

## ROZHODOVÁNÍ A INFORMOVANOST PACIENTŮ O CMP: HLEDÁNÍ SMYSLUPLNÝCH CEST

### DECISION MAKING AND STROKE AWARENESS: LOOKING FOR MEANINGFUL STRATEGIES

IVA ŠMÍDOVÁ<sup>1</sup>  
LUCIE VONDRÁČKOVÁ<sup>1,2</sup>  
ROBERT MIKULÍK<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

<sup>2</sup> Mezinárodní centrum klinického výzkumu a I. Neurologická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny a Masarykovy university v Brně

<sup>3</sup> Lékařská Fakulta, Masarykova univerzita, Brno

#### ABSTRAKT

**Cíl:** Reakce pacientů na vznik příznaků cévní mozkové příhody (CMP) je často nedostatečná. Cílem tohoto výzkumu bylo identifikovat zdroje znalostí pacientů a jedinců volajících záchrannou službu a klíčové momenty pro rozhodnutí přivolat lékařskou pomoc při podezření na CMP. Zjištění naznačují směr efektivnějšího nastavení zásahů na poli urgentní medicíny.

**Soubor a metodika:** Studie využívá kvalitativní přístup, metodu osobních hloubkových rozhovorů s daným tematickým schématem. Rozhovory byly provedeny s 12 pacienty, 6 příbuznými a s oběma stranami ve dvou případech. Sběr dat doplnilo 6 setkání s personálem nemocnice.

**Výsledky:** K rozhodnutí přivolat lékaře vedla předchozí zkušenost s CMP a uvědomění, že je něco v nepořádku. Roli hrály také osoby z okolí pacientů a jejich zkušenost či znalost. Rozhodovací proces se odehrává na pozadí obav z přijetí role pacienta a očekávání s tím spojených. K procesu rekonvalescence se pojí očekávání a zároveň nejistota.

**Závěry:** Pokud pacienti nemají předchozí zkušenost s CMP nebo lékaře nezavolá někdo jiný, k rozhodnutí volat lékaře nevede schopnost „diagnostikovat“ CMP, ale pocit, že je něco v nepořádku. Pro zvýšení efektu vzdělávacích kampaní na zvýšení povědomí a správné reakce lidí na CMP je vhodné cílit na specifické rizikové skupiny a jejich okolí, jak naznačily životní situace zkoumaných případů. Prospěšná by na poli urgentní medicíny mohla být multidisciplinární spolupráce akcentující medicínský i společenský rozměr CMP.

#### KLÍČOVÁ SLOVA:

cévní mozková příhoda – informovanost pacientů – rozhodování pacientů – zdravotní péče – komunitní vzdělávání

#### ABSTRACT

**Aim:** Reaction of the lay public to a stroke event is often insufficient. The aim of this research was to identify the sources of stroke knowledge of stroke patients or their relatives who called emergency for suspected stroke event, and the key moments for the decision to call emergency. Findings indicate direction in more effective management of cases in Emergency medicine.

**Sample and methods:** This is a qualitative study using semi-structured deep personal interviews. 12 stroke patient were interviewed, 6 relatives of stroke patients and, in two cases, both patient and his/her relative. Also, 6 meetings with hospital personnel were conducted.

**Results:** The decision to call ambulance was based on previous stroke experience and realization that something was wrong. Also, other people and their knowledge or experience were important. The decision making is set in the complex setting with patient's concerns about accepting patient's role and expectations connected to it. The recovery process is connected both to hopes and uncertainties about the outcome.

**Conclusions:** When the patients do not have previous stroke experience and the doctor is not called by a witness of the event, then the decision to call a doctor is based not on the recognition of the stroke symptoms, but on the perception that something is terribly wrong. For the educational campaigns to be more effective, they need to be targeted to the high-risk subgroups. This knowledge was derived from the experience and life situation of the cases included in the study. Multidisciplinary cooperation connecting not only medical but also social approach could be beneficial in emergency medicine.

#### KEY WORDS:

Stroke – Awareness – Decision making – Health care – Community health education

#### ÚVOD

Cévní mozková příhoda (CMP) je závažné urgentní onemocnění, pro jehož léčbu hraje od nástupu symptomů do začátku léčby zásadní úlohu čas [1]. Největší prodleva nastává před přivoláním záchranné služby, proto je nezbytné vzdělávání veřejnosti

o symptomech onemocnění a správné reakci na ně. Vědecké důkazy jak toho efektivně a dlouhodobě dosáhnout chybí.

V České republice v minulosti proběhla mediální kampaň cílená na širokou veřejnost, přesto ke zlepšení informovanosti nedošlo [2, 3]. I další aktivity se potýkají s krátkodobou efektivitou. Například tým FNUSA-ICRC vyvinul program HOBIT, který cílí na vzdělávání

školních dětí. Program je efektivní z krátkodobého hlediska [4]. Je ale nejasné, jestli by se znalosti odrazily v reakci na skutečně vzniklou CMP. K tomu, abychom pochopili rozhodování jedinců, je třeba si doplnit znalosti o perspektivě těch, kteří pomoc přivolali. Jde o pacienty jako nositele příznaků CMP a o přístup lidí z jejich okolí, kteří přivolali zdravotnickou pomoc. Z medicínského pohledu jde o laiky, dokážou však zkušenost zprostředkovat, popsat sekvenci rozhodnutí, které vyústily v časný či pozdní příjezd na urgentní příjem. Porozumění těmto okolnostem je důležité pro zefektivnění vzdělávání a zvyšování povědomí stejně jako u dalších urgentních onemocněních.

## CÍLE STUDIE

Cílem bylo identifikovat zdroje znalostí pacientů (případně jedinců volajících záchrannou službu) a klíčové momenty pro rozhodnutí přivolat lékařskou pomoc při podezření na CMP. Snahou bylo podchytit momenty, jež ke včasnému dosahu odborné pomoci nevedly. Šlo o perspektivu příjemců péče a lidí z jejich okolí. Cílem je zmapovat, co cílová populace považuje za zásadní, ale doposud třeba unikalo pozornosti. Jde o to napomoci lepšímu nastavení postupů urgentní medicíny.

## METODOLOGIE

Vzhledem k explorativní povaze výzkumu jsme zvolili formu osobních rozhovorů, jejichž cílem bylo identifikovat témata důležitá v rozhodování přivolat odbornou pomoc z patientské perspektivy. Ta by se obtížně zjišťovala standardizovaným dotazníkem. Výzkumnice v této studii využívající kvalitativního přístupu zjišťovala hloubkovými rozhovory s daným tematickým schématem zdroje informací a okolnosti vyhledání odborné pomoci u pacientů hospitalizovaných po CMP. Pacienty oslovila během hospitalizace výzkumná sestra, po podepsání informovaného souhlasu vedla rozhovory autorka uvedená u tohoto textu v prvním pořadí.

Sběr dat pro výzkum byl schválen etickou komisí pracoviště a respektoval principy etiky sociologického výzkumu, zejména mlčenlivost, důvěrnost a dobrovolnou účast i právo kdykoli odstoupit.

Sběr dat proběhl v období září 2017 až duben 2018. Rozhovory cílily na popis událostí předcházejících hospitalizaci, byly nahrány a využity v analýze spolu s terénními poznámkami a s dotazníky, které obsahovaly sociodemografické charakteristiky a základní údaje o zdravotní události dotazovaných.

Klíčovým momentem rozhovorů zůstala otevřenost tomu, aby pacienti vnesli vlastní témata, která považují za relevantní pro jejich zkušenost s CMP a přivoláním pomoci. Ty pak inspirovaly témata následujících rozhovorů, dokud nedošlo k nasycení témat (tedy nová se neobjevovala). Během přípravy výzkumného šetření a sběru dat postupně vykristalizovaly následující tematické oblasti, na které se zaměřila kvalitativní analýza – Identifikace příznaků a jejich hodnocení, Rozhodnutí, jakou formu pomoci zvolit, Prognóza budoucnosti: obavy a souvislost a Hodnocení nemocniční péče.

Pokud text pracuje s kvantifikujícími údaji, odkazuje vždy na vzorek zachycených případů, ne na zobecnitelnost pro populaci. Výzkum neměl ambici zjišťovat zastoupení popisovaných témat v širší populaci již proto, že to není podstatou kvalitativní analýzy jako takové. Význam témat vnesených pacienty byl částečně posuzován z hlediska četnosti, zejména však dle míry pozornosti, se kterou se objevila u jednotlivých případů.

## VÝSLEDKY

### Sociodemografická charakteristika vzorku

Výzkumné rozhovory s pacienty a jejich blízkými zachytily 16 zkušeností, osmi žen a osmi mužů. Z příbuzných šlo o pět žen (manželka, sestra, dcera, švagrová, vnučka) a muže (syna). Ročníky narození variovaly mezi 1920–1974. Pozornost jsme při výběru participantů věnovali proporčnosti zastoupených vzdělanostních stupňů. Devět rozhovorů bylo s pacienty se vzděláním základním nebo s vyučením, tři dosáhli středoškolského, čtyři vysokoškolského vzdělání. Rozhovory byly doplněny šesti nahrávanými setkáními s personálem nemocnice pro uvedení do nemocniční rutiny či korekci popisovaných zkušeností. Šlo o lékaře, zdravotní sestry a sociální pracovníky. Rozhovory s pacienty trvaly přibližně půl hodiny.

### Identifikace příznaků a jejich hodnocení

Pacienty vedla k rozhodnutí vyhledat lékařskou pomoc především předchozí přímá zkušenost. Tím pacienti mysleli jednak přímo CMP svoji nebo někoho v okruhu rodiny a přátel. Mohlo jít o zakoušení zdravotního stavu, jež vyžadoval zvýšenou pozornost k vlastním tělesným projevům (např. vysoký krevní tlak). Podle výpovědí pacientů tato zkušenost (a s ní spojená ostražitost „kdyby náhodou příště“) nejde zprostředkovat.

Roli hrály ještě dva faktory: přítomnost osoby se zdravotnickým vzděláním v blízkém okolí, případně zahraniční zkušenost. Osoby se systematictější zdravotní přípravou figurovaly jako faktor „citlivěného prostředí“, to znamená, že zdraví bylo tématem bráným vážně, nebo jako osoba, na kterou se lze obrátit ke konzultaci, či která, rozhodla o nutnosti přivolat pomoc. Pokud jde o zahraniční zkušenost, v naší studii šlo o příbuzné žijící v Německu, jež prezentovali znalost příznaků CMP a reakci na ně za standardní vědomosti. Zároveň i v jejich případě šlo o „opakovanou“ událost, takže ostražitost k příznakům byla podpořena přímou zkušeností.

### Rozhodnutí, jakou formu pomoci zvolit

Participantů výzkumu ve všech rozhovorech poukazovali na to, že rozhodnutí přivolat lékařskou pomoc padlo na základě definice situace, že je něco vážně v nepořádku, hodně špatně. Neidentifikovali nutně příznaky CMP, ale zhodnotili stav postiženého jako náhle výrazně horší („maminka vypadala strašně, jen ležela a nebylo rozumět, co chce říci“, „v práci se začal motat, několikrát spadl“). Tyto život ohrožující stavy byly někdy prezentovány až odlehčenou formou, která mohla svěst k bagatelizování situace. Jako tato

citace: „Když už jsem neucítil, že mi cigareta vypadla z koutku pusy, tak jsem poznal, že jako něco je opravdu špatně a je potřeba zavolat pomoc.“

Pacienty často v akutním stavu našli sousedi nebo příbuzní, když přišli na návštěvu nebo se nepodařilo je zkontaktovat po telefonu. V našem vzorku několikrát volali pomoc kolegové v práci. Subjektivní hodnocení informovanosti (doplněné posouzením výzkumnice), momentu rozhodnutí přivolat záchranku i lepší komunikační dovednosti ve spolupráci s přivolávanými zdravotníky odkazuje v této výzkumné sondě k lidem s vyšším vzděláním. Mezi faktory, které hrály roli při přivolání záchranky, patřila i formulace obav z následků příhody pro pacienty. Ve vyprávěních šlo o prolínající se témata.

### Prognóza budoucnosti: obavy a souvislosti

Reflexe obav a strachu z budoucího stavu byla běžná. Hrál v ní roli vzdělání. Šlo zejména o míru pocítované změny vlastních kompetencí i sociálního začlenění před CMP a po ní. Strach z velkého propadu tematizovali pacienti a příbuzní dobře situovaných v sociální hierarchii. Patřily sem obavy ze závislosti či nesamostatnosti, nejistoty spojené s rekonvalescencí a zajištěním péče. Tyto aspekty hrály roli i v rozhodnutí přivolat záchranku. Prohlášení jako „nechci obtěžovat“ nebo „nechci (pak) zůstat na obtíž“ jsou v životních etapách participantů výzkumu propojeny do kontinua, jež přesahuje nemocniční hospitalizaci. Alespoň to tak prezentovali ve zpětné reflexi popisu událostí. Vypravěči jakoby předjímalí důsledky přijetí zdravotního stavu v roli pacienta a potřeby následné péče – a to zasáhlo i do momentu rozhodnout se přivolat záchranku a přijmout fakt, že ataka vyžaduje odborný zásah.

Specifická je situace pacientů, pro něž čeština není primárním jazykem, a kdy komunikační kompetence mohou zaznamenat silný regres a posílit pocit sociální izolace i vážnosti dopadů CMP. Zdálo se, že vitalita či motivace překonat překážky rekonvalescence spíše nesouvisí s věkem pacientů. Pacienti i jejich příbuzní sdíleli obavy o budoucí samostatnost, ne/závislost, potřebu rekonvalescence a péče podle zdravotních omezení. Poptávali a tematizovali možnosti následné péče. Pro ně byl jejich stav diagnózou životní a rozhodnutí přivolat odbornou pomoc do kontextu takových souvislostí zařazovali. Nešlo o uvědomovaný ani cílený rozhodovací moment, ale pozadí, na němž se celý proces od prvotní ataky odehrával, a vyprávění k němu vztahovali.

### Hodnocení nemocniční péče

Pacienti a jejich příbuzní jako vypravěči přitom ve výzkumných rozhovorech zůstávali aktivními aktéry, kteří hodnotili průběh situace. Komentovali, zda na telefonní lince záchranáři podle nich adekvátně odhadli situaci, dokonce i zda pozdější nemocniční diagnóza jejich stavu ze strany lékařů odpovídá jejich vlastnímu přesvědčení. Nemocniční péči participanti vesměs hodnotili kladně, prezentovali obdiv k technice i expertíze a výdrž i sestřiček. Ze svého pohledu posuzovali lidskou stránku zacházení. Objevovalo se prohlášení ve stylu: nikdo se mnou vlastně nemluvil o tom, co bude.

## DISKUSE

Přímá zkušenost či předchozí znalost CMP měly v perspektivě participantů výzkumu nejsilnější pozici pro moment rozhodnout se přivolat odbornou pomoc. Druhým impulsem bylo zhodnocení akutního stavu jako velmi vážná změna. Obě tato zjištění korespondují s výzkumy doloženou zahraniční zkušeností. Australská studie [5] ukázala, že předchozí historie CMP zvyšuje pravděpodobnost rozpoznání zdravotního problému právě jako CMP. Mezi dalšími faktory bylo to, že pacient nebyl v době vzniku příznaků sám – ukazuje se význam role svědků. Zároveň více než polovina lidí, kteří volali sanitku, nevolali specificky s podezřením na CMP, pouze oznamovali akutní stav.

Stav rozeznáný jako že je něco vážně v nepořádku, byl v naší studii klíčovým pro rozhodnutí přivolat pomoc. Shodně Faircloth [6] charakterizuje jako klíčový moment pro rozhodnutí vyhledat pomoc uvědomění si, že je něco špatně. I ve výzkumu Morierové [7] vycházelo rozhodnutí kontaktovat záchrannou službu spíše z vnímání symptomů jako závažných a rozeznání jejich urgentního charakteru bez ohledu na to, zda je člověk spojoval s CMP.

Molocij a kol. [8] zkoumali perspektivu pacientů přeživších CMP a identifikovali tři tendence v rozhodování ne/vyhledat lékařskou pomoc:

1. lidé upřednostňují každodenní závazky před vlastním zdravím; i tuto akutní situaci se snaží řešit sami, nebo počkat na vhodnější dobu;
2. přítomnost dalších osob může přivolání pomoci zpozdit;
3. lidé mají různé osobní hranice, kdy sami sebe považují za dostatečně nemocné pro vyhledání lékařské pomoci.

Studie také ukazují, že mají lidé malou tendenci vyhledat lékařskou pomoc, pokud nepocítují bolest a dokud jsou schopní nějak pokračovat v každodenní rutině [6, 9].

Lidé o CMP přemýšlejí v širších souvislostech. Veřejnost by k vyšší informovanosti mohlo motivovat zahrnutí témat dopadů, nejistot a komplexního přístupu k péči do vzdělávacích kampaní. Zkušenost by mohlo jít zprostředkovat zážitkovou metodou ilustrativních životních příběhů spíše než seznamem symptomů. Hledání nových cest by mohlo zvýšit efekt kampaní [2, 3, 10].

Výzkumné rozhovory též poukázaly na obecně lidskou potřebu být vnímán ve své celistvosti, jako partner ve vyjednávání, jako člověk, jehož odhad a zkušenost má váhu. Ve dvou rozhovorech participantů nabídli zpětnou vazbu k telefonátu na záchrannou službu, kdy podle nich došlo k podcenění vážnosti situace ze strany operátorů na lince 155. Vzdělávání veřejnosti je jednou stranou mince, přístup profesionálů druhou. V souvislosti s bagatelizací vlastního stavu nebo s obavou nebýt na obtíž, jež v rozhovorech zaznívaly, jde o pochopení komplexity vztahu poskytovatelů a příjemců péče, jež se neobejde bez chyb na obou stranách.

Vedle bagatelizace a obav být na obtíž se mezi pacienty objevili i ti, kteří svou diagnózu CMP odmítali a obviňovali personál, že nerozumí jejich stavu. Tyto situace naznačují, že existují odlišné sady věděni, jedno v nemocnici autoritativní (bio)medicínské a druhé, založené na vtělené znalosti vlastního těla. Oběma je žádoucí přikládat důležitost. Řada výzkumů poukázala na paternalistický přístup v (české) medicíně, důsledky profesního vyhoření v náročné organizaci práce a zároveň nezbytnou roli důvěry mezi poskytovateli i příjemci péče [11, 12].

Podle týmu Steina američtí pacienti očekávají rychlejší zotavení a návrat domů [13]. Obavy a nejistoty prezentované v rozhovorech naší studie jsou v souladu s těmito zjištěními. Nejistoty týkající se jejich zdravotní prognózy participantů výzkumu neradi akceptovali. Očekávání spojená s vyspělou medicínou rozšířili i na očekávání jistoty v prognóze rekonvalescence. Biomedicína by směrem k veřejnosti ve své praxi mohla zapracovat na zpochybnění obrazu sebe sama jako neomylné autority. Zároveň zahraniční zkušenost ze studie v USA ukazuje a posiluje tak náš závěr, že předchozí špatná zkušenost s lékařským zařízením nebo lékařem, snižuje pravděpodobnost volání sanitky [14].

Předchozí studie realizované v mezinárodním prostředí identifikovaly faktory, které ovlivňují čas od vzniku příznaků do zavolání pomoci. Jsou to sociodemografické charakteristiky pacienta, klinické faktory, rozpoznání CMP a identita volajícího [15–18]. To, že volající osoba hraje roli – její sociodemografické charakteristiky i zkušenosti s CMP, naznačují i další výzkumy [5]. Naše studie také zjistila, že hraje roli, kdo je osoba, která je s pacientem v době vzniku příznaků, nebo koho má sám pacient tendenci zavolat na konzultaci. Rozhodnutí přivolat sanitku v případě CMP je kolektivním komplexním rozhodovacím procesem, do kterého vstupují sítě i komunita, v nichž se jedinec pohybuje [8].

Výsledky naší studie dále poukázaly na možnou souvislost informovanosti a rozhodování pacientů a jejich blízkých podle dosaženého vzdělání. Dosažená míra vzdělání je navázána na sebeuvědomění ztráty kompetencí, sociálního statusu a trvalých následků CMP. Zejména ztráta řeči nebo její omezení je vnímáno jako nejzásadnější, protože má největší vliv na sociální vazby a schopnost komunikovat svoje potřeby [19].

Vzdělání se neukazuje jako signifikantní prediktor ve všech rozhodovacích fázích a kulturních kontextech [17, 18]. V českém prostředí podle příznaků CMP odhadovali potřebu přivolat záchranku lidé spíše starší a se středním dosaženým vzděláním, což autoři výzkumu dávají do kontextu zjištění dalších zahraničních studií. Korelaci vyššího věku a vyššího vzdělání s přivoláním záchranky spojují též Mikulík a kol. [10]. Dosažené vzdělání by mohlo zůstat orientačním kamenem v pozornosti zaměřené na další vzdělávání veřejnosti.

Vzdělávací kampaně by měly cílit i na „sousedskou pozornost“ a na zaměstnavatele. Družka, sousedka nebo kamarád, co se občas zastaví, nejdnou zachrání život lidem žijícím osaměle. Toto byl opakující se vzorec v naší studii. Stejně tak zaměstnavatelé

nebo kolegové byli těmi, kdo přivolali lékařskou pomoc. Téma komunitní pomoci v situaci, kdy řada rizikové populace žije ve městech v domácnostech jednotlivců, by mohlo inspirovat i k zapojení místních hospod a dalších zařízení (základní informace na pivním tácku) apod. Nejde o nic nového, jak naznačuje mezinárodní kontext. Wein a kol. navrhuje cílit vzdělávání na okolí rizikových pacientů – rodinu, pečovatele nebo spolupracovníky, zaměstnavatele [17]. Roli v tomto procesu by mohli sehrát praktičtí lékaři, kteří však ve výzkumných vyprávěních zmíněni vlastně ani nebyli. Ti by mohli téma urgentních situací s pacienty otevřít a probrat v rámci preventivních prohlídek. Zatím však praktičtí lékaři nejsou příjemci péče vnímáni jako partneři na poli zdravotní osvěty. Role praktických lékařů, kteří znají své pacienty a často i jejich rodiny, by mohla být v identifikaci rizikových osob a poskytnutí jim informací šitých na míru.

Výzvou pro týmy neurologů a specialistů urgentní medicíny, jež se věnují všem fázím prevence, je téma chybějící následné péče. Tento problém je tematizován i v zahraničním výzkumu [20, 21]. Téma je natolik rozsáhlé, že si zaslouží samostatnou studii. Pacienti vnímají pocit ohrožení, obavy a nejistoty směřované do budoucna. Roli v tom hraje nejen výchozí informovanost veřejnosti, ale i další práce s nimi. Jde o zacílení osvětových kampaní na specifické skupiny obyvatel tak, aby péče „dorazila včas“ ke všem. Jiný typ osvětové činnosti by měl mířit k méně vzdělaným a sociálně slabším, pro něž mohou být obsáhlé brožury nebo e-learningové aktivity nevhodné. Je třeba zvážit komplikovanost či kompetence, jež různé přístupy vyžadují. Lákavá je představa instantní komplexní informace na letáku o jedné straně. Ten by ovšem neměl nahradit osobní komunikaci. Podle Cobley a kol. brožury nebo letáky nedokáží nahradit osobní rozhovor, který se zaměřuje na specifickou situaci každého. Tištěné materiály jsou obecné a informace nejsou pro všechny stejně relevantní, lidé potom pocítují rozčarování z neinformovanosti na jedné straně a přehlcení nerelevantními informacemi na straně druhé [22].

Náš výzkum byl prvním, malým explorativním výzkumem, což je zároveň i limitací naší studie. Forma tohoto výzkumu ale byla zvolena záměrně s cílem získat primárně hloubkové informace na průsečíku poskytované urgentní péče a (psychosociálních) potřeb pacientů. Zjistit váhu těchto identifikovaných témat a kritérií pro rozhodování pacientů v širší, reprezentativně vybrané populaci má být předmětem až dalších standardizovaných šetření. Přesto se domníváme, že přehled námi zjištěných témat, přináší nové informace relevantní pro zvýšení efektivity nejen edukačních kampaní, ale i nastavení pravidel zásahů v urgentní medicíně.

## ZÁVĚR

Popsané perspektivy jsou výsledkem sociologického výzkumu, který se liší od běžného lékařského výzkumu. Zohledňuje sociodemografické kategorie a dává výsledky do kontextu zjištění dalších výzkumů. Zároveň upozorňuje na reprodukci stávajících sociálních nerovností jako na moment, jež je třeba zvažovat při zavádění každého opatření. Pacienti své příběhy žijí jako jedinečné

a individuální, rádi by viděli, že s touto perspektivou je jim nabízena následná péče.

Text cílí do odborného periodika pro lékaře specialisty. Příjemci péče tematizovali sociální rozměr a dopad události v kontextu vlastních životů v širší časové perspektivě. Dá se předpokládat, že zkušenost pacientů s CMP není v tomto smyslu jedinečná a lze tak rozšířit platnost našich zjištění i pro jiná urgentní onemocnění. V Česku se teprve v posledních letech tematizuje propojení medicínského i sociálně-vědného přístupu k identifikaci žádoucích trendů v péči a léčbě. Výsledky naší studie posilují trend potřeby multidisciplinární spolupráce i reflexe tématu v mezioborové perspektivě.

**Zdroj financování:** Autorský podíl Lucie Vondráčkové a Roberta Mikulíka podpořen projektem č. LQ1605 z Národního programu udržitelnosti II (MŠMT) a projektem FNUSA-ICRC č. CZ.1.05/1.1.00/02.0123 (OP VaVpl).

## LITERATURA

- Emberson, J., et al., *Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials*. *Lancet*, 2014. 384(9958): p. 1929–35.
- Mikulík, R., et al., *Calling 911 in response to stroke: no change following a four-year educational campaign*. *Cerebrovasc Dis*, 2011. 32(4): p. 342–8.
- Vondráčková, L. and R. Mikulík, *Public stroke education: Current status worldwide and projects to increase awareness in the Czech Republic*. *Cor et Vasa*, 2017. 59(6): p. e546–e552.
- Vondrackova, L., et al., *Abstract TP223: Increasing Stroke and MI Awareness in School Children*. *Stroke*, 2019. 50(Suppl\_1): p. ATP223-ATP223.
- Mosley, I., et al., *Stroke Symptoms and the Decision to Call for an Ambulance*. *Stroke*, 2007. 38(2): p. 361–366.
- Faircloth, C.A., et al., *Constructing the Stroke: Sudden-Onset Narratives of Stroke Survivors*. *Qualitative Health Research*, 2005. 15(7): p. 928–941.
- Moreira, E., et al., *Stroke awareness in urban and rural populations from northern Portugal: knowledge and action are independent*. *Neuroepidemiology*, 2011. 36(4): p. 265–73.
- Moloczij, N., et al., *Help-seeking at the time of stroke: stroke survivors' perspectives on their decisions*. *Health & Social Care in the Community*, 2008. 16(5): p. 501–510.
- Faircloth, C.A., et al., *Energizing the ordinary: Biographical work and the future in stroke recovery narratives*. *Journal of Aging Studies*, 2004. 18(4): p. 399–413.
- Mikulík, R., et al., *Calling 911 in Response to Stroke. A Nationwide Study Assessing Definitive Individual Behavior*, 2008. 39(6): p. 1844–1849.
- Šmídová, I. and L. Slepíčková, *Lékaři a vyhoření: ožehavá každodennost medicíny pohledem sociologie.*, in *Burnout syndrom jako mezioborový jev.*, R. Ptáček, J. Raboch, and V. Kebza, Editors. 2013, Grada Publishing: Praha. p. 97–104.
- Šmídová, I., E. Šlesingerová, and L. Slepíčková, *Games of Life: Czech Reproductive Biomedicine. Sociological Perspectives*. Vol. 1. vydání. 2015, Brno: Masarykova univerzita.
- Stein, J., et al., *Patient Knowledge and Expectations for Functional Recovery After Stroke*. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2003. 82(8): p. 591–596.
- Schroeder Emily, B., et al., *Determinants of Use of Emergency Medical Services in a Population With Stroke Symptoms*. *Stroke*, 2000. 31(11): p. 2591–2596.
- Porteous, G.H., M.D. Corry, and W.S. Smith, *Emergency medical services dispatcher identification of stroke and transient ischemic attack*. *Prehospital Emergency Care*, 1999. 3(3): p. 211–216.
- Handschu, R., et al., *Emergency Calls in Acute Stroke*. *Stroke*, 2003. 34(4): p. 1005–1009.
- Wein Theodore, H., et al., *Activation of Emergency Medical Services for Acute Stroke in a Nonurban Population*. *Stroke*, 2000. 31(8): p. 1925–1928.
- Rosamond, W.D., et al., *Calling emergency medical services for acute stroke: a study of 9-1-1 tapes*. *Prehosp Emerg Care*, 2005. 9(1): p. 19–23.
- Lynch, E.B., et al., *A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships*. *Journal of rehabilitation medicine*, 2008. 40(7): p. 518–523.
- Indredavik, B., et al., *Benefit of an Extended Stroke Unit Service With Early Supported Discharge*. *Stroke*, 2000. 31(12): p. 2989–2994.
- Bautz-Holter, E., et al., *Early supported discharge of patients with acute stroke: a randomized controlled trial*. *Disabil Rehabil*, 2002. 24(7): p. 348–55.
- Cobley, C.S., et al., *A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke*. *Clinical Rehabilitation*, 2013. 27(8): p. 750–757.

Příspěvek došel do redakce 27. října 2019,  
po recenzním řízení přijat k tisku 13. prosince 2019