomu, nádorů ledvin, pankreatu, žaludky, jícnu, či děložního hrdla (Prausová in Králíková et al, 2013).

1.7.4 Kožní systém

Kouření patří mezi hlavní exogenní rizikové faktory vzniku chronického zánětlivého onemocnění - psoriasis vulgaris. Na kožním oddělení v nemocnici v Římě byla provedena studie s 818 respondenty s psoriázou, jejíž výsledkem byla skutečnost, že kouří-li člověk alespoň 20 cigaret denně, má dvojnásobné riziko vzniku těžké formy choroby (Fortes, et al, 2005). U kuřáků je znám horší průběh léčby. Rovněž v souvislosti s kouřením existuje vyšší riziko vzniku Lupus erythematoses a vznik nejčastějšího kožního karcinomu – bazaliomu. Kouření se podílí na prekancerózách sliznic a rtů, způsobuje zhoršené hojení ran, alergické dermatitidy (např. z mentolu, používaného jako aditivum v cigaretách) (Kružicová & Hercogová, in Králíková et al, 2013).

Kouření má přímý vliv na stárnutí kůže, především na předčasné stárnutí a vznik vrásek v obličeji následkem degradace kolagenních vláken (Kružicová & Hercogová, in Králíková et al, 2013). Výsledky průřezové studie s celkem 301 respondenty (136 z nich byli kuřáci) upozorňují na přímou souvislost mezi kouřením a vznikem vrásek v obličeji. Čím větší byla spotřeba tabáku, tím větší byl výskyt vrásek (Raduan et al, 2008).

1.7.5 Reprodukční systém

Kouření je hlavní příčinou onemocnění reprodukčního systému u mužů i žen. Postihuje ho v jakémkoliv věku po celou dobu reprodukčního období. Kouření snižuje fertilitu a ohrožuje tak možnost mít děti a založit rodinu (British Medical Association, 2004). Zhruba každý sedmý pár má v současné době problém s reprodukcí. U žen způsobuje předčasnou menopauzu ovlivněním pohlavních hormonů a výrazně se podílí na vzniku nádoru děložního čípku (Michalcová & Feyreisl in Králíková et al, 2013). Je potvrzena souvislost mezi infekcí HPV, hormonální antikoncepcí (HAK) a kouřením. Mezi ženami s rakovinou děložního čípku vybranými do studie, bylo více kuřáček. Riziko kouření bylo potvrzeno u žen nezávisle s potvrzenou infekcí HPV nebo užíváním HAK (Daling et al, 1996).

Kouření má významný vliv na ženu i plod během těhotenství. V dnešní době kouří až 13 % žen během těhotenství, 39 % kouřit přestane, ale do jednoho roku po porodu se jich ke kouření vrátí až 70 %. Kouření se může stát příčinou vzniku placentárních komplikací, zvýšené riziko nízké porodní váhy novorozence, růstové retardace a malformace plodu nebo náhlé smrti dítěte během prvního roku života. Vliv kouření je důležitý také během kojení, kdy je prokázáno, že ženy kuřáčky mají následkem nižší sekrece produkce

prolaktinu méně mléka, děti odstaví dříve a následně jim dávají umělou výživu (Michalcová & Feyreisl in Králíková et al, 2013). U narozených dětí ve sledovaném vzorku 265 žen byla u novorozenců matek kuřáček identifikována nižší průměrná hmotnost (3 084 g u kuřáček vs. 3 325 g u nekuřáček), nižší byla také porodní výška (Králíková et al, 2005). Kouřícím ženám hrozí vyšší riziko mimoděložního těhotenství, spontánního potratu a předčasného porodu (Pešek & Nečesaná, 2008).

Synergického účinku nastává při současném kouření a užívání HAK, existuje až 20 x vyšší riziko vzniku AIM s 7,2 x vyšší riziko CMP (Michalcová & Feyreisl in Králíková et al, 2013). Kouření v těhotenství ovlivňuje rovněž funkci štítné žlázy a zvyšuje výskyt poporodní tyreoidity (Jenšovský in Králíková et al, 2013).

Kouření narušuje kvalitu a motilitu spermií u mužů a snižuje schopnost reprodukčních funkcí (Michalcová & Feyreisl in Králíková et al, 2013).

1.7.6 Ostatní zdravotní důsledky

Kouření se výrazně podílí na onemocnění imunitního systému, vede ke snížení produkce IgG, IgA a IgM. Kouření tedy oslabuje obranyschopnost organismu. Přestože užívání tabáku není přímou příčinou alergických onemocnění, jejich riziko významně zvyšuje. Především u dětí, jejichž rodiče kouří, je riziko vzniku alergických onemocnění vyšší. Ohroženy jsou především recidivujícím kašlem, obstrukcí dýchacích cest a vznikem astmatu (Petanová, Špičák in Králíková et al, 2013).

Užívání tabáku negativně ovlivňuje množství i složení krevních lipoproteinů a zvyšuje hodnotu celkového cholesterolu (již při minimálních dávkách) – což se stává jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik KVO (Vrablík & Češka in Králíková et al, 2013).

Kouření dále způsobuje onemocnění trávicího traktu a to zejména vznik vředové gastroduodenální choroby, nádorových onemocnění (žaludku, jícnu, aj.), idiopatických střevních zánětů (Crohnova choroba a ucerozní colitida) (Lukáš & Stubblefield in Králíková et al, 2013).

Užívání tabákových výrobků zvyšuje riziko vzniku roztroušené sklerózy (až dvojnásobně vyšší než u nekuřáků) a u kuřáků je rychlejší proces atrofie CNS (Havrdová in Králíková et al, 2013).

Kuřáky postihuje ve vyšší míře také onemocnění očí – a to vznikem katarakty glaukomu a vlivem aterosklerotického a trombotického efektu také makulární degenerace (Lešťák in

Králíková et al, 2013). Kouření může mít za následek poruchy spánku (snížení doby hlubokého spánku a prodloužení povrchního) a po jeho zanechání následuje velmi pomalá úprava (Maurovich & Šonka in Králíková, et al, 2013).

Kouření se výrazně podílí na vzniku stomatologických potíží, jako je žloutnutí zubů, zápach z úst, zvýšený výskyt zubního plaku a kazů, malignit a defektů v dutině ústní. Zvyšuje riziko parodontitidy a gingivitidy (Kozáková in Králíková et al, 2013).

1.8 Současná legislativa tabáku v ČR

1.8.1 Kontrola tabáku

Kontrola tabáku a snižování rizik spojených s jeho užíváním patří mezi hlavní oblasti veřejného zdraví v ČR. Dohled začíná již ve výrobní fázi, kde se kontroluje obsah třech hlavních látek – dehtu, nikotinu a oxidu uhelnatého. Na obalech cigaret je nutná zdravotní výstraha, která je dnes již doplněna demotivujícími ilustracemi. Zakázána je tabáková reklama, sponzorství, či propagace. Tabákové výrobky se smí prodávat jen na určitých místech, v určitém množství a pouze osobám starším 18 let (Kindl in Králíková et al., 2013)

Jelikož je na celém světě stále vysoký podíl kuřáků a lze tedy hovořit o celosvětové tabákové pandemii, vytvořila WHO určité strategie, které jsou uvedeny v dokumentu MPOWER. Je jich celkem šest a zahrnují opatření týkající se monitorování užívání tabáku a kontrolu politik prevence, ochranu obyvatel před dopady užívání, nabídku aktivní pomoci při odvykání kouření, varování před nebezpečím z kouření prosazování zákazu reklamy na tabák a jeho propagaci a zvyšování daně z tabáku (WHO, 2008).

1.8.2 Legislativa

Jelikož ČR patří dlouhodobě mezi státy s nejvyšší mírou kuřáků v Evropě, bylo zapotřebí vytvořit zákon, který na tento fenomén efektivně reagoval a mohla tak vzniknout naděje na dlouho očekávanou změnu. Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně před škodlivými účinky návykových látek, je účinný od 31. 5. 2017. Přijetí zákona vyvolalo mezi lidmi celou řadu bouřlivých reakcí. Zákon byl schválen a přinesl tak nová opatření. Tím nejvýznamnějším je rozsáhlý zákaz kouření ve veřejných prostorách, zejména pak radikální zákaz kouření v pohostinství. Hlavním cílem zákona je ochrana veřejného zdraví před účinky tabákového kouře (Sbírka zákonů, 2017). Zákaz kouření na veřejných místech je spojen se snížením výskytu AIM. Z provedené metaanalýzy studií z let 2004 – 2009 v místech, kde byl tento zákon schválen, se riziko AIM celkově snížilo o 17 %. Významný efekt nařízení byl patrný

u mladších jedinců a nekuřáků, u kterých klesla mortalita pro AIM o 26 % po roce od zavedení zákona (Mayers et al, 2009).

Další nařízení, které vychází ze zákona č. 65/2017 Sb. a týká se všech zdravotníků, spočívá jednak v povinnosti provést orientační diagnostiku rizikového chování v souvislosti s užíváním návykové látky a zjistit riziko adiktologických poruch a v případě zjištění takového chování, provést s klientem krátkou intervenci. Ta spočívá v poskytnutí základních informací možných rizicích a navrhnout postup, který by vedl k omezení, či ukončení užívání návykové látky a doporučit vhodnou odbornou péči (Sbírka zákonů, 2017).

Se zákazem kouření v restauracích je spokojeno 61,4 % respondentů (72,2 % nekuřáků) (Váňová, Skývová & Malý, 2018). Vytvořit prostředí bez kouření má zásadní význam. Zákon může pomoci lidem vytvořit pocit, že kouření na veřejných místech není považováno za společenské chování (Tobacco atlas, 2018).

2 Kardiovaskulární systém

2.1 Epidemiologie kardiovaskulárních onemocnění (KVO) v ČR

Podle Studenčana (2007) má výskyt KVO charakter globální epidemie. Jelikož se jedná o jednu z hlavních příčin mortality a morbidity vůbec, nazývá ji jako závažný zdravotnický a společenský problém.

Nejčastější skupinou příčiny úmrtí v ČR za rok 2017 zůstávají na prvním místě nemoci oběhové soustavy. Tyto nemoci byly rovněž hlavní příčinou všech hospitalizací (291,9 tis.) Na nemoci oběhové soustavy zemřelo v roce 2017 celkem 22 840 mužů. 2 673 na akutní a pokračující infarkt myokardu a 9 209 na jiné formy ischemických nemocí srdečních. Celkem zemřelo na KVO 26 506 žen, z čehož 2 034 na akutní a pokračující infarkt myokardu a 10 471 na jiné ischemické formy onemocnění (ÚZIS, 2018).

Pro nemoci oběhové soustavy jsou ženy hospitalizovány ve 12 % všech případů, u mužů dokonce v 18 % a v obou případech se jedná o první místo v příčinách hospitalizací. K výraznému nárůstu dochází se zvyšováním věku. Rapidní nárůst je ve skupině 60 – 69 let a ve věku 70 – 79 let se počet hospitalizací již téměř zdvojnásobí. U praktických lékařů bylo v roce 2012 z registrovaných pacientů 22,4 % sledovaných pro vysoký krevní tlak, 9,4 % pro ischemické choroby srdeční a 3,2 % pro cévní onemocnění mozku. V letech 2000 – 2011 počet registrovaných pacientů s KVO stále narůstal. Hlavním rizikovým faktorem pro rozvoj chronických KVO patří vysoký krevní tlak (hypertenze). V roce 2011 bylo u ambulantních lékařů registrovaných pacientů s hypertenzí 1,785 milionu. Oproti roku 2000 se jednalo o 40 % nárůstu. Fakt, že přibývá osob s hypertenzí, potvrzují také výsledky národní studie Helen, koordinované SZÚ, které uvádějí nově zjištěný vysoký tlak u osob mezi 45 - 54 lety v období v letech 1998 – 2008. Nárůst tohoto onemocnění však nemusí znamenat skutečný nárůst, nýbrž zvýšení kvality preventivních vyšetření u ambulantních lékařů. Pro snížení celkového nárůstu KVO je nezbytná léčba hypertenze, podle poslední studie post-MONICA však svůj vysoký tlak aktivně léčila zhruba polovina zjištěných nemocných (58 %). Rizikové faktory pro vznik KVO nepůsobí jednotlivě, nýbrž v kombinacích a jejich účinek je synergický. Dle studie Interhart má nejvíce negativní efekt společné působení tří faktorů – hypertenze, kouření a onemocnění diabetes mellitus. Pro vznik akutního infarktu myokardu představuje kombinace těchto faktorů až 13tinásobné riziko (MZČR, 2014).

ČR se spolu se členskými státy WHO v roce 1998 podílela na vypracování deklarace pod názvem Zdraví pro všechny v 21. století (zkráceně Zdraví 21), jehož cílem mělo být zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Cílem č. 8 v této deklaraci je snížení výskytu neinfekčních onemocnění – do roku 2020 by se měla snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických onemocnění na nejnižší možnou úroveň. Dílčím cílem č. 8.1 je snížit počet úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob u osob mladších 65 let o 40 %. V současné době je v ČR stejně jako v Evropě KVO hlavní příčinou všech úmrtí. Od poloviny 80. let má úmrtnost na KVO klesající tendenci. Cílem dílčího úkolu 8.1 je snížení předčasné úmrtnosti na KVO u populace do 65 let věku o 40 %. V roce 2000 zemřelo na KVO 5 755 mužů a 2 042 žen. V tomto věku to znamená, že na konci programu, v roce 2020, by měl být pokles úmrtnosti o 2 302 mužů a o 816 žen. K aktivitám o naplnění tohoto cíle patří mimo jiné také primárně preventivní aktivity, k nimž nezbytně patří prevence kuřáctví (MZČR, 2002).

V roce 2014 vzala na vědomí vláda ČR nové usnesení v oblasti veřejného zdraví: Program zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevenci nemocí, která navazuje na již vzniklý program WHO Zdraví pro všechny v 21. století v již realizovaných aktivitách v souladu s novými aktivitami, tak aby bylo posilováno veřejné zdraví obyvatel. Hlavním cílem je zlepšit zdraví obyvatel a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Strategie jsou rozpracovány na období v letech 2015 – 2020. Hlavní myšlenka tohoto programu je, že zdraví nevzniká v nemocnicích, nýbrž všude tam, kde žijí lidé (např. ve školách, na pracovištích, na ulicích). Těžištěm v péči o zdraví je tedy posilování prevence, ochrany a podpory zdraví (MZČR, 2014).

2.2 Anatomie a fyziologoběhového systému

Srdce je dutý svalový orgán, uložený v mezihrudí a je tvořený čtyřmi oddíly, které se dělí na pravostranné a levostranné. Oddíly pravostranné čerpají krev do malého (plicního) oběhu, ty levostranné ji vypuzují do velkého (systémového) oběhu. Obě části jsou tvořeny síní a komorou (Naňka, 2015). Proudění krve je usměřováno srdečními chlopněmi. Neokysličená krev z celého těla přitéká horní a dolní dutou žílou do pravé síně, odkud je přes trojcípou chlopeň odváděna do pravé komory. Tok krve je dále usměřován poloměsíčitou pulmonální chlopní a následně se dostává přes plicnici do plic, kde je okysličená. Zpět do levé síně přitéká již okysličená krev čtyřmi plicními žilami, odkud směřuje přes dvojčípou (mitrální) chlopeň dál do levé komory. Tok krve je dále směřován k aortální poloměsíčité chlopni, odkud je vypuzena k aortálnímu ústí. Systémem artérií, které

odstupují z kmene aorty, jsou tepennou krví zásobovány všechny orgány v těle (Kolář et al, 1999).

Pro správnou srdeční funkci je zapotřebí mnoho energie, proto musí být srdce bohatě zásobeno krví. To se zpravidla uskutečňuje třemi hlavními tepnami. Jedná se o koronární (věnčité) tepny. Levá a pravá věnčitá tepna, odstupující přímo z kořene aorty, při čemž levá se ihned dělí na dvě hlavní větve (Klener, 2001).

Jednotlivé tepny se dělí podle svého uspořádání, mohou být elastické (např. aorta), muskulární (věnčité tepny) a tepénky. Stěnu tepny tvoří dvě základní vrstvy – intima (vnitřní vrstva), media (střední vrstva) a adventitia (zevní vrstva). Intimu tvoří jednak bazální membrána a především endotel (vrstva plochých buněk), jehož buňky jsou vysoce metabolicky aktivní a podílejí se na ovlivňování krevní srážlivosti. Není-li endotelová vrstva porušena, tvoří cévní výstelka nesmáčivou plochu, která zabraňuje srážení krevních destiček a vzniku trombů. Vrstvu nazývanou media, tvoří buňky hladkého svalstva, mezi kterými se nachází kolagen a elastin. Těchto látek v cévách přibývá, je-li stěna cévy drážděna různými chemickými, nebo fyzikálními podněty. Adventitia plní především opěrnou zpevňující funkci, tzv. oporu cévní stěny, především je-li media oslabena (např. aterosklerózou). Je tvořena kolagenózní hmotou, kterou vytvářejí fibroblasty (Kolář et al, 1999).

2.3 KVO v souvislosti s kouřením

Kouření je hlavním rizikovým faktorem pro vznik KVO. Významně ovlivňuje funkci celého kardiovaskulárního systému. Podílí se na dysfunkci endotelu. Na podkladě aktivace trombocytů dochází k poruše hemostázy, aktivaci zánětu a hemodynamickým změnám. Následkem těchto negativních změn je vznik aterosklerózy se všemi svými komplikacemi, od náhlé smrti, až po chronické typy KVO, jenž významně narušuje kvalitu života. Riziku se nevyhnou ani pasivní kuřáci. Na základě výsledků již provedených výzkumů je nutné dbát na prevenci KVO, především klást důraz na léčbu závislosti na tabáku a snižovat negativní důsledky kouření (Golář, 2007).

2.3.1 Ischemická choroba srdeční (ICHS)

Ischemickou chorobou srdeční se rozumí nedokrevnost srdečního svalu, která bývá způsobená patologickým procesem v koronárním řečišti (nejčastěji aterosklerózou, trombem, či embolem). Porucha perfuze má za následek přerušení dodávky kyslíku a tím dochází k ischemii. Srdce se bude snažit obejít vzniklou stenózu a zásobovat srdce

vznikem tzv. kolaterálního řečiště, jehož rozsah je důležitý pro další prognózu. Nejčastější příčinou ICHS bývá ateroskleróza – vznik aterosklerotického plátu uvnitř koronární tepny, který poškozují povrch endotelu a stává se tak nestabilním. Nad tímto plátem potom velmi často dochází k vytvoření trombu a následnému uzávěru tepny. Ischemie se může objevit vždy, když jsou zvýšené nároky na dodávky kyslíku, čili při námaze, zvýšení krevního tlaku nebo pulzu. Rizikovými faktory jsou kromě kouření také obezita, stres, hypertenze, nedostatek pohybu, mužské pohlaví, aj. (Sovová & Řehořová, 2004).

ICHS můžeme rozdělit na formu akutní a chronickou. Včasné rozlišení těchto dvou forem má zásadní význam pro další průběh léčby a následnou prognózu. Mezi akutní formy patří nestabilní angina pectoris (NAP), akutní infarkt myokardu (AIM) a náhlá smrt. Akutní formy ICHS se souhrnně označují jako akutní koronární syndrom (AKS). Do chronické formy ICHS se řadí stabilní angina pectoris, nemá ischemie myokardu a syndrom X (Kolář et al, 1999).

Vztah mezi kouřením cigaret a vznikem aterosklerózy je již prokazatelný. Pro prokázání vzájemné souvislosti bylo použito již mnoho metod, např. existuje jasná prokazatelnost mezi počtem vykouřených cigaret a stavem koronárních tepen na rentgenu (koronární angiografii). Během dalších kardiologických vyšetření byly prokázány např. změny v poměru tloušťky medie a intimy na karotidách. Kouření cigaret se dále podílí na poruše vazomotoriky cévní stěny a vznikem zánětlivých změn (Aschermann & Linhart in Králíková et al, 2013).

Podle WHO (2018) zemře zhruba polovina kuřáků na svůj návyk. Což dokládá studie britských lékařů British Doctors Study, do které bylo zapojeno téměř 40 000 britských lékařů. Měla za cíl posoudit zdravotní rizika dlouhodobého užívání tabáku. Šetření mělo probíhat 40 let, nakonec bylo prodlouženo až na 50. Lékaři přes 50 let srovnávali zdravotní stav kuřáků v porovnání s nekuřáky a zjistili, že mortalita byla u kuřáků ve věku 45 – 64 let přibližně trojnásobná a ve věku 65 – 84 dvojnásobná. Úmrtí byla způsobena především nemocemi, které měly souvislost s kouřením. Jednalo se o různé typy rakoviny, onemocnění dýchacího systému a především KVO. Závěrem této studie bylo, že kouření zvyšuje riziko onemocnění rakoviny a KVO. Z výsledků vyplývá, že zhruba polovina kuřáků na svůj návyk zemře (Doll, Peto, Wheatley, Gray & Sutherland, 1994, 2004).

Výsledky studie Interhart poukazují na jasné riziko vzniku AKS v souvislosti s kouřením a to přibližně u 30 % nemocných. Do této studie bylo začleněno 52 zemí z celého světa.

Předmětem výzkumu bylo sledování rizikových faktorů pro vznik AIM. Výsledkem bylo, že existuje 9 rizikových faktorů (mezi nimi i kouření) pro vznik AIM, které jsou potencionálně ovlivnitelné, a z 90 % je možné jim předcházet. Podle této studie mají kuřáci dvakrát vyšší riziko vzniku AKS než nekuřáci (Yusuf et al 2004).

Kouření se významně podílí na změnách v poddajnosti cévní stěny a ve stěnách tepen vede k přímému poškození endotelu. Negativní důsledek kouření je patrný již po dvaceti minutách expozice tabákovému kouři. Užívání tabáku také narušuje funkci krevních destiček. Trombocyty mají u kuřáků cigaret výrazně nižší schopnost aktivace a následného shlukování. Současně dochází ke změnám u antitrombotických a protrombotických faktorů (Aschermann & Linhart in Králíková et al, 2013). Kouření má silný účinek na endotel v cévách, jehož buňky se pod vlivem nikotinu mění na pěnovité, postupně tak uzavírají průsvit cévy a mohou se stát příčinou vmetku do srdce (Pradáčová, 2014). Studie zaměřená na funkci krevních destiček u kuřáků byla provedena v roce 2004 u 40 pacientů s ICHS. 20 z nich byli kuřáci, kteří i přes všechna doporučení s užíváním tabáku nepřestali a 20 nekuřáci. Všichni byli shodně léčeni aspirinem. U kuřáků byla zjištěna vyšší aktivita trombocytů, na kterou téměř nereagovala léčba aspirinem. Tato studie měla poukázat na význam terapie závislosti na tabáku (Pamukcu, Oflaz, Onur, Cimen & Nisanci, 2011).

Podle zprávy EU z roku 2006 vyplývá, že kouření vykazuje přímou souvislost s úmrtím na KVO. U 20 % mužů a u 3 % žen v celé Evropě (Aschermann & Linhart in Králíková et al, 2013).

2.3.2 Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK)

ICHDK je syndrom, při kterém dochází aterotrombotickým působením k zužování tepen dolních končetin. Mechanismus vzniku je v podstatě podobný jako je tomu u ICHS, neboť se jedná rovněž o vznik patologického procesu v cévním řečišti na podkladě trombózy nebo embolizace. Nemoc se může projevovat jak chronicky, tak akutně ve formě akutní končetinové ischemie – což je urgentní stav vyvolaný náhlým uzávěrem tepny, vyžadující urgentní chirurgický zásah (Musil, 2007).

Kuřáci s tímto onemocněním by měli co nejdříve přestat kouřit, jinak se vystavují zvýšenému riziku amputace dolních končetin a celkově je pro ně léčba vleklejší (Aronow, 2012). Kouření je významný rizikový faktor ICHDK, finální poškození cévy bývá u kuřáků mnohem horší, než u nekuřáků a riziko vzniku nemoci je zhruba 5,7 x vyšší (Sotoda et al, 2015).

2.3.3 Hypertenze – hlavní rizikový faktor vzniku KVO

Hypertenze se dělí na primární a sekundární. Z hlediska souvislosti hypertenze jako příčiny vzniku KVO je podstatnější primární hypertenze, která je podmíněna pravděpodobnými mechanismy vzniku, což jsou kromě jednoznačného kouření také genetické faktory, nedostatek pohybu, nadbytek tuků v potravě, či např. obezita. Sekundární hypertenze je zvýšení krevního tlaku v souvislosti s výskytem jiné choroby (Sovová & Řeřichová, 2004).

Tlak krve (TK) znamená tlak krevního sloupce na stěnu cévy. Tlak je určen jednak náplní krevního řečiště a jednak stavem cévní stěny. Normální hodnoty TK jsou u systolického krevního tlaku (STK) 110 – 139 mmHg a diastolického (DTK) 60 – 89 mmHg (Sovová & Řeřichová, 2004). Komplikace, která může u hypertenze nastat a stává se tak akutním stavem v kardiologii, může být hypertenzní krize. Ta nastává především, ne užívá-li pacient předepsaná antihypertenzíva. Jedná se o život ohrožující stav, postihující životně důležité orgány, především centrální nervový systém (Kolář, 1999).

Srovnáním hodnot TK u kuřáků a nekuřáků se věnovala Polská studie z roku 2010, kde si autoři chtěli ověřit hypotézu, zda je kouření spojeno s aktivací sympatického nervového přenosu u pacientů s hypertenzí. Do studie bylo vybráno 30 kuřáků a 38 nekuřáků. Respondenti byli stejného pohlaví, ve stejném věku a podobným BMI a u všech byla nově diagnostikována hypertenze. Tito pacienti se podrobili 24 hodinovému monitorování TK a bylo zjištěno, že kouření má prokazatelný vliv na aktivaci sympatických nervů. Prokázala se tak souvislost mezi propojením kouření a hypertenze a vznikem KVO. Aktivace sympatických nervů zvyšuje TK a tepovou frekvenci. Vzestup TK je nejzřetelnější během 1-2 po vykouření cigarety a reakce organismu přetrvávají až 30 minut (Hering, Kucharska, Kara, Somers & Narkiewits, 2010).

Důkazy o tom, že kouření společně s vysokým krevním tlakem zvyšuje riziko vzniku KVO, přinesly výsledky studie z roku 2012, kterou provedli vědci z Čínské akademie lékařských věd. Sběr dat proběhl v roce 1991. Výzkumný soubor tvořilo 36 943 nemocných s hypertenzí starších 40 let. Tito pacienti byli sledováni přes 8 let. Během této doby zaznamenali vědci 7 194 úmrtí, kdy byl porovnáván vztah mezi nemocnými, kteří kouřili a kteří nekouřili. Výsledky prokázali jasnou souvislost mezi dvěma rizikovými faktory – kouřením a hypertenzí, vyskytují-li se současně, mají synergický účinek na riziko vzniku KVO (Ge, Hao, Cao, Li, Chen, Huang, Wu & Gu, 2012).

2.3.4 Vliv pasivního kouření na KVO

O vlivu pasivního kouření na rozvoj KVO neexistují jednoznačné údaje. Vzhledem k obtížné kvantifikaci mimo laboratorní podmínky. Je však jasné, že účinek závisí na expozici tabákového kouře. První studie na toto téma byly uskutečněny před mnoha lety a zaměřovaly se na riziko pasivního kouření s výskytem karcinomu plic. Tento vzájemný vztah byl rychle potvrzen, neboť do doby rozšíření tabákové epidemie nebyl karcinom plic časté onemocnění. První studie, které jasně prokázaly souvislost pasivního kouření s rozvojem KVO, vznikaly v devadesátých letech minulého století. Na veřejnost se dostalo deset epidemiologických studií, které zkoumaly expozici tabákového kouře u nekuřáků v rodinách kuřáka v souvislosti s mortalitou na KVO. Je nezpochybnitelné, že negativní účinky pasivního kouření mají za následek především v poškození cévního endotelu, a tak snížení poddajnosti cév. Významný vliv má pasivní kouření také na destabilizaci aterosklerotických plátů. KVO má jako jediný systém onemocnění stejné riziko vzniku vzplanutí choroby u pasivního kuřáka jako u aktivního kuřáka (Cífková, Kmeťová & Sochor, Aschermann & Linhart in Králíková et al, 2013).

Barnoya a Glantz na základě dat z provedeného výzkumu s tématem vzniku KVO následkem pasivního kouření v roce 2005 uvádějí, že pasivní kouř zvyšuje riziko KVO až o 30 %. Zároveň dodávají, že po zavedení zákazu kouření ve veřejných prostorech ve městě Helena v USA, klesl počet hospitalizací pro AIM. Následky expozice tabákového kouře mohou u nekuřáka vzniknout velice rychle, dokonce tak rychle, že se mohou projevit již po několika minutách. Často mohou být v takovém rozsahu, jako u chronického kuřáka.

2.4 Kardiovaskulární riziko

KVO jsou nemoci vzniklé na podkladě působení několika faktorů. A vzhledem k rozmanitosti těchto faktorů se české odborné kardiologické skupiny v roce 2000 dohodly na vytvoření preventivních opatření vzniku ICHS. Od té doby je preventivní opatření neustále zkvalitňovala a byla převzata nová doporučení vytvořena Evropskou kardiologickou společností. Preventivní opatření se posunulo směrem k celému KVO. Dochází tak k vytvoření modelu SCORE s tabulkami rizik. Riziko je zde definováno jako možný vznik KVO v příštích 10 letech. Vznik fatální kardiovaskulární příhody se posuzuje podle barevných nomogramů, které vycházejí z mortalitních dat ČR. Hodnotí se zde věk, pohlaví, hladiny celkového cholesterolu, hodnoty systolického TK a kouření (Cífková et al, 2005).

3 Kvalita života

3.1 Historický vývoj kvality života

Samotný pojem kvalita života byl zmíněn již ve dvacátých letech a to spojením s materiálním zabezpečením nižších společenských vrstev. Zejména se hovořilo o státních dotacích pro chudé, a tak vytvořit prosperující vývoj státních financí. Tento termín se znovu objevil v šedesátých letech a to v souvislosti s poválečným obdobím, kdy tehdejší prezident USA sliboval zlepšení kvality života Američanů. V sedmdesátých letech založili na tomto principu svou kampaň také politici v Německu. Termín kvalita života začal být používán v sociologii, kde byl spojován např. s finančním příjmem nebo politickým zaměřením (Hnilicová in Payne, 2005).

Výzkum kvality života se začal realizovat na přelomu šedesátých a sedmdesátých let. Zaměřený byl především na vztah ke stavu společnosti (ekonomické a sociální souvislosti). Jako hlavní kritérium kvality života bylo tehdy považováno hlavně materiální zajištění a politická svoboda. Později se začalo od tohoto pojetí ustupovat a zjistilo se, že je nedostačující soustředit se pouze na objektivní znaky. V sedmdesátých letech byly vytvořeny tři alternativní konceptualizace kvality života a jejich rozdílné měření. Jednalo se o koncept vytvořený ekonomickými obory v souvislosti s medicínskými (Kvalita upravených let života), koncept sociálních věd (Subjektivní pohoda) a produkt medicínských věd (Kvalita života související se zdravím) (Gurková, 2011).

Kvalita života (*Quality of life*, *QOL*) nebyla ve výzkumech prioritní až do 80. let, kdy se začala výrazně prodlužovat věková hranice života a lidé začínali mít v souvislosti s prodlužujícím se věkem obavy z kvality života ve stáří (Bagwell, 2018). Hnilicová (in Payne, 2005) potvrzuje „boom“ výzkumu QOL v posledních deseti letech a dodává, že studium této oblasti má za cíl identifikaci faktorů, které přispívají k lepšímu a plnohodnotnému životu a pocitu štěstí.

3.2 Definice kvality života

Kvalita života nemá dosud stanovenou svou pevnou definici a to především pro různorodost pohledů z jakých je možné na ni nahlížet (liší se např. pohled medicínský, pohled filosofický, nebo pedagogický) (Gurková, 2011).

Hnilicová (in Payne, 2005) definuje kvalitu života jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, které společně kumulují a ovlivňují tak lidský rozvoj na úrovni jedinců, ale i celé společnosti.

Dalo by se říci, že nejstarší definici, kterou lze považovat za vyjádření kvality, představuje definice zdraví, kterou přijala v roce 1948 WHO, a od té doby je obsažena v její ústavě. Uvádí, že zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci, nebo vady (Bártlová, 2005). Jedná se o první vyjádření skutečnosti, že lidské zdraví je subjektivně složitý systém a prolíná se v něm jak fyzický, psychický, tak sociální prvek, které spolu navzájem tvoří dynamický celek. (Bártlová, 2005). Křivohlavý (2001) upozorňuje na zápory této definice, a to zejména absenci duchovní stránky. Dále poukazuje na nevysvětlení pojmu „well-being“ - co se vlastně rozumí tímto termínem? A v neposlední řadě může tato definice v lidech vyvolat obavy, že jejich stav je nedokonalý, neboť se nemůže rovnat zmíněnému ideálu.

Žít kvalitní a smysluplný život je asi touha každého z nás. Identifikace základních pojmů kvality života zahrnuje zdraví, aktivitu, uspokojování lidských potřeb a především soudržnost v mezilidských vztazích. Kvalitní a smysluplný život bývá ovšem naplněn tehdy, nevnímáme-li ho pouze ve vztahu k vlastní osobě, ale především ke společnosti. Proces posuzování kvality života je vysoce individuální, neboť každý z nás vnímá kvalitu rozdílně. Jedná se tedy o subjektivní pocit každého z nás, který se může lišit v závislosti na působení různých faktorů: zdraví a nemoci, materiálního zabezpečení, zdravé vztahy s okolím, kultura aj. (Payne, 2005).

3.3 Dimenze kvality života

Kvalita života je vícerozměrný pojem, který zahrnuje několik podkategorií. Některé z nich mohou být například životní spokojenost, well-being (osobní pohoda), štěstí, smysl života, nebo finanční zajištění (Bagwell, 2018). Gurková (2011) označuje aspekty lidského života: sociální, kulturní, ekonomické, politické, medicínské, interpersonální, psychologické, historické a filozofické a potvrzuje tak jeho multifaktoriální úroveň. Kvalita života je zkoumána hned v několika oborech, zejména se jedná o medicínu, ošetrovatelství, nebo psychologii.

Nahlížíme-li na kvalitu života z pohledu definice WHO (1948), můžeme ji tedy vnímat jako stav úplného zdraví. Vstoupí-li do života jedince nemoc, kvalitu života může narušit hned v několika dimenzích. Dle Wallaceho (in Rotgers, 1999) se jedná o dimenzi

biologickou, psychologickou, sociální nebo spirituální a hovoří tak o biopsychosociospirituálních následcích. Podle Zacharové (2017) znamená nemoc poruchu zdraví a lze ji rozumět jako jednomu z životních procesů člověka, odehrávající se v systému člověk – prostředí. V posledním desetiletí se výrazně ustupuje od tradičního biologického pojetí nemoci, a do popředí se dostává také psychologická a sociální dimenze.

Dle Vavrdu (in Payne, 2005) se k nemoci často přistupuje příliš jednoduše. Nemoc je považována za něco, co k jeho životu nepatří a je třeba to odstranit. V potaz by se však měla brát skutečnost, že onemocnění se stalo součástí jeho reálného života na všech jeho úrovních.

Hnilicová (in Payne, 2005) vychází z výzkumných projektů Centra pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu a uvádí, že: „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života“ (p. 208). Možnosti jsou odrazem příležitostí nebo omezení každého jedince. Patří sem termín „*enjoyment*“ (užívání si), který zahrnuje zážitek spokojenosti a dosažení naplnění v určitých životních oblastech:

1. Bytí (*being*) – fyzické, psychologické a spirituální.
2. Přilnutí (*belonging*) – fyzické (např. k domovu), užší sociální (rodina, přátelé) a širší sociální (např. zaměstnání)
3. Realizace (*becoming*) – dosahování osobních cílů (domácí, školní aktivity, péče o zdraví, aj.).

Hnilicová dodává, že skutečná kvalita života je dána přístupem jednotlivého člověka k dané oblasti.

3.4 Hodnocení a měření kvality života

Žádný koncept nemůže adekvátně hodnotit celkovou dimenzi, která zahrnuje všechny složky kvality života. Nástroje používané k měření QOL jsou zaměřené především na měření subjektivní stránky jedince. Otázky používané v dotaznících bývají buď obecné, nebo zaměřené na kontext specifické nemoci. Pro zachycení komplexního pohledu na dotyčného je vhodné spojit oboje zaměření. Hodnocení QOL se používá nejčastěji ve vědeckých výzkumech, které se zabývají zdravím jedince nebo určité komunity, ale třeba i celé populace. Nejčastěji se QOL měří ve zdravotnictví v souvislosti s daným onemocněním. Dotazníky hodnotící kvalitu života (HQOL) většinou tvoří otázky z

různých podkategorií, jejichž zpracování potom dává možnost nahlédnout na QOL jako na celek. HQOL mohou odhalit efektivitu léčby, v některých případech (např. u chemoterapií) to může být dokonce hlavní kritérium (Bagwell, 2018).

Kvalita života se může vyjadřovat kvalitativně nebo kvantitativně. Předmětem hodnocení bývá nejčastěji individuální život jednotlivce v souvislosti s nějakým onemocněním. Život se se potom hodnotí komplexně, zahrnuje tedy všechny jeho atributy (např. rodinnou, společenskou, pracovní, nebo ekonomickou úroveň). V běžné komunikaci se kvalitou života rozumí hodnocení, zda je náš život kvalitní nebo ne (konotace s pojmem kvalita – kvalitní = dobrý). Otázkou však zůstává, co je pro každého individuálního jedince vlastně norma (Gurková, 2011).

K hodnocení kvality života se používají nástroje WHOQOL, což znamená dotazník kvality života, který vyvinula WHO (WHO, 2019). V klinické praxi (především v medicínských oborech), mohou být dotazníky aplikovány současně s jinými formami hodnocení nebo mohou být použity k měření změn v různých fázích léčby. Hodnocení WHOQOL může výzkumníkům pomoci odhalit změny v oblasti kvality a blahu života jedince a získat o něm komplexní obraz. Tyto nástroje také přinášejí nové informace o onemocnění, v návaznosti na ovlivňování kvality života. WHOQOL-100 je komplexní dotazník obsahující 100 otázek. Zahrnuje 24 aspektů života shrnutých do 6 domén (Fyzické a psychické zdraví, stupeň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita). Jednotlivé otázky se hodnotí na pětistupňové stupnici (1-5). Existuje také zkrácená verze dotazníku = WHOQOL-BREF, který je vyhodnocován v 6 doménách (fyzické, psychické, sociální vztahy a životní prostředí) (WHO, 2019). O tom, že zkrácená verze WHOQOL-BREF je dostačující a plnohodnotná, svědčí studie korejských výzkumníků, jenž pracovali se 489 respondenty, kteří vyplňovali v návaznosti 3 týdnů obě varianty dotazníků. Rozdíly ve skóre mezi verzí WHOQOL a WHOQOL-BREF nebyly žádné nebo jen velmi malé (Sk, Ci, Ki et al, 2000).

Jiné metody zabývající se měřením kvality života uvádí Křivohlavý (in Payne, 2005), a uvádí především ty, které jsou zaměřeny na zachycení stavu těžce nemocných pacientů, např. Health Related Quality of Life (HRQoL), nebo Quality of Well-Being Scale (QWS).

3.5 Kvalita života kuřáků

Kromě toho, že kouření negativně ovlivňuje téměř všechny orgány v těle a má významný vliv na vznik mnoha nemocí, také snižuje kvalitu života. Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí v USA (2001) píše o poklesu produktivity práce následkem kouření v letech 1997 –

2001 v USA a dochází k závěru, že zavedení komplexních preventivních programů by mohlo mít zásadní vliv na snížení prevalence kouření a s tím související prodlužování a zkvalitnění životů.

Mulder (et al, 2002) hledal rozdíly v kvalitě života mezi současnými a bývalými kuřáky. Studie byla provedena mezi náhodnými respondenty ve věku 20 – 59 let v Nizozemí. Závěry studie přinesly jasné důkazy o tom, že čím delší dobu ex kuřáci abstinovali, tím hodnotnější byla jejich kvalita života, zejména po psychické stránce.

Kritický pohled na užívání tabáku nabízí také Degenhardt a Hall (2001), kteří zkoumali vztah mezi kouřením a užíváním jiných návykových látek. Došli k závěru, že kuřáci vykazovali v mnohem vyšší míře známky závislosti na jiných návykových látkách a s tím související problémy v oblasti psychického zdraví, než nekuřáci.

S jiným druhem studie přišli výzkumníci Mehtap, Zlem a Alper (2012), kteří se pokusili odhalit vliv kouření na kvalitu života mediků. U studentů – kuřáků, byly zaznamenány nižší hodnoty v použitém dotazníku kvality na všech jeho škálách, zejména na sociální a psychologické úrovni. V závěru uvedli, že kouření má negativní vliv na studenty medicíny.

V roce 2012 byl proveden zajímavý výzkum v Brazílii u osob s průměrným věkem 74 let. Zabýval se vztahem mezi kouřením a kvalitou života. Jako metody byli zvoleny Fageströmův test závislosti na nikotinu, dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dotazník hodnocení kvality života pro seniory WHOQOL-OLD. Výsledky odhalily, že kuřáci cítili větší strach ze smrti a bolesti. Jediný pozitivní vztah vykazovali kuřáci se střední mírou závislosti a to na úrovni společenských vztazích. Na všechny jiné úrovně QOL mělo kouření jasně negativní vliv (Viana et al, 2019).

Z výše uvedených studií vyplývá, že kouření má pravděpodobně negativní vliv na kvalitu života.

3.6 Kvalita života nemocných s KVO

Jelikož je hodnocení kvality života spojováno s definicí zdraví WHO, jde tedy především o zdraví, které ji významně ovlivňuje. Člověk, který je nemocný, nemůže realizovat svoje plány a představy. Nemocný člověk většinou není schopný pracovat a snižuje se tím jeho ekonomická a společenská situace. Křivohlavý (2001) definuje zdraví jako „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (p. 40)

Nemoc člověku brání vykonávat jeho dosavadní společenské funkce. Nemocný se soustředí na své onemocnění a je zproštěn svých obvyklých společenských závazků. V případě hospitalizace se navíc ocitá ve společenské roli psychicky a společensky podřízeného (Bártlová, 2005).

KVO znamenají pro kvalitu života značnou zátěž, navíc někteří pacienti trpí již delší dobu chronickým onemocněním. Jedním z hlavních cílů kardiiovaskulární rehabilitace je dosažení co nejlepší kvality života ve vztahu ke zdraví (Health Related Quality of Life, HRQoL). Měření HRQoL se může stát velmi důležitým ukazatelem v hodnocení efektivnosti léčby KVO, nicméně se stále vedou diskuse o tom, jak ji co nejlépe měřit. Nástroje HRQoL hodnotí závažnost onemocnění, účinnost léčby a další proměnné ovlivňující lidský život. Výsledky by měly být komplexní a měly by přinést výsledky posouzení zdravotních problémů v kontextu fyzických, emočních, nebo sociálních funkcí (Ski & Thopson, 2010).

V roce 2006 byla provedena zajímavá studie v Sao Paulu, která hodnotila vztah mezi přítomností rizikových faktorů KVO a kvalitou života. Do výzkumu bylo zařazeno celkem 332 respondentů, kteří vyplnili dotazník WHOQOL a další demografické údaje. Výsledky přinesly zjištění, že rizikové faktory jako je diabetes mellitus nebo obezita znamenaly nižší hodnoty ve skóre ve fyzické oblasti. Opačný vliv na kvalitu života mělo mužské pohlaví a dostatečný pohyb (Martinelli et al, 2008). Ke stejnému závěru došli i Korejští výzkumníci. Ti hodnotili stejné proměnné u Korejských dospělých a zjistili, že nižší hodnoty HRQoL měli respondenti, u kterých byla současně zjištěna přítomnost rizikových faktorů KVO (Ko et al, 2015).

Zacahrová (2017) upozorňuje na nemoc, která svým průběhem výrazně ovlivňuje kvalitu života. A označuje ji za náročnou životní situaci.

4 Proces změny a práce s motivací

Podle Soukupa (2014) je proces změny velmi složitý a dotýká se celé osobnosti člověka. Jedním z jeho kroků, kterým si klient v procesu změny prochází, je ambivalence. Hartl a Hartlová (2000) vysvětlují ambivalenci jako stav, kdy se jedinec nedokáže rozhodnout pro jedno řešení a váhá mezi kladnými a zápornými následky. Jeho neustálé myšlenky na potenciální zisk, či ztrátu, mu znemožňují jasnou volbu. Další etapou procesu změny je podle Soukupa (2014) Obhajovací reflex. Je to jednání, kdy dotyčný brání svoje dosavadní chování a nepřipouští jiný názor či radu. Jedná se o odpovědi typu: „ano, ale...“. Pokud si druhá strana (terapeut) zvolí jako komunikační prostředek Napravovací reflex (např.: „Měl bys přestat kouřit, škodí to zdraví“), může se klient obhajovat víc a víc a k procesu změny pravděpodobně vůbec nedojde. Soukup dodává, že aby k procesu změny došlo, je nejlepší, když o svém odhodlání začne jako první hovořit sám klient a terapeut je schopná mu poskytnout podporu, důvěru a respekt.

4.1 Změna zdravotního stavu jako příležitost

Akutní onemocnění přináší celou řadu specifíků a změn v životě jedince. Prioritní potřebou, která změnou stavu vzniká, je udržet si schopnost plnit dřívější sociální funkce. Nemocný si uvědomuje, že je závislý na společnosti zdravých lidí. Přichází-li s nimi do styku, může to v něm vyvolat společensky podřízený dojem. Onemocnění a případná hospitalizace je pro člověka určitou specifickou situací v jeho životě. Základní cíl být zdravý se tak rozšiřuje o celou škálu nových potřeb - navrátit zdraví, zbavit se bolesti, obnovení dřívějších sociálních funkcí apod. Z velké části záleží na žebříčku hodnot každého jedince, a kde má dotyčný postavené zdraví. Někdo k němu může být spíš lhostejný, jiný zase až přehnaně úzkostný. Vnímání hodnoty zdraví se může odrážet na celkovém postoji a chování jedince. Podle toho, jak silně je hodnota zdraví vnímána, tím se liší přístup jedince k určitým změnám v chování, které by vedlo k jeho znovudosažení (Bártlová, 2005).

Podle Zacharové (2017) dochází při náhlé změně zdravotního stavu nejen k biologickým změnám, ale také ke změnám v lidské psychice a k narušení sociálních rolí, což může být pro nemocné velmi nepříjemné. Nemoc mění obvyklý způsob života a dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Jedinec se nyní musí vyrovnat s novou situací a přizpůsobit se všem změnám, které nastaly. Zacharová rovněž uvádí, že průběh nemoci je ovlivňován psychickým stavem jedince, jeho obavami a znalostmi. Zdravotník by měl počítat i s negativním postojem nemocného k nemoci (2017).

Stejně jako primární prevence je nezbytnou součástí KVO také prevence sekundární, která znamená velkou příležitost ke snížení prevalence tohoto onemocnění. Mezi hlavní část sekundární prevence patří zákaz kouření. Je tedy nutné využít této příležitosti a pacienta již v nemocnici informovat o podstatě onemocnění a vysvětlit význam sekundární prevence (Studenčan, 2007). Kolář (et al, 1999) označuje sekundární prevenci dokonce za důležitější než primární, neboť u kardiaků snižuje riziko dalších příhod a úmrtí a dodává, že pacientů, kteří přestali po AIM kouřit, jich během následujících 14 let zemřelo 38 %, oproti těm, kteří kouřit nepřestali – těch zemřelo 81 %.

Králíková a Kozák (2003) udávají, že přestat kouřit má smysl vždy. V jakémkoliv věku, i fázi onemocnění. Vždy přináší prospěch a zlepšení stavu. Zároveň tvrdí, že již po roce abstinence je riziko smrti z kouření poloviční a po 5 letech je riziko jen o něco málo vyšší než u nekuřáků.

Podle Králíkové (et al, 2013) mají zdravotníci klíčovou pozici v kontrole tabáku a pro populaci jsou to důvěryhodné osoby se sociálním, ekonomickým, či politickým nadhledem. Každého pacienta mohou informovat o vlivu kouření na zdraví a pomoci mu nalézt optimální cestu k abstinenci. Cesta k motivaci pacientů je nekuřácká nemocnice a nekuřácký personál, neboť lékař, který je cítit kouřem, nemůže doporučovat přestat kouřit. V ČR kouří zhruba 40 % sester a 16-17 % lékařů.

Přestat kouřit je dle Králíkové (2015) nejúčinnější intervence v kardiologii. Jedním ze základních aspektů efektivní terapie je včasná diagnostika a krátká intervence. Kromě odborných znalostí terapeuta/sestry, je nezbytně důležitá celková osobnost pomáhajícího a schopnost komunikace s pacientem (Miovský, Čablová & Jurystová in Kalina et al, 2015).

Vyšší vnímavost vůči změně chování v akutním stádiu onemocnění potvrzují autoři Rigotti, Munafo a Stead (2007), kteří tvrdí, že jedinci mohou být v tomto období více zranitelní, než obvykle a zdravotní personál může tuto zranitelnost vnímat jako příležitost k provedení základních intervencí. Výzkumníci provedli studii, ve které se zaměřili na efektivitu poskytovaných opatření pro hospitalizované pacienty, závislé na tabáku. Do studie byly zahrnuto celkem 33 různých výzkumů, které byly zaměřeny na multifaktoriální intervence u hospitalizovaných kuřáků. Tam, kde byla zahájena intervence ihned v akutním stádiu onemocnění a navazující terapie pokračovala nejméně jeden měsíc po propuštění, byla zjištěna významně vyšší míra abstinence. Méně intenzivní terapeutické zásahy neznamenal významný přínos.

Kutnohorská (2007) upozorňuje na význam mezi jednáním lidí v souvislosti s jejich mravními hodnotami. Jednání se mnohdy přizpůsobuje tomu, jak ho sami hodnotíme – špatné nebo dobré. Proto pokud nejsme s něčím chováním spokojeni, není to v souladu s naším mravním přesvědčením, jsme k druhému více kritičtí a jeho chování odmítáme. V opačném případě jeho jednání chválíme. V praxi se tak může stát, že-li například sestra kuřačka, bude mít větší pochopení s pacientem-kuřákem. Jedná totiž v souladu s jejím přesvědčením a nebude tak mít přílišnou snahu k motivaci pacienta pro abstinenci.

4.1.1 Role lékaře

Lékař tradičně disponuje určitou mocí, na rozdíl od nemocného, který se nachází v pozici, kdy hledá pomoc. Vztah lékaře s pacientem do určité míry závisí na tom, zda nemocný přijme doporučení lékaře, zda má důvěru v jeho léčbu a jeho doporučení. To, zda se nemocný uposlechne jeho rady (ne jen v akutní fázi) závisí mimo jiné i na mnoha osobnostních faktorech (např. vzdělání, životní hodnoty, finanční situace, aj.). Obecně však platí, že čím víc lékař nemocného informuje a podporuje, tím vzniká důvěrnější vztah a nemocný je schopný spolupracovat (Bártlová, 2005).

4.1.2 Role sestry

Sestra je všeobecně vnímána jako plnohodnotný člen zdravotnického týmu, poskytující vysoce odborné funkce ošetřovatelství. Má s pacientem nejčastější kontakt, užší, než s má nemocný s lékařem. Je schopna mu tak poskytnout pomoc při zdolávání nemoci, vyrovnat se s novými situacemi, informovat a dbát na jeho duševní podporu. Informace z úst sestry jsou nemocným často vnímány přijatelněji a mají hodnotnější efekt, než od lékaře. Nemocný sestru vnímá jako vzdělaného člověka, která zná možnosti, jak mu pomoci, a zároveň spolupracuje s odborníky a je tak jakýmsi prostředníkem mezi ním a lékařem (Bártlová, 2005).

WHO opakovaně doporučuje zapojení zdravotních sester do léčby závislosti. Pacienti jsou v době nemoci více vnímaví k doporučení vedoucí k abstinenci a navíc se ocitají na místě, kde kouření nebývá tolerováno. Ne vždy jsou však sestry ochotné věnovat se této oblasti. Příčiny mohou být různé. Jednak nedostatek vzdělání v intervenci a jednak může být bariérou vysoká prevalence kuřáctví mezi sestrami (Sarna, Malá, Felbrová, Kulovaná & Roubíčková, in Králíková et al, 2015).

4.2 Časná diagnostika

Díky časně diagnostice je možné zachytit ohroženého člověka v úvodním stádiu jeho problémů spojených s užíváním návykových látek a pomoci mu tak k abstinenci a snížení dalších dopadů z užívání. Do tohoto procesu by měli být zapojeni všichni zdravotníci, za kterými klienti chodí, např. se somatickými obtížemi. Časná diagnostika předchází krátké intervenci a slouží k rychlému posouzení problémů s užíváním návykových látek u klientů. S ohledem na náročnost práce lékařů a sester by neměla být časově zatěžující, vyhodnocení by mělo být rychlé a efektivní a využitelné ve všech typech zdravotnických, sociálních, či školských zařízení. Za stručný screeningový nástroj pro závislé na tabáku lze považovat Fagerströmův test nikotinové závislosti, kde se vyhodnocují otázky zaměřující se na četnost a frekvenci kouření a zvyky spojené s kouřením (Miovský, Čablová & Jurystová in Kalina et al, 2015).

4.3 Krátká intervence

Každý zdravotník, který se během výkonu své profese setká s pacientem – kuřákem, by měl dle Králíkové (et al, 2015) provést alespoň krátkou intervenci, a to při nejmenším ve třech bodech (Rovněž také nazýváno jako model ABC).

1. **ASK:** Zeptat se na kouření.
2. **BRIEF ADVICE:** Jasně doporučit abstinenci.
3. **CESSAITON SUPPORT:** Nabídnout terapii (poskytnout alespoň leták s informacemi)

Model ABC je zkrácená verze modelu 5A (česky 5P), který obsahuje následující body: Ask (ptát se), Advise (Poradit), Assess (Posoudit), Assisst (Pomoci) a Arrange follow up (Plánovat) (Králíková et al, 2015).

Techniky krátké intervence jsou přizpůsobeny časovým možnostem různých profesí. Základní verzi by měli být schopni poskytnout i zdravotníci v nemocnici a ze zákona jsou dnes již dokonce povinni. Cílem krátké intervence není okamžité řešení plánu. Optimálním výsledkem je, když se po konzultaci nemocný podívá na celou situaci z jiného úhlu a učiní pokrok v řešení ambivalence. Soukup (2014) popisuje schéma poskytnutí krátké intervence následovně:

1. Navázání pracovního vztahu.

2. Zvolit si téma, které se bude probírat s ohledem na své časové možnosti.

Průběh dalšího kroku musí posoudit terapeut/sestra, vyhodnotit zdali je klient motivovaný. V tom případě by měla postačit podpora důvěry. Neuvažuje-li zatím o změně, je na místě rozvíjet rozpory a pracovat s jeho obavami. Dalším krokem je nutné rozlišit chce-li terapeut podpořit uvažování o změně a zdůraznit výhodu, které z ní plynou, nebo spíše podpořit klienta v jeho vlastních schopnostech (hledání odvahy, naděje). Na závěr je vhodné ještě jednou shrnout vše podstatné, co bylo probíráno, popřípadě se domluvit na dalším rozhovoru.

4.4 Práce s motivací

4.4.1 Motivace

Motivace je proces usměrňování nebo udržování určitého chování. V psychologii je tento proces chápán jako určitý intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, během kterého se uplatňuje žebříček hodnot jedince, dosavadní zkušenosti, schopnosti i naučené dovednosti (Hartl & Hartlová, 2000).

Na základě studií (Langmeier & Krejčíková, 2013) v ČR považují lidé jako jeden z hlavních motivů – motiv finanční, především jako zajištění rodiny. V naší kultuře tedy lidé dávají v žebříčku svých hodnot přednost zejména rodině a zaměstnání (jako prostředek pro finanční zajištění).

V homeostatickém modelu teorie motivace se předpokládá, že každý organismus usiluje o stabilitu svého vnitřního prostředí. Veškeré chování jedince tedy směřuje k nápravě rovnováhy, která byla něčím narušena. Podstatou motivace je tedy navrácení do původního stavu (Smékal, 2012).

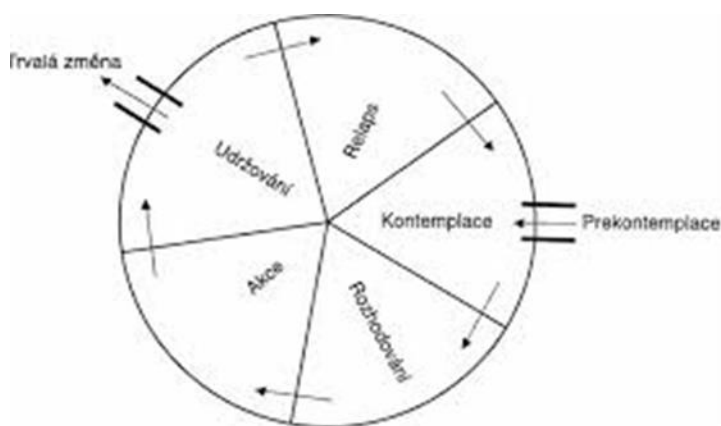
Nemocní s KVO mohou své onemocnění vnímat jako sebemotivaci. Podle Nešpora (1999) je osvojení si této techniky velmi důležité pro zvládání bažení. Jedná se o získání určitého nadhledu nad situací, kdy si dotyčný může uvědomit minulé nepříjemné zážitky vzniklé v souvislosti s návykovým chováním. Na základě toho si potom může uvědomit výhody abstinence a více se soustředit na své zdraví.

Motivace tedy jednoznačně patří mezi nezbytné faktory na straně klienta vztahující se k procesu změny. Mezi další faktory patří věk při začátku závislosti, délka užívání, psychopatologické komplikace (např. neúspěšné pokusy o abstinenci) nebo kriminální anamnéza. Jiný pohled přináší De Leon a jeho spolupracovníci, kteří vidí motivaci jako

součástí komplexu (škála CMRS), kde se spolu s motivací hodnotí také vnější okolnosti klienta, připravenost k léčbě a vhodnost terapie (Kalina et al, 2015).

4.4.2 Kolo změny

Obr. č. 1 – Kruhový model změny (Prochaska a DiClemente), zdroj: Miller, Rollnick et al, 2013, kap. 29 (in Kalina et al, p. 609, 2015)



S moderním pojetím motivace přišli J. O. Prochaska a C. C. DiClemente, jejichž práce o dynamickém procesu spontánních změn motivace jsou známy od 80. let (Nešpor, 2007). Kolo změny se také může označit za cyklické stádium motivace neboli realizování procesu změny. Kolo změny přináší nový pohled na motivaci, kdy už zaniká tvrzení, že motivaci získává dotyčný jedinec pouze v době, ocitá-li se v životním debaklu. Sestra/terapeut musí své jednání přizpůsobit stavu, v jakém se nemocný právě na kole změny nachází. Přeskočili některá stádia, může u pacienta dojít k demotivaci, může si připadat zbytečně moralizovaný a vycouvat tak z celého procesu. Zároveň ale není žádoucí nepodnikat k přesunu do dalších stádií žádné kroky. Cílem léčby je změna, která znamená zlepšení kvality života na nejvyšší možnou úroveň. Podle WHO (1998) existují tři hlavní oblasti, na které je nutné se během léčby a procesu změny zaměřit:

1. Snížení závislosti
2. snížení nemocnosti a úmrtnosti spojené s užíváním drog
3. podpora duševního a sociálního rozvoje klientů (Kalina et al, 2015).

Podle Bella a Rollnicka (in Rotgers et al, 1999) se z kola změny dá vystoupit ve fázi udržování. Ovšem nedá se tvrdit o trvalém uzdravení, protože recidiva může nastat i po 20 letech abstinence. Proto není jasně definováno, jak dlouho jednotlivá stádia trvají.

V každé fázi změny má klient jiné potřeby, jinak se chová a je nutné poskytnout i odpovídající intervence. Měl by být schopný rozpoznat, co v které fázi klienta bude spíš podporovat a co zbrzdí nebo úplně zastaví (Soukup, 2014). V počátečním stádiu – *nestojí o změnu*, by měl terapeut/sestra v nemocném vyvolat pochyby o jeho chování, pomoci mu lépe vnímat rizika a problémy. Ve stádiu *rozhodování* je důležité pomoci se rozhodnout pro změnu, připomínat důvody, které k ní vedou, a zdůrazňovat rizika, která by mohly nastat, kdyby ke změně nedošlo. V této fázi je rovněž podstatné posilování sebedůvěry. Ve fázi *rozhodnutí* je na místě informovat o co nejefektivnějším plánu k docílení pozitivní změny. V *udržovací* fázi je nezbytné posilovat strategie k prevenci recidivy. Ve stádiu *recidivy* je důležité nastavit režim, vedoucí k zastavení recidivy, snažit se posílit sebeúctu. Terapeut by měl být schopný poznat, ve které fázi se nemocný nachází, nemá tedy smysl dávat mu dobré rady, když je patrné, že se právě nachází ve fázi, kdy o změnu nestojí (Nešpor, 1999).

Podle Soukupa (2014) existuje jen minimum lidí (např. kuřáků), kteří o změně vůbec neuvažují. Většina z nich si je totiž vědoma negativních dopadů a nacházejí se tak v ambivalentní fázi – uvažování o změně. Falešný dojem absolutně nemotivovaných klientů pochází často z odmítavých reakcí během rozhovoru.

4.4.3 Motivační rozhovory (MR)

MR vycházejí z přesvědčení, že opravdová změna chování je spojena se změnou základních hodnot a postojů klienta. Je tedy založena na celkovém vnitřním nastavení klienta. Soukup (2014) popisuje MR jako komunikační přístup, který se zaměřuje na hledání a posilování vnitřní motivace klientů ke změně chování. Jejich hlavní záměr je ovlivňování motivace za dodržování úcty, respektu a autonomie jedince.

Naučit se techniky motivace znamená pro terapeuta v jeho práci velkou výhodu. Dle Millera a Rollnicka (in Rotgers et al, 1999) se jedná se o pět základních principů: Vyjadřování empatie (jakoukoliv ambivalenci vnímat jako normální a pochopitelnou), vytvoření rozporu (pacientovi cíle vs. chování), vyhýbání se sporu, práce s odporem (např. jeho reflexe) a posilování sebedůvěry. Tyto principy se navzájem propojují a přidávají se k nim další strategie jako je probírání všedního dne, chtěné a nechtěné následky užívání návykových látek, poskytování adekvátních informací a probírání potíží nemocného.

Základní technikou je tedy empatie. Jak říká Mellanová (2017), vyjadřování empatie je nezbytnou součástí zdravotnické profese a základem prosociálního chování. Je to

schopnost vcítit se do nemocného člověka na takové úrovni, že zdravotník dokáže rozpoznat jeho pocity, emoce, nebo postoje. Sestra by tak měla pochopit vztah pacienta k jeho nemoci, obavy i pochybnosti. Dle Hartla a Hartlové (2000) je empatie v terapii jedna z nejdůležitějších podmínek úspěšné práce s pacientem.

O empatii jako jedním ze základních principů hovoří také Soukup (2014) a dodává, že její vyjadřování by mělo probíhat srozumitelnou formou pro klienta. Soukup rovněž připomíná, že hlavními tématy MR by měla být změna a motivace ke změně.

Autorky Štěpánková a Kmeťová (in Soukup, 2014) upozorňují na MR při práci s kuřáky. Shodují se, že nezbytnou podmínkou úspěšného jednání je dostatečná motivace klienta, se kterou MR mohou pomoci. Zmiňují, že na světově nejznámějším Centru pro nikotinovou závislost, na klinice Mayo v americkém Rochesteru, se s MR aktivně pracuje a existuje tam také speciální výukový program zaměřený na léčbu závislosti na tabáku. Jejich úspěch tkví v obecných principech MR, rozvoji sebevědomí, rozporů nebo vyjadřování empatie a v používání vhodných komunikačních strategií (otevřené otázky, naslouchání, oceňování a závěrečné shrnutí).

5 Terapie KVO v kontextu závislosti na tabáku

5.1 Kardiocentrum FNKV

Kardiocentrum ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV) má mnohaletou tradici a z původně malé kliniky vzniklo největší kardiologické pracoviště s nejvyšším počtem hospitalizovaných kardiaků v ČR. Tvoří ji dvě kliniky: Kardiochirurgická a III. Interní – kardiologická, které spolu velmi dobře spolupracují (Gregor et al, 2015).

Náš výzkum proběhl na III. interní kardiologické klinice, která je dále rozdělena do pěti divizí: akutní kardiologie, arytmologie, intervenční kardiologie, neinvazivní kardiologie a angiologie. Klinika je tak schopna svým pacientům poskytnout komplexní služby. V současné době je na klinice 80 lůžek, kterých v roce 2017 využilo celkem 4 064 pacientů (4 878 hospitalizací). Divize intervenční kardiologie, kde se řeší především AKS, provedla 2 089 zákroků a angiologický sál (který je určen především pacientům s akutním onemocněním ICHDK) provedl 601 zákroků za rok 2017 (Výroční zpráva FNKV, 2018). Na intervenčních sálech se provádí specializované zákroky, kde se koronarograficky (pod RTG) identifikuje postižená tepna a následně se provede záchranná intervence (angioplastika, PTCA). To je spolu s podáním vhodné farmakoterapie princip léčby AKS (Sovová & Řehořová, 2004).

Z osobní konzultace se sestrou ze sálu intervenční kardiologie, která má na starosti statistiku provedených výkonů, Mgr. Radanou Prachtovou, má v posledních letech počet invazivních zákroků stabilní tendenci. V roce 2018 bylo provedeno 2 561 zákroků a celkem 861 angioplastik.

5.2 Úprava životního stylu

Kromě invazivních zákroků a farmakologických intervencí je pro kuřáky s KVO nezbytná úprava životního stylu, neboť se jedná o onemocnění, které vzniká působením několika různých vlivů. Úprava životního stylu bývá leckdy radikální a pro některé pacienty jde o velmi náročný úkol. Jedná se totiž o zvyklosti, které dotyčného provázely několik let. Změnu nesou obvykle nejhůř lidé z nižších společenských vrstev, v nepříliš dobré finanční situaci, bývají osamoceni nebo žijí ve stresovém rodinném prostředí (Češka et al, 2012).

Součástí změny životního stylu je změna jídelníčku, který by měl být pestrý a strava pravidelná a sestavena z kvalitních potravin. Zdravá strava se dle Cífkové (et al, 2005)

podílí na snížení rizikových faktorů hned v několika aspektech: snižuje tělesnou hmotnost, krevní tlak, hladinu cukru v krvi a snižuje náchylnost k trombóze.

Další částí správné životosprávy je pohybová aktivita, kterou je nutné dodržovat v jakémkoliv věku. U zdravých jedinců se jedná alespoň o 30 minut pohybu 5 x týdně. U kardiaků je nutný individuální přístup (Cífková et al, 2005).

Nezbytnou součástí změny životosprávy je zanechání kouření, což má jedinečný význam na zdraví jedince. Abstinence snižuje celkovou mortalitu na KVO až o 36 % (Češka et al, 2012). Mates s Ošťádem (2013) se v tomto tvrzení shodují a dodávají, že zanechání kouření je nejúčinnější sekundární prevence AKS vůbec. Zmiňují observační studie, které ukazují, že u pacientů, kteří po prodělaném KVO přestali kouřit, měli nižší mortalitu, než pokračující kuřáci.

5.3 Doporučení v nemocnici

Sestry patří mezi nejpočetnější povolání v ČR. Je jich zhruba 100 000. Králíková (2015) uvedla, že kdyby každá z nich během roku pomohla jednomu svému pacientovi přestat kouřit, bylo by rázem o 100 000 kuřáků méně. Sestry přitom dle WHO patří společně s lékaři mezi 4 základní profese (dalšími jsou stomatologové a lékárníci), plně kompetentních k provádění intervencí u kuřáků. Nejjednodušší, co se pro hospitalizovaného pacienta dá udělat, je poskytnout krátkou intervenci, podat informační leták k prostudování, informovat a poradit. Každý zdravotník by ale měl být schopný a doporučit nemocného k další terapii pro závislé na tabáku. Dle Soukupa (2014) záleží individuálně na každém zdravotníkovi, co je svým pacientům schopný nabídnout dle jeho možností a schopností. Metod je podle autora celá řada, od krátké rady, přes krátkou intervenci, až k motivačním rozhovorům. Projde-li si nemocný těmito etapami v nemocnici, bylo by vhodné doporučit další, navazující, terapii.

5.4 Odborné služby pro závislé na tabáku

Podle Králíkové a Kozáka (2015) je prvním krokem k úspěšné léčbě získání nadhledu nad svou situací a pochopit vysokou návykovost nikotinu. Jelikož mělo v poslední době stále více lidí problémy s odvykáním, začali se touto problematikou zabývat lékaři. V 60. a 70. letech 20. století poskytovala první psychologickou intervenci odvykajícím londýnská skupina lékařů. Začátkem 80. let se na trhu objevil revoluční lék, který je užíván dodnes – nikotinová žvýkačka a vznikla tak náhradní terapie nikotinem, která má v dnešní době mnoho různých forem. Nejúčinnějším lékem dnešní doby je od roku 2006 vareniklin

(Chapix). S výběrem vhodné terapie mohou v ČR pomoci odborníci ve specializovaných centrech pro závislé na tabáku.

Tyto centra u nás fungují od roku 2005, kdy jako první vzniklo Centrum pro závislé na tabáku v rámci interní kliniky 1.LF UK a VFN v Praze. (Králíková, 2015). V roce 2016 existovalo v ČR celkem 36 středisek, ovšem většina z nich fungovala v rámci plicních klinik. Doba sledování pacienta je obvykle 6 – 12 měsíců a průměrný počet návštěv ročně je 5 (Zvolská & Králiková, 2017).

Králíková (in SLZT, 2019) vnímá problém dnešních center v jejich závislostech na mateřských klinikách, pod které spadají, a podle jejichž zaměření také fungují (kardiologická, pneumologická, endokrinologická, aj.). Jejich snahou je, aby centra fungovala samostatně v rámci adiktologických služeb a aby se všichni pracovníci ve zdravotnictví aktivně zajímali o kouření svých pacientů.

Uživatelé tabákových výrobků mohou rovněž navštívit kteroukoliv ze 160 specializovaných lékáren (NMS, 2015). V roce 2016 zřídilo NMS webové stránky www.koureni-zabiji.cz, obsahující informace o rizicích kouření a podporují v rozhodnutí přestat kouřit. NMS stojí rovněž za vznikem Národní linky pro odvykání kouření, kterou vedou odborně vyškolení konzultanti nabízející svým klientům po telefonu, dle individuální diagnostiky, nejvhodnější odvykací plán a pomáhají při zvládnutí abstinčních příznaků. Linka je určena všem osobám od 15 let věku.

Většina kuřáků, uvědomující si rizika kouření, chce přestat. Odborné poradenství a farmakoterapie mohou až zdvojnásobit šanci na úspěch. V současné době existují národní komplexní odvykací služby s úplným nebo částečným pokrytím nákladů. Pouze ve 26 zemích, což zahrnuje jen 33 % světové populace (WHO, 2018).

II. Empirická část

6 Cíle, výzkumné otázky a hypotézy

6.1 Hlavní cíl:

Hlavním cílem bylo posoudit subjektivní vnímání kvality života kuřáků v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v akutní fázi kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců a vyhledat tak možné souvislosti mezi užíváním tabáku a kvalitou života.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat subjektivní vnímání života kuřáků v akutní fázi kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců.
2. Zjistit, zda se u kuřáků mění postoj k užívání tabáku v akutní fázi kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců.
3. Najít vzájemné souvislosti mezi subjektivním postojem k užívání tabáku, kvalitou života a subjektivně hodnocenou mírou užívání tabáku.

6.2 Výzkumné otázky (VO) a hypotézy (H)

VO1: Ve kterých aspektech subjektivního vnímání kvality života v akutní fázi kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců proběhla změna?

H1: Změna proběhla ve všech úrovních kvality života a vždy v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit.

VO2: Nastaly nějaké změny v postoji k užívání tabáku v období akutního kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců?

H2: Změny v postoji k užívání tabáku nastaly, především v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit.

VO3: Jaké existují souvislosti mezi subjektivním postojem k užívání tabáku, kvalitou života a subjektivně hodnocenou mírou užívání tabáku?

H3: Jedinci, kteří přestali kouřit, vnímají lépe kvalitu života a kouření vnímají více jako příčinu svého onemocnění.

7 Metodika výzkumu a určení výzkumného souboru

7.1 Design výzkumu

Tato diplomová práce je korelační studií, neboť je zde zkoumán vztah mezi subjektivním postojem k užívání tabáku a kvalitou života v souvislosti se subjektivně hodnocenou mírou užívání tabáku v daném časovém období. Výzkum vychází z kvantitativního přístupu, založeném na dotazníkovém šetření.

7.2 Etika výzkumu

Respondenti vstupovali do studie zcela dobrovolně a všechny jejich odpovědi byly důvěrné a anonymně zpracovány. Citlivé osobní údaje neměly pro tuto práci žádný význam a nikde nebyly zveřejněny. S dotazníky v průběhu sběru dat manipuloval pouze pověřený zdravotnický personál FN Královské Vinohrady (tj. autorka diplomové práce a proškolená zdravotní sestra). Vyplněné dotazníky byly uschovány v uzamykatelné kartotéce. V případě jakýchkoliv nejasností či stížností se na mne, nebo na vedoucího práce mohl kterýkoliv z respondentů obrátit. Pro zajištění anonymity byl každému respondentovi přidělen jeho unikátní kód.

Realizace studie byla schválena etickou komisí FN Královské Vinohrady (viz příloha č. 1), náměstkyní pro ošetrovatelskou péči FN Královské Vinohrady (viz příloha č. 2) a vrchní sestrou III. Interní - kardiologické kliniky (viz příloha č.3).

7.3 Výzkumný soubor

Výběrový soubor tvořili pacienti, kteří byli aktivními kuřáky a současně byli hospitalizováni na III. – interní kardiologické klinice FN Královské Vinohrady s akutním kardiovaskulárním onemocněním v daném časovém období. Jednalo se o muže i ženy ve věku 18 – 65 let. Záměrným výběrem, podle předem stanovených kritérií bylo mnou, nebo mojí kolegyní (zdravotní sestrou) osloveno celkem 37 pacientů a 34 z nich souhlasilo se spoluprací na výzkumu.

Každému respondentovi byl přidělen unikátní kód, který byl spárovatelný v první i druhé vlně. Kód zahrnoval měsíc + rok výzkumu, první dvě písmena z příjmení a polední dvě čísla z roku narození respondenta. Poslední údaj v kódu značil číselné pořadí respondenta a první, nebo druhou vlnu (A, B). Výsledkem byl jedenáctimístný kód.

7.4 Metody tvorby a analýzy dat

Dotazníkové šetření probíhalo v návaznosti ve dvou vlnách s časovým odstupem tří měsíců. Výzkumná data byla transkribována v programu Microsoft Office Word for MAC 2011 a Microsoft Excel. Data byla analyzována s pomocí deskriptivních statistických metod. Pro grafické znázornění byly použity tabulky a grafy s popisky.

Jako hlavní zdroj dat byl využit strukturovaný dotazník. Vybrané respondenty jsem nejdříve informovala o průběhu celého šetření a informovala je o etické stránce výzkumu.

7.4.1 První vlna výzkumu

První vlna byla provedena v období prosinec 2018 – leden 2019. Respondenti vyplňovali dotazník sami v papírové podobě, který jsem administrovala buď já sama, nebo moje kolegyně, proškolená zdravotní sestra. Obsahoval celkem 19 otázek. 13 otázek bylo sestaveno v rámci vlastní konstrukce, inspirované standardizovaným dotazníkem MacNew (Höfer, Lim, Guyatt & Oldridge, 2014), který je zaměřen na otázky týkající se subjektivního vnímání života v různých oblastech po prodělaném onemocnění srdce. Závěrečný soubor šesti otázek tvořil Fagerströmův test závislosti na nikotinu (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991), kde jsem vyhodnotila, na jak vysokém stupni závislosti na nikotinu se vybraní respondenti nachází.

7.4.2 Popis dotazníku

V úvodní části dotazníku byl výzkum celkově představen, byly zde představeny základní cíle výzkumu a základní potřebné údaje. První dvě položky v dotazníku tvořily sociodemografické údaje. Ptala jsem se zde na pohlaví a věk. V položce č. 3 a 4 jsem zjišťovala údaje o kouření, jaký tabákový výrobek nejčastěji kouří a v jakém množství. Položky č. 5 – 11 byly zaměřeny na subjektivní vnímání kvality života, přičemž položky č. 5, 7 a 8 se zabývaly fyzickými aspekty, položky č. 6, 9 a 10 psychickými a položka č. 11 sociálními aspekty kvality života. V položkách č. 12 a 13 jsem zjišťovala postoj k užívání tabáku. Posledních 6 položek tvořil Fagerströmův test závislosti na nikotinu. Všechny otázky v dotazníku byly uzavřené a respondenti měli možnost zvolit pouze jednu odpověď. Pouze u podotázky č. 4 se měli číselně vyjádřit k počtu vykouřených cigaret za den a u otázky č. 2 měli číslem uvést svůj věk. Možnosti odpovědí na otázky č. 5 – 13 byly formulovány metodou Likertovy škály, čili respondenti vybrali, na kterém bodě číselné stupnici se dle svého subjektivního pocitu nacházejí. Fagerströmův test závislosti na nikotinu je sestaven ze 6 uzavřených otázek s možností volby pouze jedné odpovědi.

7.4.3 Druhá vlna výzkumu

V druhé vlně, která byla realizována v období březen – duben 2019, byl respondentům odeslán dotazník v on-line podobě, protože již nebylo možné osobně se s pacienty setkat. Dotazník byl vytvořený v programu Survio na portálu survio.cz. V dotazníku byly již vynechány první dvě položky, protože její odpovědi by byly pro druhou vlnu bezvýznamné a vynechán byl rovněž Fagerströmův test závislosti na nikotinu. Z oslovených 34 respondentů byla návratnost on-line dotazníků v druhé vlně 31. V celkové analýze jednotlivých položek se tedy vycházelo z počtu 31 respondentů.

8 Výsledky výzkumu

Část A) Vstupní analýza dat

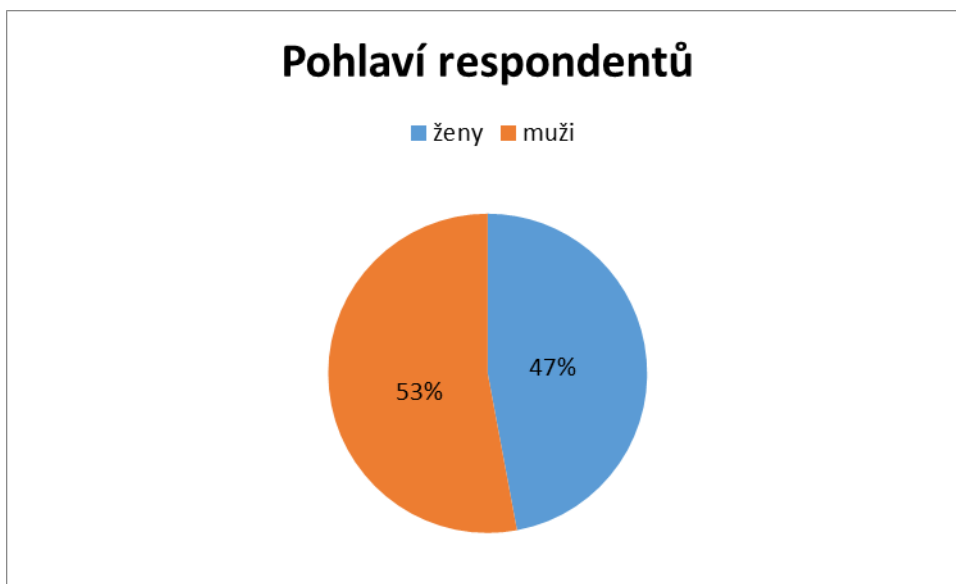
Zde jsem zahrnula celkový počet respondentů (n=34), kteří se účastnili první vlny sběru dat.

Položka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů (n=34)

	N	%
Ženy	16	47
Muži	18	53
celkem	34	100

Graf č. 1: Pohlaví respondentů (n=34)



Výzkumu se zúčastnilo celkem 34 respondentů, kuřáků v akutní fázi KVO. Celkově bylo 16 z nich žen a 18 mužů. Poměr zastoupení mužů a žen tak byl téměř vyrovnaný. návratnost dotazníků v druhé vlně byla celkem u 31 respondentů, z čehož všichni tři respondenti, kteří již nespolupracovali, byly ženy.

Položka č. 2: Věk respondentů

Průměrný uvedený věk respondentů byl 51 let. Z toho nejmladší respondent dosahoval 32 let a nejstarší 64 let.

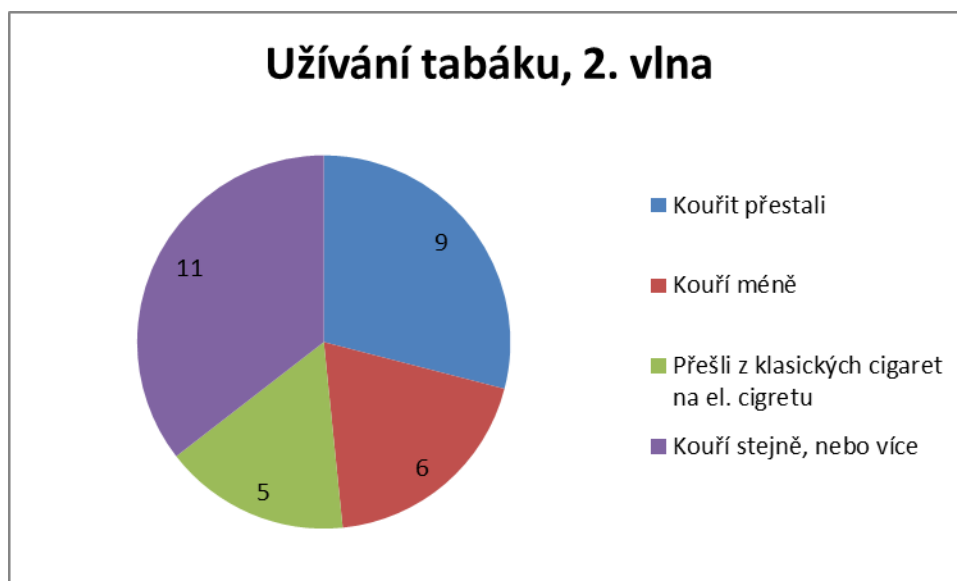
Položka č. 3: Kouříte?

V první vlně sběru dat byli v souladu s výběrovými kritérii kuřáci všichni, bylo to jedním, ze vstupních kritérií. Všech 31 respondentů v první vlně byli kuřáci. Ve druhé vlně výzkumu z celkového počtu 31 respondentů uvedlo pouze 9 z nich, že kouřit přestali. 11 z nich uvedlo, že kouří méně (6 respondentů), nebo přešli na bezpečnější formu užívání (5 respondentů) (v našem šetření se jedná pouze o přechod z klasických cigaret na elektronické cigarety).

Tabulka č. 2: Stav užívání tabáku, 2. vlna

	N	%
Kouřit přestali	9	29
Kouří méně, nebo přešli na bezpečnější variantu	11	35
Kouří stejně, nebo více	11	35
Celkem	31	100

Graf č. 2: Stav užívání tabáku, 2. vlna

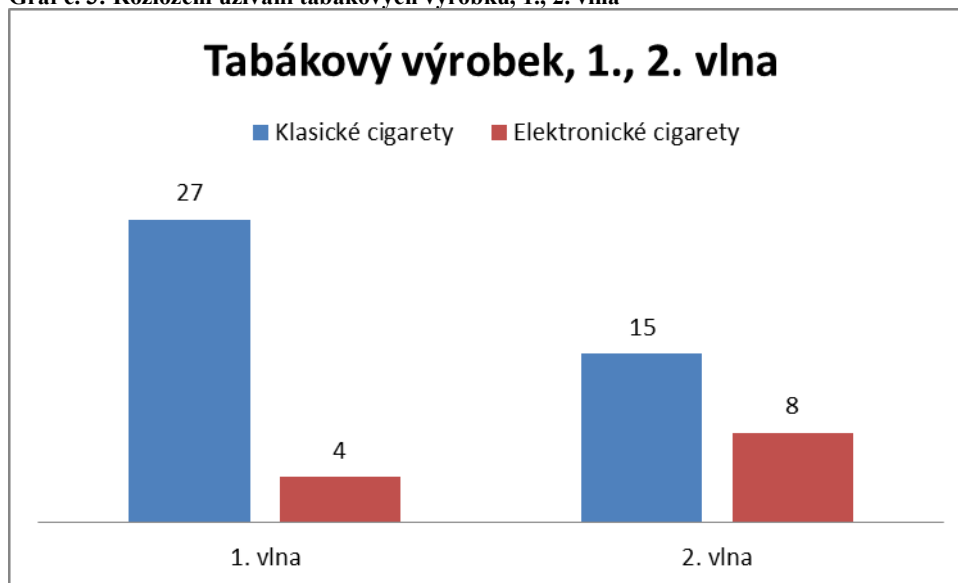


Položka č. 4: Jaký výrobek nejčastěji kouříte?

Tabulka č. 3: Rozložení užívání tabákových výrobků, 1., 2. vlna

	1. vlna	2. vlna
Klasické cigarety	27	15
Elektronické cigarety	4	8
Celkem	31	23

Graf č. 3: Rozložení užívání tabákových výrobků, 1., 2. vlna



V naprosté většině kuřáci uvedli jak v první, tak ve druhé vlně, že kouří klasické zápalné cigarety. V první vlně jich z celkového počtu 31 bylo 27, elektronické cigarety kouřili 4 respondenti. Ve druhé vlně bylo kuřáků už jen 23 a 15 z nich uvedlo, že kouří klasické cigarety, 8 elektronické. Ostatní druhy tabákových výrobků neuvedl žádný z nich.

Položka č. 4a: Kolik kusů preferovaného tabákového výrobku vykouříte za den?

Zde se měli respondenti k otázce vyjádřit pouze číslem. Zahrnula jsem se pouze odpovědi kuřáků, kteří uvedli, že kouří klasické cigarety, neboť odpovědi kuřáků elektronických cigaret nejsou validní (jejich užívání nelze jednoznačně kvantifikovat).

V první, i ve druhé vlně respondenti uvedli v průměru shodně 19 ks vykouřených cigaret za den. Celkový počet sečtených vykouřených cigaret u všech 31 respondentů za den však klesl z celkového počtu 514 ks v první vlně na 284 ks ve druhé vlně. Čili souhrnný počet vykouřených cigaret u všech respondentů dohromady klesl 230 ks cigaret za den.

Část B) Analýza dat – Kvalita života

U položek 5 – 13 vybírali respondenti metodou Likertovy škály vždy jednu odpověď na škále 1-5. Přičemž čím vyšší byla uvedena hodnota, tím vznikala negativnější životní úroveň. Ve druhé vlně jsem si respondenty rozdělila do třech skupiny, na ty kteří stále kouří

stejný, nebo vyšší počet cigaret, než ty, kteří přestali kouřit a na ty, kteří kouření omezili, nebo přešli na méně škodlivý způsob užívání.

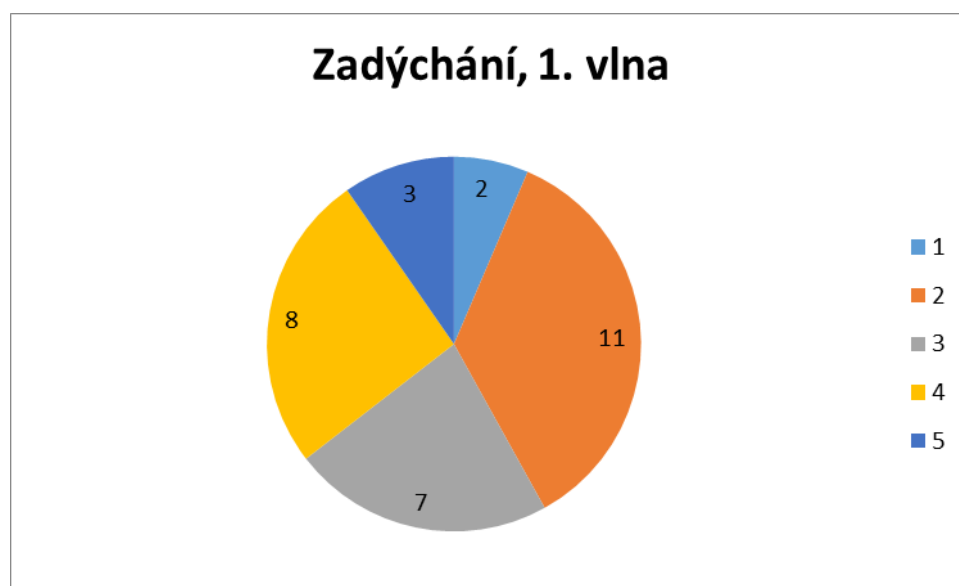
Fyzické aspekty

Položka č. 5: Jak moc jste se v posledních dvou týdnech zadýchal/a při každodenních činnostech?

Tabulka č. 4: Subjektivní míra zadýchání, 1. vlna

Odpověď	N	%
1	2	6
2	11	35
3	7	23
4	8	26
5	3	10
Celkem	31	100

Graf č. 4: Subjektivní míra zadýchání, 1. vlna



Tabulka č. 5: Subjektivní míra zadýchání, změny ve 2. vlně

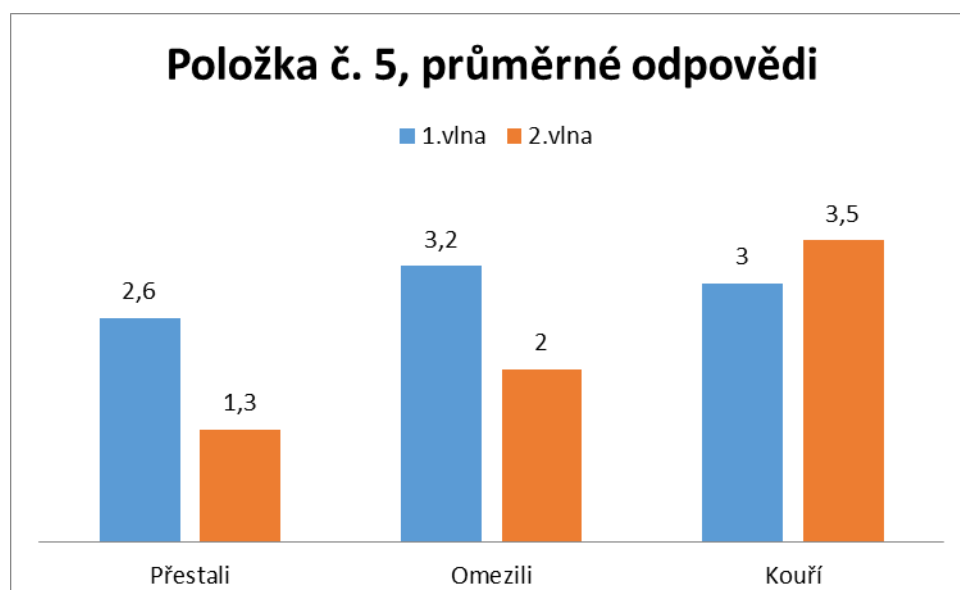
	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	9	100	11	100	0	0
Stejně	0	0	0	0	8	73
Horší	0	0	0	0	3	27
Celkem	9	100	11	100	11	100

V první vlně odpovědělo nejvíce respondentů, že se zadýchá zřídka, tedy možnost 2. U těch, kteří kouřit přestali, nastala pozitivní změna u všech. Jejich odpověď, která byla v průměru 2,6 a klesla na 1,3. Stejně tak tomu bylo u těch, kteří kouřit omezili, nebo přešli na elektronickou cigaretu, tam klesla průměrná odpověď z 3,2 na 2. U těch, kteří kouřit nepřestali, neproběhla žádná změna, nebo naopak k horšímu. Tam se průměrná odpověď naopak zvýšila ze 3 v první vlně na 3,5 ve vlně druhé.

Tabulka č. 6:Zadýchávání - průměrné odpovědi, srovnání 1., 2. vlna

Položka 5	1. vlna	2. vlna
Přestali	2,6	1,3
Omezili	3,2	2
Kouří	3	3,5

Graf č. 5: Zadýchávání - průměrné odpovědi, srovnání, 1., 2. Vlna



Položka č. 7: Jak moc jste za poslední měsíc potřeboval/a lékařskou péči?

Tabulka č. 7: Četnost lékařské péče, 1. vlna

Odpověď	N	%
1	7	23
2	8	26
3	9	29
4	5	16
5	2	6
Celkem	31	100

Graf č. 6: Četnost lékařské péče, 1. vlna



Tabulka č. 8: Četnost lékařské péče, změny ve 2. vlně

	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	5	56	5	45	0	0
Stejně	4	44	4	36	5	45
Horší	0	0	2	18	6	55
Celkem	9	100	11	100	11	100

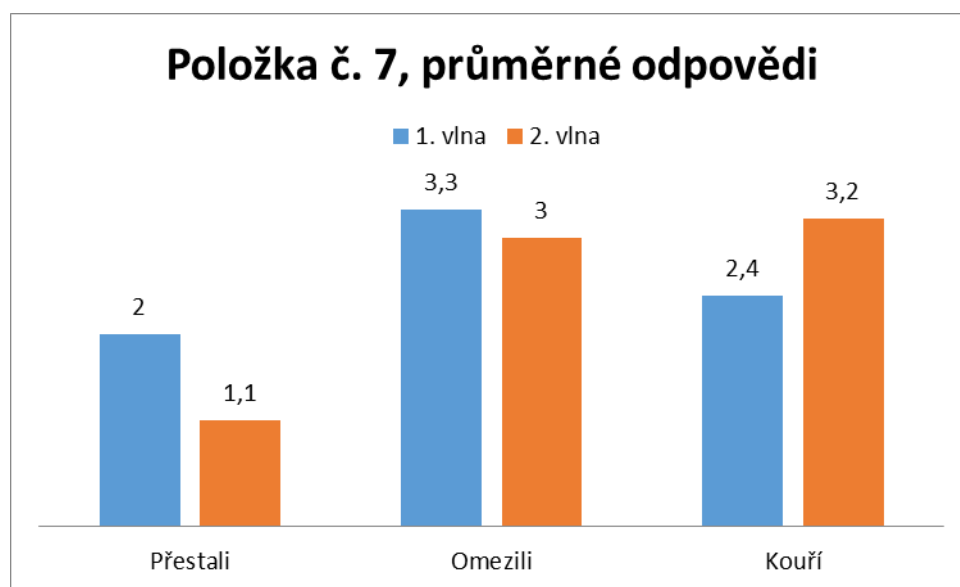
Na položku č. 7 odpovídali respondenti v 1. vlně nejčastěji odpověď č. 3 – přiměřeně (9). Pozitivní, nebo žádné změny byly ve druhé vlně zaznamenány u exkuřáků, nejčastější odpověď zde klesla z 2 na 1,1, nebo u těch, kteří kouření omezili, či přešli na elektronické cigarety. Zde byla změna z nejčastější odpovědi z 3,3 na 3. U těch, kteří kouřit nepřestali,

neproběhla buď změna žádná, nebo v negativním smyslu, zde průměrná odpověď stoupla z 2,4 na 3,2.

Tabulka č. 9: Četnost lékařské péče - průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

Položka 7	1. vlna	2. vlna
Přestali	2	1,1
Omezili	3,3	3
Kouří	2,4	3,2

Graf č. 7: Četnost lékařské péče – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna



Položka č. 8: Jak moc jste v poslední době spokojen/a se svým zdravím?

Tabulka č. 10: Spokojenost se zdravím, 1. vlna

Odpověď	N	%
1	8	26
2	8	26
3	5	16
4	8	26
5	2	6
Celkem	31	100

Graf č. 8: Spokojenost se zdravím, 1. Vlna



Tabulka č. 11: Spokojenost se zdravím, změny ve 2. vlně

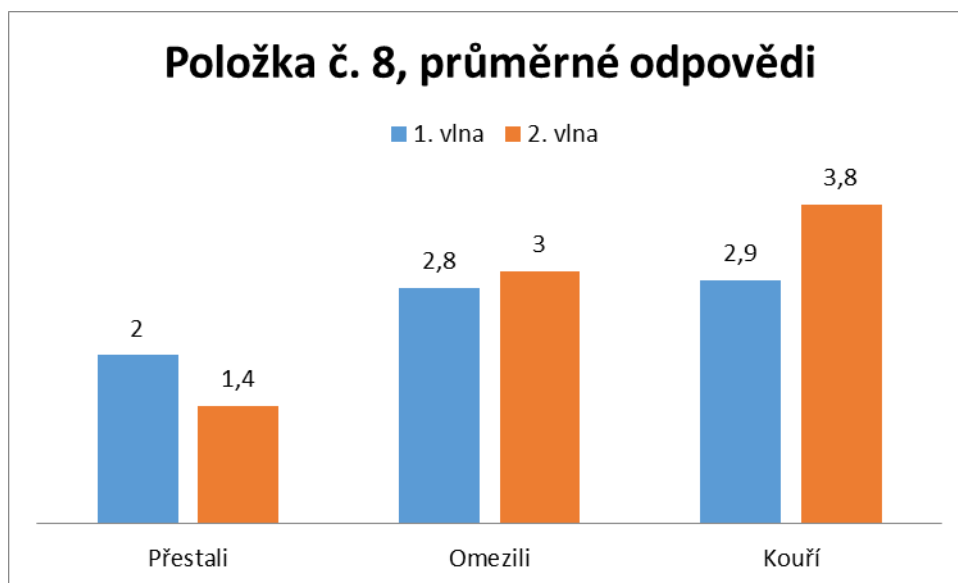
	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	4	44	1	9	0	0
Stejně	5	56	6	55	4	36
Horší	0	0	4	36	7	64
Celkem	9	100	11	100	11	100

U této položky byly v první vlně nejčastější odpovědi č. 1, 2 a 4. Ve druhé vlně došlo ke zlepšení u těch, kteří přestali kouřit a to z celkové průměrné odpovědi 2 na 1,4. Jejich odpovědi se celkově zlepšily k lepšímu u 4 a stejné zůstaly u 5 respondentů. U těch, kteří kouření omezili, nebo přešli, se situace celkem nezměnila a se svým zdravím jsou spokojeni stejně. U těch, kdo kouřit nepřestali a ani kouření neomezili, se průměrná odpověď zhoršila téměř o stupeň, z původní 2,9 na 3,8. Horší odpovědi uvedlo 7 z respondentů.

Tabulka č. 12: Spokojenost se zdravím – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

Položka 8	1. vlna	2. vlna
Přestali	2	1,4
Omezili	2,8	3
Kouří	2,9	3,8

Graf č. 9: Spokojenost se zdravím – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna



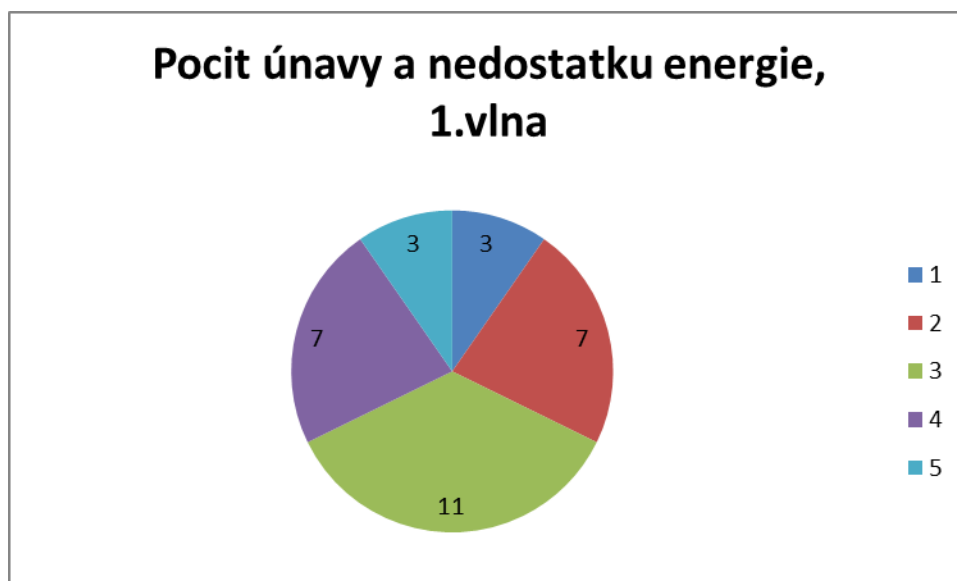
Psychické aspekty

Položka č. 6: Jak často jste se v posledních dvou týdnech cítil/a unavená/ý a bez energie?

Tabulka č. 13: Pocit únavy a nedostatku energie, 1. vlna

Odpověď	N	%
1	3	10
2	7	22
3	11	35
4	7	23
5	3	10
Celkem	31	100

Graf č. 10: Pocit únavy a nedostatku energie, 1. vlna



Tabulka č. 12: Pocit únavy a nedostatku energie, změny ve 2. vlně

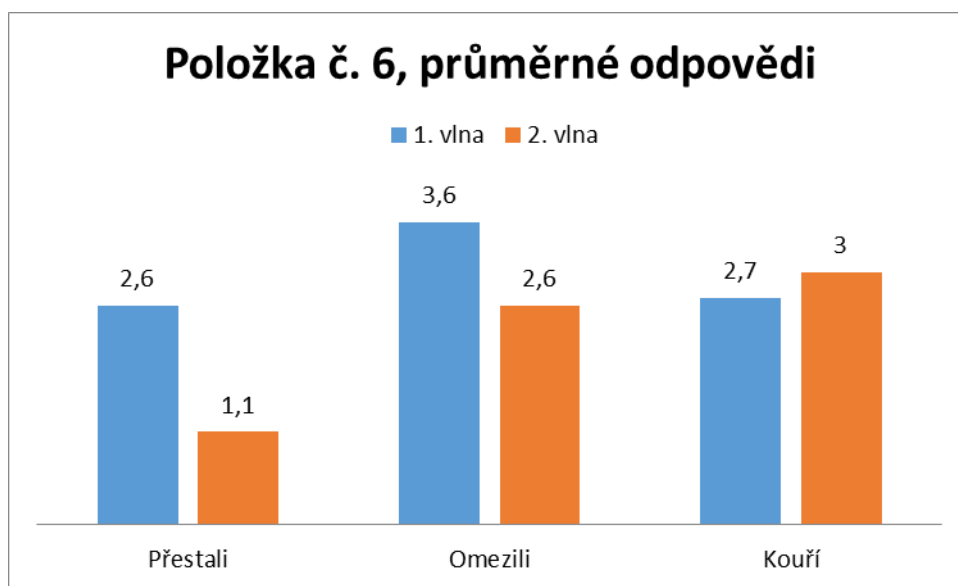
	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	8	89	7	64	2	18
Stejně	1	11	4	36	4	36
Horší	0	0	0	0	5	45
Celkem	9	100	11	100	11	100

V první vlně udávali respondenti nejčastěji odpověď č. 3, čili že se unavení a bez energie cítili často. Změny k lepšímu, nebo žádné změny byly pozorovány u respondentů, kteří kouřit přestali, či ho omezili a naopak nejvíce změn s negativním dopadem bylo zaznamenáno u respondentů, kteří stále kouří. Průměrná odpověď byla výrazně zlepšena u těch, kteří kouřit přestali a omezili, naopak u současných kuřáků se průměrná odpověď příliš nezměnila.

Tabulka č. 13: Pocit únavy a nedostatku energie- průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

Položka 6	1. vlna	2. vlna
Přestali	2,6	1,1
Omezili	3,6	2,6
Kouří	2,7	3

Graf č. 11: Pocit únavy a nedostatku energie - průměrné odpovědi, 1., 2. Vlna



Položka č. 9 – Jak často jste se v poslední době cítil/a uvolněně a bez napětí?

Tabulka č. 14: Pocit uvolnění a bez napětí, 1 vlna

Odpověď	N	%
1	4	13
2	4	13
3	8	26
4	11	35
5	4	13
Celkem	31	100

Graf č. 12: Pocit uvolnění a bez napětí, 1 vlna



Tabulka č. 15: Pocit uvolnění a bez napětí, změny ve 2. vlně

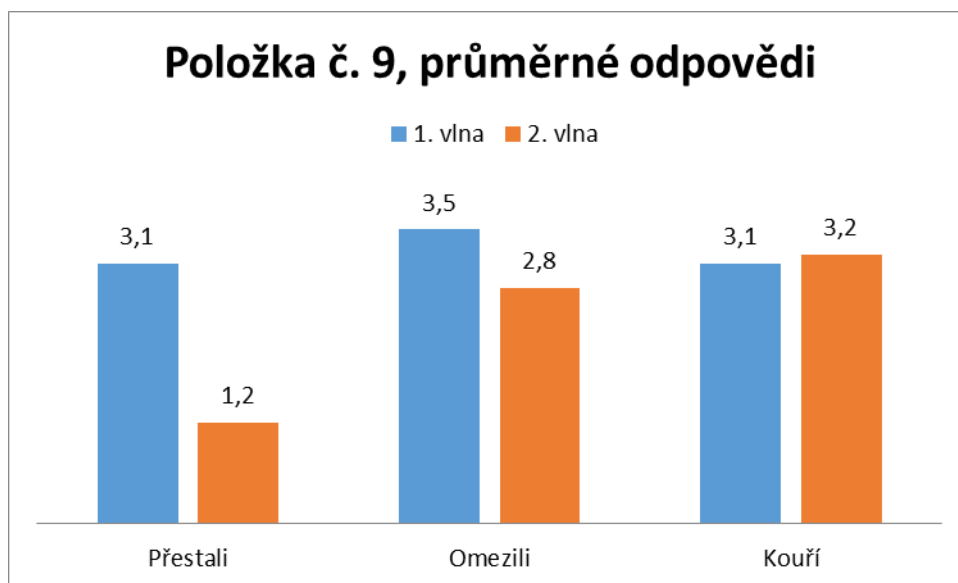
	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	9	100	6	55	1	9
Stejně	0	0	5	45	8	73
Horší	0	0	0	0	2	18
Celkem	9	100	11	100	11	100

Na tuto otázku odpovídali v první vlně respondenti nejčastěji odpověďmi 3 a 4. Naprosté zlepšení stavu bylo zaznamenáno u těch, co kouřit přestali. Průměrná hodnota jejich odpovědí se snížila z 3,1 na 1,2. U těch, kteří kouření omezili, byla průměrná hodnota rovněž příznivější a to z 3,5 na 2,8. Průměrné odpovědi u stálých kuřáků se jen nepatrně zhoršili a to z 3,1 na 3,2.

Tabulka č. 16: Pocit uvolnění a bez napětí – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

Položka 9	1. vlna	2. vlna
Přestali	3,1	1,2
Omezili	3,5	2,8
Kouří	3,1	3,2

Graf č. 13: Pocit uvolnění a bez napětí – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna



Položka č. 10 – Jak moc jste nyní spokojen/a se svým životem?

Tabulka č. 17: Spokojenost se životem, 1. vlna

Odpověď	N	%
1	6	19
2	10	32
3	7	23
4	6	19
5	2	7
Celkem	31	100

Graf č. 14: Spokojenost se životem, 1. Vlna



Tabulka č. 18: Spokojenost se životem, změny ve 2. vlně

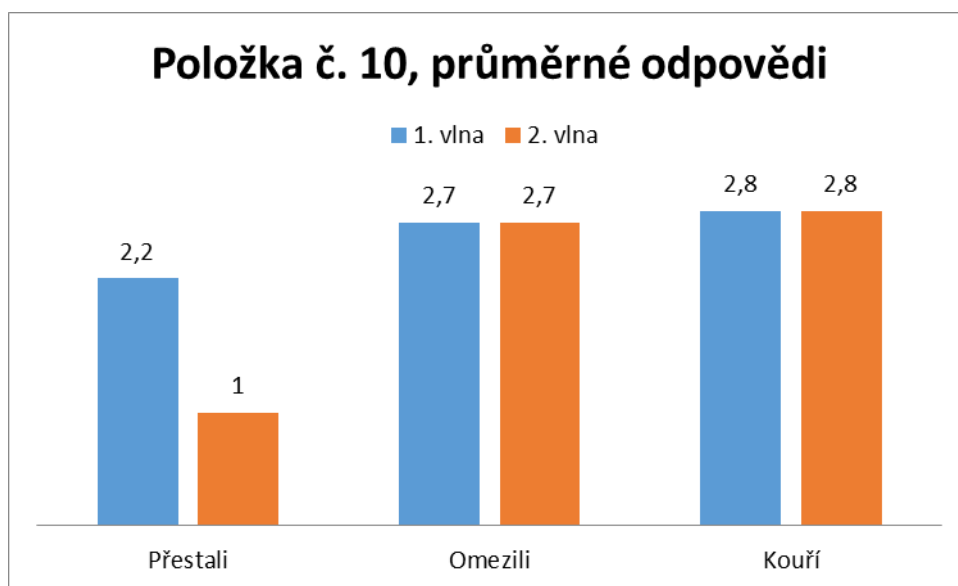
	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	6	67	2	18	0	0
Stejně	3	33	6	55	3	27
Horší	0	0	3	27	8	73
Celkem	9	100	11	100	11	100

V první vlně bylo nejčastěji na tuto položku odpovězeno číslem 2 – spokojenost se životem byla tedy v celku příznivá. Ti co kouřit přestali, byli se svým životem pravděpodobně spokojenější, protože se hodnota jejich průměrných odpovědí zlepšila z 2,2 na 1. Ti, co kouření pouze omezili, nebo přešli na elektronické cigarety, nebo kouření nijak neomezili, byli se svým životem spokojeni v průměru stále stejně.

Tabulka č. 19 Spokojenost se životem – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

Položka 10	1. vlna	2. vlna
Přestali	2,2	1
Omezili	2,7	2,7
Kouří	2,8	2,8

Graf č. 15: Spokojenost se životem – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna



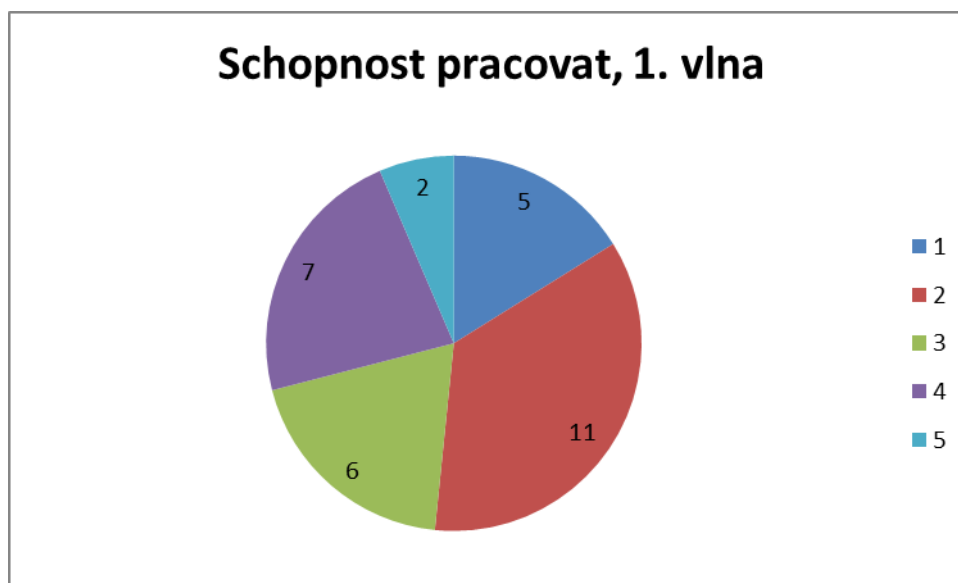
Sociální aspekty

Položka č. 11: Jak jste za posledních 14 spokojen/a se svou schopností pracovat?

Tabulka č. 20: Schopnost pracovat, 1. vlna

Odpověď	N	%
1	5	16
2	11	36
3	6	19
4	7	23
5	2	6
Celkem	31	100

Graf č. 16: Schopnost pracovat, 1. vlna



Tabulka č. 21: Schopnost pracovat, změny ve druhé vlně

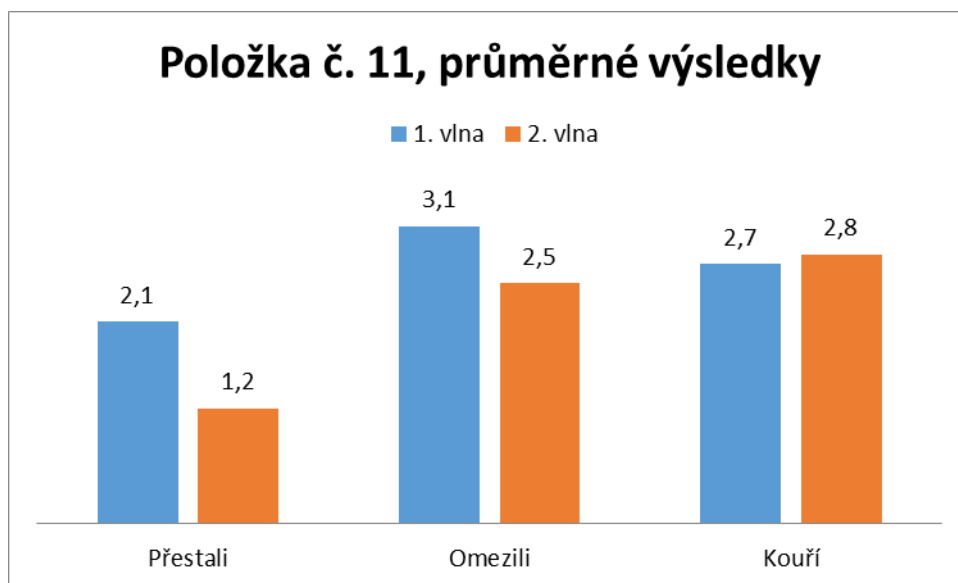
	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	5	56	4	36	2	18
Stejně	4	44	7	64	6	55
Horší	0	0	0	0	3	27
Celkem	9	100	11	100	11	100

Se svou schopností pracovat v 1. vlně udávali respondenti nejčastěji odpověď č. 2, tedy že většinou ano. Průměrná hodnota odpovědi klesla u budoucích nekuřáků z 2,1 na 1,2. Dobrý výsledek byl zaznamenán také u těch, co kouření omezili, nebo přešli na elektronickou cigaretu. U těch průměrná odpověď 3,1 klesla na 2,5. U těch co kouřit nepřestali, se situace příliš nezměnila.

Tabulka č. 22: Schopnost pracovat – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

Položka 11	1. vlna	2. vlna
Přestali	2,1	1,2
Omezili	3,1	2,5
Kouří	2,7	2,8

Graf č. 17: Schopnost pracovat – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna



Část C) Analýza dat zaměřených na postoj k užívání tabáku

Položka č. 12: Kouření bylo jednou z hlavních příčin mého srdečně-cévního onemocnění.

Tabulka č. 23: Kouření jako příčina srdečně-cévního onemocnění, 1. vlna

Odpověď	N	%
1	7	23
2	11	35
3	8	26
4	1	3
5	4	13
Celkem	31	100

Graf č. 18: Kouření jako příčina srdečně-cévního onemocnění, 1. vlna



Tabulka č. 24: Kouření jako příčina srdečně-cévního onemocnění , změny ve 2. vlně

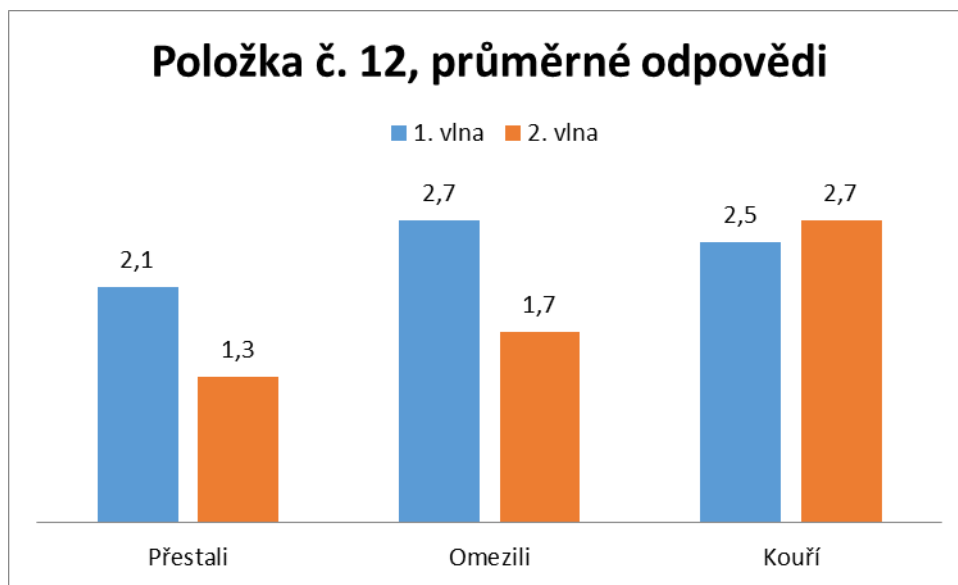
	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	4	44	7	64	1	9
Stejně	5	56	4	36	8	73
Horší	0	0	0	0	2	18
Celkem	9	100	11	100	11	100

Kouření považuje za příčinu svého onemocnění 23 % dotazovaných, ti uvedli odpověď 1, tedy zcela souhlasím. 13 % (4 respondenti) nesouhlasili vůbec. Ve druhé vlně se situace změnila a názory se začaly lišit u respondentů, kteří přestali zcela kouřit, a to tak, že 4 z nich změnili svůj postoj a uvedli, možnost 1 – naprosto souhlasím s tvrzením. Dalších 5 z nich možnost 2 – celkem souhlasím. Celkově se průměrná odpověď u této skupiny změnila z původní 2,1 na 1,3. Nikdo z nich se neposunul směrem k vyšším hodnotám odpovědi. Respondenti, kteří kouření omezili, či přešli na el. cigaretu, svou volbu odpovědi změnili v 7 případech směrem k nižším hodnotám, tedy s pozitivním efektem, nebo zůstaly na stejné pozici. Hodnota jejich průměrné odpovědi klesla z 2,7 na 1,7. Ti jedinci, kteří kouřit nepřestali, zůstali převážně na stejné odpovědi jako v 1. vlně.

Tabulka č. 25: Kouření jako příčina srdečně-cévního onemocnění – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

Položka 12	1. vlna	2. vlna
Přestali	2,1	1,3
Omezili	2,7	1,7
Kouří	2,5	2,7

Graf č. 19: : Kouření jako příčina srdečně-cévního onemocnění – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna



Položka č. 13 – Priorita přestat kouřit

Tabulka č. 26: Priorita přestat kouřit, 1. vlna

Odpověď	N	%
1	14	45
2	8	26
3	5	16
4	3	10
5	1	3
Celkem	31	100

Graf č. 20: Priorita přestat kouřit, 1. vlna



Tabulka č. 27: Priorita přestat kouřit, změny ve 2. vlně

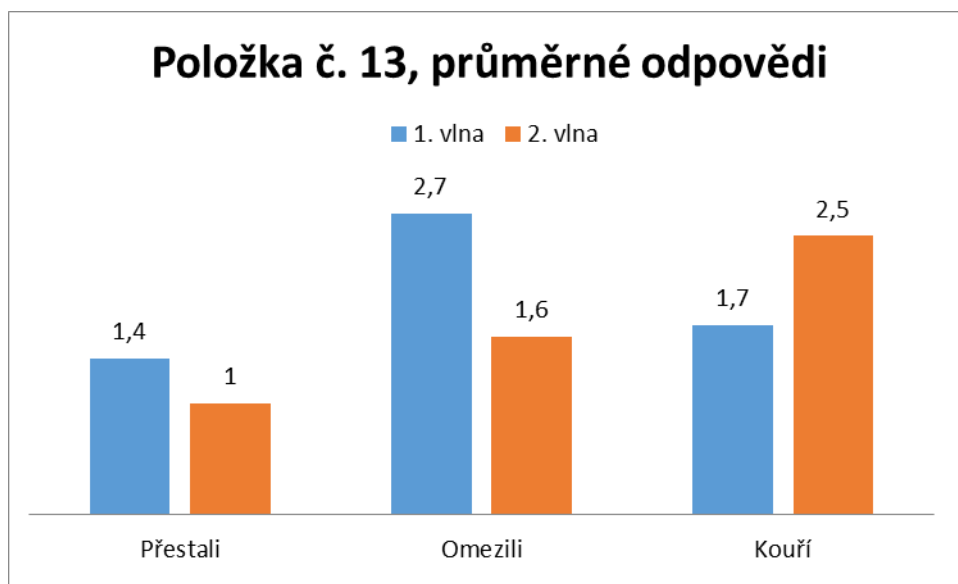
	Přestali		Omezili/přešli		Neomezili	
	N	%	N	%	N	%
Zlepšení	3	33	8	73	1	9
Stejně	6	67	3	27	4	36
Horší	0	0	0	0	6	55
Celkem	9	100	11	100	11	100

V první vlně uvedli respondenti, že ve 14 případech možnost 1, tedy že je pro ně velmi důležité přestat kouřit. 8 jich uvedlo možnost 2, že přestat kouřit je pro ně celkem důležité. Čili většina z nich by ráda přestala kouřit. Ti co kouřit přestali, zůstaly odpovědi na stupni 1, nebo se na tento stupeň změnil, výsledný průměr odpovědí je tedy ze 1,4 snížen na 1. Respondentům, kteří kouření omezili, se volba jejich odpovědí ve 3 případech nezměnila, nebo (v 8 případech) změnila směrem k nižšímu číslu. Průměrná hodnota odpovědi klesla z 2,7 na 1,6. Ustávajících kuřáků je situace následovná. Pouze u jednoho z nich se odpověď posunula směrem níže, 4 zůstaly na stejné volbě a u 6 se odpovědi posunuly směrem k vyšším hodnotám. Průměrná odpověď se tak zhoršila ze 1,7 na 2,5.

Tabulka č. 28: Priorita přestat kouřit – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

Položka 13	1. vlna	2. vlna
Přestali	1,4	1
Omezili	2,7	1,6
Kouří	1,7	2,5

Graf č. 21: Priorita přestat kouřit – průměrné odpovědi, 1., 2. vlna

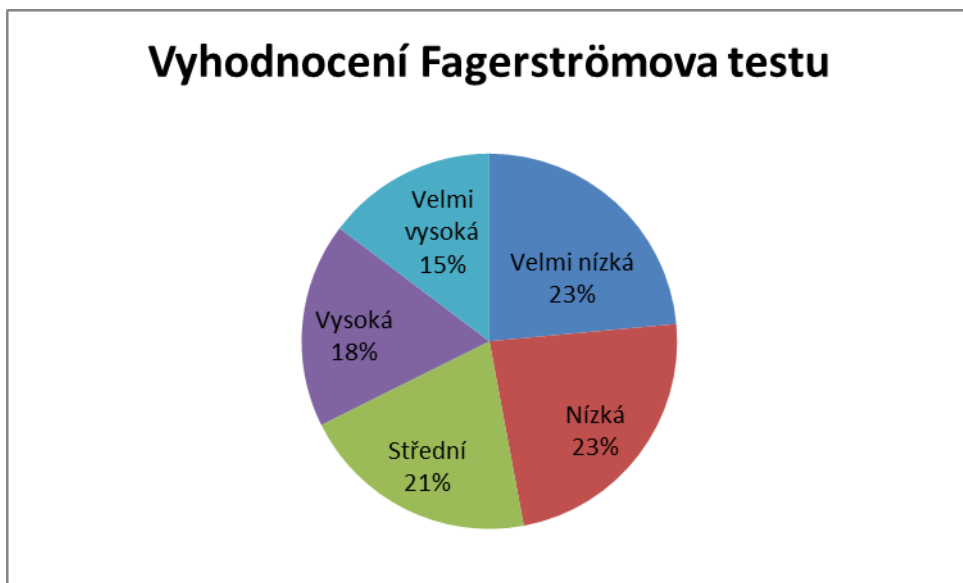


Část D) Vyhodnocení Fagerströмова testu

Tabulka č. 29, Vyhodnocení Fagerströмова testu

Závislost	N	%
Velmi nízká	8	23
Nízká	8	23
Střední	7	21
Vysoká	6	18
Velmi vysoká	5	15
Celkem	34	100

Graf č. 22: Vyhodnocení Fagerströмова testu



K vyhodnocení Fagerströмова testu jsem zahrnula všechny v respondenty, kteří se zúčastnili šetření v 1. vlně, tedy 34 respondentů ($n=34$). U 8 respondentů by se dalo hovořit o závislosti velmi nízké, u dalších 8 o nízké závislosti. U 7 z nich jsem vypočítala střední závislost, u 6 vysokou a u 5 jsem vyhodnotila velmi vysoký stupeň závislosti.

9 Diskuze

Diplomová práce se zabývá vzájemným vztahem mezi kvalitou života a mezi subjektivním postojem k užívání tabáku. Na tento vzájemný vztah je ještě nahlíženo v kontextu akutního kardiologického onemocnění, kde je možné brát v potaz určité ovlivnění změnou zdravotního stavu, a s odstupem tří měsíců po onemocnění. Během šetření jsem narazila na určité limity, které mohou mít negativní vliv na celý výzkum. Jejich bližší popis uvádím níže.

9.1 Interpretace výsledků a diskuze

První vlny šetření se účastnilo 34 respondentů, jejichž průměrný věk byl 51 let. 18 mužů a 16 žen. Ve druhé vlně bylo o 3 respondenty (ženy) méně, tedy 31.

Ověření hypotézy č. 1

VO1: Ve kterých aspektech subjektivního vnímání kvality života v akutní fázi kardiiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců proběhla změna?

H1: Změna proběhla ve všech úrovních kvality života a vždy v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit.

Změna v subjektivním vnímání kvality života po třech měsících od prodělaného onemocnění proběhla ve všech třech aspektech kvality života – fyzické, psychické, i sociální.

Fyzické aspekty

Do této oblasti spadaly celkem tři položky: Zaděchání se v posledních dvou týdnech, potřeba lékařské péče za poslední měsíc a spokojenost se svým zdravím.

Respondenti, kteří se rozhodli přestat kouřit, vykazovali v průměru o stupeň pozitivnější hodnocení téměř ve všech oblastech. Uvedli, že se v posledních dvou týdnech *nikdy* nezadýchali, 100% zlepšení. Rovněž tomu bylo i u potřeby lékařské péče, kde výsledky změnilo v pozitivním smyslu, nebo zůstaly stejné. Průměrná odpověď ve druhé vlně byla, že *vůbec* (V první vlně to byl stupeň 2 – *minimálně*). Zlepšení bylo patrné i u položky č. 8 – jak moc jsou nyní respondenti spokojeni se svým zdravím. U všech proběhlo buď

zlepšení, nebo zůstali na stejné hodnotě. Průměrný stupeň se snížil ze 2 – *většinou ano* na 1 – *velmi*.

Respondenti, kteří se rozhodli kouření omezit, nebo přejít na elektronickou cigaretu, měly následující výsledky: Pozitivní změna nastala u 100 % respondentů v oblasti zadýchání u 45 % a v oblasti potřeby lékařské péče. Co se týče spokojenosti se svým zdravím, tam 55 % respondentů zůstalo na stejné úrovni a čtyři respondenti byli se svým zdravím dokonce méně spokojeni než v první vlně. Průměrné odpovědi byly u dvou položek pozitivnější, u jedné mírně horší.

Ti respondenti, kteří zůstali kouřit stejně, nebo ještě více, se v této oblasti cítili stejně, nebo hůře. V položce zadýchání se průměrná odpověď přesunula z čísla 3 (*často*) na 3,5 (tedy spíš k 4 - *velmi často*), zhoršení bylo zaznamenáno u 27 % respondentů. Lékařskou péči vyžadovalo více 55 % respondentů, 45 % zůstalo na stejných odpovědích. Průměrná odpověď se zhoršila ze stupně 2,4 (*minimálně*) na 3,2 (*přiměřeně*). Výrazné zhoršení nastalo v položce vnímání spokojenosti svého celkového zdraví. 64 % respondentů bylo méně spokojeno a 36 % bylo spokojeno stejně jako v první vlně. Průměrná odpověď zde stoupla z 2,9 (*celkem ano*) na 3,8 (*většinou ne*).

Psychické aspekty

Do této oblasti spadaly celkem tři položky: Pocit únavy a nedostatku energie, pocit uvolnění a bez napětí a spokojenost se svým životem.

U skupiny respondentů, kteří se rozhodli přestat kouřit, bylo ve všech třech položkách zaznamenáno zlepšení, nebo stejný stav. Průměrné odpovědi pozitivně klesly o stupeň. Pocit únavy a nedostatku energie vnímalo lépe 85 % respondentů. Pocit uvolnění a bez napětí vnímali lépe všichni respondenti (100 %) a spokojeno se svým životem bylo 67 % více dotazovaných.

Respondenti, kteří se rozhodli kouření omezit, nebo přejít na elektronickou cigaretu vykazovalo v prvních dvou položkách výrazné zlepšení a to v položce Pocit únavy a nedostatku energie u 64 % respondentů, průměrná odpověď klesla o celý stupeň, z 3,6 na 2,6. U položky Pocit uvolnění a bez napětí vykazovalo zlepšení 55 % respondentů a průměrná odpověď klesla z 3,5 na 2,8. Co se týče spokojenosti se svým životem, nebylo zaznamenáno zlepšení, ani zhoršení.

Ti respondenti, kteří zůstali kouřit stejně, nebo ještě více nevnímali odlišně pocit uvolnění a bez napětí, výrazný rozdíl nebyl zaznamenán ani u položky pocitu únavy a nedostatku energie, nicméně u obou položek se průměrné odpovědi pohybovaly celkem vysoko a to na stupni 3. Spokojenost se svým životem vnímali tito respondenti hůř a to celkem 73 % z nich, průměrná odpověď však zůstala stejná, 2,8 (celkem ano).

Sociální aspekty

Do této oblasti spadá jediná položka, a to č. 11, kde je respondent dotazován, jak je za posledních 14 dní spokojen se svou schopností pracovat.

Dle výsledků bylo patrné zlepšení u respondentů, co kouřit přestali, nebo ho alespoň omezili, či přešli na bezpečnější způsob užívání. U těch, co kouřit nepřestali, se výsledek příliš nelišil, rozdíl nebyl ani v průměrné odpovědi, která byla oproti první vlně mírně vyšší (2,8).

Změny se potvrdily ve všech aspektech kvality života a o pozitivitě, či negativitě rozhodovala souvislost s rozhodnutím přestat kouřit. Ti co se rozhodli přestat kouřit, nebo kouření alespoň omezit, či přejít na bezpečnější formu užívání uvedli pozitivnější výsledky ve všech aspektech. U těch, co kouřit nepřestali, nebo kouří ještě více, byl zaznamenán negativní posun v odpovědích ve všech aspektech. **Hypotéza č. 1 se potvrdila.**

Ověření hypotézy č. 2

VO2: Nastaly nějaké změny v postoji k užívání tabáku v období akutního kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců?

H2: Změny v postoji k užívání tabáku nastaly, především v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit.

K oblasti postoje k užívání tabáku jsem zvolila dvě položky. Položka č. 12, jak moc respondenti považují kouření tabáku za příčinu svého onemocnění a položku č. 13, jak je pro ně nyní důležité přestat kouřit.

Kouření jako příčinu svého onemocnění začali ve druhé vlně více vnímat ti respondenti, kteří přestali kouřit. Jejich průměrná odpověď klesla z 2,1 (*celkem souhlasím*) na 1,3 (*naprosto souhlasím*). U těchto respondentů nastala pozitivní změna. Podobně tomu bylo i u respondentů, kteří kouření omezili, nebo přešli na elektronickou cigaretu, tam se průměrná odpověď snížila z 2,7 (*částečně souhlasím*) na 1,7 (*celkem souhlasím*), tudíž

došlo rovněž k pozitivní změně. Mírná negativní změna nastala u stávajících kuřáků, kde byl zaznamenán nárůst průměrné odpovědi z 2,5 na 2,7 (částečně souhlasím).

Výsledek tedy je, že respondenti, kteří kouřit přestali, nebo užívání omezili, měli pozitivnější výsledky, co se kvality života týče, oproti těm, kteří u kouření zůstali, tam byly výsledky negativnější. **Hypotéza č. 2 se potvrdila.**

Ověření hypotézy č. 3

VO3: Jaké existují souvislosti mezi subjektivním postojem k užívání tabáku, kvalitou života a subjektivně hodnocenou mírou užívání tabáku?

H3: Jedinci, kteří přestali kouřit, vnímají lépe kvalitu života a kouření vnímají více jako příčinu svého onemocnění.

Jedinci, kteří přestali kouřit, vykazují lepší průměrné odpovědi ve všech třech oblastech kvality života a to zhruba o stupeň u každé položky, dalo by se tedy říci, že kvalitu života vnímají lépe. Zároveň je nutné podotknout, že hodnoty jejich odpovědí se pohybují pouze do stupně 2,6. Exkuřáci začali vnímat kouření více jako příčinu svého onemocnění a to ze 44 %, u 56 % zůstal názor stejný, ale celkový průměrný stupeň odpovědí ve druhé vlně byl 1,3 (*naprosto souhlasím*). Pro respondenty, kteří přestali kouřit je abstinence naprosto zásadní. Všichni odpověděli, že je pro ně velmi důležité přestat kouřit. Na rozdíl od stávajících kuřáků, kde se hranice průměrné odpovědi po třech měsících posouvá směrem k vyšším hodnotám. Byly tedy zaznamenány souvislosti mezi subjektivním postojem k užívání tabáku, kvalitou života a subjektivně hodnocenou mírou užívání tabáku.

Hypotéza č. 3 se potvrdila.

K závěru, že zanechání kouření má pozitivní vliv na kvalitu života došli také španělští vědci, kteří podobně jako v této práci, analyzovali vztah mezi kvalitou života a rozhodnutím přestat kouřit u pacientů po prodělaném onemocnění (chronické obstrukční plicní nemoci). Výzkum byl proveden rovněž ve dvou vlnách, přičemž druhá vlna byla realizována s odstupem šesti měsíců. A výsledkem byly pozitivnější hodnoty v hodnocení kvality života ve prospěch respondentů, kteří kouřit přestali (Jimenez-Ruiz, C., A. et al, 2018).

9.2 Limity výzkumu

Hlavním limitem výzkumu je beze sporu množství výzkumného vzorku. Do první vlny bylo zařazeno celkem 34 respondentů, a v druhé vlně jich bylo již pouze 31, to je závěrečné číslo, tedy množství, ze kterého byla analyzována naprostá většina výsledků. Při analýze jednotlivých položek vycházela ke každé odpovědi malá čísla, tyto výsledky tak zřejmě nemohou být statisticky průkazné. Příčinou malého vzorku byl omezený počet vhodných respondentů v daném časovém období. Ačkoliv jsem se snažila oslovit každého vhodného pacienta, který byl v daném čase hospitalizován na III. Interní - kardiologické klinice, větší množství jsem již sehnat nemohla, neboť o mnoho více pacientů s danými kritérii hospitalizovaných nebylo. Možným řešením by pro další výzkum mohlo být získání dalších dat v jiných zdravotnických zařízeních a tak rozšíření výzkumného vzorku.

Jako další limit výzkumu považuji odpověď na podotázku č. 4, kde měli respondenti uvést číslem, kolik ks preferovaného tabákového výrobku denně vykouří. Číslo se však dalo uvést pouze u uživatelů klasických cigaret. U jiných forem (našeho výzkumu se týkaly pouze elektronické cigarety) nebylo možné na tuto otázku požadovaně odpovědět.

Na další limity jsem narazila během analyzování dat ve výzkumné části. Jednak se jedná o zkreslení výzkumných dat. Možné zkreslení mohlo nastat v případě, kdy jsem chtěla poukázat na změny ve druhé vlně. U respondentů, kteří přestali kouřit, jsem neregistrovala změnu, pokud se jejich odpověď nelišila od původní a zůstala na stejné hodnotě (čili mohla zůstat stále na hodnotě číslo 1). Oproti tomu jsem však považovala za pozitivní změnu u stávajících kuřáků, pokud svou odpověď změnili v pozitivním smyslu z čísla 5, na číslo 4. V prvním případě se tedy u dotyčného situace nezlepšila, zatímco v druhém případě ano. Ve skutečnosti tomu ale tak není, protože u dotyčného v prvním případě už lepší hodnota být nemůže. Při sledování výsledných dat je tedy nutné s tímto limitem počítat.

A poslední limit, na který jsem během analýzy dat narazila, bylo výsledné zařazení respondentů do tří skupin. Zatím co kuřáka, který kouřil v první vlně, stejně jako ve druhé stále svých 6 cigaret denně, byl zařazen do skupiny těch, kteří nijak své užívání nezměnili. Zatím co respondent, který kouřil denně 50 cigaret a omezil užívání na 40 denně, byl zařazen k těm, kteří kouření omezili, kde jsem již očekávala pozitivnější výsledky.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo posoudit subjektivní vnímání kvality života kuřáků v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v akutní fázi kardiovaskulárního onemocnění a s odstupem tří měsíců a vyhledat tak možné souvislosti mezi užíváním tabáku a kvalitou života. Ve výzkumu však byla analyzována ještě třetí proměnná, a to souvislost s akutním kardiologickým onemocněním, a do jaké míry mohl mít tento fenomén vliv na rozhodnutí respondentů přestat kouřit. Data byla získána dotazníkovým šetřením s pacienty, kteří byli hospitalizováni na III. - interní kardiologické klinice FN Královské Vinohrady v daném časovém období s akutním kardiovaskulárním onemocněním. Výzkum probíhal ve dvou vlnách, a to v akutní fázi onemocnění a následně po třech měsících.

Z analýzy zjištěných dat vyplynulo, že respondenti, kteří ve druhé vlně šetření přestali kouřit, nebo kouření alespoň omezili, či přešli na bezpečnější způsob užívání, vnímali subjektivně lépe kvalitu života, než ti, kteří kouřit nepřestali. A to nejen v celkovém pojetí kvality života, ale i v jeho konkrétních aspektech. Jasně zlepšení výsledků je patrné ve fyzických a sociálních aspektech, o něco méně v aspektech fyzických.

Jelikož výrazně lepších výsledků dosahovali respondenti, kteří kouřit přestali a ti, kteří kouření omezili, nebo přešli na bezpečnější způsob užívání. Z čehož usuzuji, že rozhodnutí přestat kouřit má vliv na celkovou kvalitu života. Zejména také na rekonvalescenci po prodělaném kardiovaskulárním onemocnění. Z dosažených výsledků rovněž vyplynulo, že respondenti, kteří kouřit přestali, získali jiný nadhled na užívání tabáku. Začali si více uvědomovat rizika kouření a abstinence se pro ně stala prioritou.

Všechny tři stanovené hypotézy se potvrdily, ačkoliv výsledná data lze považovat za slabá a statisticky nevýznamná, vezmeme-li v úvahu velikost výzkumného vzorku.

Přínos diplomové práce vidím zejména ve zjištěné skutečnosti, že rozhodnutí přestat kouřit souvisí s kvalitou života, ovšem kontextu proběhlého kardiovaskulárního onemocnění. Z čehož usuzuji, že nemocný člověk je velice vnímavý ke všem informacím, co se týče jeho zdravotního stavu. Jelikož jeho velkou potřebou je navrácení plnohodnotného zdraví. Proto považuji tento čas, kdy je pacient velmi citlivý, za nenahraditelný k využití minimálně krátké intervence a podpory do dalších kroků. Neboť podle zjištěných výsledků týkajících se vzájemné souvislosti všech proměnných, má na jeho abstinenci respondenta

zájem hned několik subjektů, včetně jeho samotného. Přivítala bych tedy, aby se v nemocnicích více dbalo na aktivní pomoci přestat kouřit.

Tato práce by mohla posloužit jako podklad pro další studie, ale také jako inspirace pro poskytování krátkých intervencí a proaktivní nabízení léčby závislosti na tabáku ze strany zdravotnického personálu. Dále by bylo vhodné sledovat menší skupinu pacientů s kardiovaskulárním onemocněním po delší dobu a sledovat jejich individuální potřeby ve stanovených časových obdobích.

Seznam použité literatury

- Aronow, W., S. (2012) Peripheral arterial disease of the lower extremities. *Arch Med Sci* 8(2), 375-388. doi: 10.5114/aoms.2012.28568
- Bagwell, D., K. (2018). Quality of life. *Salem Press Encyclopedia of Health*. Item: 93872189
- Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- British Medical Association Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. (2004). Smoking and reproductive life The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. *British Medical Association*. Retrieved 06/02/2019 from https://www.rauchfrei-info.de/fileadmin/main/data/Dokumente/Smoking_ReproductiveLife.pdf.
- Čechová, V. & Mellanová, A. (1999). *Psychologie a pedagogika*. Vimperk: H & H.
- Centres for Disease Control and Prevention (CDC). (2005). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 1997-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 54(25), 625-628. Retrieved 10/02/2019 from <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5425a1.htm>
- Cífková, R., Býma, S., Češka, R., Horký, K., Karen, I., Kunešová, M. ... Škrha, J. (2005). Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. *Klinická biochemie a metabolismus* 2005 (4), 212-224.
- Daling, J., R., Madeleine, M., M., McKnight, B., Carter, J., J., Wipf, G., C., Ashley, R., ... Galloway, D., A. (1996) The relationship of human papillomavirus-related cervical tumors to cigarette smoking, oral contraceptive use, and prior herpes simplex virus type 2 infection. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 5(7), 541-548. doi: Published July 1996.
- Degenhardt, L. & Hall, W. (2001). The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine Tob Res* 3(3), 225-234. doi: 10.1080/14622200110050457
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Brit Med J*, 328. 1519-1527. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R. & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Br Med J*, 309, 901-911. doi:

10.1136/bmj.309.6959.901.

Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami F, ... Stoklosa M. (2018). The Tobacco Atlas. *American Cancer Society and Vital Strategies*. Retrieved 08/02/2019 from [https://tobaccoatlas.org/wp-](https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf)

[content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf](https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf)

Ebbert, J., O., Yang, P., Vachon, C., M., Vierkant, R., A., Cerhan, J., R., Folsom, A., R. & Sellers, T., A. (2003). Lung Cancer Risk Reduction After Smoking Cessation: Observations From a Prospective Cohort of Women. *Journal of Clinical Oncology* 21(5). 921-926. doi: 10.1200/JCO.2003.05.085.

Fortes, C., Mastroeni, S., Leffondré, K., Sampoqna, F., Melchi, F., Mazzotti, E.,...Abeni, D. (2005). *Arch Dermatol* 141(12), 1580-1584. doi: 10.1001/archderm.141.12.1580

Ge, Z., Hao, Y., Cao, J., Li, J., Chen, J., Huang, J., ... Gu, D. (2012). Does cigarette smoking exacerbate the effect of blood pressure on the risk of cardiovascular and all-cause mortality among hypertensive patients? *J Hypertens*, 30(12). 2307-2313. doi: 10.1097/HJH.Ob013e328359aa1f

Gregor, P., Herold, M., Línková, H., Mořovská, Z., Osmančík, P., Roháč, F. ... Widimský, P. (2015). Dvacet let kardiocentra: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Praha: Grada publishing, a.s.

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing.

Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86(9), 1119-1127.

Hering, D., Kucharska, W., Kara, T., Somers, V., K. & Narkiewicz, K. (2010). Smoking is associated with chronic sympathetic activation in hypertension. *Blood pressure*, 19(3). 152-155. doi: 10.3109/08037051.2010.484150

Höfer, S., Lim, L., Guyatt, G., & Oldridge, N. (2004). The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary. *Health and quality of life outcomes*, 2, 3. doi:10.1186/1477-7525-2-3

Hrubá, D. (2005). Kouření vodní dýmky: nová epidemie na obzoru. *Tabák a zdraví: Informační bulletin*, 2-4.

Hrubá, D. (2014). *Co je Third-Hand Smoke, aneb, jak nás - nekuřáky - ohrožuje kouření? Obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině.

Janáčková, L. (2008). *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton.

- Jimenez-Ruiz, C., A., Pascual Liedó, J., F., Guerrero Cíceró, A., Cristóbal Fernández, M., Mayayo Ulibarri, M., Villar Laguna, C. (2018). Analysis of quality of life in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disorder (COPD) who give up smoking. *Semergen* 44(5), 310-315. doi: 10.1016/j.semerg.2017.08.003
- Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kartal, M., Mıdık, Ö. & Büyükakkuş, A. (2012). Tobacco Smoking and its Effect on Quality of Life of Medical Students in Ondokuz Mayıs University. *Tur Toraks Der* 13, 11-17. doi: 10.5152/ttd.2012.03
- Klener, P. a kol. (2001). *Vnitřní lékařství II*. Praha: Informatorium.
- Ko, H., Y., Lee, J., K., Shyn, J., Y. & Jo, E. (2015). Health-Related Quality of Life and Cardiovascular Disease Risk in Korean Adults. *Korean J Fam Med* 36(6), 349-356. doi: 10.4082/kjfm.2015.36.6.349
- Kolář, J. a kol (1999). *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Akcenta.
- Králíková, E. (2017). Kardiovaskulární rizika kouření, nikotinu a jeho nových forem. *MEDICAL TRIBUNE CZ. Kapitoly z kardiologie* 2/2017. Retrieved 06/02/2019 from <https://www.tribune.cz/clanek/42581-kardiovaskularni-rizika-koureni-nikotinu-a-jeho-novych-forem>.
- Králíková, E. (2019). Centra pro závislé na tabáku NEJSOU adiktologickou službou. Retrieved 25/02/2019 from <http://www.slzt.cz/>
- Králíková, E. (2015). *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta a.s.
- Králíková, E. a kol. (2013). *Závislost na tabáku, epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira, s.r.o.
- Králíková, E., Bajerová, J., Raslová, N., Rames, J. & Himmerová, V. (2005). Smoking and pregnancy: prevalence, knowledge, anthropometry, risk communication. *Prague Med Rep* 106(2), 195-200. Retrieved 08/02/2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16315767>.
- Králíková, E. & Kozák, J., T. (2003). *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf, s.r.o.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kutnohorská, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kolář, J. a kol (1999). *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Akcenta.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Martinelli, L., M., B., Mizutani, B., M., Mutti, A., Délia, M., P., B., Coltro, R., S. & Matsubara, B., B. (2008) Quality of Life and its Association with Cardiovascular Risk

- Factors in a Community Health Care Program Population. *Clinics* 63(6), 783-788. doi: 10.1590/S1807-59322008000600013
- Mayers, D., G., Neuberger, J., S. & He, J. (2009). Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 54(20), 1902. doi: 10.1016/j.jacc.2009.07.022
- Mellanová, A. (2017). *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Tion, Z., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2017). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016. Úřad vlády České republiky. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- Mulder, I., Tijhuis, M., Smit, H., A. & Kromhout, D. (2001). Smoking Cessation and Quality of Life: The Effect of Amount of Smoking and Time Since Quitting. *Preventive medicine* 33(6), 653-660. doi: 10.1006/pmed.2001.0941
- Musil, D. (2007). Ischemická choroba dolních končetin. *Interní med.* 4, 170-174. Retrieved 24/02/2019 from <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2007/04/05.pdf>
- Nakonečný, M. (2014). *Motivace chování*. Praha: Triton.
- Naňka, O. & Elišková, M. (2015). *Přehled anatomie*. Praha: Galén.
- Nešpor, K. (2007) *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Payne, J. a kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Peto, R., Lopez, A., D., Boreham, J. & Thun, M. (2011). MORTALITY FROM SMOKING IN DEVELOPED COUNTRIES, 1950-2010. Tobacco-attributed mortality by disease, overall mortality rates and, where possible, trends. Retrieved 20/03/2019 from <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/suppl/2012/02/22/tobaccocontrol-2011-050294.DC1/tobaccocontrol-2011-050294-s1.pdf>
- Poslanecká sněmovna České republiky. *Sněmovní tisk 87/1*, část č. 1/2. Retrieved 04/02/2019 from <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=8&CT=87&CT1=1>.
- Raduan A., P., Luiz, R., R. & Manela-Azulay, M. (2008). Association between smoking and cutaneous ageing in a Brazilian population. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 22(11), 1312-1318. doi: 10.1111/j.1468-3083.2008.02804.x
- Rigotti, N., Munafo, M., R. & Stead, L., F. (2007). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Systematic Review - Intervention* 3. doi: 10.1002/14651858.CD001837.pub2
- Rotgers, F. a kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, s.r.o.

- Sk, M., Kl., K., Cl, Lee, Yc, J., Sy, S. & Dk, K. (2002). Development of the Korean versions of WHO Quality of Life scale and WHOQOL-BREF. *Qual Life Res* 11(6),
- Ski, Ch., F. & Thompson, D., R. (2010). Quality of Life in Cardiovascular Disease: What is it and Why and How Should We Measure It? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 9(4), 201-202. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.08.002
- Sotoda, Y., Hirooka, S., Orita, H. & Wakabayashi, I. (2015). Recent Knowledge of Smoking and Peripheral Arterial Disease in Lower Extremities. *Nihon Eiseiqaku Zasshi* 70(3), 211-219. doi: 10.1265/jjh.70.211
- Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, s.r.o.
- Sovinová, H., Csémy, L. & Kernová, V. (2014). Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. Státní zdravotní ústav. From: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/TabakAlko2004_2013.pdf
- Sovinová, H. a kol. (2008). Prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Státní zdravotní ústav. Retrieved 21/02/2019 from <https://szu.cz>
- Studenčan, M. (2007). *Akutní koronární syndrom*. Košice: Východoslovenský ústav srdcových a cévních chorob, a.s.
- Subramaniyan, M. & Dani, J., A. (2015). Dopaminergic and cholinergic learning mechanisms in nicotine addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*. Doi: 10.1111/nyas.12871
- Váňová, A., Skývová, M. & Malý, M. (2018). Užívání tabáku v České republice 2017. Státní zdravotní ústav. Retrieved 21/03/2019 from <https://szu.cz>
- Viana, D., A., Andrade, F., C., D., Martins, L., C. & Rodrigues, L., R. (2019). Differences in quality of life among older adults in Brazil according to smoking status and nicotine dependence. *Health And Quality Of Life Outcomes* 17(1). doi: 10.1186/s12955-018-1072-y
- Weiss, P. a kol. (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál.
- WHO. (2017). WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies. Retrieved 10/02/2019 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf;jsessionid=35483533CB1961E4BB35BAAF09D09B3A?sequence=1>
- WHO. (2018). Tobacco. Retrieved 06/02/2019 from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/tobacco>
- WHO. (2018). *Heated tobacco products (HTPs) market monitoring information sheet*. Retrieved 06/02/2019 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273459/WHO-NMH-PND-18.7-eng.pdf>.

WHO. (2019). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Structure of the WHOQOL-BREF. Retrieved 20/02/2019 from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index5.html>

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., ... Lisheng, A. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364 (9438), 937-952. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9

Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Zvolská, K. & Králíková, E. (2017). Centers for tobacco-dependent in the Czech Republic in 2016. *Cas Lek Cesk.* 156(1), 19-23. Retrieved 20/02/2019 from Centers for tobacco-dependent in the Czech Republic in 2016

Příloha č. 1: Souhlas etické komise FNKV



Etická komise
FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Česká republika

Ethics Committee
The University Hospital Královské Vinohrady
Czech Republic

L: Šrobárova 50, 100 04 Praha 10 ☎ 296 472 272 ☎ 267 310 376 ✉ eticka.komise@fnkv.cz

Vážená paní
Eliška Šeredová
Pražská 620
251 64 Mnichovice

V Praze dne 2.8.2017

Věc
Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve FNKV – odpověď

K Vaší žádosti ve věci umožnění dotazníkového šetření na III. interní-kardiologické klinice FNKV pro účely zpracování diplomové práce na téma „Kvalita života kuřáků po proběhlém kardiiovaskulárním onemocnění v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v daném časovém období“ Vám sděluji, že Etická komise FNKV s dotazníkovým šetřením souhlasí za předpokladu dodržení zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění.

Prof. MUDr. Jan Pačhl, CSc.
předseda EK FNKV

Příloha č. 2: Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FNKV



Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, telefon: 267 162 207, fax: 267 163 158 IČO: 00064173

V Praze dne: 7.8.2017
Vyřizuje: Petra Kučerová

Vážená paní
Eliška Šeredová
Pražská 620
251 64 Mnichovice

Věc: **Žádost o umožnění výzkumného šetření - odpověď**

Vážená kolegyně,

k Vaší žádosti ve věci umožnění výzkumného šetření ve FN Královské Vinohrady pro účely zpracování diplomové práce na téma „Kvalita života kuřáků po proběhlém kardiovaskulárním onemocnění v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v daném časovém období“ v rámci studia na 1. lékařské fakultě UK, Vám sděluji, že s provedením výzkumného šetření souhlasím za předpokladu dodržení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění.

S pozdravem

PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a
řízení kvality zdravotní péče

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
Náměstek pro ošetrovatelskou péči a
řízení kvality zdravotní péče

Příloha č. 3: Souhlas rční sestry III. interní – kardiologické kliniky FNKV

Vážená paní
Bc. Blanka Radjenovičová
Vrchní sestra III. Interní – kardiologické kliniky
FN Královské Vinohrady
Šrobárova 50
100 34 Praha 10

V Praze, 19. 11. 2018

Věc : Žádost o provedení výzkumu na III. Interní - kardiologické klinice

Vážená vrchní sestro,

Prosím Vás o umožnění provedení výzkumu ke zpracování mé diplomové práce na téma : **Kvalita života kuřáků po proběhlém kardiovaskulárním onemocnění v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v daném časovém období.** Cílem výzkumu je posoudit subjektivní vnímání kvality života kuřáků v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v akutní fázi kardiologického onemocnění a s odstupem tří měsíců. Šetření bude provedeno formou kvantitativního výzkumu. Respondenti budou pacienti - kuřáci III. Interní – kardiologické kliniky přijati s diagnózou akutního kardiovaskulárního onemocnění, kteří budou vyplňovat dotazník se třinácti otázkami (zasílám v příloze). Otázky se budou týkat jejich postoje ke kouření v souvislosti s jejich onemocněním. Po třech měsících budou vyplňovat totožný dotazník v online podobě. O celém postupu budou pacienti předem informováni, a budu s nimi pracovat pouze na základě jejich souhlasu.

Osobní data pacientů nemají pro mou práci žádný význam a nedojde tak k jejich zneužití. V příloze Vám zasílám souhlas s výzkumem od etické komise a náměstkyně pro ošetrovateľskú péči FNKV.

Děkuji za spolupráci, s jakýmikoliv dotazy se můžete obracet:

Bc. Eliška Šeredová, studentka
mgr. studium adiktologie
1. LF UK
Email: zappova.eliska@seznam.cz

Mgr. Adam Kulhánek, vedoucí práce
Klinika adiktologie, Apolinářská 4, Praha 2
1. LF UK a VFN
Email: kulhanek.adiktologie@outlook.com



Bc. Blanka Radjenovičová

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
III. INTERNÍ KARDIOLOGICKÁ KLINIKA
Bc. Blanka Radjenovičová
vrchní sestra
Tel.: 267 163 547, Mob.: 602 620 708



Příloha č. 4: Informovaný souhlas

Kód respondenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou magisterského studia oboru adiktologie na 1. LF UK, pro jehož zakončení je potřeba vypracovat závěrečnou diplomovou práci. Dotazník, který se Vám nyní dostal do rukou, je ztřežejní pro vyhodnocení výzkumu s názvem **Kvalita života kuřáků po proběhlém kardiovaskulárním onemocnění v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v daném časovém období**. Cílem výzkumu je posoudit subjektivní vnímání kvality života kuřáků v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v akutní fázi kardiologického onemocnění a s odstupem tří měsíců.

Po Vašem souhlasu s Vámi jednotlivé otázky já, popřípadě moje kolegyně, sestřička Alena Marková, projdu a pomůžeme Vám s jejich vyplněním nebo Vás necháme pracovat zcela samostatně na místě, které si zvolíte. Vyplnění dotazníku Vám zabere zhruba 10 – 15 minut.

Dotazník budete vyplňovat zcela anonymně, což bude zajištěno přidělením kódu, který bude používán po celou dobu šetření. Vaše odpovědi poslouží výhradně pro výzkum v rámci studie, žádné údaje nebudou zneužity a nebudou předány k dalšímu zpracování. Vaše spolupráce na projektu je zcela dobrovolná a můžete ji kdykoliv ukončit.

Po třech měsících Vás požádám o vyplnění totožného dotazníku, který bych Vám zaslala online na email (Váš email:).

Veškeré dokumenty (včetně tohoto informovaného souhlasu a následného dotazníku) budou po ukončení výzkumu archivovány na Klinice adiktologie a nebudou z nich vytvořeny žádné kopie.

S případnými dotazy, připomínkami nebo stížnostmi se můžete obracet:

Bc. Eliška Šeredová, studentka

mgr. studium adiktologie

1. LF UK

Email: zappova.eliska@seznam.cz

Mgr. Adam Kulháněk, vedoucí práce

Klinika adiktologie, Apolinářská 4, Praha 2

1. LF UK a VFN

Email: kulhanek.adiktologie@outlook.com

Prohlášení tazatele:

Já, Eliška Šeredová/Alena Marková, prohlašuji, že jsem respondenta řádně poučila o veškerých postupech své diplomové práce. Informovala jsem ho o etických aspektech výzkumu a především ujistila o anonymitě při jeho účasti na projektu. Respondent mému vysvětlení porozuměl a dobrovolně mi tímto poskytuje svůj souhlas.

V, dne

Podpis tazatelky:

Příloha č. 5: Dotazník k diplomové práci (Použitý v první vlně šetření)

1. VLNA SBĚRU DAT

datum: _____

Dotazník k diplomové práci

Kvalita života kuřáků po proběhlém kardiovaskulárním onemocnění v souvislosti s rozhodnutím přestat kouřit v daném časovém období.

Kód respondenta:

		/			/					/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Dotazník obsahuje 13 otázek. U otázek 1 – 4 zakřížkujte, prosím, jednu odpověď, která odpovídá Vaší aktuální situaci. U otázek 5 – 13 odpověď zakroužkujte. Součástí dotazníku je také test závislosti na nikotinu, který obsahuje 6 otázek. U každé otázky, prosím, zakřížkujte správnou odpověď. (Nemusíte vyplňovat, pokud již nekouříte).

Děkuji za spolupráci.

1. Uveďte, prosím, Vaše pohlaví.

- 1 Muž
2 Žena

2. Napište, prosím, číslovkou Váš věk.

_____ let

3. Kouříte?

- 1 Ano
2 Ne

4. Jaký tabákový výrobek nejčastěji kouříte?

- 1 Klasické cigarety
2 Elektronické cigarety
3 Doutníky, dýmky
4 Vodní dýmku
5 Bezdýmný tabák
6 Zahřívaný tabák (např. IQOS, Glo)
7 Již nekouřím

Kolik kusů preferovaného tabákového výrobku vykouříte za den? (Vypište, prosím.)

.....

1. VLNA SBĚRU DAT

datum: _____

5. Jak moc jste se v posledních dvou týdnech zadýchal/a při každodenních činnostech?

nikdy	zřídka	často	velmi často	neustále
1	2	3	4	5

6. Jak často jste se v posledních dvou týdnech cítil/a unavená/ý a bez energie?

nikdy	zřídka	často	velmi často	neustále
1	2	3	4	5

7. Jak moc jste za poslední měsíc potřeboval/a lékařskou péči?

vůbec	minimálně	přiměřeně	často	velmi
1	2	3	4	5

8. Jak moc jste v poslední době spokojen/a se svým zdravím?

velmi	většinou ano	celkem ano	většinou ne	nespokojen/a
1	2	3	4	5

9. Jak často jste se v poslední době cítil/a uvolněně a bez napětí?

nikdy	zřídka	často	velmi často	neustále
1	2	3	4	5

10. Jak moc jste nyní spokojen/a se svým životem?

velmi	většinou ano	celkem ano	většinou ne	nespokojen/a
1	2	3	4	5

11. Jak jste za posledních 14 dní spokojen/a se svou schopností pracovat?

velmi	většinou ano	celkem ano	většinou ne	nespokojen/a
1	2	3	4	5

12. Kouření bylo jednou z hlavních příčin mého srdečně-cévního onemocnění.

naprosto souhlasím	celkem souhlasím	částečně souhlasím	spíše nesouhlasím	vůbec nesouhlasím
1	2	3	4	5

13. Jak důležité je pro Vás nyní přestat kouřit?

velmi důležité	celkem důležité	částečně důležité	spíše nedůležité	zcela nedůležité
1	2	3	4	5

Fagerströmův test nikotinové závislosti

(Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
 - 1 Do 5 min.
 - 2 Za 6 - 30 min.
 - 3 Za 31 - 60 min.
 - 4 Po 60 min.

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
 - 1 Ano
 - 2 Ne

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?
 - 1 První ráno
 - 2 Kteroukoliv jinou

4. Kolik cigaret denně kouříte?
 - 1 10 nebo méně
 - 2 11 - 20
 - 3 21 - 30
 - 4 31 a více

5. Kouříte častěji během dopoledne?
 - 1 Ano
 - 2 Ne

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?
 - 1 Ano
 - 2 Ne

Děkuji za vyplnění dotazníku, Eliška Šeredová

