

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**POPÁLENINOVÝ ÚRAZ JAKO TĚŽKÁ ŽIVOTNÍ
SITUACE,
JEHO ROZDÍLNÉ VNÍMÁNÍ A ZVLÁDÁNÍ U MUŽŮ A
ŽEN**

Bakalářská práce

Autor práce: Simona Kuglerová
Vedoucí práce: Bc. Agáta Píbilová

2009

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

**BURN INJURY AS A HARD LIFE SITUATION, ITS
DIFFERENT PERCEPTION AND MANAGING BETWEEN
WOMEN AND MEN.**

Bachelor's thesis

Author: Simona Kuglerová
Supervisor: Bc. Agáta Píbilová

2009

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 31. 8. 2009

Simona Kuglerová

.....

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat staniční sestře Bc. Agátě Píbilové za vedení, odborné konzultace, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	7
OBEČNÁ ČÁST	9
1. Popáleninové trauma	9
1.1. Popáleninové trauma	9
1.1.1. Historický pohled na péči o popálené	9
1.1.2. Častost výskytu popálenin	10
1.1.3. Prevence vzniku popálenin	11
1.1.4. Prognóza	11
1.1.5. Základní dělení termických úrazů	12
1.1.5.1. Elektrotrauma	12
1.1.5.2. Omrzliny	12
1.1.5.3. Poleptání	13
1.2. Histologie a anatomie kůže	13
1.2.1. Stavba kůže	13
1.2.2. Fyziologie kůže	15
1.3. Definice a rozdělení popálenin	15
1.3.1. Mechanismus úrazu	16
1.3.2. Rozsah popálenin	17
1.3.3. Hloubka popálení	17
1.3.4. Faktory určující závažnost popáleninového traumatu	18
1.4. Problematika popáleninového traumatu	19
1.4.1. Celkový klinický obraz	19
1.4.2. Popáleninový šok	20
1.4.3. Akutní nemoc z popálení	20
1.4.4. Vznik edému	21
1.5. Metabolismus a výživa	21
1.6. Komplikace popáleninového traumatu	22
1.6.1. Stresové komplikace	22
1.6.2. Infekce	22
1.6.3. Interní komplikace	23
1.6.4. Inhalační trauma	23
1.7. Léčba popálenin	24
1.7.1. První pomoc a přednemocniční péče	24
1.7.2. Ambulantní ošetření	26
1.7.3. Ústavní léčebná péče	26
1.7.4. Péče o popálené plochy	28
1.7.4.1. Základní metody lokální péče	28
1.7.4.2. Biologické a syntetické kryty	29
1.7.4.3. Operační léčba	30
1.8. Rehabilitace a její důležitost	31
1.8.1. Fyzická rehabilitace	31
1.8.2. Psychická rehabilitace	32
2. Léčebně ošetrovatelská problematika pacientů s popáleninami	34
2.1. Specifika léčebně ošetrovatelské péče	34
2.1.1. Převazování ran	35
2.1.2. Hydroterapie	36
2.1.3. Vzdušné lůžko	36
2.1.4. Polohování	37
2.2. Kvalita života po úraze	38

2.3. Etický přístup k popáleným	39
2.4. Pomoc postiženým.....	39
2.5. Riziko syndromu vyhoření.....	40
2.6. Příklady ošetrovatelských diagnóz	41
PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
3. Empirický výzkum	42
3. 1. Cíle výzkumu	42
3. 2. Metodika výzkumu	42
3.2.1. Zdroje informací	42
3.2.2. Charakteristika souboru.....	42
3.2.3. Užitá metoda šetření - dotazník	43
3.2.4. Realizace šetření	44
3.2.5. Aplikace dotazníkové metody	45
3. 2. 6. Aplikace metody v rámci vlastního výzkumu	46
3.3. Interpretace výsledků.....	47
3.3.1. Identifikační údaje o respondentech	47
3.3.2. Metoda- interpretace výsledků	52
4. Diskuze	76
Závěr	90
Anotace.....	92
Literatura a prameny	94
Seznam grafů	98
Seznam tabulek	99
Seznam příloh	100

ÚVOD

Popáleniny - latinsky combustio, zejména rozsáhlé, patří k nejhorším úrazům, které mohou člověka postihnout. Mají velmi specifickou péči a liší se od všech ostatních traumat léčbou chirurgickou, farmakologickou i léčbou rehabilitační. Léčba popálenin je velmi bolestivá, dlouhodobá, nekončí zhojením otevřených ploch a propuštěním z nemocniční péče, prolíná značnou část dalšího pacientova života. Z pacienta se stává klient, který poté po nějakou dobu spolupracuje s rehabilitačními ambulancemi a lázněmi. Termický úraz představuje onemocnění psychosomatické, pacienti trpí bolestmi, jsou znetvořeni jizvami, začínají si uvědomovat své sociální omezení. Zvláště postižení obličeje má velký vliv na rozvoj celé osobnosti. Člověk je frustrován a deprimován pohledy a emocemi jak známých tak i cizích lidí, u nichž vzhled vyvolává buďto odpor nebo naopak soucit. Začíná pro něj zcela nové období života, ještě nezažité, které přináší řadu problémů s velkými nároky na trpělivost a vytrvalost jak pro postiženého, tak i pro jeho okolí. Důležitým faktorem je v této situaci je významná pomoc psychologa či psychoterapeuta.

Zpracovat dané téma jsem se rozhodla na základě dlouholetých zkušeností během letité praxe na Klinice popáleninové medicíny Fakultní nemocnice v Praze, Královské Vinohrady, v jednom ze tří specializovaných pracovišť v České republice. Dalším pracovištěm je Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie v Brně a Popáleninové centrum v Ostravě. V průběhu let jsem si uvědomila, jaký je rozdíl ve zvládnání popáleninového úrazu jako těžké životní situace u mužů a žen.

Kromě mých vlastních poznatků a zkušeností z této letité praxe mi byla zdrojem aktuálních informací k danému tématu nejčastěji odborná literatura.

Cílem mé práce je popis rozdílného vnímání a zvládnání těžké životní situace u popáleninového traumatu mezi muži a ženami. Tuto rozdílnost jsem si uvědomila během své letité ošetrovatelské praxe na této klinice, kde pracuji jako všeobecná zdravotní sestra specialista v chirurgickém oboru. Všimla jsem si, jaký je rozdíl mezi zvládnáním popáleninového traumatu mezi muži a ženami v průběhu jejich hospitalizace - od přijetí, průběhu ošetřování a léčby, zvládnání bolesti až po propuštění z nemocniční péče.

Podle mých zkušeností tato rozdílnost vychází jednak z projevů, to znamená, že ženy více hovoří o svých problémech než muži, z orientace- ženy se zaměřují více na rodinu a vztahy, muži na pracovní profesi a v neposlední řadě na rozložení. Tím je myšleno zaměření se na sebe, vztahy, a problémy. Toto vše ovlivňuje schopnost pacienta zvládnout takto těžkou životní situaci a vyrovnat se s následky popáleninového úrazu. Abych se utvrdila ve svých domněnkách, směřovala jsem otázky v dotazníku na oblast prožívání bolesti, sebepojetí,

náhled, reakce okolí, soběstačnost, plány do budoucna, očekávanou kvalitu života a ošetrovatelskou úlohu sestry.

Obrátila jsem se na pacienty, kteří byli hospitalizováni na dospělém lůžkovém oddělení Kliniky popáleninové medicíny v Praze, abych zjistila, zda mé zkušenosti se ztotožňují s pacientovým vlastním subjektivním prožíváním a zvládnáním této těžké situace u popáleninového traumatu.

Ráda bych i tímto přispěla k získání informací zdravotníkům, kteří se již problematikou popálených věnují a pracují s nimi nebo se teprve chystají pracovat v tak vysoce specializovaném oboru. Přeci jenom se jedná o koordinovanou spolupráci kvalifikovaného týmu všech zdravotnických pracovníků - sestry a lékaři s náležitou odborností, dostatkem zkušeností, kteří jsou plně oddáni své práci a jsou velkým přínosem pro popálené pacienty.

OBECNÁ ČÁST

1. Popáleninové trauma

1.1. Popáleninové trauma

Popáleninové trauma patří k nejbolestivějším úrazům vedoucí i k trvalému poškození kůže i dalších orgánů, při větším rozsahu ohrožuje pacienta na životě. Proto patří k povinnostem nás zdravotníků dělat pro popálené pacienty vše, co je v našich silách.

Současná medicína disponuje prostředky, které mohou zdravotníkům významně pomoci. Je možné cílevědomě budovat ošetrovatelský tým tak, aby byl oporou pro všechny jeho členy. Psychologie může dát individuální pomoc, ještě vhodnější je supervize ošetrovatelského týmu. Při nemocnicích existují etické komise, které mohou pomoci v eticky obtížných situacích. *(Šimek, 2006)*

1.1.1. Historický pohled na péči o popálené

Popáleninové trauma patří mezi nejstarší úrazy, které postihovaly lidstvo. Uvádí se, že již neandertálský člověk užíval k jejich léčení rozličných rostlin (Pollak, 1973). Ve staroegyptském lékařství se kladl důraz na přesný postup při aplikaci nejrůznějších „živočišných“ látek (např. syrové maso) na popálené plochy. Ze středověku je nejvýznamnějším poznatkem příznivý účinek studené vody v péči o popálené plochy.

První klasifikaci popálenin podle vzhledu rány vytvořil a v roce 1607 publikoval Wilhelm Fabry (1560-1634), praktický lékař ze Švýcarska. Kniha „DE COMBUSTIONIBUS“ bylo první dílo do 20. století, jediné, které definovalo popáleninové trauma, zmiňovalo se o jeho příčinách, příznacích, prognóze a léčení. Rovněž je zde poprvé uvedena klasifikace do tří stupňů. Důležité bylo jeho poznání, že léčba závisí na hloubce poranění a o té, že rozhoduje nejen výše teploty, ale také doba působení termické noxy, stav pacienta a hlavně jeho věk. Ve svých textech se také zmiňuje o problému bolesti v průběhu dlouhého léčení, který je zabezpečován celkovou anestezií, analgezií a sedací.

Ve střední Evropě byla termická i chemická traumata v péči dermatologů. Vlivem infekce a konzervativní léčby (bez transplantací) vznikaly znetvořující jizevnaté deformace. V roce 1928 se Československo stalo první zemí v Evropě, kde bylo zřízeno samostatné pracoviště plastické a rekonstrukční chirurgie, jehož zakladatel- prof. František Burian- řešil kromě řady jiných problémů i jizevnatá znetvoření po těchto úrazech. Díky jeho prozíravosti

bylo v roce 1953 založeno popáleninové centrum- první nejen v Československu, ale i na evropském kontinentu. Pražské pracoviště slouží pro celé Čechy v oblasti léčebně-preventivní péče. Od roku 1979 je centrem postgraduální výuky v rámci IPVZ (Institut pro postgraduální vzdělávání zdravotníků) a od roku 1991 má statut kliniky (3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady) a zajišťuje také výuku negraduální. *(Königová et al, 1999)*

1.1.2. Častost výskytu popálenin

Příčiny a mechanismus úrazů jsou odlišné v zemích vyspělých a rozvojových podle stavu životní úrovně a sociálního rozvrstvení obyvatelstva. Porovnáním epidemiologických studií jednotlivých zemí v Evropě s domácími zkušenostmi vyplývá, že postižené lze rozdělit do několika kategorií podle věku:

- nejrizikovější skupinou jsou děti do věku 3 let, převládají opaření nejrůznějšího stupně závažnosti a mortalita je tady nejvyšší. Patří sem například opaření druhou osobou, strhávání nádobí s horkým obsahem,
- u dětí ve věku mezi pěti a patnácti lety převládají hry se zápalkami, zapalovači, výbušninami a to zejména u chlapců. U děvčat je to ve spojitosti s prací v kuchyni. Velkým nebezpečím jsou elektrické spotřebiče, vysoké napětí v nezajištěných (otevřených) trafostanicích nebo lezení na stožáry vysokého napětí, na střechy železničních vagonů,
- další věkovou skupinou, která je nejčastěji postižena termickým úrazem i elektrotraumatem je věková skupina mezi patnácti a pětadvaceti lety, u kterých převládají průmyslové a dopravní úrazy. Nastává též vznícení oděvu nasáklého hořlavinou při kouření tam, kde je to zakázáno, nebo jiná nedodržení bezpečnostního opatření. Příčinou bývá i bezohlednost a nedbalost pracovníků, kdy závažným faktorem při vzniku úrazu je také alkohol,
- mezi pětácti a šedesáti lety je určitý pokles incidence termických úrazů, avšak nad touto věkovou hranicí jich opět přibývá a to hlavně u žen. Příčinou bývá porucha rovnováhy, ztráta koordinace pohybů a zručnosti, což vede k pádům na horké povrchy, ke vznícení oděvu od kamen, k polití horkými tekutinami apod. Muži této nejvyšší věkové kategorie často způsobí požár obydlí a sobě smrtelné poranění při kouření v posteli.

(Königová et al, 1999)

1.1.3. Prevence vzniku popálenin

Jednou z cest prevence popáleninového úrazu u dětí je zákaz prodeje dětských oděvů z hořlavých tkanin, hlavně syntetických. Bylo zjištěno, že 90 % smrtelných popálenin v domácnostech je zaviněno hořícím oděvem. V minulosti se veřejnost soustřeďovala na zdokonalení požárnických metod, když již požár vznikl. Dnes však víme, že kromě zdokonalení technologie hašení je nutné se zaměřit i na trvalou výchovu veřejnosti využitím sdělovacích prostředků, filmů a výuky ve škole, aby se požárům a úrazům předcházelo. V tom spočívá prevence, jež slouží k ochraně společnosti. Kromě této aktivní formy výchovné a výukové prezentace je nezbytné vyvíjet tlak na průmysl a zákonodárství, aby vyráběné předměty byly bezpečné a neohrožovaly veřejnost v žádném smyslu. Komise pro prevenci (Prevention committee) Mezinárodní společnosti pro popáleninové úrazy (International Society for Burn Injuries- ISBI), která zasedala v rámci mezinárodního kongresu o léčbě popálenin v Ženevě v červnu 1987, zahájila zde oficiální spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a vypracovala protokol ke shromáždění potřebných údajů, které by měly sloužit k prevenci. V roce 1989 připravila komise příručku pro rozvojové země s návrhy ke strategii prevence a se zásadami první pomoci a neodkladné.

(Königová et al, 1999)

1.1.4. Prognóza

MUDr. R. Königová (Komplexní léčba popálenin, 1999, str. 20) říká: „*Prognózu termického úrazu lze určit nesmírně obtížně, protože je ve hře příliš mnoho faktorů, u každého jedince odlišných.*“

Prognóza pacienta a hlavně kvalita jeho života je dána nejen celkovým rozsahem a hloubkou postižení, jeho lokalizací a mechanismem úrazu, věkem pacienta, případně dalšími přidruženými chorobami nebo problémy z oblasti psychické. Rozsáhlé popáleninové trauma je tedy psychosomatickým patologickým stavem, představující masivní zničení tkání, které zanechává stopy a následky na celý život. Tím je myšlená tvorba jizev, různé funkční poruchy, psychické a sociální problémy po celý život. Důsledkem těchto problémů je následné snížení kvality života. Postižený si na úraz a léčebné období vzpomíná a může v něm zanechat trvalý pocit úzkosti a obav z možného dalšího zranění podobného typu.

(Dušánková, 2002)

1.1.5. Základní dělení termických úrazů

Mezi zvláštní typy popálenin vyžadující rovněž vysoce specifickou péči na specializovaném pracovišti patří elektrotrauma, omrzliny a poleptání kůže či sliznic různými chemickými látkami. I tyto úrazy jsou považovány za velmi závažné, vyžadují včasný zásah v rámci první pomoci a transportu na specializované pracoviště s následným odborným ošetřením či ústavní hospitalizací.

1.1.5.1. Elektrotrauma

Jednotlivé orgány a tkáně kladou elektrickému proudu různý odpor, a proto jsou v různém stupni postiženy. Největší odpor kladou kosti, které se vlivem elektrického proudu mění na odporová vlákna a rozžhaví se na vysokou teplotu. Sekundárně potom dochází k popálení svalů, které se na ně upínají. Nejmenší odpor kladou elektrickému proudu cévy a nervy. Při průchodu elektrického proudu nacházíme kožní nekrózu v místě vstupu a výstupu a dále musíme počítat s rozsáhlým poškozením hlubokých struktur (kosti, svaly, šlachy, fascie).

(Brychta et al, 2001)

Poškození organismu elektrickým proudem závisí na velikosti napětí, odporu prostředí, kterým proud prochází, typu elektrického proudu, době trvání expozice, místě vstupu a výstupu elektrické energie. Bezprostředně po zásahu elektrickým proudem může dojít k apnoe, bezvědomí a zástavě oběhu při ventrikulární fibrilaci či asystolii. Kardiopulmonální zástava je primární příčinou okamžité smrti. Otok měkkých tkání se rozvíjí velmi rychle a může být příčinou dušení.

(Pachl, Roubík, 2003)

1.1.5.2. Omrzliny

Jedná se o onemocnění, která vznikají působením velmi nízkých teplot. Z patofyziologického hlediska dochází nejdříve ke spazmu arteriol a kapilár s následnou ischemií a poruchou tkáňového metabolismu. Vlivem uvolnění specifických mediátorů nastává vazodilatace s hyperémií. Rozvíjí se edém. Ten je způsoben poruchou permeability kapilár a provázen únikem plasmy do intersticia. Chlad nevede pouze ke spazmu cév s následnou vazoplegií a tvorbou trombů, jeho účinek se projevuje rovněž krystalizací vody ve tkáních. Mimo tento efekt chlad narušuje intimu cévní stěny, endotel je edematosně změněn a lumen cév se úplně uzavírá. V pozdějším období může vzniknout obliterující endarteritida. U omrzlin dochází i k postižení periferních nervů, svalů a kostí. Axony a

myelinové pochvy degenerují. Výsledným klinickým projevem jsou těžké trofické změny, kožní defekty, vegetativní nervové poruchy, gangrény akrálních částí těla a osteoporóza. Omrznutí často vzniká u osob oslabených, podvyživených, v alkoholovém opojení, u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, arteriosklerózou a s poruchou prokrvení končetin. Nejčastěji jsou postiženy dolní končetiny. Poté následuje omrznutí prstů na ruce, omrznutí uší, nosu a brady.

1.1.5.3. Poleptání

Poleptání může být způsobeno kyselinami, zásadami či jinými chemickými látkami:

- kyseliny mají za následek koagulační, suchou nekrózu kůže a nejčastěji bývají způsobeny kyselinou chlorovodíkovou, fluorovodíkovou, dusičnou a sírovou. Mohou být povrchové i hluboké. První pomoc spočívá v odstranění škodliviny, okamžitém oplachování postižených míst vodou a eventuelně v neutralizaci slabým roztokem bikarbonátu sodného (maximálně 4,2 %) nebo slabým roztokem pufru (PBS). Mnohé chemické látky mají svá specifická antidota,
- zásady naopak působí kolikvační nekrózu kůže a následnou vlhkou sněť. Mají větší tendenci k prohlubování než poleptání kyselinami, jsou bolestivější a nebezpečnější. Nejčastěji bývají způsobeny hydroxidem sodným, draselným nebo vápenatým. K jejich ošetření se používá oplachování vodou ve velkém množství, fyziologickým roztokem, eventuelně roztokem 1 % persterilu nebo pufru,
- ostatní chemické látky způsobující poškození kůže jsou nejčastěji fenol, kde antidotem je ethylalkohol, aplikovaný lokálně a dále bílý fosfor, kde je antidotem magnesium sulphuricum. *(Brychta et al, 2001)*

1.2. Histologie a anatomie kůže

1.2.1. Stavba kůže

Kůže, cutis, řecky derma, je rozsáhlý plošný orgán, tvořící jednak zevní povrch organismu ale i bariéru organismu vůči okolí. Představuje účinnou ochranu proti fyzikálním, chemickým a mikrobiologickým noxám z okolí.

Uspořádáním svého cévního řečiště, svými žlázami a tím, že je špatným vodičem tepla představuje kůže termoregulační systém, který ovládá tepelné ztráty do okolí pomocí činností potních žláz (odpařováním) a pomocí změn průtoku krve ve svém cévním řečišti. Látkové výměny se kůže účastní dýcháním, svými potními a mazovými žlázami představuje funkci exkreční.

Kůže u dospělého člověka představuje plochu téměř 2m² (průměr 1,6 - 1,8 m). Na hlavu a krk připadá 11 %, na trup 30 %, horní končetiny 23 % a na dolní končetiny kolem 36 %. Tloušťka kůže činí od 0,5 mm do 4 mm, a to dle krajiny těla. Zvláště tenká kůže je na očních víčkách a na penisu, nejsilnější na zádech (kolem 4 mm). Povrchová pokožka (epidermis) je nejtenčí na vlasaté části hlavy a nad klouby zápěstí, nejtlustší potom na dlani a chodidle. Obecně je kůže na trupu silnější vzadu než vpředu, na končetinách silnější laterálně a na straně extenzorů, tenčí mediálně a na straně flexorů. Hmotnost kůže dosahuje kilogramů, pokud je ztlustěna tukovým polštářem, může v extrémních případech mít až dvacet kilogramů. Kůže má 3 vrstvy: epidermis, dermis a tela subcutanea. (Příloha č. 1)

A. Epidermis- pokožka

Je to povrchová vrstva tvořená epitelem ektodermálního původu, jedná se o epitel vrstevnatý dlaždicový, v povrchových vrstvách zrohovatělý. Epidermis obsahuje keranocyty, melanocyty, Langerhansonovy a Merkelovy buňky. K pokožce dále patří i útvary, které z ní vznikají- chlupy, nehty a kožní žlázy (mazové, potní a mléčné). Keranocyty a melanocyty tvoří melanin, barevnou látku pigment, jeho množství určuje zbarvení očí, kůže, vlasů a chrání kůži před vlivem ultrafialového záření. Langerhansonovy a Merkelovy buňky jsou smyslové, mechanorecepční buňky.

B. Dermis- corium- škára

Jedná se o vazivo, na jehož povrchu je epidermis, které vývojově pochází z mesodermu. Tloušťka škáry činí 0,5 - 2,5 mm. Je to fibroelastické kolagenní vazivo se dvěma vrstvami. Stratum papillare- povrchová vrstva, přilehlá k epidermis, stratum reticulare- hlubší, hustší vrstva. Obsahuje méně buněk a husté svazky kolageních fibril, méně fibril elastických; vlnitý průběh snopců kolageního vaziva umožňuje tažnost kůže; elastické fibrily pak vracejí stav zpět, poté co tah povolil. V dermis je také hladké svalstvo, které tvoří dvojí struktury - mm. arrectores pilorum, což je vzpřimovač chlupů. Při jeho kontrakci vzniká tzv. „husí kůže“ a síť buněk hladkého svalstva v hlubších vrstvách dermis. Jsou uloženy paralelně s povrchem kůže.

C. Tela cubcutanea- podkožní vazivo

Spojuje kůži s povrchovou fascií nebo s periostem. Obsahuje četné hustší vazivové pruhy - retinacula cutis - jdoucí k fasciím a periostu. V místech těchto spojení není kůže posunová a nemůže se tam tvořit tak vysoký tukový polštář jako v okolí; proto jsou tato místa mírně vkleslá. Při jejich stlačení trpí cévní síť kůže - při delší imobilizaci se stávají predilekčními místy proleženin. Mimo místa fixována ke spodině je tela subcutanea prorostlá lalůčky tuku. U každého jedince záleží na somatickém typu, výživě a hormonálních vlivech. Podkožní vazivo je skladištěm zásobních látek, má funkci ochrannou, izolační a v některých místech má i význam mechanický, např. tukové výplně v dlani a chodidle. (Čihák, 2004)

1.2.2. Fyziologie kůže

Kůže je největším orgánem těla (cca 2 m² u dospělého muže a cca 0,2 m² u novorozence). Základní vlastnosti:

- tvoří elastický obal lidského těla, určuje identitu jedince jednak barvou (rasové odlišení), jednak kresbou (texturou), čímž lze rozlišit jednotlivé osoby,
- tvoří ochranný obal pro vnitřní orgány,
- zabraňuje ztrátám tekutin- chrání před dehydratací organismu,
- zprostředkovává termoregulaci- tělesnou teplotu udržuje zvýšením nebo snížením evaporace z potních žláz,
- funguje jako nejvýznamnější ochranný mechanismus proti mikrobiální invazi – bariéra proti zevní infekci,
- působí jako sensorický orgán, tj. rozlišuje mezi stimuly bolesti, dotyku a tepla- poskytuje ochranu před mechanickým a termickým poškozením.

Ztráta uvedených funkcí kůže je v přímé nebo nepřímé souvislosti s komplikacemi, a to jak časnými, jež ohrožují život bezprostředně, tak pozdními, bránícími postiženému vrátit se do aktivního života, zejména do rodiny a do práce. (Königová et al, 1999)

1.3. Definice a rozdělení popálenin

Popáleninové trauma vzniká dostatečně dlouhým, přímým nebo nepřímým působením nadprahové hodnoty tepelné energie, v širším pojetí též elektrické energie, radiace nebo některých chemických látek. Popáleniny lze rozdělovat podle několika různých kritérií, a to nejčastěji:

- podle mechanismu úrazu,
- podle rozsahu,
- podle hloubky popálení.

1.3.1. Mechanismus úrazu

Mechanismem úrazu je (kromě lokálního poškození) zahájena poplachová – adrenergická reakce, jež je ovlivněna okolnostmi při úrazu a bezprostředně po něm. Vystupňovaná poplachová reakce s extrémní vazokonstrikcí, jež je příčinou prohlubování postižených ploch, může být znásobena nepříznivými okolnostmi a nevhodnými zásahy v rámci laické první pomoci nebo přednemocniční péče poskytované záchrannou službou. Dva důležité mechanismy, které bývají spojeny se smrtelnými komplikacemi je výbuch a hoření v uzavřeném prostoru a pád do vřelé tekutiny. Podle mechanismu úrazu jsou popáleniny děleny na termické, elektrické, radiační a chemické postižení. Přenos energií na živý organismus je komplexní děj, jehož příčinou může být: přímé vedení při kontaktu s horkým materiálem (kontaktní popáleniny, opaření, plamen a jejich kombinace), průchod elektrického proudu, jeho oblouk či sekundární ožehnutí (elektrické popáleniny), ionizující záření (alfa, beta, gama a X) - radiace, hypertermie při elektromagnetickém ohřevu (zvláštní typy popálenin), chemické látky (poleptání – corrosio - např. kyselinami, zásadami).

Maximální snesitelná kontaktní teplota je 43,5 °C (u lidských dobrovolníků). Při teplotě 44 °C do doby 6 hodin působení je zotavení buněk ještě možné, při delší expozici nastávají ireverzibilní změny celé epidermis až k bazálním buňkám a ztrátám epidermis. Vlivem termické noxy teplota vrstev pod kůží stoupá v obráceném poměru ke vzdálenosti od kožního povrchu a vytváří se tak termický gradient s nejvyšší teplotou na povrch kůže. Pokud je kožní mikrocirkulace neporušená, pak prokrvení ochlazuje a chrání hlubší části kůže.

Odpověď organismu na přenos energie je ovlivněna řadou faktorů:

- vodivost (konduktivita) tkání: nervy a cévy jsou lépe vodivé než kost, která je nejodolnější,
- periferní prokrvení: ovlivňuje stupeň vstřebávání nebo rozptyl tepla v tělesných tkáních pigmentace, ochlupení, tloušťka rohové vrstvy kůže (stratum corneum),
- celkový obsah vody ve tkáních dané oblasti.

1.3.2. Rozsah popálenin

Rozsah postižení se vyjadřuje procenty celkového tělesného povrchu. Běžnou metodou určování rozsahu postižení u dospělých a dětí je tzv. pravidlo devíti. Tělesný povrch je rozdělen na oblasti, které reprezentují 9 % nebo násobek devíti: hlava + krk = 9 %, horní končetina = 9 %, dolní končetina = 18 %, přední plocha trupu = 18 %, zadní plocha trupu = 18 %, genitál = 1 %. (Příloha č. 2)

Při určování rozsahu malých postižení lze použít palmární plochu ruky postiženého s prsty u sebe, jež představuje 1 % celkového tělesného povrchu.

Rozsah postižení s ohledem na věk zraněného je z hlediska zahájení protišokové léčby a z hlediska přednemocniční neodkladné péče a třídění postižených nejdůležitějším faktorem.

1.3.3. Hloubka popálení

Hloubka postižení je důležitým faktorem z hlediska chirurgických výkonů a je určující pro délku morbidit (eventuelně mortality). Vyplývá nejen z teploty termické noxy, ale i z délky působení. Například ožeh i několika tisíci stupni po dobu zlomku vteřiny způsobí popálení povrchní, zatímco teplota 43 °C, působí-li po dobu delší 60 minut, způsobí ztrátu kůže v celé tloušťce.

Podle mezinárodní klasifikace se užívá rozdělení na postižení povrchové a hluboké. Povrchovým rozumíme částečné poškození kůže, kde jsou zachovány vlasové folikuly a potní i mazové žlázy, odkud pak nastává spontánní epitelizace. Hluboké postižení znamená ztrátu kůže v celé tloušťce, eventuelně i se ztrátou podkožní vrstvy a devitalizaci svaloviny i kosti. Diagnostickou pomůckou pro rozlišení hloubky postižení je tzv. Test kapilárního návratu:

- červené plochy, které blednou pod tlakem hrotu prstu a po jeho oddálení jeví reaktivní hyperémii, mají zachované kapilární řečiště a jsou tedy povrchové,
- červené plochy bez kapilárního návratu mají mikrocirkulaci uzavřenou mikrotrombotizací, což znamená ischémii a odúmrť sousedních vrstev kůže,
- další diagnostickou pomůckou je test citlivosti postižené partie, ztráta citlivosti znamená hluboké postižení se zničením senzitivních vláken. Tento test lze použít pouze u pacientů, kteří komunikují. *(Königová et al)*

Za 24 hodin po úrazu se zastavuje mikrocirkulace, stagnuje oběh, prohlubuje se postižená plocha. Setkáváme se ale i s popáleninami, které jsou záhy po úrazu bledé (bílé) – působením vysokých teplot po velmi krátkou dobu (ožeh). Tato bledost je dána přechodnou vazokonstrikcí, takže ztráta kůže je částečná – postižení povrchové. Naproti tomu některé

opařeniny jsou po úrazu červené (i s kapilárním návratem), ale protrahovaným působením i nižších teplot nastává mikrotrombotizace a následná nekróza, takže ztráta kůže je v celé tloušťce - postižení hluboké. *(Brychta et al, 2001)*

Hloubka postižení u popálenin se dělí na tři stupně:

I. stupeň

Je charakterizován zarudnutím (erytémem). Kůže je zarudlá, oteklá jako při spálení sluncem. Zhojení nastává do dvou týdnů bez následků. Hospitalizace je nutná pouze v případě zvýšené teploty až horečky, dále nesnesitelné bolesti či dehydratace.

II. stupeň

Zde se již odlučují povrchové vrstvy ve formě puchýřů (bulla), hrozí nebezpečné velké ztráty tekutin (plazmy), při rozsáhlejších popáleninách jsou druhotné infekce. Nebezpečí organismu je zatížení jedovatými látkami při rozpadu buněk.

II. a stupeň (povrchní)

Postižení epidermis a horní části dermis, spodina je růžová, puchýř obsahuje čirou tekutinu, která později rosolovává (puchýře neodstraňujeme, pouze perforujeme, neostřiháváme). Projevuje se silnou bolestí, hojení trvá 10 – 14 dnů spontánně bez trvalých následků, většinou se změnou pigmentace a koloritu kůže.

II. b stupeň (hluboký)

Postižení hluboké části dermis, spodina je tmavě červená, snadno se infikuje a komplikuje prohloubením, hojí se 3 až 5 týdnů. Toto zhojení je zdlouhavé, v některých případech je nutná chirurgická léčba, často vznikají hypertrofické jizvy.

III. stupeň

Zvaný příškvár (eschara), dochází již k poškození kůže v celé tloušťce- nekróze, podkoží je též nekrotické. Kůže je šedá až hnědočerná, suchá, tvrdá, necitlivá, nebolestivá a chladná. Téměř vždy jsou komplikace s druhotnou infekcí, člověk je ohrožen jednak větší ztrátou tekutin ale i septickým šokem, který vzniká v důsledku vstřebání jedovatých látek z rozpadlých a poškozených tkání, hojení je obtížné, zdlouhavé, často zůstávají velké jizvy.

(Kelnarová et al, 2007)

1.3.4. Faktory určující závažnost popáleninového traumatu

Závažnost popáleninového traumatu, chemického traumatu, elektrotraumatu a radiačního poškození je určena řadou důležitých faktorů:

- mechanismus úrazu,
- rozsah postižení,

- věk,
- hloubka,
- lokalizace postižení,
- osobní anamnéza (choroby prodělané či probíhající).

Tyto faktory přispívají ke správné volbě první pomoci a rozhodují o nutnosti neodkladné přednemocniční péče, kdy je potřeba zvážit eventuální časné komplikace a sdružená poranění, které ovlivňují prvotní třídění na místě úrazu. Dále rozhodují o typu primárního transportu z místa nehody i o typu zdravotnického zařízení, kam má být pacient převezen, o prognóze a strategii což je součástí ošetrovatelské péče. (Königová et al, 1999)

1.4. Problematika popáleninového traumatu

1.4.1. Celkový klinický obraz

V kritických prvních 24 hodinách nastávají zevní ztráty (způsobené exsudátem v puchýřích u povrchových postižení) a vnitřní ztráty (vyvolané přestupem bílkovin krevní plazmy neexistující semipermeabilní membránou u postižení povrchových i hlubokých). Pokračující ztráty tekutin a bílkovin v důsledku zvýšené permeability cévní stěny, poruchy buněčných membrán, zvýšeného osmotického a onkotického tlaku v popálených tkáních jsou dále stupňovány zvyšováním tlaku v žilním řečišti, který vyvolávají přetlaková ventilace a mediátory působící vazokonstrikci. Obranou reakcí organismu je výrazné vylučování katecholaminů. Ty stimulují adrenergní receptory v cílových orgánech, tím vzniká generalizovaná vazokonstrikce, která má za úkol: redukovat prostor, jenž by měl být naplněn odpovídajícím objemem krve, zvyšovat periferní rezistenci, umožnit krevní zásobení vitálních orgánů.

Klesající diuréza (až k nule) znamená nedostatečný ledvinový průtok. Vazokonstrikce v trávicím způsobí nedostatečné pokrytí potřeb buněk a stěn kapilár, což má za následek dilataci, zastavení peristaltiky a rozvíjí se akutní dilatace žaludku a adynamický ileus. Současně se změnami vnitřních orgánů probíhají změny i na kůži. Na počátku je kůže bledá (až bílá) díky uzavřeným kapilárám a arteriolám. Uzavření může být tak intenzivní, že stěny kapilár se stávají anoxické, reverzibilně se poškozují a masivně dilatují: naplní se krví, která je neokysličená a zbarvení kůže se změní v lividní (modrošedé).

Hlavní význam v tomto období jsou infuzní náhrady tekutin, které jsou prevencí dekompenzace stavu, než jeho léčbou. *(Königová et al, 1999)*

1.4.2. Popáleninový šok

K rozvoji popáleninového šoku dochází ihned po popálení, z toho důvodu je nutné zahájit intenzivní resuscitační terapii co nejdříve a pokud možno na jednotku intenzivní péče specializovaného pracoviště. V tomto neodkladném období je pacient ohrožen především hypovolémií se všemi jejími důsledky. Pokud se intenzivní resuscitační terapií podaří zvládnout toto neodkladné období, dochází asi po 3 až 5 dnech k mobilizaci tekutin z intersticia a jejich přestup zpět do krevního řečiště a hrozí naopak hypervolémie a přetížení kardiovaskulární soustavy. Při primárním ošetření popálenin většího rozsahu je nutné zajistit kromě chirurgického ošetření ploch kvalitní žilní vstup, nejlépe kanylací centrální žíly, případně venosekcí končetinových velkých žil. Musí být zaveden permanentní močový katétr a nazogastrická sonda. Monitorujeme základní vitální funkce - krevní tlak, srdeční frekvence, tělesná teplota, EKG, saturace kyslíku v periférii, hodnoty vnitřního prostředí, stav vědomí, diurézu.

1.4.3. Akutní nemoc z popálení

Po úspěšném zvládnutí popáleninového šoku vystupuje do popředí problém léčení popáleninové rány. Tuto fázi označujeme jako období akutní nemoci z popálení. Jedná se o stadium resorpční intoxikace, nejvyšší frekvence chirurgických intervencí, stadium hrozícího septického šoku a multiorgánového selhávání. Toto období končí teprve kompletním uzavřením kožního povrchu těla (může trvat až měsíce).

Základy terapie můžeme charakterizovat odstraněním nekrotické tkáně, náhradou kožního krytu, bojem proti infekci, korekcí poruch vnitřního prostředí, substitucí sekundární anémie a hypoproteinémie. Je nezbytná dostatečná kombinovaná výživa (v této fázi parenterální a současně časná enterální). Kontinuální heparinizace v antitrombotických dávkách je zavedena po celou dobu neodkladného a akutního období popáleninové nemoci až do plné mobilizace pacienta. Také je důležitá časná pasivní i aktivní rehabilitace fyzická a psychická. Analgesie pacientů pokračuje již z předchozího období. Rovněž trvá prevence stresového vředu.

Nejčastější infekční komplikace, které provází akutní období, jsou pneumonie, infekce nekrektomovaných ploch, močových cest a septický syndrom. *(Brychta et al, 2001)*

1.4.4. Vznik edému

Vznik edému v popálené tkáni ovlivňuje několik faktorů:

- dilatace nekapilárních cév, která zvyšuje tlak v distálním kapilárním řečišti,
- zvýšený intersticiální osmotický tlak,
- obstrukce distálních venul,
- zvýšená mikrovaskulární permeabilita pro makromolekuly.

Čím závažnější je popálenina, tím se permeabilita kapilár zvýší, tím je výraznější a déle trvá. V klinické praxi je používáno chlazení, které redukuje pocit pálení a brání postupu toxické noxy do hloubky.

Časná fáze edému není místně totožná se zónou časné stázy. Edém se vytváří na opačné straně, vzdálené od koagulační nekrózy. V zóně časné stázy jsou buňky mrtvé okamžitě a u rozsáhlých postižení může perfuze této zóny mít zhoubné následky, což vede k poškození vzdálených orgánů a tkání. *(Königová et al, 1999)*

1.5. Metabolismus a výživa

Kritické popáleninové trauma je spojené s jednou z nejzávažnějších forem zátěžové reakce. Bezprostředně po vzniku popáleninového úrazu dochází ke snížení spotřeby kyslíku, snížení energetického výdeje, snížení tělesné teploty a ke změnám chování postiženého.

V první fázi zátěžové reakce, která souvisí s popáleninovým šokem, se zaměřujeme na zvládnutí perfuzních poruch. Léčebnými prioritami je udržení homeostázy, kardiovaskulární stability a elektrolytové rovnováhy. Poraněná plocha využívá glukózu jako zdroj energie, ale k jejímu hojení je třeba i jiných substrátů, jako hlavní zdroj energie slouží tuky a aminokyseliny. Energetická potřeba narůstá proporcionálně k velikosti popálené plochy. K zajištění energetických potřeb organismu je nutný přívod cukrů, tuků, proteinů, minerálů a vody. *(Königová et al, 1999)*

Postižený v kritickém stavu není vždy schopen přijímat dostatečné množství stravy perorálně. Enterální podávání živin znamená jejich přívod přímo do žaludku nebo tenkého střeva. Střevo a jeho peristaltika musí být ve stavu schopnosti vstřebávat podanou stravu. Mezi výhody enterálního způsobu podání patří eliminace komplikací po kanylaci centrálního žilního vstupu, ochrana před vznikem stresových zánětů a krvácení ze sliznic trávicího ústrojí, snížení potřeb inzulínu a celkově je levnější. Parenterální výživa slouží k rychlému a

dostatečnému zajištění energetického a proteinového krytí živin u kriticky nemocných.

(Počta et al, 1996)

1.6. Komplikace popáleninového traumatu

1.6.1. Stresové komplikace

Stresové komplikace postihují jednotlivé orgány splanchnické oblasti již v prvních 48 hodinách, dochází k prolínání různých faktorů a stupňování nedokrevnosti jak v kůži, tak i v parenchymatózních orgánech a v gastrointestinálním traktu.

Trávicí ústrojí je postiženo vazokonstrikcí dříve než ostatní orgány (ledviny, kůže). Hemoragické komplikace- působení na sliznici je souhrnně označováno jako erozivní gastritida a erozivní duodenitida ve třech patologicko - anatomických formách: Curlingův vřed, hemoragická ezofagitida a hemoragická gastritida.

Poruchy peristaltiky, přesto že je primárním úkolem z hlediska rozvoje gastrointestinálních komplikací náhrada tekutin, musí být perorální příjem v prvních 24 hodinách zvažován podle stavu jednotlivého nemocného.

Ledviny jsou ohroženy akutním renálním selháním, které vzniká na cévním podkladě hypovolémie, vazokonstrikci, na tubulárním podkladě při destrukci erytrocytů a svaloviny u hlubokých rozsáhlých popálenin, opaření a elektrotraumatu.

U jater nastupuje těžká degradace jaterního parenchymu již v prvních dnech úrazu typu steatózy, která svědčí pro anaerobní metabolismus při tkáňové ischemii.

Popáleninové trauma dýchacího systému se jeví nejen hypoxií z hypovolémie, ale i z poruchy plicní ventilace.

Změny mikrocirkulace kůže vlivem katecholaminů se projeví jako vazodilatace nekapilárních sfinkterů, jež může pominout, pokud se včas zahájí náhrada tekutin, povrchní postižení stupně II.a se může změnit v hluboký stupeň II.b, eventuálně až ve ztrátu v celé tloušťce kůže - III. stupeň.

(Königová et al, 1999)

1.6.2. Infekce

Infekce představuje pro každého pacienta postiženého úrazem hrozbu, jejíž závažnost je dána lokalizací, rozsahem a mechanismem, jímž byl úraz způsoben. Tato hrozba vyplývá ze skutečnosti, že velmi rozsáhlé plochy lidského organismu jsou za fyziologických podmínek

osídleny mikroby a to se týká zejména kožního krytu, téměř celého slizničního povrchu trávicího ústrojí, horních cest dýchacích a zevního pohlavního ústrojí u žen.

Vzhledem ke specifickým změnám v obranné odpovědi pacienta může být klinický obraz infekce u termického poranění netypický, často nenápadný. Správná a včasná diagnóza závažné infekční komplikace je o to více závislá na pečlivém sledování změn v celkovém klinickém obrazu pacienta a aktuální znalosti mikrobiální flóry. Z hlediska mikrobiální diagnostiky je nezbytné sledování flóry v plochách, při známkách invaze mikrobů je doporučováno provádět kultivační vyšetření s doplněním laboratorního a rentgenového vyšetření. Následná terapie je upřesňována podle výsledků mikrobiálního vyšetření a klinické odezvy. *(Königová et al, 1999)*

1.6.3. Interní komplikace

Komplikace interního rázu u popáleninového traumatu dělíme do tří skupin:

1. Interní komplikace v rámci popáleninového traumatu.
2. Interní komplikace obecně (např. v rámci protrahovaného, katabolického, septického stavu, dlouhodobé imobilizace pacienta).
3. Interní komplikace jako samostatné nozologické jednotky (např. v rámci pacientovy osobní anamnézy).

Popáleninové trauma je velmi specifický úraz, vyžadující vždy interdisciplinární přístup. Prognóza pacienta je limitována celkovým rozsahem a hloubkou postižení, lokalizací, mechanismem úrazu, věkem pacienta a jeho přidruženými chorobami. Samostatnou jednotkou jsou pak pacienti s anamnézou diabetu I. či II. typu. Může dojít k manifestaci dosud latentní poruchy glukózové tolerance nebo může dojít u diabetiků k hyperglykémii stresové. U těžce popálených diabetiků dochází k akutním komplikacím v podobě diabetického hyperglykemického komatu s ketoacidózou či bez ketoacidózy. Volíme terapii krátkodobými inzulinami ve 3 až 4 dávkách dle glykemického profilu eventuelně doplněného dvěma dávkami nepotního inzulinu. Pacienty na chronické terapii perorálními antidiabetiky převádíme na inzulinoterapii. *(Königová et al, 1999)*

1.6.4. Inhalační trauma

Nejen tepelná energie, ale i kouř je vysoce nebezpečnou noxou, která může zraněného bezprostředně ohrozit na životě. Zejména hoření za nedostatečného přívodu kyslíku produkuje velké množství kouře obsahujícího produkty nedokonalého spalování. Mezi

nejzávažnější patří pro svoji toxicitu oxid uhelnatý a kyanidy. Právě tyto látky jsou odpovědné za většinu časných úmrtí již na místě nehody. Druhou skupinu tvoří aldehydy, oxidy dusíku, síry a chlorovodík. Saze slouží jako nosič některých z těchto látek. Závažnější důsledky má inhalace přehřáté vodní páry, ale úrazy tohoto charakteru jsou velmi vzácné, protože závažnějšímu poškození dolních cest dýchacích zabrání reflektoricky laryngospasmus. Z léčebných opatření v rámci komplexní resuscitační péče zavádíme umělou plicní ventilaci. Důležitou součástí ventilační péče je mukolitická léčba se snahou o zkapalnění a odsátí hyperproduktovního hlenu, dále zahájení odvykání nemocného od ventilátoru, prevence bronchopneumonie, antibiotická léčba, dechová rehabilitace, polohování, fyzioterapie, časná mobilizace a zejména zvýšená péče v oblasti ošetřování tracheální rourky, bronchiální toaletě a prevence vzniku otlaků těsnicí manžetou se zvýšeným nebezpečím vzniku tracheoefozofageální píštěle. Veškeré výkony spojené s ventilační péčí a péčí o dýchací cesty je nutno provádět přísně asepticky (sterilní rukavice, ústenka, operační čepice).

(Königová et al, 1999)

1.7. Léčba popálenin

1.7.1. První pomoc a přednemocniční péče

Prvotním úkolem zdravotnické záchranné služby je přenést úroveň intenzivní péče co možná nejdříve k pacientovi. Je třeba řešit nejen problémy fyzického poškození, ale pamatovat i na poškození psychické. Řada postižených může zahynout i následkem těžkého psychického stresu. Základním úkolem je zhodnocení závažnosti popáleninového traumatu. Závažnost je dána mechanismem úrazu, rozsahem poškození, věkem postiženého, hloubkou a lokalizací poškození, anamnézou. Rozsah a hloubka poškození je přímo úměrná intenzitě tepla a době expozice, proto je nutné co nejdříve uhasit oheň, postiženého položit, aby plameny nezasáhly obličej, krk a dýchací cesty. Hořícího zabalíme do vlněných pokrývek nikoliv do materiálů syntetických, které lehce hoří. Pokud není k dispozici vhodný materiál ani dostatek prostoru, je nutné hořícího polít pokud možno čistou vodou, která uhasí oheň a zároveň ochladí postiženou kůži.

Při úrazu opařením je třeba oděv prosáklý horkou tekutinou co nejrychleji svléci a plochy ochladit studenými obklady, nikoliv ledovými. Nejvhodnější teplota je 8 °C. Výhodou chlazení je zabránění prohloubení plochy tím, že absorbuje tepelnou noxu, pronikající do

hloubky a brání kolaterálnímu edému. Zároveň poskytuje subjektivní pocit úlevy od bolesti a tím redukuje vystupňovanou poplachovou reakci. Chlazení ploch se týká jen postižení nerozsáhlých, nebo lokalizovaných na obličej, krk a ruce. U rozsáhlého postižení, kdy hrozí rozvoj popáleninového šoku naopak postiženého chráníme před celkovým prochlazením, chlazení se omezuje pouze na akrální části těla, nikdy nechladíme hrudník a stehna. Hypotermie může být příčinou bradykardie i komorové fibrilace a asystolie, která hrozí hlavně u dětí.

Důležitou součástí je včasné podání analgetik a sedativ, které musí být aplikovány cestou nitrožilní, protože vazokonstrikce v periférii brání jejich vstřebávání. U nerozsáhlých postižení je možné podat analgetika a sedativa cestou nitrosvalovou. Z hlediska zajištění dýchání má přednemocniční neodkladná péče za úkol pátrat po možné otravě oxidem uhelnatým či inhalačním traumatu. Po zajištění dýchání se snažíme zabránit dalšímu poškození postižených ploch. Po ochlazení kryjeme plochy co nejrychleji sterilním materiálem, aby nedošlo k jejich kontaminaci. Snažíme se omezit manipulaci s poraněným na co nejmenší míru. Přísná kontraindikace je aplikace mastí, zásypů, ulpívajících obvazů, vaty, buničiny na obnažené plochy. Po zhodnocení závažnosti úrazu musí být zahájena léčba náhradními roztoky. Ideální je zajistit dvě kanyly, které zavedeme periferně zdravými partiemi těla. Centrální žilní katétr není zprvu nutný, zavádí se obvykle později pro zajištění parenterální výživy. Součástí léčby náhradními roztoky je sledování je sledování diurézy a zavedení permanentního močového katétru. U zaintubovaných pacientů je třeba zavést nazogastrickou sondu, jejímž odsátím zabráníme aspiraci žaludečního obsahu. Co nejrychlejší transport do zdravotnického zařízení je nezbytností. Nemá se jednat o nejbližší zdravotnické zařízení, ale zařízení co nejlépe vybavené prostorově, přístrojově a personálně pro zabezpečení popáleninového traumatu. *(Cvejnová, 2006)*

Poškození organismu elektrickým proudem závisí na velikosti napětí, odporu prostředí, kterým proud prochází, typu elektrického proudu, době expozice, místě vstupu a výstupu elektrické energie. Pokus o kardiopulmonální resuscitaci může být zahájen až po vypnutí proudu zodpovědným pracovníkem nebo po tom, co je zdroj elektrické energie odstraněn z těla postiženého. Hrozí zde i možnost poranění páteře, svalů a skeletu při tetanických kontrakcích vyvolaných elektrickým proudem. Z postiženého je nutné co nejdříve odstranit oděv a obuv k prevenci dalšího termického poškození. Zajištění dýchacích cest může být velmi obtížné v důsledku popálení obličeje, dýchacích cest a krku.

Otok měkkých tkání se rozvíjí velmi rychle a může být příčinou dušení.
(Pachl, Roubík, 2003)

1.7.2. Ambulantní ošetření

Ambulantní péče zajišťuje předně úlevu od bolesti podáním analgetik a dostatečným chlazením ploch studenými obklady či speciálními chladivými materiály. Zároveň je potřeba očistit okolí rány, oholit a dezinfikovat (toaleta popálených ploch). Neporušené puchýře menších rozměrů sterilně prostříháme a obsah vypustíme. Kryt puchýře slouží jako dočasný biologický kryt urychlující hojení. Je-li kryt puchýře porušen, je nutné jej odstranit, aby se nestal živnou půdou pro infekci. Na ránu přikládáme tyl spolu s léčivými prostředky podle typu rány a hloubky, kryjeme sterilními mulovými čtverci. Obvaz nesmí prosakovat navenek, protože vlhký obvaz je vstupní branou infekce z okolí i ze vzduchu. Nezbytná je profylaxe tetanu, která je stejná jako u jiných traumat. Celkové podání antibiotik není indikováno. Další převazy probíhají po 2- 3 dnech. Důležitou součástí ambulantního ošetřování je edukace v oblasti péče o popálené plochy, kontrola prosáknutí obvazu, bolestivosti, poruchy prokrvení, edému či zvýšené teploty. Při zjištění jakýkoliv obtíží je nutná kontrola lékařem.

(Königová et al, 1999)

1.7.3. Ústavní léčebná péče

Komplexní léčba zahrnující inhalační trauma, elektrotrauma, chemické popáleniny, popáleniny komplikované (přidružené choroby, nebo poranění) a postižení závažných lokalizací (obličej, rukou, genitálií a plosky nohou) vyžaduje hospitalizaci vysoce kvalifikovanou, specializovanou a odbornou péči. Léčbu termických úrazů rozdělujeme do tří časově rozdílně dlouhých období. Období šokové, akutní a období rehabilitační a rekonstrukční.

1. Období šokové (neodkladné):

- začíná okamžikem úrazu do 72 hodin, může mít ale i protrahovaný průběh až do dvou týdnů,
- je charakterizováno narůstáním otoku v popálené ploše, ale i generalizovaným edémem v oblasti nepopálené oblasti,
- neléčený šok končí letálně,
- základem je adekvátní náhrada tekutin (kombinace krystaloidních a koloidních roztoků, krevní transfuze se podávají ojediněle).

2. Období akutní:

- začíná redukcí generalizovaného edému a narůstání diurézy, může trvat mnoho týdnů i měsíců,
- popálený podstupuje řadu výkonů v celkové anestezii- nekrektomie (odstranění mrtvých tkání), krytí ploch popálených i po nekrektomii dočasnými kryty a autotransplantace vlastní kůže,
- pacient je celou dobu akutně ohrožen na životě rozvojem komplikací a nepříznivými zvraty.

3. Období rehabilitační a rekonstrukční:

- začíná po obnovení tělesného povrchu (popálených ploch autotransplantacemi kůže) a zhojení odběrových ploch,
- pacient pokračuje již v dříve zahájené rehabilitaci a cvičení, pečuje o jizvy, podstupuje korektivní chirurgické zákroky (minimalizují eventuální funkční a kosmetické následky termického úrazu. *(Klein, 2006)*

Kromě konzervativních metod můžeme jizvu a poruchu funkce vyplývající z kožní kontraktury ovlivnit operací. Těžce popálený pacient často prochází několika fázemi těchto rekonstrukčních operací. Při výběru výkonu postupujeme od takové operace, která znamená přijatelný funkční a estetický výsledek, a to s nejmenším zatížením pacienta. Tyto operace jsou humánním projevem vyspělosti společnosti. Při korekci jizev v obličeji respektujeme estetické celky. Podobně postupujeme rovněž na jiných částech těla.

Při korekčních operacích vybíráme z následujících postupů:

- jednoduché excize a místní posun (Z plastika),
- tkáňové expandéry - pomocí postupného naplňování implantátu umístěného v podkoží se připraví nadbytek kůže k vykrytí defektu,
- excize jizvy a autotransplantace - část kůže v určité tloušťce (nejlépe kůže v celé tloušťce) se odebere z mateřského místa a přenesení do připraveného defektu, podmínkou úspěšné autotransplantace je dostatečná výživa lůžka a nepřítomnost infekce, kosmetický výsledek je většinou lepší při místní lalokové plastice než po autotransplantaci,
- dermabraze (mechanická nebo laserová) - vyrovnávání povrchové nerovnosti a pigmentace jizev,
- lalokové plastiky - jsou indikovány v případě krytí obnažených funkčních struktur (šlachy, nervově-cévní svazky, kosti a klouby), mechanicky zatěžovaných oblastí (např. chodidla), k úpravě kožních kontraktur, slouží

jako potřebný materiál k rekonstrukci chybějících nebo devastovaných orgánů (např. nos). Nový přínos v léčení představuje mikrochirurgický přenos tkání - volné laloky. *(Brychta et al, 2001)*

Problémy léčby popálenin jsou charakterizovány jako psychosomatické onemocnění. Nejdůležitějším požadavkem v rámci komplexní terapie je funkční stálý interdisciplinární tým, který je tvořen popáleninovým chirurgem, mikrobiologem, internistou, intenzivistou, pediatrem, fyzioterapeutem, psychologem, sociálním pracovníkem a řadou dalších odborníků. Nezastupitelnou úlohu v tomto týmu mají především zdravotní sestry, které v péči o popálené představují nepostradatelný a limitující faktor. Zdravotní sestra tráví nejvíce času u nemocného, nejlépe zná jeho potřeby, řada popálených je na její pomoci a ošetřování závislá. Jedná se o celkovou komplexní a kontinuální péči, kde konečným cílem je pokud možno úplná fyzická, pracovní a sociální rehabilitace člověka po překonání termického úrazu a zařazení člověka zpět nejen do pracovního procesu ale do společnosti.

(Klein, 2006)

1.7.4. Péče o popálené plochy

Metody ošetřování popálených ploch se vyvíjely po staletí, ale teprve v 19. století, díky objevitelům mikrobů, byl pochopen význam infekce i pro popálenou plochu. V polovině 20. století začali díky porozumění popáleninového šoku přežívat i pacienti s rozsáhlým popáleninovým traumatem a byl rozpoznán význam infekce i pro rozvoj infekce celkové. *(Königová et al, 1999)*

1.7.4.1 Základní metody lokální péče

Byly vypracovány tři základní metody péče o popálené plochy. Žádný z těchto způsobů ale nelze preferovat jako ideální a je nutné metody přizpůsobovat období léčení a individuálnímu stavu pacienta. Patří zde metoda otevřená, polootevřená a zavřená.

1. Otevřená metoda:

- rána je ponechána bez krytí a vzniklý příškvár (zaschlý exsudát) vytváří bariéru proti vysychání spodiny defektu,
- výhodou je vizuální kontakt a rychlé reagování na eventuální změny rány,
- nevýhodou jsou nejen ztráty tekutin, ale i tepla z nekryté rány,
- využívá se zejména v zahraničí.

2. Polootevřená metoda:

- rána je kryta lokálními antibakteriálními prostředky (např. perineum),
- preferuje se při postižení obličeje, lze ji převazovat několikrát denně,
- metoda využívána zejména v našich podmínkách.

3. Zavřená metoda:

- rána je krytá obvazem, který slouží jako mechanická bariéra proti infekci a zároveň odsává sekreci z rány,
- materiály používané ke krytí ploch musejí splňovat základní kritéria jako snadno sterilizované, dobře modelované podle obrysu těla, nepřilnavé, nepropustné pro mikroby, dostatečně pevné a laciné,
- metoda rovněž užívaná v našich podmínkách.

1.7.4.2. Biologické a syntetické kryty

Biologické kryty mají výhodu redukce ztrát tekutin a tepla, úlevu od bolesti, podněcování reparačních procesů a snížení metabolických procesů organismu.

Patří mezi ně například:

- Alotransplantáty - kůže z živých lidských dárců, převážně se používají u dětských pacientů, jako dárci jsou nejčastěji rodiče, odebírají se středně silné štěpy ze zevních ploch stehen nebo hýždí a podle potřeby se meshují.
- Kadaverózní alotransplantáty- v zahraniční nejběžnější biologický kryt.
- Integra- biosyntetická kožní náhrada, je určena ke krytí ran vzniklých po odstranění destruované kůže nebo je indikována na defekty vzniklé při rekonstrukčních výkonech. Využití tohoto krytu patří mezi novější trendy v chirurgické léčbě ran. Smí se s ní pracovat pouze na specializovaných popáleninových pracovištích, protože je to velmi nákladná záležitost. V zahraničí se úspěšně aplikuje na diabetickou nohu, podmínkou je dokonalá příprava rány, pokud je tam sebemenší známka infekce, Integra se nepříhojí.

V devadesátých došlo ke značné expanzi umělých krytů jednotlivých firem a jejich výrobků na našem trhu. Při II. stupni popálení je nezbytné zachovat optimální podmínky pro zastavení procesu prohlubování postižení a zároveň navodit stav, který bude podporovat vlastní hojení. V praxi se osvědčily **syntetické kryty** na gelovém podkladě (hydrokoloidy), které zajišťují optimální vlhkost rány. U plochy III. stupně jsou kryty už zbytečné, naopak je třeba co nejrychleji nekrotické vrstvy odstranit. Po odstranění nektróz je nutné opět spodinu

defektu chránit před vyschnutím a vniknutím infekce vhodným krytem. Nejvíce se osvědčil kryty se základem polyuretanové hmoty (COM). V posledních letech se zvýšil počet pacientů s dohrajícími se ranami, ve kterých byla bakteriologicky zjištěna přítomnost MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus). V těchto případech se používají na oplachy roztok Dermacyn a jako kryty výrobky s přítomností stříbra (Atrauman, Aquacell, Urgo).
(Brož *et al*, 2006)

1.7.4. 3. Operační léčba

Konzervativní léčba je užívána u popálenin povrchních. Většinou probíhá ambulantně, spočívá v opakovaných převazech do spontánní epitelizace ploch. Operační léčba je nutná u popálených ploch hlubokých II.b a III. stupně. **Nekrektomie** znamená odstranění odumřelé tkáně. Rozeznáváme dva typy excise (nekrektomie), tangenciální a fasciální. Po zvládnutí nekrektomie kteroukoli metodou je nezbytné co nejdříve zajistit definitivní kryt.

1. Tangenciální:

- jedná se o postupné seřezávání kůže po vrstvách až k dosažení živé tkáně,
- k tomuto výkonu se využívají transplantační nože nebo dermatomy,
- výkon vyžaduje zkušenost a odbornou asistenci.

2. Fasciální:

- odstraňuje kůži, podkoží a tuk až k fascii (někdy včetně fascie),
- indikována u velmi hlubokých popálenin (zuhelnatění, elektrotrauma),
- provádí se formou ostré disekce nebo tupé avulze.

Autotransplantace se provádí k obnovení trvalého kožního krytu, transplantují se pouze plochy, z nichž byla odstraněna granulace. K odběru autotransplantátu se používaly dříve transplantační nože, nyní dermatomy. Na nekrektomované plochy přikládáme středně silné dermoepidermální štěpy o síle 0,5 mm. Nejčastější odběrovou plochou jsou stehna a hýždě. Dermatomy sloužící k plošnému zvětšení transplantátu, prevenci hematomu, a rozpuštění transplantátu infekcí, drenáž sekrece. Síťované transplantáty na plochách ve funkčně významných lokalizacích (obličej, přední plocha krku, axily, nártý) nejsou vhodné, protože velká okénka sítě se epitelizují pomalu. Odebrané transplantáty se poté přikládají na defekty, které následně sterilně kryjeme, odběrové plochy jsou kryty tylem, vrstvou suchého mulu. Jak transplantované plochy, tak odběrové místo je komprimováno po dobu 24 hodin elastickým obinadlem. Pravidelné převazy se provádějí do zhojení odběrové plochy.

Správně provedená nekrektomie a časná transplantace souvisí s prevencí kontraktur. Popálené plochy je třeba uzavřít dříve, než začne intenzivní zánětlivá reakce na spodině. Granulační plochy s mohutnější fibrinózní vrstvou vedou vždy ke smršťování, což má za následek jizevnaté deformace. *(Königová et al, 1999)*

1.8. Rehabilitace a její důležitost

Popálení je závažné poranění nejen z pohledu kosmeticko - estetického, ale hlavně funkčního. Hlavním cílem rehabilitace u popálených pacientů je prevence vzniku pohybových deficitů nežádoucího jizvení způsobených následkem popáleninového traumatu. Tento typ poranění může, a taky ovlivní do značné míry schopnost sebeobsluhy, běžné denní úkony a výrazně změní i jeho manuální dovednost.

1.8.1. Fyzická rehabilitace

Rehabilitace je jedním z rozhodujících aspektů, které ovlivňují poúrazovou integraci pacienta a jeho další společenské a pracovní uplatnění. Zaměření rehabilitační péče se v průběhu léčby popáleninového traumatu mění, rozlišujeme tři fáze rehabilitační péče: akutní, postakutní a chronickou.

1. Akutní fáze:

- probíhá již od samého začátku hospitalizace,
- zaměřuje se na prevenci kontraktur (svalových a šlachových),
- redukci poúrazového edému a udržení rozsahu pohyblivosti jednotlivých kloubů,
- prevenci vzniku dechových komplikací a tromboembolické nemoci,
- využívá metody polohování, léčebné tělesné výchovy, kloubní mobilizace.

2. Postakutní fáze:

- stav pacienta je plně stabilizován, zaměřujeme se na odstranění možných důsledků vzniklých imobilizací pacienta na lůžku,
- orientujeme se na zlepšení svalové síly, mobility, celkové kondice a zlepšení sebeobsluhy pacienta,

- využíváme již zmíněné techniky u akutní fáze, doplňujeme kondičním a posilovacím cvičením, nácvikem úchopových funkcí ruky, vertikalizaci a nácvik chůze,
- tato fáze může trvat několik týdnů i měsíců.

3. Chronická fáze:

- doba trvání je od několika měsíců až let,
- cílem je pozitivně ovlivnit možné nepříznivé jizvení (hypertrofie) zhojených ploch, zlepšení pohybových schopností a dovedností, zlepšení kondice pacienta v maximální možné míře,
- mezi techniky zaměřené na péči o jizevnaté plochy řadíme tlakové masáže, kompresivní terapie (elastické návleky), aplikace silikonového gelu, dlahování, fyzikální terapie (biolampa),
- neopomíjíme pozdní ortopedické a neurologické komplikace,
- velmi vhodné je doplnit péči o lázeňský pobyt.

Podmínkou pro úspěšnou rehabilitaci pacientů s popáleninami je její časný začátek, dále každodenní a celodenní dodržování základních principů rehabilitační péče. Přestože je dnes možnost velké škály chirurgických reparativních výkonů, měla by být rehabilitační péče základním faktorem pro další plnohodnotný život každého člověka po takto závažném úrazu.

(Křížek, 2006)

1.8.2. Psychická rehabilitace

Jelikož termický úraz představuje onemocnění psychosomatické, nestačí jen rehabilitace fyzická. Pacient je znetvořen jizvami, často trpí bolestmi, úporným svěděním, trvalými následky jako jsou rozsáhlé hypertrofické či atrofické jizvy a kloubními kontrakturami. Vlivem úrazu je zvýšena pacientova izolace od společnosti, mění se jeho hodnotový systém a životní styl, tento stav nazýváme posttraumatickým stresovým syndromem. Nejzávažnější je popálení v oblasti obličeje, které může zasahovat do celkové sebekoncepcie a seberealizace pacienta. Tvář je tou částí těla, na kterou se lidé dívají nejčastěji a která je při každodenním sociálním styku vystavena základnímu hodnocení. Na rozdíl od dalších částí těla je obličej nezahalený, je tedy viditelný. Stav, kdy ztráta obličeje bývá spojena se ztrátou osobnosti nazval v osmdesátých letech profesor Pondělíček „disfigured face syndrome“.

(Königová, Pondělíček, 1983)

Klinický psycholog magistr Mauer (Diagnóza v ošetřovatelství, 2006, str. 166) uvádí: „Pracoviště na Klinice popáleninové medicíny lze označit za tzv. krizové v psychologickém

smyslu. Rovněž fakt, že poměrně hodně z hospitalizovaných pacientů přichází na popáleniny s již premorbidní psychopatologií, dokládá rčení o popáleninovém pracovišti jako o tzv. malé psychiatrii.“

Z pohledu psychologa lze k pacientům s popáleninovým úrazem či traumatem přistupovat jako k lidem „v krizi“. Vzhledem k tomu, že v krizi často dochází v důsledku utrpení k drastickým změnám ve vztahu k okolí, k sobě i ke svému tělu, hrozí v budoucnu propuknutí různých problémů, zejména pak posttraumatické stresové poruchy či poruchy přizpůsobení. V důsledku špatně zpracované krize může také docházet k dalším zdravotním komplikacím, zejména procesu hojení ran a jizevnaté deformaci. Krátkodobé psychologické působení zvané „krizová intervence“ je zaměřené na akutní prožívání pacienta v krizi, jedná se o situaci, kterou prožívá jako velmi zátěžovou, nepříznivou či ohromující. Krizová intervence je orientována na aktuální problém, nikoliv diagnózu. Jejím záměrem je poskytnout bezpečný rámec a podporu, posilování psychické integrity, podpora ego-obranných mechanismů. V krizi se často neocítá člověk sám, ale i jeho okolí, proto je nutné pracovat i s rodinnými příslušníky či dalšími lidmi, kteří pacienta navštěvují a jsou pro něho důležití. *(Mauer, 2006)*

2. Léčebně ošetrovatelská problematika pacientů s popáleninami

2.1. Specifika léčebně ošetrovatelské péče

Jak bylo uvedeno již výše, popáleninové úrazy jsou charakterizovány jako psychosomatické onemocnění, které klade důraz nejen na vysoce odbornou a kvalifikovanou lékařskou péči ale také na specializovanou a specifickou ošetrovatelskou péči vyžadující holistický přístup k pacientovi a respektující jeho individuální bio-psycho-sociální potřeby.

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojení potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetrování nemocných. *(Trachtová et al, 2006)*

Ošetrovatelská péče je velmi náročná, každý mechanismus úrazu je zaměřen na jinou léčbu a ošetrovatelské postupy. Specifická léčebně ošetrovatelská péče je poskytnuta zkušenými zdravotními sestrami, které s lékaři vzájemně spolupracují a vzájemně se doplňují, jedná se o sehranou týmovou spolupráci.

Podle M. E. Doegnes a M. F. Moorhouse (2001) musí vždy sestra v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče brát v úvahu, že:

- pacient je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností,
- základní lidské potřeby musí být plněny, a nejsou-li, vzniká problém, který vyžaduje pomoc od jiné osoby, dokud nemocný není schopen o sebe samostatně pečovat,
- pacient má právo na kvalitní medicínskou a ošetrovatelskou péči, poskytovanou se zájmem, soucitem a zaměřenou na dobrou celkovou pohodu a prevenci nemoci,
- důležitou součástí procesu je terapeutický vztah mezi zdravotní sestrou a pacientem.

Vzhledem k úrazům, které často u lidí způsobí funkční i psychické postižení je tato práce značně časově, fyzicky a psychicky náročná. Pacienti se těžko vypořádávají se svým vzhledem a poškozenou fyzickou stránkou jejich osobnosti, což se projevuje v jejich chování ke zdravotnímu personálu. Popáleninové trauma, které v souvislosti s ošetřením a léčbou jednoznačně patří na odborné pracoviště, se řadí mezi pracoviště tzv. riziková. Jednak v

souvislosti s přísným dodržováním hygienicko - epidemiologického režimu, ale také možným rizikem vzniku „burn out“ (syndromu vyhoření).

2.1.1. Převazování ran

Převazování u popáleninového traumatu se zásadně odlišuje od převazování v ostatních chirurgických oborech. K obnaženým plochám se musí vždy přistupovat za přísných aseptických podmínek, personál musí být vybaven ústenkou, čepicí a sterilními rukavicemi.

Mezi základní úkoly v rámci převazování ran řadíme:

- kontrola vývoje hloubky postižených ploch,
- prevence přenosu infekce,
- odstraňování exsudátu a nekrózy,
- ochrana již přiložených transplantátů.

Mezi indikace k převazům postižených ploch patří prosování obvazu, bolest, pálení v rané ploše, zvýšení teploty, zápach obvazu a bakteriálního nálezu. V zahraničí mají popáleninová pracoviště ústřední převazové prostory a samostatný „převazový tým“, který je tvořen specializovanými popáleninovými sestrami a popáleninovými ošetřovateli, vyškolenými v metodách péče o popálené plochy. Převazy prováděné v nevhodném prostředí, nedostatečným počtem pracovníků, bez náležitého aseptického a technického vybavení nejsou pacientům ku prospěchu, ale mohou se stát i vitálním ohrožením.

(Königová et al, 1999)

Součástí specifik ošetřovatelské péče z pohledu sestry je i ošetřování chronických ran. Chronická rána je sekundárně hojící se rána, která ani přes kauzální a adekvátní terapii nevykazuje tendenci k hojení. Postiženého velmi zatěžuje, neboť její léčba je dlouhodobá a není vidět veliký pokrok v léčbě. Při léčbě chronických ran je velmi důležitá spolupráce pacienta s lékařem, ve zdravotnickém zařízení spolupráce sestry s lékařem. Péče o zhojené plochy je velmi důležitá, preventivně se chráníme před vznikem recidivy chronického defektu, což pro pacienta znamená dodržování doporučených lékařských postupů, dodržování správné životosprávy, hygieny, diety, omezení kouření, dodržení kompresivní léčby, udržení optimální váhy, nepodceňování drobných poranění. Zejména lokální ošetřovatelská péče, která je poskytována zkušeným zdravotnickým personálem je důležitou složkou v péči o zhojené plochy.

(Mikšová, 2006)

2.1.2. Hydroterapie

Hydroterapie zahrnuje sprchování v průběhu akutního období (dodržování optimální teploty prostředí, tj. 29- 31 °C, a přísné asepse). Hydroterapie vždy byla a je pro popáleninové trauma doporučována. Specializovaná pracoviště musí být proto dostatečně vybavena, aby hydroterapie splnila své účinky, které jsou především:

- snížení bolestivosti při snímání obvazů,
- omytí celého těla,
- očištění ranných ploch odstraněním zbytků nekrózy a produktů infekce,
- odstranění krust po přihojení transplantátů,
- zvýšení pohyblivosti kloubů,
- mikromasáž zlepšující prokrvení.

Kontraindikací je jakákoliv změna zdravotního stavu, náhlý pokles fyziologických funkcí, nepřihojené transplantáty, nezhojené odběrové plochy a lokální infekce. Hydroterapie je součástí ošetrovatelské péče, kterou provádí zkušená zdravotní sestra dle ordinace lékaře, za asistence pomocného ošetrovatelského personálu v místnosti k tomu určené pomocí příslušného vybavení a pomůcek. Základním požadavkem je dostatečná edukace pacienta o průběhu celé hydroterapie a její účinnosti. (Königová et al, 1999)

2.1.3. Vzdušné lůžko

Vzdušné lůžko bylo vyvinuto koncem 60. let k prevenci dekubitů na traumatologických odděleních a k péči o paraplegiky. Brzy se však ukázalo, že stejně vynikajícím přínosem je i v péči o těžce popálené pacienty. Jedná se vlastně o vanu vyplněnou zhruba 750 kg velmi jemného keramického písku se silikonovým povrchem, do písku je turbínou vháněn vyhřívaný vzduch, takže písek zvětší svůj objem a začne se chovat jako kapalina s minimálním třením mezi částicemi. K hornímu okraji vany je připevněna filtrační síťka z monofilového polyesteru, na dně každého lůžka je drátěné síto, na němž se usazují funkční mikrosféry, které se shlukly kontaktem s výměšky nemocného. (Příloha č. 3)

Mezi nesporné výhody ve využití vzdušného lůžka patří:

- minimalizace mechanické traumatizace při ošetrovatelských manipulacích (hygiena, převazy, rehabilitace),
- prevence zhoršování prokrvení a macerace,
- vytváření nevhodného prostředí pro růst bakterií,
- působí antidekubitárně,
- lze regulovat teplotu podle aktuálních potřeb v rozmezí 28- 29 °C,

- komprese krvácejících ploch například po nekrektomiích.

Do vzdušného lůžka je možno umístit osobu o maximální tělesné hmotnosti 120 kg a výšce 205 cm. Indikací je zejména popálení zad, hýždí a zadní strany dolních končetin, nemocného je možno vložit do lůžka nejdříve 24 hodin po úrazu. Péče o pacienta ve vzdušném lůžku zahrnuje výměnu sterilního prádla pod pacientem dle potřeby, po autotransplantaci se lůžko až do prvního pooperačního převazu nestele, aby se transplantát neposunul. Aby čerstvý transplantát nevyschnul, podkládáme transplantovanou plochu sterilním prostředkem nebo kapnou. Bedlivě sledujeme bilanci tekutin a zvýšíme denní příjem pacienta o 1,5 - 2 l tekutin, jelikož pobyt ve vzdušném lůžku vysušuje proudem vzduchu. Každé lůžko vyžaduje pravidelnou údržbu nejen k prodloužení jeho životnosti, ale i v zájmu pacienta. Kromě speciální údržby prováděné technikem se o lůžko stará sestra nebo sanitář. Pokud poklesne hladina písku, je nutné jej doplnit, každý týden je potřeba vysavačem vyčistit vzduchový filtr, pravidelně sledujeme teplotu lůžka. Jeden den pobytu pacienta ve vzdušném lůžku stojí přibližně 1000 Kč. I přes pozitivní využití vzdušného lůžka je nutné se zmínit i možných negativních dopadů na pacienta, jako je vysoké riziko imobilizačního syndromu, obtížné polohování, individuální intolerance, a dočasná dezorientace. *(Jandová, Kopecká, 2006)*

2.1.4. Polohování

Polohování je jedním ze základních prvků v péči o popálené plochy, přestože polohování patří mezi poměrně jednoduché rehabilitační postupy, je velmi účinné. Naším cílem polohování je:

- redukce poúrazového edému,
- udržení kloubních rozsahů pohybu,
- prevence vzniku svalových, šlachových, jizevnatých kontraktur.

Základem úspěšné edukace pacienta v souvislosti se správným polohováním a následnou úspěšnou léčbou postižených ploch jsou dostatečné teoretické a praktické dovednosti zdravotních sester. Jelikož klademe důraz na dodržování správné polohy pacienta během celých 24 hodin, jsou nutné kontroly pozic, které pacienti zaujímají. Ti velmi často zaujímají úlevové, antalgické pozice (velmi podobné fetální pozici), které vedou ke vzniku svalových a jizevnatých kontraktur (Příloha č. 4). Proto se snažíme o dodržení polohovacího schématu doplněného o elevaci horních a dolních končetin v závěsech či na molitanovém vypodložení. (Příloha č. 5) *(Křížek, 2006)*

Správnost a důležitost polohování není zaměřeno jen na výše uvedenou problematiku, preventivně zabraňujeme i možnému riziku vzniku imobilizačního syndromu a tím zkomplikování léčebné a ošetrovatelské péče.

2.2. Kvalita života po úraze

V současné době kvalitu péče definujeme jako uspokojování potřeb klientů/ pacientů. Kvalitní ošetrovatelskou péčí můžeme charakterizovat těmito znaky:

- v zemi, ale i konkrétním zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství,
- péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu,
- péče je odvozena od potřeb klienta/ pacienta,
- práce ošetrovatelského personálu je týmová,
- ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený,
- ošetrovatelský tým si stanovil reálné cíle,
- ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex,
- poskytovaná péče je vědecky podložena,
- existuje účinná mezioborová spolupráce. *(Brožová, 2004)*

U pacientů se vlivem úrazu zvýší izolace od společnosti, mění se jejich hodnotový systém a životní styl. Tento stav nazýváme posttraumatickým stresovým syndromem. K rozvoji dekompenzace psychického stavu popáleného pacienta přispívají tři faktory, a to:

1. Závažnost popálení a orgánové komplikace popáleninové nemoci.
2. Premorbidní osobnost (psychická odolnost a frustrační tolerance).
3. Přístup a styl péče i atmosféra nemocničního prostředí.

Člověk po závažném popáleninovém traumatu spojeným se změnou vzhledu těla a dalšími potížemi přehodnocuje své vlastní sebepojetí a sebekoncepci. Velmi záleží na síle osobnosti, jakým způsobem se s novou skutečností vyrovná. Mezi možné zdroje pacienta, které mohou pozitivně ovlivnit následnou kvalitu života po popáleninovém úraze patří rodina, partnerské vztahy, kulturní zázemí, víra, hodnoty, schopnost mezilidského kontaktu, schopnost sdělovat pocity a být v kontaktu se svým tělem, zážitky osobní síly a kompetence během traumatu.

(Mauer, 2006)

2.3. Etický přístup k popáleným

Etický kodex vyjadřuje základní standard pro jednání zdravotnického personálu s nemocným, jeho rodinou a veřejností. Určuje obecná pravidla, která vyjadřují, jaké hodnoty a morální přesvědčení by měl zdravotnický personál ve své profesi uznávat. Předpokladem pro kvalitní péči je vzájemný mezilidský vztah mezi lékařem a ošetřujícím personálem na jedné straně a pacienty na straně druhé. Pro popálené pacienty je proto důležité získat důvěru, která se musí rozvíjet a udržovat. Důvěra pacientů ke zdravotnickému personálu je předpokladem kvalitních vztahů ale i úspěchů v léčbě což je hlavním cílem nás zdravotníků. Měli bychom brát vážně i kritické připomínky ze stran pacientů týkajících se ošetrovatelské péče a jednání personálu. Nevhodné je hlasité pokřikování personálu ohledně organizačních změn před pacienty, nemocní se často vyděsí, mohou si myslet, že je v jejich léčbě něco v nepořádku. Respektujeme soukromí, které je pro každého člověka a obzvláště pro popáleného pacienta vzhledem k jeho tělesným změnám a pohybového omezení nezbytnou složkou sebepojetí. Pro zdravotnický personál je přínosné, pokud jsou pacienti v psychické pohodě, cítí zájem o svou osobu a mají důvěru v lékaře a zdravotní sestry.

(Pensdorfová, 2006)

2.4. Pomoc postiženým

Specializovaná a vysoce odborná péče o popálené pacienty nezahrnuje jen lékařskou a ošetrovatelskou péči. Je rozšířena i o pomoc, která následuje po propuštění do domácí péče s následným návratem do společnosti.

U nás v republice existují občanská sdružení, která poskytují mnoho cenných rad a informací, pořádají akce a různé kurzy zaměřené pro dospělé a děti s popáleninovým úrazem. V roce 2003 bylo založeno v Praze občanské sdružení „Bolíto“. U jeho zrodu stáli rodiče postižených dětí a lékaři Kliniky popálenin FNKV, jediného pracoviště v Čechách, které se závažně popáleným dětem věnuje. Do činnosti sdružení se kromě lékařů a sester tohoto pracoviště zapojili i rodiče postižených dětí, sociální a rehabilitační pracovníci i mnoho dalších lidí, kterým není osud dětí lhostejný.

Na internetových stránkách www.popaleniny.cz (Sdružení na pomoc popáleným dětem) nebo www.bolito.cz jsou k získání kontakty na pomoc jednak samotným postiženým, tak jejich okolí.

Neměli bychom opomínat samotnou edukaci, která je nejučinnější metodu předcházení popáleninového traumatu. Tato prevence je součástí koncepce občanských sdružení, které

pořádají přednášky na školách, pracovištích a provozují různé akce na téma popáleninové úrazy a to ve spolupráci s hasičskými záchrannými sbory. Nesmíme opomenout i osvětu ve sdělovacích prostředcích či nejrůznějších publikacích.

2.5. Riziko syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1974. Nejedná se o obyčejnou únavu, syndrom je vždy spojen s otázkou smyslu vlastní práce. Neobjevuje se pouze u sociálních pracovníků ale u těch, kteří pracují s lidmi, ale všude tam, kde hodnocení efektivity výkonné práce závisí na hodnocení jiných lidí. Zdravotnictví patří k oborům, kde je riziko vzniku syndromu vyhoření vysoké. *(Kapounová, 2007)*

Základním úkolem ošetřujícího personálu je udržovat kontakt s pacientem, dopad na psychiku personálu je veliký. Musí čelit problémům života a smrti, přežití na úkor zhoršené kvality života a ostatních etických problémů. V takových podmínkách se snadno vytvoří pocit neadekvátnosti, neochoty řešit problémy a ostatní nepřipravenosti. Specifičnost popáleninových center závisí na druhu práce s pacientem. Je důležité, aby na popáleninových centrech pracoval personál s určitými osobnostními vlastnostmi: osobní poctivost, stálost, realistická očekávání, pracovní orientace, adekvátní kvalifikace, zájem o sebevzdělání, vůle zdokonalovat se. Nejen pacient, ale také zdravotní personál je vystaven obrovskému stresu, a to následně vede k syndromu vyhoření. Stres vyplývá z osobního vnímání a nedostatečné psychické odolnosti. Může vyvrcholit stresujícím stavem, který se projevuje negativními emocemi- strachem, úzkostí, nejistotou, napětím, sebeobviňováním a podrážděností. Důsledky jeho působení se projeví za dlouhou dobu, a to v těchto oblastech: tělesná (bolest zad, hlavy, problémy se spaním, gastrointestinální potíže), psychická (vyčerpání, podrážděnost, napětí, únava, přetížení), oblast mezilidských vztahů (problémy s komunikací, nedůvěra k ostatním lidem, zášť, nepřátelství). *(Zeisbergerová et al, 2006)*

Nejdůležitějším faktorem ovlivňující syndrom vyhoření je jeho dostatečná a důsledná prevence. Měla by být zaměřena na oblast individuální, která zahrnuje duševní a fyzickou hygienu, dobré mezilidské vztahy a celoživotní vzdělávání, a na oblast pracovní. Tato oblast by měla zahrnovat péči o zdraví zaměstnance, přiměřené pracovní zatížení, jasně definované pracovní role, emocionální podporu, evaluace a rozvoj týmové spolupráce.

2.6. Příklady ošetřovatelských diagnóz

Stejně jako na jiných pracovištích se i Klinika popáleninové medicíny řídí základní strategií ošetřovatelského procesu s komplexním pojetím osobnosti: zhodnocení pacienta (zjišťování informací), stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování ošetřovatelské péče, realizace ošetřovatelského plánu, zhodnocení poskytnuté péče. Pozornost sestry se v šokovém období soustřeďuje na vitální funkce, tedy na funkce oběhové, dechové a na stav vědomí, na jejich měření, záznam a na výkony s pojené s jejich zajištěním. Je kladen důraz na individuální přístup, ošetřovatelské diagnózy se orientují především na kvalitu života, kdy dominantním problémem je sociální integrace a deficit ve zvládnání bazálních instrumentálních dovedností.

Přehled ošetřovatelských diagnóz:

- bolest,
- riziko imobilizačního syndromu,
- nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta,
- bezmocnost,
- neschopnost přijetí vlastního vzhledu nebo jeho změn,
- poruchy spánku,
- poruchy mobility,
- stavy osamělosti,
- poruchy sociální integrace,
- násilí zaměřené na sebe,
- nepřizpůsobivost rodiny a přátel,
- posttraumatický syndrom.

Všechny uvedené ošetřovatelské diagnózy jsou pouhým vodítkem pro realizaci ošetřovatelského procesu a nelze je tedy striktně paušalizovat na všechny pacienty.

V praxi to znamená, že ošetřovatelské diagnózy přizpůsobujeme individuálnímu stavu a potřebám pacienta a ne naopak, kdy ošetřovatelskou snahou je pacienta doslova „vtěsnat“ do diagnóz, které nám nabízí odborná literatura. *(Pibilová, 2006)*

PRAKTICKÁ ČÁST

3. Empirický výzkum

3. 1. Cíle výzkumu

Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je popis rozdílného vnímání a zvládání těžké životní situace u popáleninového traumatu mezi muži a ženami na Klinice popáleninové medicíny v Praze, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Dílčí cíle

1. Ověřit si použitelnost metody pomocí dotazníku u pacientů s popáleninovým úrazem.
2. Zjistit na vybraném souboru pacientů jejich subjektivní vnímání a zvládání popáleninového úrazu.
3. Použít výsledky šetření ke zkvalitnění léčebně ošetrovatelské péče.
4. Využít téma bakalářské práce jako studijní materiál.

3. 2. Metodika výzkumu

3.2.1. Zdroje informací

Odborné údaje a poznatky ohledně použité dotazníkové metody byly získány po prostudování odborné literatury, internetových zdrojů a na základě vlastní zkušenosti s touto metodou v předprůzkumném šetření.

(<http://www.vyplnto.cz/jak-spravne-sestavit-dotaznik> [online]. 2008, 2009-[cit 2009-08-24])

3.2.2. Charakteristika souboru

Charakteristika respondentů

Před samotným začátkem průzkumu jsem provedla výběr průzkumné skupiny. Vyčlenila jsem skupinu pacientů s popáleninovým úrazem různé etiologie, kteří mohou

nejlépe vypovídat o zvládnání popáleninového úrazu jako těžké životní situace. Skupina pacientů byla ve stejném poměru žen a mužů.

Pacienti zkoumané skupiny splňovali tato kritéria:

- věk 18- 50 let,
- postižená jakákoliv část těla přesahující 5 % tělesného povrchu II a III stupně,
- po odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu,
- psychicky stabilní,
- pacienti, kteří podstupují lůžkovou péči na dospělém oddělení Kliniky popáleninové medicíny v Praze, která je indikována v těchto případech:
 1. Termické úrazy.
(se zvláštními typy úrazu jako je poleptání, omrzliny a elektrotrauma)
 2. Kožní defekty.
 3. Reparativní výkony.

Charakteristika oddělení

Na průzkumu popáleninového traumatu jako těžké životní situace byli vyzváni pacienti hospitalizovaní na dospělém lůžkovém oddělení Kliniky popáleninové medicíny v Praze. Toto oddělení disponuje základní kapacitou 21 lůžek pro ženy a muže. Pacienti jsou na lůžka rozdělení podle pohlaví, rozsahu ploch, způsobu úrazu a léčby.

Na oddělení pracuje 8 zdravotních sester na plný úvazek, 1 ošetřovatelka, 2 sanitárky, staniční sestra na ranní směnu a sestra specialista, která je vyčleněná na převazy. Kromě pacientů hospitalizovaných s čerstvým popáleninovým úrazem jsou zde ošetřováni pacienti přeloženi z jednotky intenzivní péče Kliniky popáleninové medicíny v Praze, pacienti přijati se zastaralým úrazem, pacienti přijati na reparativní výkony, pacienti s kožními defekty či přeloženi z jiných zdravotnických zařízení k ošetření a doléčení popálených ploch.

3.2.3. Užitá metoda šetření - dotazník

Užitou metodu průzkumu v souvislosti s bakalářskou prací jsem vybrala dotazníkové šetření formou písemného dotazování, kde základní složkou šetření je písemné předložení uzavřených otázek. Pro úspěšnost dotazníkového šetření bylo nezbytné dodržet obvyklou strukturu dotazníku, která zahrnuje:

1. Název dotazníku.
2. Úvodní část.
3. Pokyny jak dotazník vyplňovat.

4. Údaje identifikující respondenta.
5. Vlastní znění dotazníku.
6. Poděkování.

V průběhu předprůzkumného šetření, kdy pacienti slovně reagovali spíše negativně na vyplnění svých identifikačních údajů (jména a příjmení) jsem přistoupila k označení „anonymní dotazník“. Otázky jsem koncipovala formou uzavřených otázek, kdy respondent vybírá z nabídnutých odpovědí s možností odstupňování respondentova stanoviska, svou volbu vyjadřuje graficky (zakroužkováním) zvolené alternativy. Alternativy jsem vytvořila na základě předprůzkumného šetření.

Přestože je vhodné střídat formu otevřených a uzavřených otázek, tuto kombinaci jsem vyloučila a to po důkladné konzultaci s klinickým psychologem a hodnocením psychického a fyzického stavu pacientů. Forma otevřených otázek je náročná pro respondenta, hrozí odmítnutí vyplnění dlouhého dotazníku ze strany respondenta či odbývání odpovědí, rovněž přizpůsobení se jazykové formulace respondentů může být obtížná.

Kvantitativní průzkum formou rozhovoru není pro popálené pacienty v těžké životní situaci vhodný, nelze vždy zajistit soukromí a klidné prostředí pro pacienta v rámci průzkumu. Tato situace vyplývá z klidového režimu pacientů, nemožnosti zajištění dostatečného soukromí vzhledem k obloženosti oddělení, časové tísní a nutnosti respektování psychického stavu pacienta.

Písemná forma dotazníku je naopak pro pacienty přínosná vzhledem k zajištění dostatečného soukromí, časové neomezenosti a v rámci rehabilitace postižených oblastí (horní končetiny). Pacient si obnovuje úchopové schopnosti ruky a procvičuje prsty.

3.2.4. Realizace šetření

Průzkum jsem prováděla v období 8 měsíců (listopad 2008 až červen 2009) metodou anonymního dotazníku se svolením managementu Kliniky popáleninové medicíny, lůžkového oddělení pro dospělé Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze. O souhlas s průzkumným šetřením jsem požádala vrchní sestru Kliniky popáleninové medicíny a staniční sestru dospělého lůžkového oddělení kde pracuji. Datum souhlasu mi byl potvrzen 22. 9. 2008. (Příloha 6.)

Před uskutečněním vlastního průzkumného šetření jsem si metodu dotazníkového šetření vyzkoušela na vybrané skupince pacientů, kteří splňovali mnou předem stanovená kritéria. Předprůzkumného šetření se účastnilo 10 respondentů z řad pacientů s popáleninovým traumatem, 50 % žen a 50 % mužů ve věkovém rozmezí 18 - 50 let různé etiologie popáleninového úrazu s postižením více jak 5 % tělesného povrchu těla, II a III

stupně. Na základě rozdělení tohoto souboru jsem poskytla anonymní dotazníky a zkoumala rozdílné vnímání a zvládání těžké situace u popáleninového úrazu mezi muži a ženami.

Všichni mnou osloveni respondenti s vyplňováním anonymního dotazníku souhlasili.

K vlastnímu šetření bylo osloveno 60 pacientů, 50 % respondentů z řad žen (30) a 50 % respondentů z řad mužů (30), kteří utrpěli popáleninové trauma na více jak 5 % tělesného povrchu, II a III stupně s různou etiologií a věkovým rozmezím 18- 50 let. Tato kritéria byla stanovena po konzultaci s klinickým psychologem (je nezbytnou součástí interdisciplinárního týmu zajišťující léčebně ošetrovatelskou péči) s ohledem na obložnost oddělení, počtu ženské a mužské populace, produktivité a psychické zátěže popáleninového úrazu.

Písemný formulář anonymního dotazníku byl pro oba soubory respondentů na vyplnění časově neomezený. Po důkladném seznámení respondentů s dotazníkem a s instrukcemi potřebnými k jeho vypracování jsem se snažila zjistit:

1. Jaký názor mají respondenti na tuto metodu šetření.
2. Zda jsou schopni pochopit mnou podané instrukce k jeho vyplnění.

S pochopením této dotazníkové metody šetření se nevyskytl žádný problém, pouze v ojedinělých případech se pacienti dotazovali na možnost vložení vlastních slov do předem připravených odpovědí ve vlastní části dotazníkového šetření. Tuto možnost jsem nevyloučila, jejich vlastní interpretace psané do formátu použiji jako vhodné poznámky v rámci diskuze. Respondenti také nevyjádřili žádný negativní postoj k danému průzkumnému tématu ani k vypracovaným otázkám.

3.2.5. Aplikace dotazníkové metody

Formulář pro metodu dotazníkového šetření má celkem 2 části. (Příloha č. 7) V jeho úvodu měli respondenti vyplnit anamnestické údaje týkající se pohlaví (muž, žena), věku, způsobu úrazu (doma, pracovní úraz, dopravní úraz, cizím zaviněním a jinde s možností rozepsání), popálené části (hlava, krk, obličej, trup, záda, horní a dolní končetiny, hýždě a genitál) a příčinou úrazu (nedbalost, nepozornost, neznalost a jiné s možností doplnění). Respondenti podle instrukcí označili (zakroužkováním) své zvolené odpovědi s označením malým písmenem „a až f“. Dotazovaný věk a možnosti odpovědi „jinde“ a „jiné“ vyplňovali písemně rozepsáním.

Druhý úkol této dotazníkové metody spočíval ve vyplnění vlastní části dotazníku obsahující 15 nabídnutých otázek uzavřenou formou s možností odstupňování respondentova stanoviska (určitě ano, spíše ano, nejsem si jist/á, spíše ne a ne). Respondenti měli možnost

výběru z 5 nabídnutých odpovědí, které podle instrukcí označili (zakroužkovali) u příslušného čísla své zvolené odpovědi, vždy označeno 1 až 5, vždy pouze jednu variantu odpovědi. Vybrané odpovědi respondenti psali na levý okraj. Pokud si respondenti přáli vložit vlastní poznámky, psali je na okraj pravý.

3. 2. 6. Aplikace metody v rámci vlastního výzkumu

Před samotnou aplikací dotazníkového šetření se mi osvědčilo nejprve metodu důkladně vysvětlit, ukázat základní schéma, zdůraznit co metoda zkoumá a jaké má výhody. Respondenti byli upozorněni a ujištěni, že se nejedná o žádný test inteligence či jiné šetření znalostí a schopností. Dotazník náleží pouze k mým vlastním potřebám a to v souvislosti se samotným průzkumným šetřením. Tím jsme navzájem navázali určitou důvěru a měli k sobě blíže.

Snažila jsem se o to, aby zvolená témata zkoumání byla stanovena tak, aby obsáhla co nejvíce životních oblastí, kterých se popáleninový úraz přímo dotýká a se kterými se pacient během své hospitalizace setkává. Témata dotazníkových otázek byla rozdělena do oblastí týkající se:

- bolesti,
- kvality života,
- sebepojetí,
- náhledu,
- reakce okolí,
- soběstačnosti,
- plánů do budoucna,
- ošetrovatelské úlohy zdravotní sestry.

Každá ze zvolených témat jsou důležitá, proto jsem následné dotazníkové otázky plynoucí z těchto témat nerozdělovala na otázky hlavní a vedlejší. Tato zvolená témata jsem po důkladné konzultaci s klinickým psychologem upravila, co se týče znění otázek, aby byly co nejjednodušší pro vyplnění a srozumitelné. Vzhledem k náročnosti popáleninového úrazu bylo nutné, aby respondenti otázky dobře pochopili a neměli problém reprodukovat své odpovědi. Se zvolenými tématy respondenti problém neměli, někteří potřebovali více času na přemýšlení i přes to, že dotazník byl časově neomezený, některé výsledné odpovědi opravovali a v ojedinělých případech vložili vlastní poznámku.

Vyplněné dotazníky jsem vybírala od respondentů až po smlouveném znamení (použití signalizačního zařízení) a to výhradně do vlastních rukou. Z důvodu zabezpečení nemocných

a ochrany intimních informací byl dotazník anonymní. Respondenti v něm udávali pouze věk, pohlaví, způsob úrazu, popálené části a příčinu úrazu. Vzhledem k tomu, že dotazníkové šetření bylo časově neomezené, nelze přesně určit nejdější či nejkratší dobu na jeho vyplnění. Každý respondent přistupoval individuálně dle vlastních fyzických sil a možností. Vyhodnocení metody bylo zpracováno počítačovým programem Microsoft Word a Excel za použití matematických výpočtů, grafů, tabulek a ručního zpracování

3.3. Interpretace výsledků

Tato kapitola byla rozdělena na dvě podkapitoly: první ukazuje obecné informativní údaje o respondentech, druhá část provádí vyhodnocení zjištěných výsledků metodou dotazníkového šetření.

3.3.1. Identifikační údaje o respondentech

Identifikační údaje o respondentech jsem získala na základě sběru dat pomocí dotazníkové metody, kde respondenti uváděli pouze pohlaví, věk, způsob úrazu, popálené části a příčinu úrazu. Pro lepší orientaci jsem si u každého formuláře poznamenávala pro sebe dobu trvání hospitalizace, která do jisté míry ovlivňuje schopnost pacienta zvládat těžkou životní situaci způsobenou popáleninovým úrazem a následně i ovlivňuje uspokojování jeho bio-psycho- sociálních potřeb.

Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 60 respondentů bylo zastoupení mužů a žen rovnoměrné, 30 respondentů z řad žen (50 %) a 30 respondentů z řad mužů (50 %).

Tabulka č. 1- Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ženy	30	50 %
muži	30	50 %
celkem	60	100 %

Věk respondentů

Stanovená věková hranice pro dotazníkové šetření byla ve věku 18 až 50 let. Nejmladšímu respondentovi u obou souborů bylo 18 let, nejstaršímu 50 let. Toto věkové rozmezí bylo navrženo a posléze stanoveno podle návrhu klinického psychologa s ohledem na produktivnost tohoto věku a s tím i související průzkumná témata pro zpracování dotazníkových otázek (bolesti, kvality života, sebepojetí, náhledu, reakce okolí, soběstačnosti, plánů do budoucna).

Pokud by dotazníkové šetření probíhalo u mladších respondentů či naopak u starších respondentů důchodového věku, některé dotazníkové otázky výzkumného šetření by byly zavádějící či do jisté míry nepřiměřené věku.

Průměrný věk respondentů z řad žen (50 %) s popáleninovým úrazem byl 42 let, u respondentů z řad mužů (50 %) průměrný věk s popáleninovým úrazem představoval 34 let.

Tabulka č. 2- Průměrný věk respondentů

	Nejnižší věk	Nejvyšší věk	Průměrný věk
ženy	18	50	42
muži	18	50	34

Způsob úrazu

Nejčastější způsob vzniku popáleninového úrazu byl pro vybraný soubor zahrnující muže (50 %) a ženy (50 %) stejný. Nejčastějším způsobem vzniku popáleninového úrazu bylo samotné domácí prostředí. U respondentů z řad žen se jednalo o 63 %, u respondentů z řad mužů o 43 %. Výběr z možností způsobu vzniku popáleninového úrazu zahrnoval: domácí prostředí, pracovní úraz, dopravní úraz, cizím zaviněním či jinde.

Z dostupné dokumentace respondentů v průběhu dotazníkového šetření z řad žen a mužů potřebné ke stanovení kritérií výběru respondentů a k vlastnímu dotazníkovému šetření vyplynulo, že mezi nejčastější úrazy vzniklé doma pro oba soubory patřilo vaření, opaření horkými tekutinami, manipulace s elektrickými spotřebiči či elektrickými rozvody, poleptání v průběhu manipulace s louhy a kyselinami, pády na elektrické spotřebiče a pády do horké vody.

Druhý nejčastější způsob vzniku popáleninového úrazu byl opět pro obě skupiny respondentů stejný, jednalo se o pracovní úrazy. Mezi nejčastější pracovní úrazy vyplývající z dostupné dokumentace respondentů patřila profese kuchařů, poleptání louhy či kyselinami při jejich manipulaci, výbuchy v uzavřeném prostoru, manipulace s elektrickými spotřebiči či elektrickými rozvody. U respondentů z řad žen tento způsob popáleninového úrazu představoval 17 %, u respondentů z řad mužů 27 %.

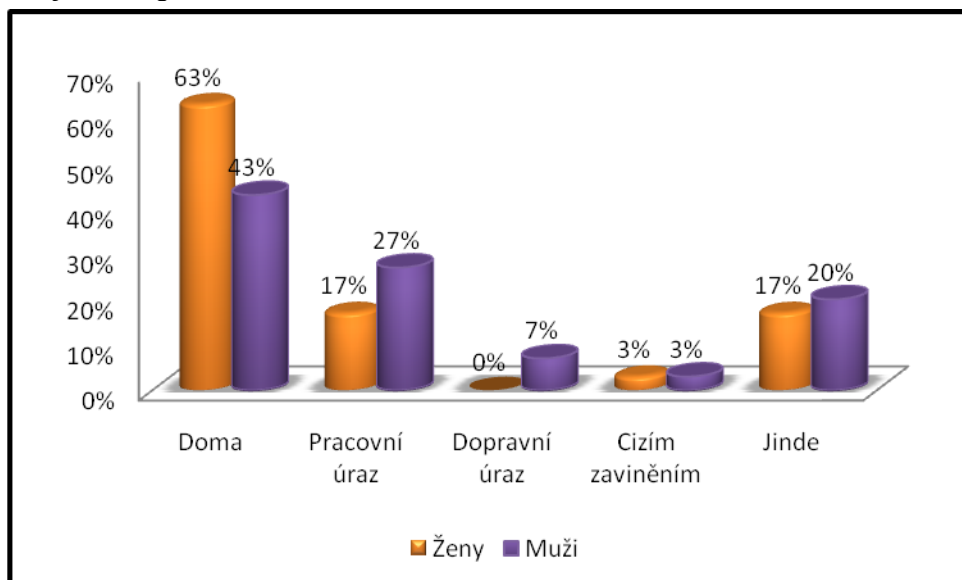
Mezi třetí nejčastější příčinu, opět shodnou pro oba soubory respondentů patřil vznik popáleninového úrazu v souvislosti s pobytem ve venkovním prostředí. Tato možnost byla označena jako „jinde“ s možností volného rozepsání. Zde se jednalo o pády do ohně a přilévání benzínu či tekutého lihu do ohně. U respondentů z řad žen představoval popáleninový úraz vzniklý v souvislosti s pobytem ve venkovním prostředí 17 %, u respondentů z řad mužů 20 %. Jak je zde uvedeno, druhý a třetí způsob popáleninového úrazu vzniklý jednak jako pracovní úraz a jinde má u žen stejné procento výskytu.

Mezi poslední způsoby vzniku popáleninového úrazu se zařadil u respondentů z řad žen způsob cizím zaviněním 3 %, kdy se jednalo o neopatrnost při manipulaci s ohněm druhou osobou. U respondentů z řad mužů zde převažovaly dopravní úrazy 7 % (popáleninový úraz je mnohdy součástí i polytraumatu) a cizím zaviněním 3 %, rovněž neopatrnou manipulací s otevřeným ohněm druhou osobou. Dopravní úraz neudala žádná respondentka.

Tabulka č. 3- Způsob úrazu

Způsob úrazu	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Doma	19	63 %	13	43 %
Pracovní úraz	5	17 %	8	27 %
Dopravní úraz	0	0 %	2	7 %
Cizím zaviněním	1	3 %	1	3 %
Jinde	5	17 %	6	20 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 1- Způsob úrazu



Popálené části

Stanovené části popálených oblastí pro dotazníkové šetření představovaly: hlava, krk a obličej, trup, záda, horní končetiny, dolní končetiny, hýždě a genitál.

Mezi nejčastější zasažené popálené oblasti těla respondentů v obou souborech (50 % žen a 50 % mužů) tvořily horní končetiny. U respondentů z řad žen představovaly zasažené plochy na horních končetinách 57 %, zbylé zasažené plochy zahrnující hlavu, krk a obličej, trup, záda, dolní končetiny, hýždě a genitál 43 %. U respondentů z řad mužů zaujímaly popálené části těla na horních končetinách 63 %, zbylé oblasti jako je hlava, krk a obličej, trup, záda, dolní končetiny, hýždě a genitál 37 %. Ve většině případů se nejednalo u respondentů z obou souborů jen o popáleninové úrazy horních končetin, převažovala kombinace různých zasažených oblastí těla, které zde byly uvedeny.

Tabulka č. 4- Popálené části

	Horní končetiny	Zbylé části těla
ženy	57 %	43 %
muži	63 %	37 %

Příčina úrazu

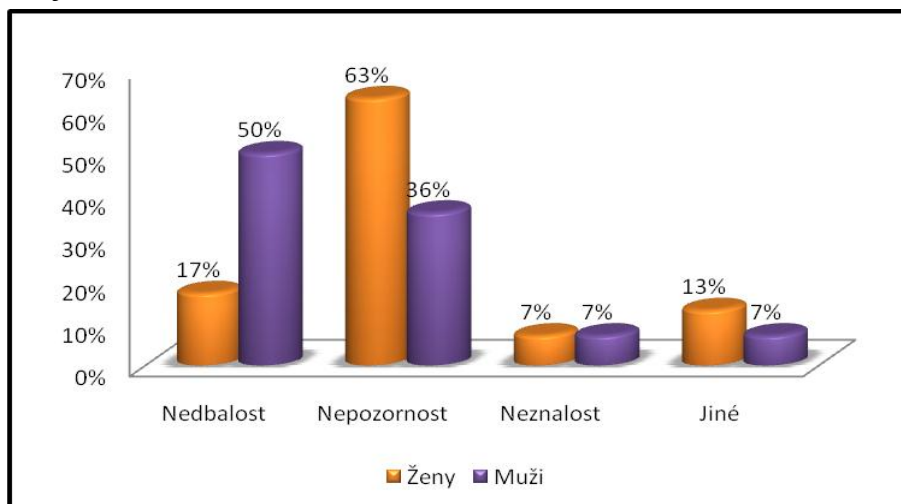
Základních příčin vzniku popáleninového traumatu bylo mnoho. Jasně z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejčastější příčinou popáleninového úrazu u respondentů z řad žen byla nepozornost 63 %, u respondentů z řad mužů nejčastější příčinou vzniku popáleninového úrazu byla nedbalost 50 %. U respondentů z řad žen následovala nedbalost 17 %, jiným způsobem 13 % a neznalost 7 %. U respondentů z řad mužů následovala nepozornost z 36 %, jiným způsobem a neznalostí po 7 %.

Dotazníkové šetření jasně ukázalo, jaký je velký rozdíl mezi oba soubory v příčině úrazu, ženy jsou mnohem více nepozorné, naopak u mužů ve většině případů ke vzniku popáleninového úrazu dochází vlastní nedbalostí. Mezi zmíněnou možností označenou jako jiné příčiny úrazu respondenti z obou souborů žen a mužů uváděli dle vlastních interpretací „mikrospánek, blbost, špatnou obuv, únavu, abusus alkoholu, epileptický záchvat, nemotornost, suicidium či vadu předmětu“.

Tabulka č. 5- Příčina úrazu

Příčina úrazu	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedbalost	5	17 %	15	50 %
Nepozornost	19	63 %	11	36 %
Neznalost	2	7 %	2	7 %
Jiné	4	13 %	2	7 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 2- Příčina úrazu



3.3.2. Metoda- interpretace výsledků

Předmětem této kapitoly bylo vyhodnocení informací zjištěných metodou dotazníkového šetření.

Hlavním smyslem a cílem bakalářské práce bylo vyhodnotit a popsat rozdílné vnímání a zvládání těžké životní situace mužů a žen u popáleninového traumatu. Rozdílnost je všeobecně dána dle mých vlastních dlouholetých zkušeností při poskytování léčebně ošetrovatelské péče v projevech (ženy více hovoří a popisují problémy), orientaci (ženy se orientují spíše k rodině a vztahům, muži k schopnosti pracovního zařazení) a rozložení (na sebe, na vztahy a na problémy). Přestože vnímání této rozdílnosti u popálených pacientů předchází dlouholeté zkušenosti, musíme si uvědomit, že každý pacient je zcela individuální osobnost, která přistupuje k tak závažnému úrazu vždy dle svých fyzických a psychických možností.

Respondentům ve stejném poměru 50 % (30) žen a 50 % (30) mužů v samotné průzkumné části dotazníkového šetření bylo písemnou formou uzavřených otázek s možností vystupňování respondentova stanoviska (určitě ano, spíše ano, nejsem si jist/á, spíše ne a ne) předloženo 15 otázek s možností výběru pouze jedné varianty z 5 odpovědí, označených 1 až 5. Zvolená témata průzkumu byla stanovena tak, aby obsáhla co nejvíce životních oblastí, kterých se popáleninový úraz přímo dotýká a se kterými se pacient během své hospitalizace setkává. Témata byla rozdělena do oblasti týkající se bolesti, kvality života, sebepojetí, náhledu, reakce okolí, soběstačnosti, plánů do budoucna a ošetrovatelské úlohy zdravotní sestry.

Jedním z předem stanovených kritérií k vývěru vhodných respondentů byl předpoklad odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu. Vzhledem k tomu, že v akutní psychické fázi popáleninového úrazu často dochází ke krizi v důsledku utrpení k drastickým změnám ve vztahu k okolí, k sobě i ke svému tělu, bylo vhodné dotazníky předložit dle individuálního stavu pacienta. Časové rozmezí akutní fáze popáleninového úrazu nebylo možno přesně určit, dotazníky jsem předkládala respondentům nejdříve po týdnu hospitalizace, pokud to jejich psychický a fyzický stav umožnil a pacient se cítil schopen dotazník vyplnit.

Dotazníková otázka č. 1

OVLIVŇUJE BOLEST ZPŮSOBENÁ ÚRAZEM NYNÍ VAŠE MYŠLENÍ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE?

Bolest, i když ji vnímáme jako něco nepříjemného, čemu se snažíme vyhnout, je však fyziologická informace o tom, že organismus není v pořádku, že je jeho integrita porušena. Samotné vnímání bolesti je silně subjektivní a jsou jedinci, kteří bolest snášejí, jiní jsou naopak velmi citliví. Adaptace na bolest je velmi nízká, prakticky neexistuje.

(Mourek, 2005)

Dotazníkové šetření ukázalo, že bolest způsobená popáleninovým úrazem ovlivnila myšlení v průběhu hospitalizace respondenty hlavně z řad žen. Dotazovaných 40 % žen odpovědělo spíše ano, určitě ano 33 %, spíše ne 17 % a ne 10 %. Nejsem si jistá jako odpověď neudala žádná respondentka. Šetřením u mužů bolest způsobenou popáleninovým úrazem jejich myšlení spíše neovlivní. Spíše ne odpovědělo 37 %, ne 30 %, určitě ano 23 %, spíše ano 10 % a nejsem si jist, neudal žádný respondent.

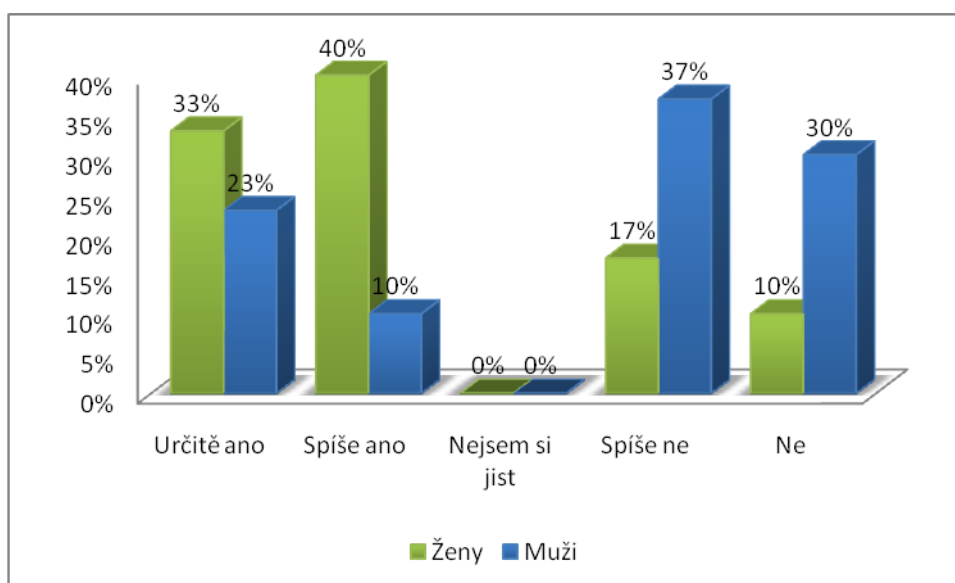
Z celkového počtu 60 respondentů, 50 % žen (30) a 50 % mužů (30) jasně vyplývá, že ženy jsou více vnímavější k bolesti a více si bolest uvědomují. Výsledné dotazníkové šetření zaměřené na tuto otázku vymezuje rozdílné vnímání popáleninového úrazu mezi respondenty z řad žen a mužů.

Popáleninové trauma patří k nejbolestivějším úrazům vedoucí i k trvalému poškození kůže i dalších orgánů, při větším rozsahu ohrožuje pacienta na životě. Pacient je znetvořen jizvami, často trpí bolestmi, úporným svěděním, trvalými následky jako jsou rozsáhlé hypertrofické či atrofické jizvy a kloubními kontrakturami. Proto patří k povinnostem nás zdravotníků dělat pro popálené pacienty vše, co je v našich silách a snažit se jejich utrpení, které prožívají velkou bolestivostí zmírnit.

Tabulka č. 6- Myšlení ovlivněné bolestí popáleninovým úrazem

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	10	33 %	7	23 %
Spíše ano	12	40 %	3	10 %
Nejsem si jist/á	0	0 %	0	0 %
Spíše ne	5	17 %	11	37 %
Ne	3	10 %	9	30 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 3- Myšlení ovlivněné bolestí popáleninovým úrazem



Dotazníková otázka č. 2

S DOSAVADNÍM ZPŮSOBEM ŽIVOTA PŘED POPÁLENINOVÝM ÚRAZEM JSTE BYL/A SPOKOJENÝ/Á?

Míra spokojenosti pacienta s dosavadním způsobem života před vznikem popáleninového úrazu do jisté míry ovlivňuje následnou léčebně ošetrovatelskou péči popáleninového úrazu. Pacient využívá své některé zdroje, které čerpá z rodiny, širší komunity, partnerských vztahů, materiálního zázemí, životních vzpomínek, schopnosti lidského kontaktu a schopnosti sdělovat pocity. Z dlouholetých zkušeností vyplývá, že pokud pacient nebyl spokojený s dosavadním způsobem života před vznikem popáleninového úrazu, hrozí zde možnost, že bude pacient negativně přistupovat jednak k léčebně ošetrovatelské péči ale i k samotnému ošetrovatelskému personálu což zkomplikuje celý léčebný proces. K úspěšnosti léčby popáleninového úrazu výrazně přispívá pozitivní přístup a pozitivní vztah pacienta k sobě samému. Pokud pacient k sobě a svému okolí přistupuje negativně, léčebný proces může být a bývá zbytečně prodloužen. Zde důležitou roli hraje klinický psycholog, který svými intervencemi se snaží zlepšit postoj samotného pacienta k sobě samotnému či k léčebně ošetrovatelské péči.

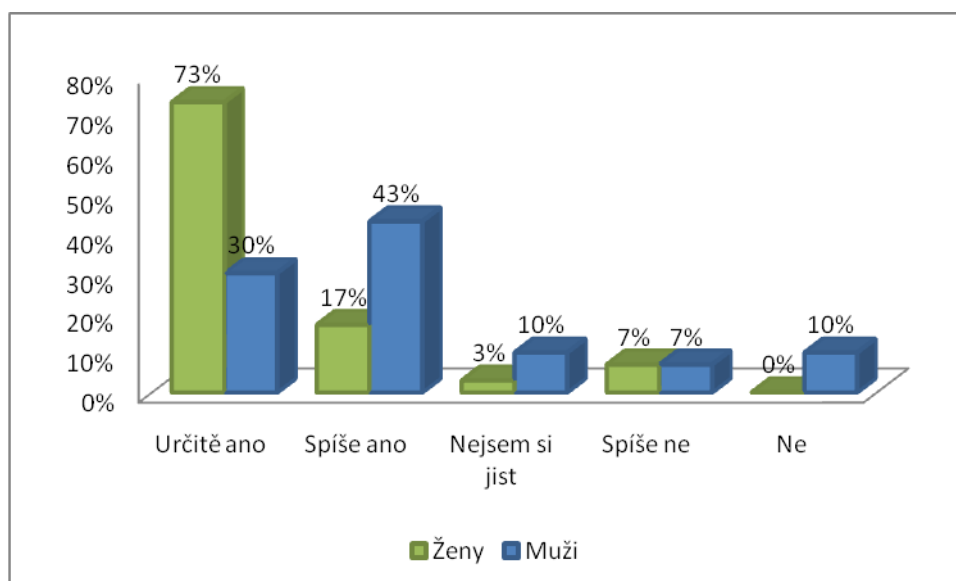
S dosavadním způsobem života před popáleninovým úrazem dotazníkové šetření ukázalo, že respondenti z řad žen a mužů byly spokojeni. Dotazovaných 73 % žen odpovědělo určitě ano, spíše ano 17 %, spíše ne 7 %, nejsem si jistá 3 % a ne 0 %. Dotazovaných 43 % mužů odpovědělo spíše ano, určitě ano 30 %, nejsem si jist a ne 10 % spíše ne 7 %. Výsledné

dotazníkové šetření zaměřené na tuto otázku vymezuje spokojenost u obou souboru respondentů kladně. Rozdílnost je dána pouze v procentovém vyjádření, kdy ženy v 73 % odpověděly určitě ano a muži spíše ano v 43 %.

Tabulka č. 7- Spokojenost s dosavadním způsobem života

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní Četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	22	73 %	9	30 %
Spíše ano	5	17 %	3	43 %
Nejsem si jist/á	1	3 %	3	10 %
Spíše ne	2	7 %	2	7 %
Ne	0	0 %	3	10 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 4- Spokojenost s dosavadním způsobem života



Dotazníková otázka č. 3

S VAŠÍM NYNĚJŠÍM VZHLEDEM PO ÚRAZE V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE JSTE SPOKOJENÝ/Á?

Každý následek poranění, zvláště popáleninového úrazu zanechává viditelné stopy na lidském těle a psychice. Nejzranitelnější částí tělového schématu je tvář. Je zranitelná tím, že je odhalena světu a sociálnímu okolí, což pro ženy znamená velkou psychickou újmu, pokud mají tuto část těla nějakým způsobem popáleninovým úrazem zasaženou. Dále podobnou zranitelností jsou poznamenány i ruce, které k sobě vážou estetický a kosmetický aspekt.

(Königová, Pondělíček, 1983)

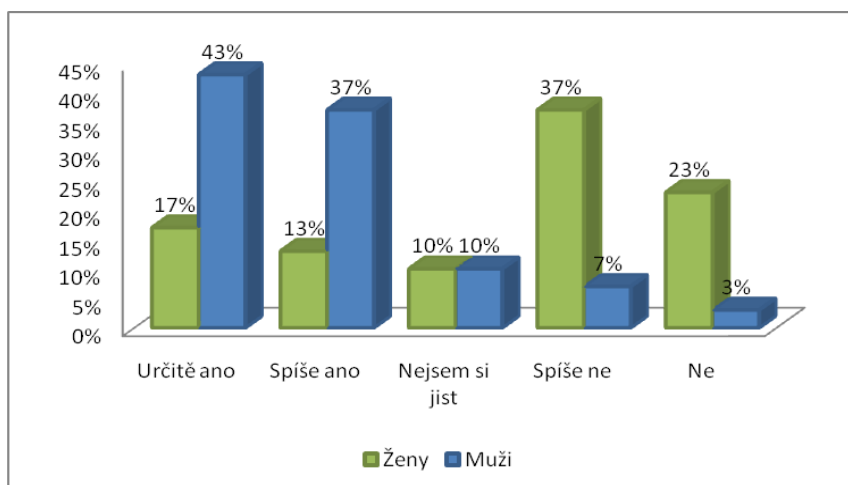
Tato položená otázka dotazníkového šetření byla jedna z těch, která řešila citlivé téma popáleninového úrazu, a proto bylo nutné dotazníkové šetření u respondentů zahájit až po odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu, kdy byl pacient psychicky a fyzicky stabilní, schopen posoudit svůj vzhled. Odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu bylo jedním ze stanovených kritérií pro výběr respondentů obou souborů.

Výsledné dotazníkové šetření zaměřené na tuto otázku značně vymezuje rozdílné vnímání popáleninového úrazu mezi respondenty z řad žen a mužů v souvislosti se spokojeností vlastního vzhledu jakožto následek popáleninového úrazu. Z celkového počtu 60 respondentů, 50 % žen (30) a 50 % mužů (30) jasně vyplývá, že ženy jsou více vnímavější k vlastnímu vzhledu v souvislosti s popáleninovým úrazem než muži. Dotazovaných žen odpovědělo 37 % spíše ne, 23 % ne, 17 % určitě ano, 13 % spíše ano a 10% si nebylo jistých. Mužů dotazovaných na spokojenost s vlastním vzhledem jako následkem popáleninového úrazu 43 % odpovědělo určitě ano, 37 % spíše ano, 10 % nejsem si jist, 7 % spíše ne a 3 % ne.

Tabulka č. 8- Spokojenost s nynějším vzhledem po úraze

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	5	17 %	13	43 %
Spíše ano	4	13 %	11	37 %
Nejsem si jist/á	3	10 %	3	10 %
Spíše ne	11	37 %	2	7 %
Ne	7	23 %	1	3 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 5- Spokojenost s nynějším vzhledem po úraze



Dotazníková otázka č. 4

JE NYNÍ OVLIVNĚNA POPÁLENINOVÝM ÚRAZEM VAŠE SEBEDŮVĚRA?

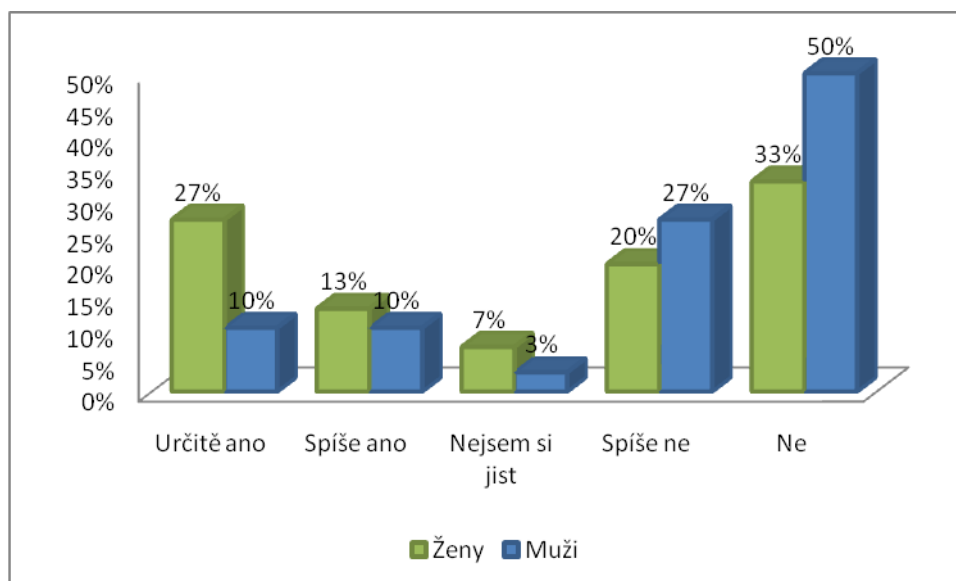
Pokud pacient nemá sebedůvěru v sám sebe a své schopnosti, těžko se bude vyrovnávat s následky popáleninového úrazu, které představují jednak částečné fyzické omezení, kosmetické a funkční změny, hrozící možnost sociální izolace či dlouhodobé vyřazení z pracovního procesu. Zdravá sebedůvěra je rovněž důležitým článkem, který souvisí s úspěšnou léčebně ošetrovatelskou péčí s následným obdobím rekonvalescence.

Sebedůvěra ovlivněná následkem popáleninového úrazu u 33 % žen nebyla, odpověděly ne, 27 % určitě ano, 20 % spíše ne, 13 % spíše ano a 7 % uvedlo, nejsem si jistá. Přestože převážná část žen (33 %) uvedla, že nebyla jejich sebedůvěra ovlivněná popáleninovým úrazem, dalších 27 % uvedlo určitě ano. Z výsledného šetření jasně vyplývá, že každá žena přistupovala k popáleninovému úrazu zcela individuálně dle svého psychického a fyzického stavu v průběhu hospitalizace a vlastních kompenzačních schopností. U mužů 50 % dotazovaných odpovědělo ne, 27 % spíše ne, 10 % určitě ano, 10 % spíše ano a 3 % nejsem si jist. Dotazovaní muži v průběhu hospitalizace problém s vlastní sebedůvěrou způsobenou popáleninovým úrazem neměli. Výsledné dotazníkové šetření zaměřené na tuto otázku vymezuje rozdílné vnímání popáleninového úrazu mezi respondenty z řad žen a mužů.

Tabulka č. 9- Ovlivnění sebedůvěry po úrazu

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	8	27 %	3	10 %
Spíše ano	4	13 %	3	10 %
Nejsem si jist/á	2	7 %	1	3 %
Spíše ne	6	20 %	8	27 %
Ne	10	33 %	15	50 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 6- Ovlivnění sebedůvěry po úraze



Dotazníková otázka č. 5

S VAŠÍM SOUČASNÝM CELKOVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM BĚHEM HOSPITALIZACE JSTE SPOKOJENÝ/Á?

Původně jsem se obávala, aby tato dotazníková otázka nebyla pro respondenty zavádějící či problematická. Dotazníkovou otázku na téma zdravotní stav jsem cíleně označila „S Vaším celkovým zdravotním stavem“.

Zdravotní stav pacientů je ve většině případů popáleninovým úrazem ovlivněn, což se odráží na jejich celkovém zdravotním stavu a pacienti si to mnohdy ani neuvědomují. Pacienti si svůj zdravotní stav ovlivněný popáleninovým úrazem uvědomují až ve fázi doléčení, kdy je potřebná jejich spolupráce v rámci léčebně ošetrovatelského procesu a rehabilitace, kdy je pacient zapojen do běžných denních činností. Než jsou pacienti propuštěni do domácí péče, musí být v rámci možností co nejvíce soběstační v oblasti hygieny, stravování, oblékání a zvládání běžných manuálních úkonů. Nejenže uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta je jedním z úkolů interdisciplinárního týmu v souvislosti s léčebně ošetrovatelskou péčí, ale na zvládání běžných denních činností se musí podílet i samotný pacient.

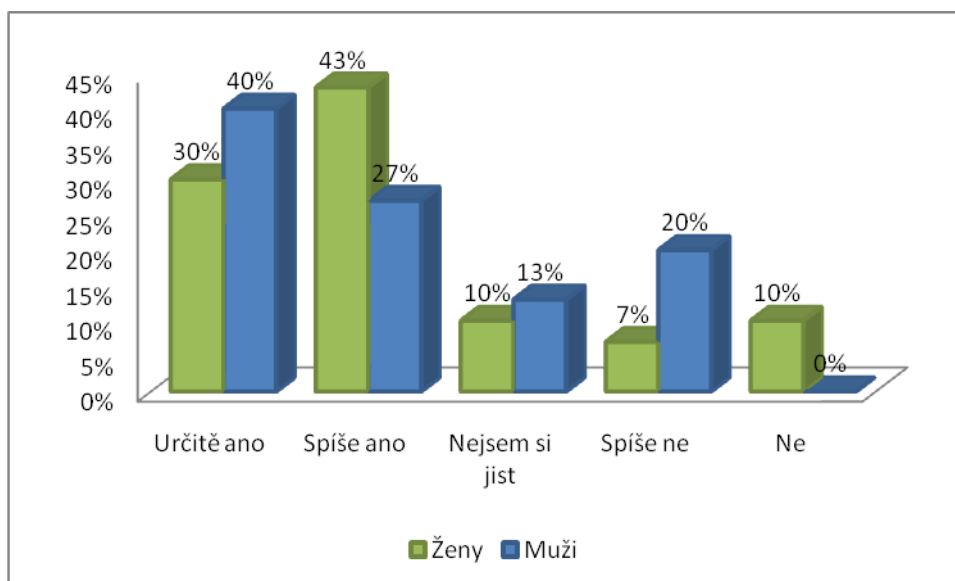
Dotazníkové šetření naopak ukázalo, že se současným celkovým zdravotním stavem v průběhu hospitalizace byli respondenti z řad žen a mužů spokojeni. Respondentky výslednými 43 % odpověděly spíše ano, 30 % určitě ano, 10 % nejsem si jistá, 10 % ne a 7 % uvedlo spíše ne. Muži výslednými 40 % odpověděli určitě ano, 27 % spíše ano, 20 % spíše ne, 13 % nejsem si jist a 0 % ne.

Přestože dotazníkové šetření proběhlo u respondentů až po odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu, která byla u každého respondenta individuální, bylo by vhodnější tuto otázku položit respondentům z řad žen a mužů spíše na začátku a konci hospitalizace. Mnohdy si pacienti svůj zdravotní stav ovlivněný popáleninovým úrazem uvědomují až ve fázi doléčení, kdy je potřebná jejich spolupráce v rámci léčebně ošetrovatelského procesu a rehabilitace, kdy je pacient zapojen do běžných denních činností.

Tabulka č. 10- Spokojenost s celkový zdravotním stavem

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	9	30 %	12	40 %
Spíše ano	13	43 %	8	27 %
Nejsem si jist/á	3	10 %	4	13 %
Spíše ne	2	7 %	6	20 %
Ne	3	10 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 7- Spokojenost s celkovým zdravotním stav



Dotazníková otázka č. 6

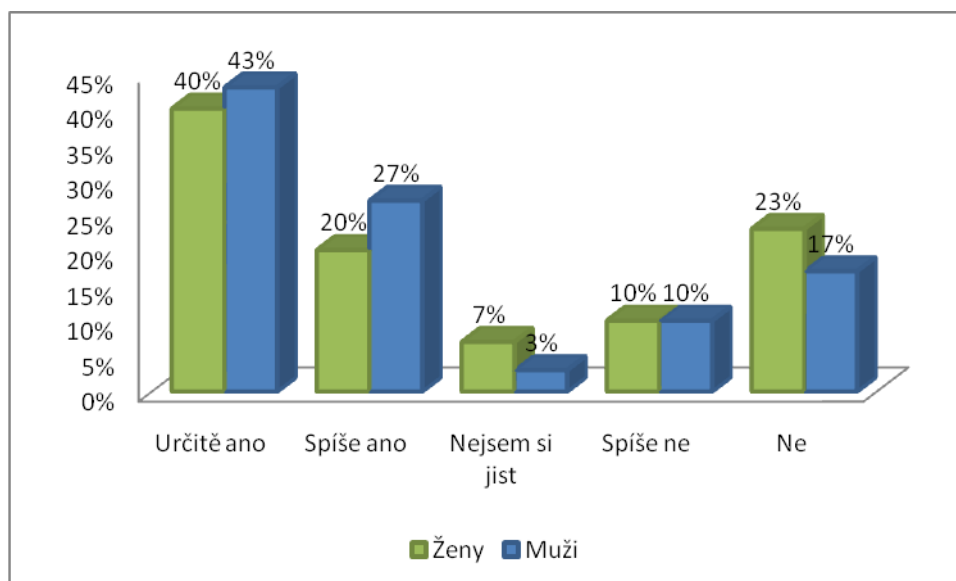
VNÍMÁTE OMEZENOU SOBĚSTAČNOST VZNIKLOU POPÁLENINOVÝM ÚRAZEM V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE?

Omezenou soběstačností jako následkem popáleninového úrazu trpí většina pacientů. Omezenost je dána jednak elevací jednotlivých postižených končetin, zaujmutím léčebné polohy či nutností dodržení klidového režimu v souvislosti s operativním výkonem. Následkem omezené soběstačnosti vzniká do určité míry problém s uspokojováním základních potřeb pacientů, mezi které patří hygiena, stravování, oblékání, hygiena lůžka a zájmové činnosti. Ke každému pacientovi musíme přistupovat holisticky, jelikož každý pacient snáší omezenou soběstačnost individuálně, jinak reaguje a jiným způsobem přistupuje k omezené soběstačnosti. Mnohdy se zdravotnický personál setká s negativním postojem vůči sobě samému či léčebně ošetrovatelské péči, trpělivým přístupem se snažíme pacientovi dopomoci. Na otázku vnímání omezení soběstačnosti v průběhu hospitalizace následkem popáleninového úrazu oba soubory respondentů z řad žen a mužů reagovaly shodně. Určitě ano odpovědělo 40 % žen a 43 % mužů. U žen následovala odpověď 23 % ne, 20 % spíše ano, 10 % spíše ne a odpověď nejsem si jistá udalo 7 %. U mužů následovala odpověď 27 % spíše ano, 17 % ne, 10 % spíše ne a 3% nejsem si jist. Mezi základní priority léčebně ošetrovatelské péče u popálených pacientů je snaha o pacientův návrat k běžným denním činnostem a uspokojování jeho základních bio psycho sociálních potřeb.

Tabulka č. 11- Omezená soběstačnost

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	12	40 %	13	43 %
Spíše ano	6	20 %	8	27 %
Nejsem si jist/á	2	7 %	1	3 %
Spíše ne	3	10 %	3	10 %
Ne	7	23 %	5	17 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 8- Omezená soběstačnost



Dotazníková otázka č. 7

**MÁTE POCIT, ŽE ZATĚŽUJETE SVÝM ÚRAZEM VAŠE NEJBLIŽŠÍ OKOLÍ?
(RODINU, PARTNERY, PŘÍBUZNÉ, PŘÁTELE)**

Dlouholeté zkušenosti z praxe přinášejí poznatky, že jakýkoliv popáleninový úraz ovlivňuje vztah rodiny, příbuzných či přátel k pacientovi. Pacienta v prvotních dnech vidí

s obvazy, omezenou soběstačností i psychicky nestabilní. Podrobnou neznalostí popáleninové problematiky se jim stav jejich příbuzného zdá mnohdy horší než ve skutečnosti je, špatně sami vnímají popáleninový úraz, mají strach, projevují se úzkostí či přecitlivělou péčí. To vše se odráží ve vztahu k pacientovi, který může trpět výčitkami za svůj vzniklý stav způsobeným právě popáleninovým úrazem. Pokud se jedná o vyhrocenou situaci, kdy příbuzní svým přístupem či přítomností mohou narušit léčebně ošetrovatelský proces, je nutná konzultace s klinickým psychologem s následnými intervencemi.

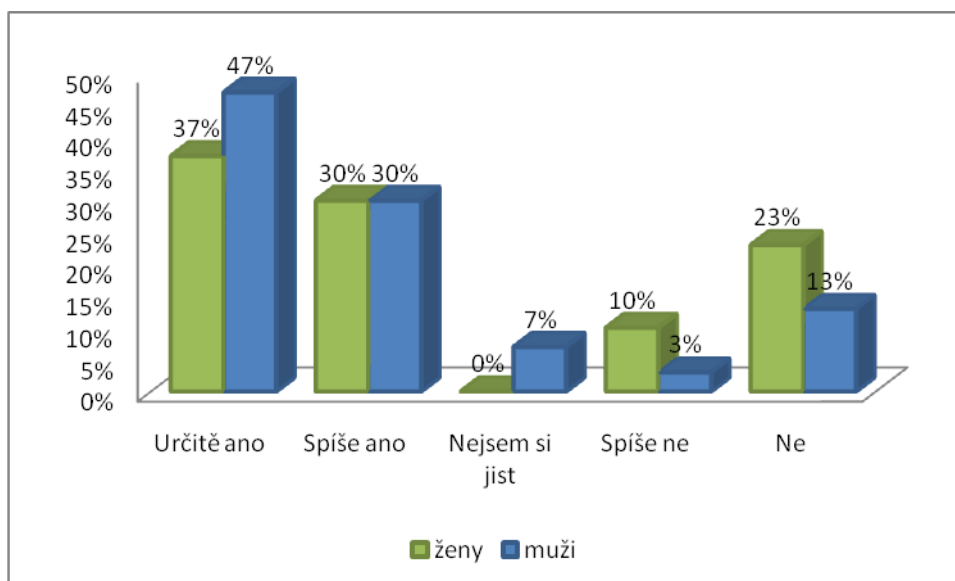
Zatížením pacientova nejbližšího okolí popáleninovým úrazem se oba soubory respondentů opět shodly. Oba soubory se domnívají, že svým popáleninovým úrazem s následnou hospitalizací, omezenou soběstačností, uspokojováním základních biologických potřeb a změnou vzhledu výrazně ovlivňují vztah ke svému nejbližšímu okolí.

Své nejbližší okolí zatěžuje popáleninovým úrazem dle šetření 37 % žen odpovědí určitě ano, 30 % spíše ano, 23 % ne, 10 % spíše ne a 0 % si nebyly jisté. Muži zatěžovali své nejbližší okolí popáleninovým úrazem 47 % odpovědí určitě ano, 30 % spíše ano, 13 % ne, 7 % si nebyli jisti a 3 % spíše ne.

Tabulka č. 12- Zátěž okolí úrazem

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	11	37 %	14	47 %
Spíše ano	9	30 %	9	30 %
Nejsem si jist/á	0	0 %	2	7 %
Spíše ne	3	10 %	1	3 %
Ne	7	23 %	4	13 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf 9- Zátěž okolí úrazem



Dotazníková otázka č. 8

POSKYTUJE VÁM RODINA ČI PŘÁTELE PSYCHICKOU PODPORU V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE?

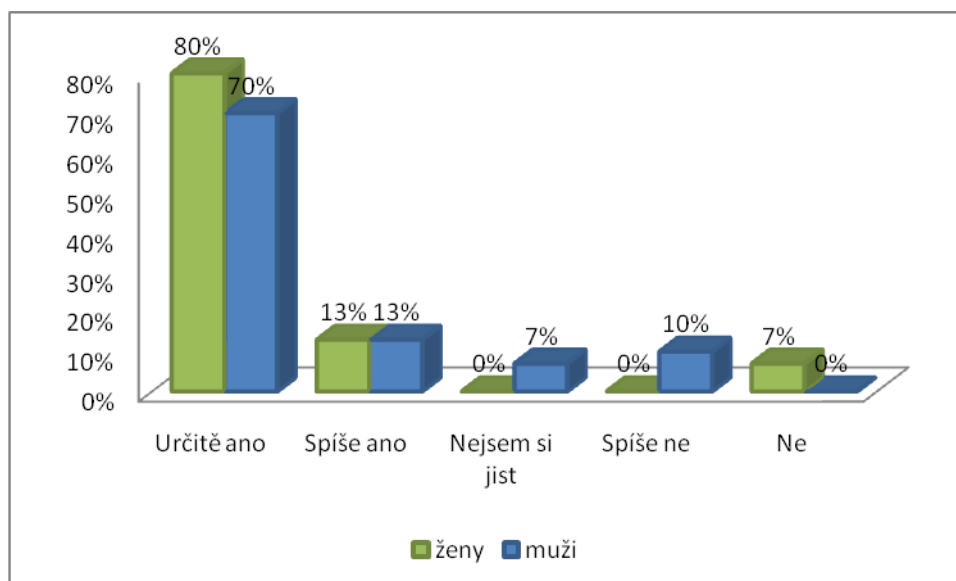
V předchozí průzkumné otázce bylo sice uvedeno, že může dojít až k vyhocené situaci ve vztahu pacienta a jeho příbuzných v souvislosti s následkem popáleninového úrazu, skoro ale ve všech případech pacientů psychická podpora rodiny a přátel je velmi důležitá a pro samotného pacienta přínosná.

Popáleninový úraz nezasáhne do života jen samotného pacienta, ale i jeho okolí, proto je nutné pracovat i s rodinnými příslušníky či dalšími lidmi, kteří pacienta navštěvují a jsou pro něho důležití. Zvláště přímí rodinní příslušníci jako jsou děti, rodiče či partneři jsou velkou oporou a motivací v průběhu léčebně ošetrovatelské péče, ve fázi rekonvalescence a návratu do sociálního prostředí. Psychickou podporu rodiny či přátel v průběhu hospitalizace ocenili respondenti obou souborů, ženy i muži jen v malém rozdílu procentového vyjádření. Rodina či přátelé poskytují ženám psychickou podporu 80 % odpovědí určitě ano, 13 % spíše ano, 7 % ne, a 0 % si nebylo jistá a ne. Podporu ze strany rodiny či přátel ocenilo kladně 70 % mužů odpovědí určitě ano, 13 % spíše ano, 10 % spíše ne, 0 % ne a nejsem si jist. Jestliže dojde k situaci, kdy pacient není psychicky stabilní, má problémový vztah k rodině či příbuzným, léčebně ošetrovatelská péče může být ohrožena. Pacient nemá kde čerpat ze svých zdrojů, převažuje negativismus a celkový zdravotní stav se může zhoršit, což prodlužuje proces hojení ran s následným rekonvalescenčním obdobím.

Tabulka č. 13- Psychická podpora rodiny či přátel

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	24	80 %	21	70 %
Spíše ano	4	13 %	4	13 %
Nejsem si jist/á	0	0 %	2	7 %
Spíše ne	0	0 %	3	10 %
Ne	2	7 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 10- Psychická podpora



Dotazníková otázka č. 9

OBÁVÁTE SE PŘIJETÍ SVÉHO SOUČASNÉHO VZHLEDU JAKO NÁSLEDEK POPÁLENINOVÉHO ÚRAZU VAŠÍM OKOLÍM? (DOMA, V PRÁCI, MEZI PŘÁTELI, NA ULICI)

Mezi dotazníkové otázky, které řešily citlivé téma popáleninového úrazu i s jeho následky se řadila i tato výzkumná otázka týkající se obav z přijetí vlastního vzhledu, který je

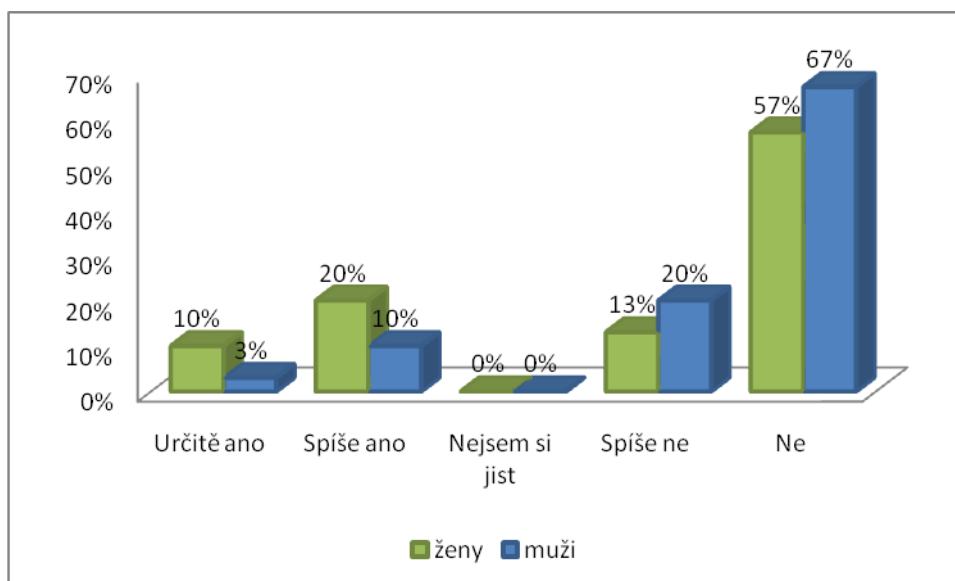
změněn popáleninovým úrazem. Bylo nutné dotazníkové šetření u respondentů zahájit až po odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu, kdy byl pacient psychicky a fyzicky stabilní, schopen posoudit svůj vzhled.

Výsledné šetření však ukázalo, že ne odpovědělo 57 % žen a 67 % mužů. Přestože jsem v úvodu samotné interpretace výsledků uvedla, že rozdílnost ve vnímání a zvládání těžké životní situace u popáleninového traumatu je dána rozdílným rozložením u žen, které se orientují spíše na sebe ve smyslu i vzhledu, výsledná procenta udávají jiný názor. Očekávala jsem, že přijetí vlastního vzhledu bude pro respondentky velký problém, jen 20 % odpovědělo spíše ano. Zbýlých 13 % spíše ne, 10 % určitě ano a 0 % si nebylo jistých. Muži reagovali stejným názorem, 67 % uvedlo jako odpověď ne, 20 % spíše ne, 10 % spíše ano, 3 % určitě ano a nejsem si jist 0 %. Názor na obavu přijetí vlastního vzhledu následkem popáleninového úrazu okolím muži naopak celkově nepotvrdili. Odpověď ne u žen byla sice více procentuálně vyjádřena (57 %), určité procento ale reagovalo odpovědí určitě a ne a spíše ano což dokazuje, že možná obava z přijetí vlastního vzhledu u žen přeci je. Pokud mají pacienti popálený obličej, hlavu či krk, rozsah a hloubka postižení to vyžaduje, mají tyto oblasti zavázané a určitý čas nevidí. Kdyby byl dotazník předložen na začátku a ke konci hospitalizace, respondenti by možná reagovali jinak.

Tabulka č. 14- Obavy z přijetí vzhledu po úraze

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	3	10 %	1	3 %
Spíše ano	6	2 %	3	10 %
Nejsem si jist/á	0	0 %	0	0 %
Spíše ne	4	13 %	6	20 %
Ne	17	57 %	20	67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 11- Obavy z přijetí vzhledu po úraze



Dotazníková otázka č. 10

OBÁVÁTE SE BUDOUCNOSTI PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE?

Budoucnost pacientů, kteří jsou hospitalizováni na Klinice popáleninové medicíny v Praze může ale nemusí být pro samotné následky popáleninového úrazu ovlivněna. Vždy záleží na individuálním přístupu samotného pacienta, na jeho schopnosti kompenzačních mechanismů v zátěžové situaci, jeho míře sebevědomí, psychické a fyzické stability.

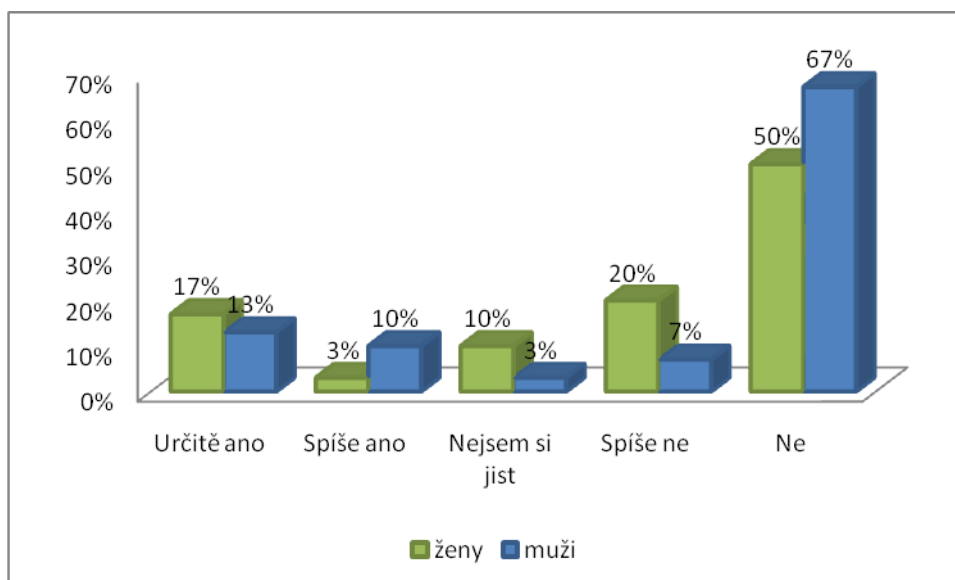
Pokud má pacient dostatečné rodinné zázemí, byl před vznikem popáleninového úrazu spokojený se svým způsobem života a je dostatečně schopný se vyrovnat se změnou svého vzhledu jako následkem popáleninového úrazu, nebude mít problém nahlížet v průběhu hospitalizace do blízké budoucnosti kladně.

Budoucnosti po propuštění z nemocnice se neobávali respondenti z obou souborů. Větší procentuální podíl jasné odpovědi ne uvedlo 67 % mužů s následnými 13 % odpovědí určitě ano a 10 % spíše ano, 7 % spíše ne a 3 % nejsem si jist. U žen odpovědělo ne 50 %, spíše ne 20 %, určitě ano 17 %, nejsem si jistá 10 % a spíše ano 3 %. Náznak rozdílného vnímání zde byl potvrzen.

Tabulka č. 15- Obavy z budoucnosti

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	5	17 %	4	13 %
Spíše ano	1	3 %	3	10 %
Nejsem si jist/á	3	10 %	1	3 %
Spíše ne	6	20 %	2	7 %
Ne	15	50 %	20	67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 12- Obavy z budoucnosti



Dotazníková otázka č. 11

OMEZÍ NÁSLEDKY POPÁLENINOVÉHO ÚRAZU ZVLÁDÁNÍ VAŠICH OBVYKLÝCH ČINNOSTÍ PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE? (ČINNOST V DOMÁCNOSTI, ZAMĚSTNÁNÍ, KONÍČKY)

Před vlastním propuštěním pacienta do domácí péče je nezbytnou součástí léčebně ošetrovatelské péče zdravotního personálu včetně zdravotních sester a fyzioterapeutů navrátit pacienta k jeho soběstačnosti a sociální interakci.

V úvodní fázi popáleninového úrazu pečovatelskou úlohu zaměřenou na zvládnutí obvyklých činností pacienta přebírá ošetrovatelský personál s fyzioterapeuty. Ošetrovatelský personál dopomáhá pacientovi zvládnout hygienu, oblékání, úpravu lůžka, stravování či užití kompenzačních pomůcek. Po zvládnutí a odeznění akutní fáze, kdy to fyzický stav pacienta umožní, tuto úlohu přebírá samotný pacient s naší dopomocí a odborným dohledem.

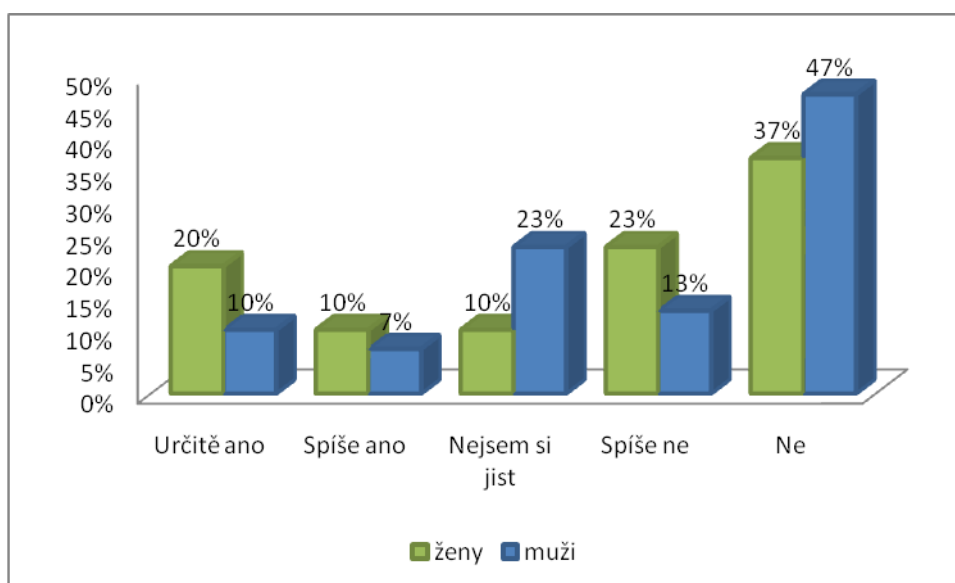
Jak bylo uvedeno již výše, pacient před propuštěním do domácí či následné lázeňské péče musí být schopen zvládnout sebeobsluhu a sepepečí. Při propuštění je pacient řádně edukován jak o sebe a zhojené plochy pečovat slovní tak i písemnou formou. (Příloha č. 8)

Problém s omezeným zvládnutím obvyklých činností po propuštění do domácí péče shodně respondenti neudali. U žen ne odpovědělo 37 %, spíše ne 23 %, určitě ano 20 %. Spíše ano a nejsem si jistá udalo 10 %. Větší podíl odpovědi je sice 37 % ne, ale určité procento (20 %) odpovědělo určitě ano. Z dotazníkového šetření vyšlo, že určité procento žen se obávalo omezení obvyklých činností po propuštění do domácí péče týkající se například domácí činnosti. Výsledná šetření zabývající se touto problematikou u mužů udávalo sice 47 % odpovědi ne, ale 23 % nejsem si jist. Zde vyplynulo, že určité procento mužů na rozdíl od žen, které se obávaly omezení obvyklých činností po propuštění do domácí péče, si nejsou jisti, zda omezí následky popáleninového úrazu po propuštění do domácí péče jejich zvládnutí obvyklých činností týkajících se například koníčků. Zbýlých 13 % odpovědělo spíše ne, 10 % určitě ano a 7 % spíše ano.

Tabulka č. 16- Omezení činností následkem úrazu

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	6	20 %	3	10 %
Spíše ano	3	10 %	2	7 %
Nejsem si jist/á	3	10 %	7	23 %
Spíše ne	7	23 %	4	13 %
Ne	11	37 %	14	47 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 13- Omezení činností následkem úrazu



Dotazníková otázka č. 12

BUDETE SCHOPNÝ/Á V BUDOUCNU FINANČNĚ ZAJISTIT RODINU PO PROPUŠTĚNÍ?

Jakékoliv dlouhodobé onemocnění, závažná choroba či úraz, které vyžadují pracovní neschopnost, je určitým rizikem a problémem v oblasti finančního zajištění pacienta nebo jeho rodiny. Vzhledem k tomu, že popáleninový úraz vyžaduje delší dobu hospitalizace s následnou rekonvalescencí, kdy pacient dochází na ambulantní kontroly stavu zhojených ploch či následným lázeňským pobytem, představuje pro pacienta dlouhodobou finanční ztrátu, která ovlivní do určité míry životní úroveň pacienta a jeho rodiny.

Pracovní neschopnost u popálených pacientů se uzavírá až po úplném zhojení ploch a fyzické schopnosti pacienta vykonávat pracovní činnost. Toto období je u každého pacienta zcela individuální, může se jednat o řády týdnů až měsíců.

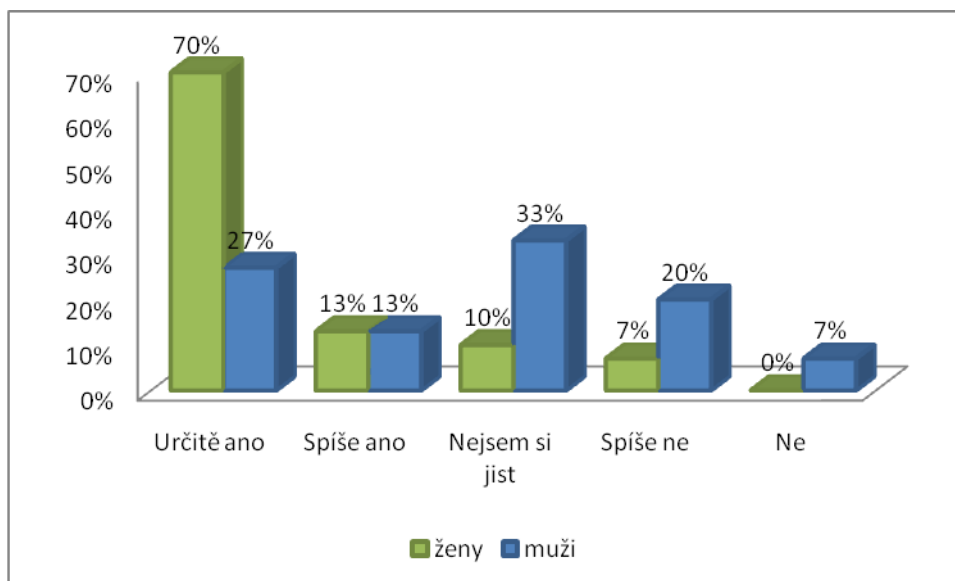
Dotazníkové šetření zaměřené na otázku finanční situace ukázalo, že celých 33 % mužů si nejsou jisti, zda finančně budou schopni v budoucnu zajistit rodinu po propuštění. Zbýlých 27 % mužů dále odpovědělo určitě ano, 20 % spíše ne, 13 % spíše ano a 7 % ne. Ženy si jsou 70 % jisté, že určitě ano, 13 % spíše ano, 10 % si nebyly jisté, 7 % spíše ne a 0 % ne. Výsledné dotazníkové šetření zaměřené na tuto otázku ohledně finanční situace značně vymezuje rozdílné vnímání popáleninového úrazu mezi respondenty z řad žen a mužů v souvislosti s budoucí schopností finančního zabezpečení rodiny. Přestože muži jednoznačně

neodpověděli určitě ano či spíše ano, celých 33 % respondentů mají obavy o svojí finanční situaci, nejsou si jisti.

Tabulka č. 17- Schopnost finančního zajištění po propuštění

	Ženy		Muži	
Finance	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	21	70 %	8	27 %
Spíše ano	4	13 %	4	13 %
Nejsem si jist/á	3	10 %	10	33 %
Spíše ne	2	7 %	6	20 %
Ne	0	0 %	2	7 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet		60 respondentů		

Graf č. 14- Schopnost finančního zajištění po propuštění



Dotazníková otázka č. 13

MYSLÍTE SI, ŽE MÁTE JISTOU BUDOUCNOST VE VAŠEM ZAMĚSTNÁNÍ PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE?

Motivačním prostředkem po pacienty v průběhu léčebně ošetrovatelského procesu může být i samotná jistota toho, že po propuštění z nemocniční péče do domácího ošetření či

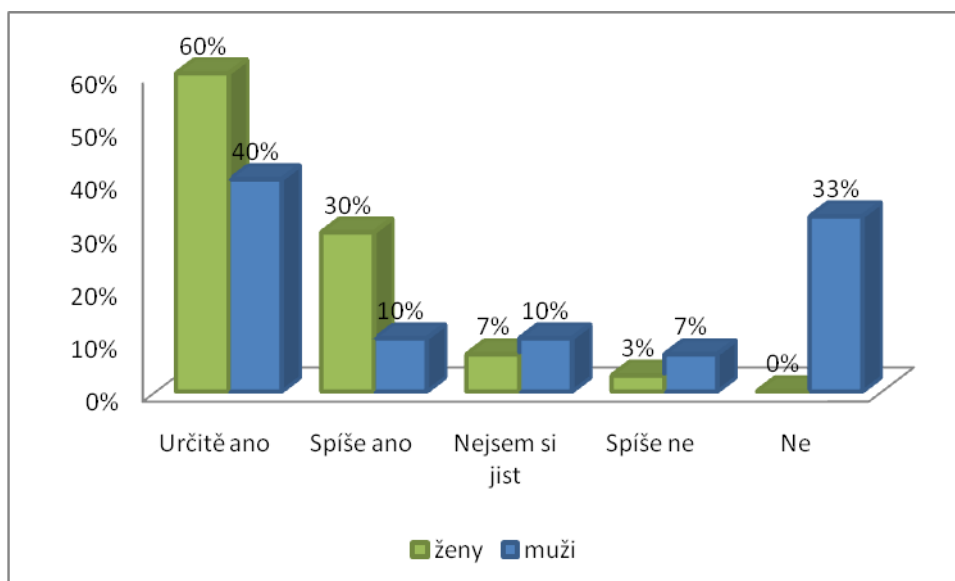
následné lázeňské péče má pacient jistotu svého dosavadního zaměstnání. Může se vrátit ke své profesi, mezi kolegy, finančně zajistit sebe a rodinu, realizovat své plány či touhy.

Některé popáleninové úrazy jsou ale úrazy pracovní, kdy může dojít neopatrnou manipulací, nepozorností či nedbalostí ke vzniku újmy na zdraví i s trvalými následky, což je pro pacienta značně demotivující, bývá ohrožena jeho existenční situace. Pokud je pacient v kontaktu se svými kolegy z práce či zaměstnavatelem, pozitivně to může ovlivnit jeho náhled do budoucna. S jistotou v zaměstnání po propuštění do domácí péče podle dotazníkového šetření počítalo 60 % žen, odpověděly určitě ano, 30 % spíše ano, 7 % si nebyly jisté, 3 % spíše ne a 0 % ne. Muži uvedli 40 % určitě ano ale 33 % ne. Je to o 20 % méně než u žen s odpovědí určitě ano a o 33 % více než u žen s odpovědí ne. Přestože se oba soubory respondentů shodly na odpovědi určitě ano, rozdílnost ve vnímání a zvládnutí popáleninového úrazu byla jistá. Dotazovaní muži více přemýšlí nad vlastní budoucností v zaměstnání po propuštění do domácí péče, trpí většími obavami nad návratem a vlastní pracovní schopností v zaměstnání. Následně 10 % mužů udalo spíše ano a nejsem si jist, 7 % spíše ne.

Tabulka č. 18- Jistota zaměstnání v budoucnosti

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	18	60 %	12	40 %
Spíše ano	9	30 %	3	10 %
Nejsem si jist/á	2	7 %	3	1 %
Spíše ne	1	3 %	2	7 %
Ne	0	0 %	10	33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 15- Jistota zaměstnání v budoucnosti



Dotazníková otázka č. 14

JSTE NYNÍ SCHOPNÝ/Á CELKOVĚ POSODIT VAŠI OČEKÁVANOU KVALITU ŽIVOTA PO PROPUŠTĚNÍ? (KVALITA TÝKAJÍCÍ SE ZDRAVÍ, PROFESE, FINANČNÍ SITUACE, VOLNÉHO ČASU, PARTNERSTVÍ, VZTAHU K SOBĚ, SEXUALITĚ, PŘÁTELŮM, BYDLENÍ)

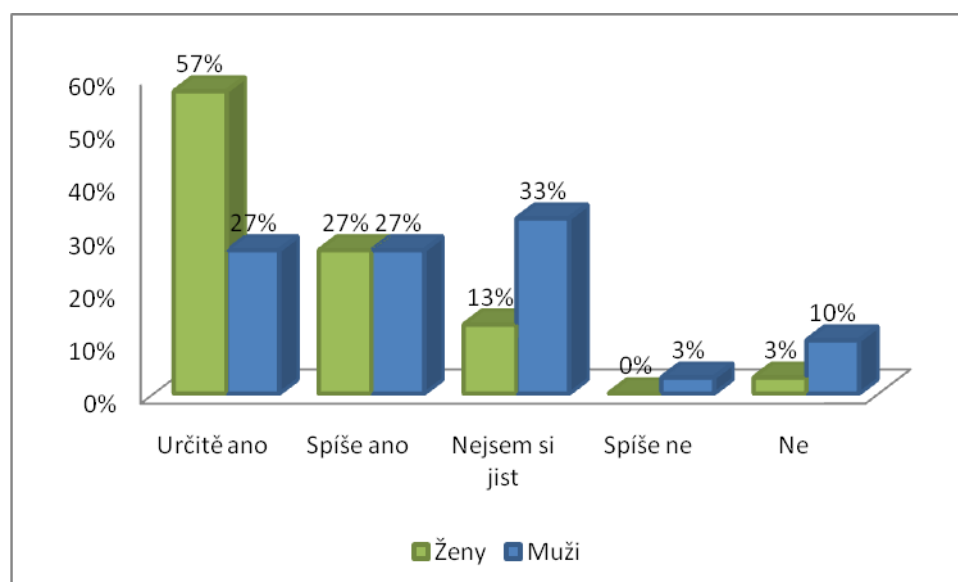
U pacientů pod vlivem popáleninového úrazu se zvýší izolace od společnosti, mění se jejich hodnotový systém a životní styl. Člověk po závažném popáleninovém traumatu spojeným se změnou vzhledu těla a dalšími potížemi přehodnocuje své vlastní sebepojetí a sebekoncepci. Velmi záleží na síle osobnosti, jakým způsobem se s novou skutečností vyrovná.

Posoudit očekávanou kvalitu života po propuštění v souvislosti s vlastním zdravím, profesí, finanční situací, volného času, partnerství, vztahu k sobě, sexualitě, přátelům a bydlení bylo schopno 57 % žen odpovědí určitě ano, 27 % spíše ano, 13 % si nebyly jisté a 3 % ne. Spíše ne udalo 0 % dotazovaných žen. Respondenti z řad mužů reagovali jinak. Dotazovaných 33 % odpovědělo, že si nebyli jisti, 27 % určitě ano a spíše ano, 10 % ne a 3 % spíše ne. Výsledné dotazníkové šetření zaměřené na tuto otázku značně vymezuje rozdílné vnímání popáleninového úrazu mezi respondenty z řad žen a mužů v souvislosti s posouzením očekávané kvality života po propuštění. Muži více přemýšlí nad vlastním zdravím, profesí, finanční situací a volného času.

Tabulka č. 19- Posouzení kvality života po propuštění

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	17	57 %	8	27 %
Spíše ano	8	27 %	8	27 %
Nejsem si jist/á	4	13 %	10	33 %
Spíše ne	0	0 %	1	3 %
Ne	1	3 %	3	10 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 16- Posouzení kvality života po propuštění



Dotazníková otázka č. 15

JE ÚLOHA ZDRAVOTNÍCH SESTER V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE PRO VÁS PŘÍNOSNÁ? (V SOUVISLOSTI S PSYCHICKOU PODPOROU, KOMUNIKACÍ A INFORMOVANOSTI)

Popáleninové úrazy jsou charakterizovány jako psychosomatické onemocnění, které klade důraz nejen na vysoce odbornou a kvalifikovanou lékařskou péči ale také na specializovanou a specifickou ošetrovatelskou péči vyžadující holistický přístup k pacientovi

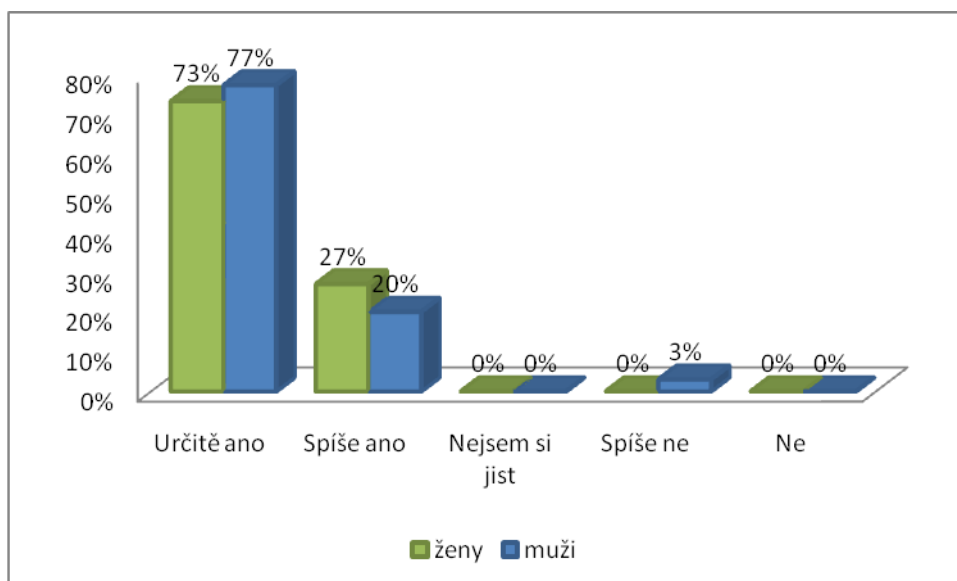
a respektující jeho individuální bio-psycho-sociální potřeby. Ošetrovatelská péče je velmi náročná, každý mechanismus úrazu je zaměřen na jinou léčbu a ošetrovatelské postupy.

Specifická léčebně ošetrovatelská péče je poskytnuta zkušenými zdravotními sestrami, které s lékaři vzájemně spolupracují a vzájemně se doplňují, jedná se o sehranou týmovou spolupráci. Základním úkolem ošetrujícího personálu je udržovat kontakt s pacientem, dopad na psychiku personálu je veliký. Musí čelit problémům života a smrti, přežití na úkor zhoršené kvality života a ostatních etických problémů. Úloha zdravotních sester v průběhu hospitalizace byla pro oba soubory respondentů přínosná, ženy odpověděly 73 % určitě ano, 27 % spíše ano. Nejsem si jistá, spíše ne a ne jako odpověď neudala žádná žena. Muži reagovali stejným způsobem, 77 % odpovědělo určitě ano, 20 % spíše ano a pouze 3 % spíše ne. I tak malé procento z celkového počtu respondentů (3 %) z řad mužů ukázalo, že i přes velkou snahu zdravotníků je potřeba opravdu k pacientům přistupovat zcela individuálně, holisticky, respektovat pacientovy bio-psycho-sociální potřeby, udržet již tak vysoký standard léčebně ošetrovatelské péče a pokoušet se stále zvyšovat kvalitu léčebně ošetrovatelské péče.

Tabulka č. 20- Přínos zdravotníků

Odpověď	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	22	73 %	23	77 %
Spíše ano	8	27 %	6	20 %
Nejsem si jist/á	0	0 %	0	0 %
Spíše ne	0	0 %	1	3 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %
Celkový počet	60 respondentů			

Graf č. 17- Přínos zdravotníků



4. Diskuze

Tato kapitola interpretuje výsledky průzkumu popáleninového úrazu jako těžké životní situace, jeho rozdílného vnímání a zvládání u mužů a žen zjištěnou metodou dotazníkového šetření.

Hlavní cíl práce směřoval k popisu rozdílného vnímání a zvládání popáleninového úrazu u mužů a žen. Na základě dotazníkové metody se mi podařilo ve většině případů si ověřit subjektivní rozdílnost ve vnímání a zvládání popáleninového úrazu u mužů a žen a zároveň se mi podařilo splnit první dílčí cíl průzkumu - ověřitelnost použitelnosti metody dotazníkovým šetřením.

Téma popáleninového úrazu jako těžké životní situace jsem prvotně využila již v rámci seminární práce z předmětu Psychologie nemoci ve druhém ročníku s názvem „Těžká životní událost a její zvládání“. U mnou vybraných tří pacientů s různou etiologií popáleninového úrazu jsem položila 10 otázek:

1. Ovlivňuje bolest způsobená úrazem mé myšlení?
2. Je můj úraz závažný a jak ho vnímám?
3. Umím zvládnout těžké životní situace?
4. Mám ještě dost sil překonat toto poúrazové období v nemocnici?
5. Jsem si vědom/á příčiny svého úrazu?
6. Při zamyšlení nad příčinou svého úrazu mě přepadá deprese?
7. Jsem spokojený/á s dosavadní kvalitou svého života?
8. Způsobil můj úraz problémy mým blízkým?
9. Jsem schopný/á přijmout změnu svého vzhledu po vyléčení?
10. Ovlivní vyléčený úraz můj předchozí způsob života?.

Mezi pacienty, kteří se tehdy účastnili mé seminární práce, jsem si vybrala mladého kluka ve věku 14 let, který v té době i přes svůj nízký věk byl hospitalizován na našem dospělém oddělení a který byl popálen svými spolužáky během výuky v souvislosti se školní šikanou. Další byla žena 35 let, která si neopatrnou manipulací s mandlem způsobila velmi vážný pracovní úraz ruky s popáleninami. Posledním dotazovaným byl muž ve věku 62 let, který neopatrnou manipulací s otevřeným ohněm při zapalování v krbu si způsobil popáleninový úraz.

Již v interpretaci výsledků samotné seminární práce bylo zřejmé, že popáleninový úraz je chápán pacienty jako těžká životní událost a to zejména v otázkách týkajících se bolesti, závažnosti a vnímání, ovlivnění rodiny úrazem, ovlivnění způsobu života a schopnosti přijetí

současného vzhladu po úraze. Ve zbylých otázkách týkajících se zejména zvládnutí těžké životní situace a poúrazového období se dopovědi dotazovaných lišily. Jak je patrné z vyhodnocení, každý z pacientů byl schopen na náročné životní situace reagovat rozdílně. Velkou roli hrálo momentální psychické rozpoložení, typ osobnosti, věk, pohlaví, schopnost adaptability, schopnost se vyrovnat se stresovou situací a mnoho dalších. U těchto závažných úrazů jako jsou popáleniny, je nesmírně důležitý citlivý, ohleduplný, profesionální a holistický přístup ke všem pacientům neboť každý z nich je jiná osobnost se svými potřebami. Důležitá role je zde přisuzována klinickému psychologovi a pozitivnímu vztahu k pacientům ze strany rodiny, partnerů a přátel jak je popsáno výše.

Na základě této seminární práce, kdy mi zvolené téma přišlo nesmírně zajímavé, jsem se rozhodla prohloubit více toto téma týkající se problematiky popáleninového úrazu, následně rozepsat a provést průzkumné šetření zaměřené na rozdílné vnímání a zvládání popáleninového úrazu u mužů a žen. Tuto rozdílnost jsem si uvědomila během své letité praxe na Klinice popáleninové medicíny v Praze. Rozdílnost, která vychází z mých zkušeností a postřehů v průběhu léčebně ošetrovatelského procesu, který poskytují popáleným pacientům již od roku 1997 je dána v projevech (ženy více hovoří a popisují problémy), orientaci (ženy se orientují spíše k rodině a vztahům, muži k schopnosti pracovního zařazení) a rozložení (na sebe, na vztahy a na problémy).

Jak jsem již zmínila, každý z pacientů je schopen na náročné životní situace reagovat rozdílně. Velkou roli určitě hraje momentální psychické rozpoložení, typ osobnosti, věk, pohlaví, schopnost adaptability, schopnost se vyrovnat se stresovou situací a mnoho dalších. Nelze proto interpretaci následných výsledků dotazníkového šetření komplexně vztahovat na každého pacienta trpícího popáleninovým úrazem, na interpretaci výsledků musíme nahlížet pouze orientačně, abychom měli přehled, jaké životní oblasti popálené pacienty nejvíce zasahují, ovlivňují a je potřeba se na ně více zaměřit.

Milým překvapením v oblasti průzkumu bylo zjištění, že určitá rozdílnost u mužů a žen v subjektivním vnímání a zvládání popáleninového úrazu jako těžké životní situace opravdu existuje a tím byly potvrzeny mé domněnky a postřehy v průběhu letité praxe.

Asi největším překvapením v interpretaci výsledků dotazníkového šetření bylo, že bolest způsobená popáleninovým úrazem opravdu ovlivnila pacienty, zejména jejich myšlení. Na dotazníkovou otázku číslo 1- OVLIVŇUJE BOLEST ZPŮSOBENÁ ÚRAZEM NYNÍ VAŠE MYŠLENÍ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE? výsledných 40 % žen odpovědělo spíše ano, 37 % mužů spíše ne. Letité zkušenosti v průběhu léčebně ošetrovatelského procesu a informace z dostupné dokumentace pacientů však jasně ukazují, že muži jsou k bolesti

způsobenou popáleninovým úrazem mnohem vnímavější, hůře jí snáší a více vyžadují analgetika k jejímu vymizení či ústupu. Tím se naopak dokazuje, že ženy jsou více schopné hovořit o svých problémech a pocitech, muži naopak jsou více uzavřeni do sebe a otázku týkající se bolestivosti si pravděpodobně nepřipouštěli či spíše nechtěli přiznat, že je bolestivost trápila a sužovala.

Tolerance k bolesti je zcela individuální záležitost. U pacientů s akutní bolestí jako jsou popáleniny, pozorujeme, že tolerance k bolesti záleží především na očekávání velikosti nastávající bolesti na základě předchozí individuální zkušenosti s bolestí a na tom, jak se člověk sám posuzuje co do schopnosti vlastního zvládnutí bolesti. Úzkost, strach a tenze bolest zhoršují. Upozorňujeme na pacienty (spíše muže), kteří se snaží vydržet intenzivní akutní bolest, lékaře nesprávně informují „nic to není“ a „to se dá vydržet“ a nakonec, je-li bolest již nesnesitelná, neočekávaně zareagují. *(Vymětal, 1992)*

Popáleninové trauma patří k nejbolestivějším úrazům, proto patří k povinnostem nás zdravotníků dělat pro popálené pacienty vše, co je v našich silách a snažit se jejich utrpení, které prožívají velkou bolestivostí zmírnit. Mezi základní ošetrovatelské intervence v souvislosti s ošetrovatelským procesem z dostupné interní dokumentace oddělení patří: zjistit intenzitu bolesti, hlas lékaři intenzivní a dlouhodobou bolest, podávej analgetika dle ordinace lékaře a dále dle potřeby (opiátového typu, intravenózně a perorálně), vyhodnot' účinek analgetik a sleduj vedlejší účinky analgetik.

Zbýlých 33 % žen odpovědělo určitě ano, spíše ne 17 %, ne 10 % a nejsem si jistá jako odpověď neudala žádná respondentka. Šetřením u mužů bolest způsobenou popáleninovým úrazem jejich myšlení spíše neovlivnilo. Zbýlých 30 % udalo odpověď ne, určitě ano 23 %, spíše ano 10 % a nejsem si jist neudal žádný respondent.

Mezi další významnou rozdílnost ve vnímání a zvládnání popáleninového úrazu u mužů a žen se ukázala být dotazníková otázka číslo 3- S Vaším nynějším vzhledem po úraze v průběhu hospitalizace jste spokojený/á?, průzkumná otázka č. 4 - Je nyní ovlivněna popáleninovým úrazem Vaše sebedůvěra?, průzkumná otázka číslo 12 - Budete schopný/á v budoucnu finančně zajistit rodinu po propuštění a průzkumná otázka číslo 14 - Jste nyní schopný/á celkově posoudit Vaši očekávanou kvalitu života po propuštění? (kvalita týkající se zdraví, profese, finanční situace, volného času, partnerství, vztahu k sobě, sexualitě, přátelům, bydlení).

Co se týká dotazníkové otázky číslo 3, která byla zaměřená na nynější vzhled po úraze, se opět ukázala značná rozdílnost ve vnímání popáleninového úrazu. Tato položená otázka dotazníkového šetření - S VAŠÍM NYNĚJŠÍM VZHLEDEM PO ÚRAZE

V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE JSTE SPOKOJENÝ/Á? byla jedna z těch, která řešila citlivé téma popáleninového úrazu, a proto bylo nutné dotazníkové šetření u respondentů zahájit až po odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu, kdy byl pacient psychicky a fyzicky stabilní, schopen posoudit svůj vzhled.

Ženy byly více vnímavější k vlastnímu vzhledu v souvislosti s popáleninovým úrazem než muži. Dotazovaných 37 % žen uvedlo odpověď spíše ne v souvislosti se spokojeností s vlastním vzhledem po úraze, 23 % ne, 17 % určitě ano, 13 % spíše ano a 10 % si nebylo jistých. Mužů dotazovaných na spokojenost s vlastním vzhledem jako následkem popáleninového úrazu 43 % odpovědělo určitě ano, 37 % spíše ano, 10 % nejsem si jist, 7 % spíše ne a 3 % ne.

Z vlastních zkušeností mohu říci, že ženy v průběhu léčebně ošetrovatelského procesu jsou opravdu více zaměřené na svůj vzhled. Více dbají o celkový vzhled, častěji se prohlíží, informují se o možnostech použití vhodné kosmetiky po propuštění do domácí péče, o možnosti pobytu na slunném prostředí a zejména se informují, jak dlouho budou veškeré jizvy následkem popáleninového úrazu viditelné. Pokud pacientky očekávají výkon zvaný autotransplantace (což představuje obnovu trvalého kožního krytu vlastní kůží), dotazují se, zda by odběrové místo vlastní kůže mohlo být na méně viditelném místě. Raději si přejí mít odběrovou plochu na hýždích než na vnější či vnitřní straně stehů nebo předloktí. Z kosmetického hlediska je pro mladé ženy dle jejich vlastních slov „lepší mít odběrovou plochu na hýždích, kterou posléze schovají spodním prádlem než na stehnech či pažích, kdy v letních měsících plochy neschovají v plavkách“.

Ne vždy rozsah, hloubka a místo popáleninového úrazu umožní dokonalé krytí zhojených ploch oblečením či doplňky. Závažné či rozsáhlé popáleniny mohou natrvalo změnit vzhled i tělesné funkce postiženého. U pacienta i rodiny musíme počítat s projevy zármutku a beznaděje, např. popření, hněvu a stažení se. V těchto případech je nutné poskytnutí citové podpory a v případě indikace zprostředkování speciální pomoci.

(B. Adams, C. E. Harold, 1999)

U dotazníkové otázky číslo 4- JE NYNÍ OVLIVNĚNA POPÁLENINOVÝM ÚRAZEM VAŠE SEBEDŮVĚRA? bylo sice vyjádření žen s odpovědí ne 33 %, nicméně ale 27 % žen odpovědělo určitě ano. To vyznačuje určitou rozdílnost jen v samotném souboru respondentů z řad žen.

Zahraniční literatura uvádí, že popáleninový úraz patří mezi nejzávažnější příčiny radikální změny tělesného obrazu. Tělesným obrazem se rozumí základní složka v osobní

individualitě, tělesný obraz je součástí všeobecného pojetí, které nazýváme „vlastní obraz“. Vlastní obraz je důležitý pro naši sebedůvěru, motivaci a je smyslem pro úspěch.

(I. Aacovou, 2005)

Zbýlých 20 % žen odpovědělo spíše ne, 13 % spíše ano a 7 % uvedlo, nejsem si jistá. U mužů 50 % dotazovaných odpovědělo ne, 27 % spíše ne, 10 % určitě ano, 10 % spíše ano a 3 % nejsem si jist. Dotazovaní muži v průběhu hospitalizace problémem s vlastní sebedůvěrou způsobenou popáleninovým úrazem neměli, převažovala odpověď ne a spíše ne.

Jak jsem již uvedla výše, pokud pacient nemá sebedůvěru v sám sebe a své schopnosti, těžko se bude vyrovnávat s následky popáleninového úrazu, které představují jednak částečné fyzické omezení, kosmetické a funkční změny, hrozící možnost sociální izolace či dlouhodobé vyřazení z pracovního procesu. Zdravá sebedůvěra je rovněž důležitým článkem, který souvisí s úspěšnou léčebně ošetrovatelskou péčí s následným obdobím rekonvalescence. V průběhu letitých zkušeností se vyskytly i ojedinělé případy, kdy se pacienti zcela odevzdali osudu, přestali věřit ve své uzdravení, ve své schopnosti. To vše může vést až k fatálním následkům. Pacienti se začínají hůře léčit, léčebně ošetrovatelský proces je narušen, přidruží se komplikace a může dojít k celkovému zhoršení stavu. V těchto případech je nezbytná konzultace s klinickým psychologem s následnými intervencemi. Pobyt v nemocnici je z psychologického hlediska zvláště emočně a vztahově náročný, pro zdravotnický personál je nutností vstupovat do osobního kontaktu s nemocným, průběžně a adekvátně informovat pacienta, projevovat zájem o jeho prožívání (včetně negativních pocitů jako jsou obavy, prožitek beznaděje) a snažit se pochopit pacientovu osobní situaci. *(Vymětal, 1992)*

Finanční zajištění u dotazníkové otázky č 12- BUDETE SCHOPNÝ/Á V BUDOUČNU FINANČNĚ ZAJISTIT RODINU PO PROPUŠTĚNÍ? ohodnotili respondenti z řad mužů vesměs negativně. Celých 33 % mužů si nebyli jisti, zda budou schopni v budoucnu finančně rodinu zajistit, 27 % si myslelo, že určitě ano, 20 % odpovědělo spíše ne, 13 % spíše ano a 7 % ne. Rozdíl u žen je zcela evidentní, měly jiný názor na budoucnost v oblasti finančního zajištění. Ženy si byly 70 % jisté, že určitě ano budou schopni finančně zajistit rodinu, 13 % spíše ano, v 10 % si nebyly jisté, 7 % spíše ne a 0 % ne.

Některé popáleninové úrazy jsou úrazy pracovní, kdy může dojít neopatrnou manipulací, nepozorností či nedbalostí ke vzniku újmy na zdraví i s trvalými následky, což je pro pacienta značně demotivující, protože bývá ohrožena jeho existenční situace. Pracovní neschopnost u popálených pacientů se uzavírá až po úplném zhojení ploch a fyzické schopnosti pacienta vykonávat pracovní činnost. Toto období je u každého pacienta zcela individuální, může se jednat o řády týdnů až měsíců.

V samotném úvodu diskuze jsem uvedla, že muži se orientují spíše ke schopnosti pracovního zařazení na rozdíl od žen, které preferují orientaci na vztahy a k rodině. Muži se v průběhu léčebně ošetrovatelského procesu více dotazují dle vlastních slov „jak na tom jsem, jak dlouho tady ještě bude ležet, jak dlouho budu v pracovní neschopnosti, budu moci vykonávat svou profesi, budu fyzicky omezený?“

Kvalita života je pojem v posledních letech skloňovaný všemi pády, jedná se o směsnou veličinu objektivních faktorů a subjektivního vnímání nemoci. Ukazuje se, že míra odborné péče nemusí odpovídat míře spokojenosti, resp. míře kvality života pacienta. Ta by měla být přímo úměrná kvalitě odborné péče. Kvalitu života rozumíme jakost, hodnotu, odlišnost života jednoho člověka od života druhého člověka. *(Křivohlavý, 2005)*

S tématem kvality života souvisí i dotazníková otázka číslo 14- JSTE NYNÍ SCHOPNÝ/Á CELKOVĚ POSODIT VAŠI OČEKÁVANOU KVALITU ŽIVOTA PO PROPUSŤĚNÍ? Jedná se o pátou dotazníkovou otázku, která svými výsledky vymezuje jednoznačně rozdílné vnímání a zvládání popáleninového úrazu u mužů a žen.

Posoudit očekávanou kvalitu života po propuštění v souvislosti s vlastním zdravím, profesí, finanční situací, volného času, partnerství, vztahu k sobě, sexualitě, přátelům a bydlení bylo schopno 57 % žen odpovědí určitě ano, 27 % spíše ano, 13 % si nebyly jisté a 3 % ne. Spíše ne udalo 0 % dotazovaných žen. Respondenti z řad mužů reagovali jinak. Dotazovaných 33 % odpovědělo, že si nebyli jisti, 27 % určitě ano a spíše ano, 10 % ne a 3 % spíše ne. Opět, ženy se více orientují na vztahy, k rodině, jsou více schopné hovořit o svých problémech a pocitech. To ale neznamená, že muži nejsou schopni otevřeně hovořit a přemýšlet nad vlastní očekávanou kvalitou života, jen samotné výsledné šetření finanční situace dokazuje, k čemu se muži více orientují a nad čím více přemýšlí. Přestože 33 % odpovědělo, že si nebyli jisti, 27 % udalo, že určitě ano a spíše ano jsou schopni posoudit očekávanou kvalitu života po puštění.

Sebereflexe je projevem síly lidského myšlení, znamená, že kriticky nahlédneme prostřednictvím myšlení určitou osobní problémovou situaci z různých úhlů, vědomím si její podstatné aspekty včetně vlastní vlivu a širší souvislosti. *(Vymětal, 1992)*

Rozhodně pozitivním přínosem v mé průzkumné dotazníkové části bylo kladné vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 15- JE ÚLOHA ZDRAVOTNÍCH SESTER V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE PRO VÁS PŘÍNOSNÁ? Úloha zdravotních sester v průběhu hospitalizace byla pro oba soubory respondentů přínosná, ženy odpověděly 73 % určitě ano, 27 % spíše ano. Nejsem si jistá, spíše ne a ne jako odpověď neudala žádná žena.

Muži reagovali stejným způsobem, 77 % odpovědělo určitě ano, 20 % spíše ano a pouze 3 % spíše ne.

U lidí se změnou tělesného obrazu má podle zahraniční literatury zdravotní sestra trojí zaměření:

1. Na rehabilitaci a obnovu tělesné zdatnosti.
2. Na obnovu postoje a reputace pacienta.
3. Na psychickou rehabilitaci.

Pokud mají sestry pomáhat pacientům efektivně, musí si být vědomy významu tělesného obrazu, musí umět být kvalifikovaným poradcem a dobrým rádcem v oblasti interpersonálních vazbách. (I. Aacovou, 2005)

Již v praktické empirické části zabývající se interpretací výsledků jsem uvedla, že popáleninové úrazy jsou charakterizovány jako psychosomatické onemocnění, které klade důraz nejen na vysoce odbornou a kvalifikovanou lékařskou péči ale také na specializovanou a specifickou ošetrovatelskou péči vyžadující holistický přístup k pacientovi a respektující jeho individuální bio-psycho-sociální potřeby. Ošetrovatelská péče je velmi náročná, každý mechanismus úrazu je zaměřen na jinou léčbu a ošetrovatelské postupy. Specifická léčebně ošetrovatelská péče je poskytnuta zkušenými zdravotními sestrami, které s lékaři vzájemně spolupracují a vzájemně se doplňují, jedná se o sehranou týmovou spolupráci. Základním úkolem ošetřujícího personálu je udržovat kontakt s pacientem, dopad na psychiku personálu je veliký. Musí čelit problémům života a smrti, přežití na úkor zhoršené kvality života a ostatních etických problémů. Výsledné průzkumné šetření zabývající se touto otázkou je pro nás zdravotníky přínosné a povzbuzující, že pacienti kladně vnímají úlohu zdravotních sester a je pro ně přínosná. Někteří respondenti do dotazníkové části u této otázky vepisovali své dojmy jako „sestřičky jsou v pohodě, ale mít 10 pacientů jako jsem já tak se zblázním, bez nich by to nešlo, na 100 % jsou přínosné a sestra nemá vzhledem k pracovní vytíženosti čas na psychiku“

I přes pozitivní ohlas z výsledného dotazníkového šetření vyplynulo, že 3 % respondentů si myslelo, že úloha zdravotních sester spíše není přínosná což je ukazatelem toho, že je stále podle pacientů co zlepšovat. Přes velkou snahu zdravotníků je potřeba stále k pacientům přistupovat zcela individuálně, holisticky, respektovat pacientovy bio-psycho-sociální potřeby, udržovat již tak vysoký standard léčebně ošetrovatelské péče a pokoušet se stále zvyšovat kvalitu léčebně ošetrovatelské péče.

Holismus (z řeckého holos - celek) je filozofický směr „filozofie celistvosti“. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje zjednodušeně na pět součástí: biologickou,

společenskou (přírodní a společenské prostředí), kognitivní (poznávací), emocionální a duchovní. Dojde-li k poruše v jedné součásti celku, dochází k poruše celého systému. Zdraví člověka z holistického pohledu zahrnuje celou jeho osobnost: celistvost bytosti a všechny stránky jejího životního stylu- tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnání stresu, reakce na prostředí, sebepojetí a duchovno.

(Mastiliaková, 2005)

U dotazníkových otázek číslo 5- S Vaším současným celkovým zdravotním stavem během hospitalizace jste spokojený/á? a čísla 9- Obáváte se přijetí svého současného vzhledu jako následek popáleninového úrazu Vaším okolím? jsem očekávala spíše jiné výsledky dotazníkového šetření, než samotní respondenti uvedli.

Současný celkový zdravotní stav během hospitalizace, dotazníková otázka číslo 5- S VAŠÍM SOUČASNÝM CELKOVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM BĚHEM HOSPITALIZACE JSTE SPOKOJENÝ/Á? byl pro oba soubory respondentů přijatelný. Výsledky ukázaly, že 43 % žen a 27 % mužů bylo spokojeno, odpověděli spíše ano, 30 % žen a 40 % mužů bylo určitě spokojeno, odpověděli určitě ano.

Zdravotní stav pacientů je ve většině případů popáleninovým úrazem ovlivněn, což se odráží na jejich celkovém zdravotním stavu a pacienti si to mnohdy ani neuvědomují. Pacienti si svůj zdravotní stav ovlivněný popáleninovým úrazem uvědomují až ve fázi doléčení, kdy je potřebná jejich spolupráce v rámci léčebně ošetrovatelského procesu a rehabilitace.

Zdravotnická profese patří k těm oborům, které mají přímo ve své pracovní náplni výchovu populace v oblasti zdraví. Nejde o činnost nahodilou, ale promyšlenou a vysoce profesionální. Právě zdravotní sestra je k této činnosti ze všech zdravotnických profesionálů nejpovolanější. Je dostatečně vzdělaná, je s pacienty v blízkém kontaktu a měla by si dokázat získat důvěru. A důvěra je základním předpokladem pro to, aby člověk informace, rady a doporučení přijel s plným přesvědčením za své.

(Wasserbauer, 1999)

Zbýlých 10 % žen v souvislosti s otázkou zaměřenou na spokojenost se současným celkovým zdravotním stavem během hospitalizace uvedlo jako odpověď nejsem si jistá, 10 % ne a 7 % uvedlo spíše ne. Muži výslednými 20 % odpověděli spíše ne, 13 % nejsem si jist a 0 % ne.

Přestože dotazníkové šetření proběhlo u obou souborů respondentů až po odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu, která byla u každého respondenta individuální, vytvořila se myšlenka, zda bylo by vhodnější tuto otázku položit respondentům z řad žen a mužů spíše na začátku a konci hospitalizace, kdy si pacienti začínají vlastně uvědomovat celkové následky popáleninového úrazu i s tím, jak bude ovlivněna jejich budoucnost. S tímto

stanoviskem a myšlenkou podat tyto otázky na začátku a konci hospitalizace souvisela i následná dotazníková otázka číslo 9- OBÁVÁTE SE PŘIJETÍ SVÉHO SOUČASNÉHO VZHLEDU JAKO NÁSLEDEK POPÁLENINOVÉHO ÚRAZU VAŠÍM OKOLÍM?.

Mezi dotazníkové otázky, které řešily citlivé téma popáleninového úrazu i s jeho následky se řadila i tato průzkumná otázka týkající se obav z přijetí vlastního vzhledu, který je změněn popáleninovým úrazem. Bylo nutné dotazníkové šetření u respondentů zahájit až po odeznění akutní psychické fáze popáleninového úrazu, kdy byl pacient psychicky a fyzicky stabilní, schopen posoudit svůj vzhled.

Výsledné šetření však ukázalo, že ne odpovědělo 57 % žen a 67 % mužů, což značí, že se oba soubory respondentů neobávají přijetí svého současného vzhledu následkem popáleninového úrazu. Očekávala jsem, že přijetí vlastního vzhledu bude pro respondentky velký problém, jen 20 % odpovědělo spíše ano. Zbýlých 13 % spíše ne, 10 % určitě ano a 0 % si nebylo jistých. Muži reagovali stejným názorem, 20 % odpovědělo spíše ne, 10 % spíše ano, 3 % určitě ano a 0 % si nebilo jistých.

Pokud to u popálených pacientů rozsah a hloubka postižení vyžaduje, aby byly plochy kryty obvazy, určitý čas své zasažené části těla pacienti nevidí. Ve fázi léčebně ošetrovatelského procesu, kdy pacient začne vnímat a vidět své popálené plochy bez obvazů, jsou velmi důležité psychické obranné mechanismy pacienta, se kterými se vyrovnává v náročné životní situaci (racionalizace, popření, vytěsnění, projekce, identifikace, disociace a agrese), pokud selžou, přistupuje odborná psychická pomoc. Možná, kdyby byl dotazník předložen na začátku a ke konci hospitalizace, respondenti by reagovali jinak.

Dotazníkové otázky číslo 2- S dosavadním způsobem života před popáleninovým úrazem jste byl/a spokojený/á?, číslo 6- Vnímáte omezenou soběstačnost vzniklou popáleninovým úrazem v průběhu hospitalizace?, číslo 7- Máte pocit, že zatěžujete svým úrazem Vaše nejbližší okolí? (rodinu, partnery, příbuzné, přátele), číslo 8- Poskytuje vám rodina či přátelé psychickou podporu v průběhu hospitalizace?, číslo 10- Obáváte se budoucnosti po propuštění z nemocnice?, číslo 11- Omezí následky popáleninového úrazu zvládání vašich obvyklých činností po propuštění do domácí péče? (činnost v domácnosti, zaměstnání, koníčky), a průzkumná otázka číslo 13- Myslíte si, že máte jistou budoucnost ve Vašem zaměstnání po propuštění do domácí péče? měly shodné odpovědi z obou souborů respondentů z řad žena mužů jen s nepatrným procentuálním rozdílem. Ve výsledných odpovědích se neobjevila již několikrát zmiňovaná rozdílnost ve vnímání popáleninového úrazu mezi muži a ženami. Spíše bych řekla, oba soubory respondentů měly na dané téma výzkumných otázek stejný nebo velmi podobný názor. Největší shoda v těchto zbylých

otázkách se ukázala u dotazníkové otázky číslo 8- POSKYTUJE VÁM RODINA ČI PŘÁTELE PSYCHICKOU PODPORU V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE? jak ve vybraných odpovědích respondentů, tak v procentuálním vyjádření.

Popáleninový úraz nezasáhne do života jen samotného pacienta, ale i jeho okolí, proto je nutné pracovat i s rodinnými příslušníky či dalšími lidmi, kteří pacienta navštěvují a jsou pro něho důležití. Zvláště přímí rodinní příslušníci jako jsou děti, rodiče či partneři jsou velikou oporou a motivací v průběhu léčebně ošetrovatelské péče, ve fázi rekonvalescence a návratu do sociálního prostředí.

Rodina či přátelé poskytovali ženám psychickou podporu v 80 % odpovědí určitě ano, 13 % spíše ano, 7 % ne, a 0 % si nebylo jistých a spíše ne udaly v souvislosti s psychickou podporou rodiny. Podporu ze strany rodiny či přátel ocenilo kladně 70 % mužů odpovědí určitě ano, 13 % spíše ano, 10 % spíše ne, 7 % nejsem si jist a 0 % ne.

Rodina je dynamický systém usilující o aktivní rovnováhu, tedy o přizpůsobování prostřednictvím zásahů do okolního světa, což se uskutečňuje zvláště komunikací, spojuje své členy intimními pocity a vztahy, vzájemnou spoluprací a pomocí. *(Vymětal, 1992)*

V praxi může dojít i situaci, kdy pacient není psychicky stabilní, má problémový vztah k rodině či příbuzným, léčebně ošetrovatelská péče může být ohrožena. Pacient nemá kde čerpat ze svých zdrojů, převažuje negativismus a celkový zdravotní stav se může zhoršit což prodlužuje proces hojení ran s následným rekonvalescenčním obdobím.

Mezi další větší procentuální shodu v těchto zbylých průzkumných otázkách se ukázala dotazníková otázka číslo 10- OBÁVÁTE SE BUDOUCNOSTI PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE?, kdy oba soubory respondentů se shodly na stejné odpovědi- ne. Tuto možnou variantu uvedlo 67 % mužů a 50 % žen. Budoucnost pacientů (jak jsem zmínila již v interpretaci výsledků), kteří jsou hospitalizováni na Klinice popáleninové medicíny v Praze může ale nemusí být pro samotné následky popáleninového úrazu ovlivněna. Vždy záleží na individuálním přístupu samotného pacienta, na jeho schopnosti kompenzačních mechanismů v zátěžové situaci, jeho míře sebevědomí, psychické a fyzické stability. Pokud má pacient dostatečné rodinné zázemí, byl před vznikem popáleninového úrazu spokojený se svým způsobem života a je dostatečně schopný se vyrovnat se změnou svého vzhledu jako následkem popáleninového úrazu, nebude mít problém nahlížet v průběhu hospitalizace do blízké budoucnosti kladně. Podle průzkumného šetření pacienti pravděpodobně tato kritéria zjištěná během mého léčebně ošetrovatelského procesu v průběhu několika let splňují. Následných 20 % u žen odpovědělo spíše ne, 17 % určitě ano, 10 % si nebylo jistých a 3 %

odpověděly spíše ano. Muži udali 13 % určitě ano, 10 % spíše ano, 7 % spíše ne a 3 % si nebyli jisti.

Dotazníková otázka číslo 2- S DOSAVADNÍM ZPŮSOBEM ŽIVOTA PŘED POPÁLENINOVÝM ÚRAZEM JSTE BYL/A SPOKOJENÝ/Á? byla zaměřena na to , jak pacienti před vznikem popáleninového úrazu subjektivně vnímali svůj vlastní způsob života, jak k němu přistupovali, jak ho vnímali. Pokud pacient není spokojený s dosavadním způsobem života, hrozí zde možnost, že pacient bude negativně přistupovat jednak k léčebně ošetrovatelské péči ale i k samotnému ošetrovatelskému personálu což zkomplikuje celý léčebný proces, který může být posléze zbytečně prodloužen. Zde důležitou roli hraje klinický psycholog, který svými intervencemi se snaží zlepšit postoj samotného pacienta k sobě samotnému či k léčebně ošetrovatelské péči.

S dosavadním způsobem života před samotným vznikem popáleninového úrazu bylo spokojeno 73 % dotazovaných žen, odpověděly určitě ano, spíše ano 17 %, spíše ne 7 %, nejsem si jistá 3 % a ne 0 %. Co se týče mužů, 43 % odpovědělo spíše ano, určitě ano 30 %, nejsem si jist 10 %, ne 10 % a spíše ne 7 %. Míra spokojenosti pacienta s dosavadním způsobem života před vznikem popáleninového úrazu do jisté míry ovlivňuje následnou léčebně ošetrovatelskou péči, což se zde potvrdilo. Ve většině případů dotazovaných respondentů z řad žen a mužů totiž vnímali pacienti dosavadní způsob života před vznikem úrazu kladně, proto se nevyskytl dle mých zkušeností v průběhu jejich hospitalizace žádný problém s odmítavým postojem jak k léčebně ošetrovatelskému procesu tak ke zdravotnímu personálu.

Další z dotazníkových otázek, kdy výzkumné šetření ukázalo naopak jistou shodu v odpovědi oproti tolik již zmiňované rozdílnosti ve vnímání a zvládnání popáleninového úrazu byla průzkumná otázka číslo 6- VNÍMÁTE OMEZENOU SOBĚSTAČNOST VZNIKLOU POPÁLENINOVÝM ÚRAZEM V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE?. Určitě ano odpovědělo 40 % žen a 43 % mužů. U žen následovala odpověď 23 % ne, 20 % spíše ano, 10 % spíše ne a nejsem si jistá udalo 7 %. U mužů následovala odpověď 27 % spíše ano, 17 % ne, 10 % spíše ne a 3 % nejsem si jist. Omezenou soběstačností jako následkem popáleninového úrazu trpí většina pacientů. Následkem omezené soběstačnosti vzniká do určité míry problém s uspokojováním základních potřeb pacientů, mezi které patří hygiena, stravování, oblékání, hygiena lůžka a zájmové činnosti. Ke každému pacientovi musíme přistupovat holisticky, jelikož každý pacient snáší omezenou soběstačnost individuálně, jinak reaguje a jiným způsobem přistupuje k omezené soběstačnosti. Mezi základní priority léčebně ošetrovatelské

péče u popálených pacientů je snaha o pacientův návrat k běžným denním činnostem a uspokojování jeho základních bio-psycho-sociálních potřeb.

Dotazníková otázka číslo 7- MÁTE POCIT, ŽE ZATĚŽUJETE SVÝM ÚRAZEM VAŠE NEJBLIŽŠÍ OKOLÍ? (RODINU, PARTNERY, PŘÍBUZNÉ, PŘÁTELE) je zaměřena na oblast vztahy a zatížení popáleninovým úrazem. Svě nejbližší okolí zatěžovalo podle výzkumného šetření popáleninovým úrazem 37 % žen odpovědí určitě ano, 30 % spíše ano, 23 % ne, 10 % spíše ne a 0 % si nebyly jisté. Muži své nejbližší okolí popáleninovým úrazem zatěžovalo 47 % odpovědí určitě ano, 30 % spíše ano, 13 % ne, 7 % si nebyli jisti a 3 % spíše ne.

Mé dlouholeté zkušenosti z praxe přinášejí poznatky, že jakýkoliv popáleninový úraz ovlivňuje vztah rodiny, příbuzných či přátel k pacientovi a to spíše v negativním slova smyslu. Podrobnou neznalostí popáleninové problematiky se jim stav jejich příbuzného zdá mnohdy horší než ve skutečnosti je, špatně sami vnímají popáleninový úraz, mají strach, projevují se úzkostí či přecitlivělou péčí. To vše se může odrážet i ve vztahu k pacientovi už i proto, že svého nejbližšího v prvotních dnech vidí pouze s obvazy, omezenou soběstačností a mnohdy psychicky nestabilní následkem změny pohledu díky popáleninovému úrazu. Pokud se jedná o vyhrocenou situaci, kdy příbuzní svým přístupem či přítomností mohou narušit léčebně ošetrovatelský proces, je nutná konzultace s klinickým psychologem s následnými intervencemi.

Ve své praxi jsem se setkala s několika případy pacientů, kdy jejich rodiny psychicky nezvládly tak náročnou životní situaci způsobenou popáleninovým úrazem a byla potřebná odborná pomoc samotných příbuzných. Doc. PhDr. Jan Vymětal (Základy lékařské psychologie, 1992, str. 51) uvádí, *„Každá vážnější zdravotní újma některého z členů rodiny zasahuje a ovlivňuje celou rodinu, všechny její členy.“*

Před vlastním propuštěním pacienta do domácí péče je nezbytnou součástí léčebně ošetrovatelské péče zdravotního personálu včetně zdravotních sester a fyzioterapeutů navrátit pacienta k jeho soběstačnosti a sociální interakci. Ošetrovatelský personál dopomáhá pacientovi zvládnout hygienu, oblékání, úpravu lůžka, stravování či užití kompenzačních pomůcek. Po zvládnutí a odeznění akutní fáze, kdy to fyzický stav pacienta umožní, tuto úlohu přebírá samotný pacient s naší dopomocí a odborným dohledem. Zde se jedná o oblast, která se významně dotýká každého popáleného pacienta. Na dotazníkovou otázku číslo 11- OMEZÍ NÁSLEDKY POPÁLENINOVÉHO ÚRAZU ZVLÁDÁNÍ VAŠICH OBVYKLÝCH ČINNOSTÍ PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE? (ČINNOST V DOMÁCNOSTI, ZAMĚSTNÁNÍ, KONÍČKY) odpověděli respondenti z řad žen a mužů shodnou odpovědí ne.

U žen ne odpovědělo 37 %, spíše ne 23 %, určitě ano 20 %. Spíše ano a nejsem si jistá udalo 10 %. Větší podíl odpovědi u zmiňovaných žen je sice 37 % ne, ale určité procento (20 %) odpovědělo určitě ano. Z dotazníkového šetření vyšlo, že určité procento žen se obávalo omezení obvyklých činností po propuštění do domácí péče týkající se například domácí činnosti. Přeci jenom následky popáleninového úrazu v prvopočátku domácího doléčení pod ambulantní kontrolou omezí obvyklé činnosti. Pokud se jedná například o zhojené plochy na horních končetinách, zejména rukou, pacienti musí přistupovat k denním aktivitám zcela opatrně a vyvarovat se některých činností s ohledem na opatrnost zhojených ploch, které jsou zpočátku velmi křehké a rychle zranitelné. Výsledná šetření zabývající se touto problematikou u mužů udávalo sice 47 % odpovědi ne, ale 23 % si nebyli jistých. Zde vyplynulo, že určité procento mužů na rozdíl od žen, které se obávaly omezení obvyklých činností po propuštění do domácí péče, si nebyli jisti, zda omezí následky popáleninového úrazu po propuštění do domácí péče jejich zvládnání obvyklých činností týkajících se například koníčků. Zbýlých 13 % odpovědělo spíše ne, 10 % určitě ano a 7 % spíše ano.

Poslední průzkumnou otázkou na téma popáleninový úraz jako těžká životní situace, její rozdílné vnímání a zvládnání u mužů a žen je dotazníková otázka číslo 13- **MYSLÍTE SI, ŽE MÁTE JISTOU BUDOUCNOST VE VAŠEM ZAMĚSTNÁNÍ PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE?** S jistotou v zaměstnání po propuštění do domácí péče podle dotazníkového šetření počítalo 60 % žen, odpověděly určitě ano, 30 % spíše ano, 7 % si nebyly jisté, 3 % spíše ne a 0 % ne. Muži uvedli 40 % určitě ano ale 33 % ne. Je to o 20 % méně než u žen s odpovědí určitě ano a o 33 % více než u žen s odpovědí ne. Následně 10 % mužů udalo spíše ano a nejsem si jist, 7 % spíše ne. Dotazovaní muži více přemýšlí nad vlastní budoucností v zaměstnání po propuštění do domácí péče, trpí většími obavami nad návratem a vlastní pracovní schopností v zaměstnání. V průzkumné části zaměřené na interpretaci výsledů jsem již uvedla, že motivačním prostředkem po pacienty v průběhu léčebně ošetrovatelského procesu může být i samotná jistota toho, že po propuštění z nemocniční péče do domácího ošetření či následné lázeňské péče má pacient jistotu svého dosavadního zaměstnání. Může se vrátit ke své profesi, mezi kolegy, finančně zajistit sebe a rodinu, realizovat své plány či touhy. Pokud je pacient v kontaktu se svými kolegy z práce či zaměstnavatelem, pozitivně to může ovlivnit jeho náhled do budoucna.

Na závěr diskuze bych ráda uvedla svůj osobní názor na oblasti týkající se problematiky popáleninového úrazu (bolesti, kvality života, sebepojetí, náhledu, reakce okolí, soběstačnosti, plánů do budoucna a ošetrovatelské úlohy zdravotní sestry). Na základě poznatků, zkušeností a průzkumného šetření jsem si uvědomila, že veškeré tyto uvedené

oblasti týkající se problematiky popáleninového úrazu jsou zcela vnímány dle individuálního, fyzického a psychického stavu pacienta. Může se stát, že my zdravotníci nahlížíme na samotného pacienta jako na diagnózu a přitom sám pacient potřebuje, aby k němu bylo nahlíženo a přistupováno právě individuálně, holisticky. Díky průzkumné dotazníkové metodě lze docela dobře poznat veškeré individuální stránky jedince, seznámit se s jeho názory, přístupem k životu a jeho reakcemi. Myslím si, že to je pro nás zdravotníky právě to nejdůležitější. Právě díky mým pacientům, kteří se zcela dobrovolně účastnili dotazníkového šetření, se mi podařilo vyjasnit základní oblasti, které dle mého názoru a dlouholetých zkušeností při poskytování léčebně ošetrovatelské péče se dotýkají osobnosti každého popáleného pacienta a představují pro něj do určité míry nějaký problém.

Průzkumné dotazníkové šetření, které je zaměřené na popáleninový úraz jako těžkou životní situaci znamenalo pro mě osobně cestu dlouhou, náročnou ale přínosnou jak pro pacienty, tak i pro ošetrovatelský personál poskytující těmto popáleným pacientům léčebně ošetrovatelskou péči. Za to všem mým pacientům děkuji.

Závěr

Bakalářská práce byla věnována tématu popáleninového úrazu jako těžké životní situaci, jeho rozdílného vnímání a zvládnání u mužů a žen.

Teoretická část této práce poukázala na problematiku popálenin, její léčby a následnou léčebně ošetrovatelskou péči.

V empirické části práce byla k průzkumu popáleninového úrazu jako těžké životní situaci zvolena metoda dotazníkové šetření. K těžké životní situaci následkem popáleninového úrazu přistupuje tak, jak ji subjektivně chápe dotazovaná osoba. Základními daty jsou zde odpovědi nemocného, přičemž pojetí těžké životní situace závisí na jeho vlastní schopnosti se adaptovat. Na základě průzkumného šetření se podařilo zmapovat individuální vnímání a zvládnání popáleninového úrazu. Pomocí instrukcí respondenti písemnou formou odpovídali na předem připravené otázky. Ze zjištěných oblastí (zaměřených na bolest, kvalitu života, sebepojetí, náhledu, reakce okolí, soběstačnost, plánů do budoucna a ošetrovatelské úlohy zdravotní sestry) vyplývá, že bio- psycho-sociální- potřeby hrají v životě nemocného tu nejdůležitější roli. V samotném poznávání oblastí, které se dotýkají problematiky popáleninového úrazu je ale důležité se zaměřit na některá kritická místa a body, které se zde mohou objevit. Příkladem může být dotazníková otázka na téma OMEZENÍ ZVLÁDÁNÍ OBVYKLÝCH ČINNOSTÍ PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE. Zjistila jsem, že ne všichni respondenti si uvědomují následky popáleninového úrazu. Přesně 11 respondentů z řad žen udalo jako odpověď ne, 7 jich odpovědělo spíše ne. Respondenti z řad mužů odpověděli ve 14 případech rovněž ne a 7 uvedlo, že si nejsou jisti. Možná by ke zlepšení uvědomění si následků popáleninového úrazu mohlo přispět provedení tohoto průzkumného šetření v jiném časovém horizontu a to na začátku a konci hospitalizace kdy jsou pacienti již bez zakrytí ploch, své postižené plochy vidí, musí pravidelně rehabilitovat a začít se zapojovat do běžných denních činností. V rámci léčebně ošetrovatelského procesu tuto úlohu totiž zpočátku přebírá ošetrovatelský personál, pacient je v této fázi spíše pasivní. Pokud by jim byl dotazník předložen na začátku a konci hospitalizace, více by uvažovali nad vlastní soběstačností a schopností co nejdříve se dle vlastních možností zapojit do běžných denních aktivit důležitých pro uspokojování základních potřeb po propuštění do domácí péče.

Celková edukace již v průběhu léčebně ošetrovatelského procesu má významnou funkci v ošetrovatelství, představuje jeden z prvků kvality života popálených pacientů. Efektivnost léčby musí mít vliv na pozitivní změny v jednotlivých již zmiňovaných oblastech každého popáleného pacienta. Do aktivní spolupráce je potřeba i zapojit rodinu, která byla ve

velmi vysokém procentuálním vyjádření velkou psychickou oporou pro pacienty v průběhu léčebně ošetrovatelské péče. Rodina by měla být jeden ze základních zdrojů, kterých pacient využívá v průběhu hospitalizace a o které se v těžkých chvílích může opřít. Přeci jenom hospitalizace popálených pacientů je ve většině případů zdlouhavá, jen za rok 2008 z dostupných informací vyplývá, že bylo hospitalizovaných 72 žen s průměrnou délkou hospitalizace 27, 5 dnů. Počet mužů za rok 2008 byl 157 s průměrnou délkou hospitalizace 24, 5 dnů.

Z dalších zvolených oblastí vyplývá, že je třeba pacientům zvláště hospitalizovaným nabídnout co nejadekvátnější a nejúčinnější psychickou oporu ze stran zdravotníků ke zvládnutí tak těžkého úrazu jako jsou popáleniny. Někdy se může stát, že léčebně ošetrovatelský proces se zdá pacientům nesmírně dlouhý, trpí pocity sociální izolace, nemohoucnosti, nesoběstačnosti a může to vyústit až k pocitům méněcennosti a zbytečnosti. Proto patří k povinnostem nás zdravotníků dělat pro popálené pacienty vše, co je v našich silách a snažit se jejich utrpení zmírnit. Na internetových stránkách www.popaleniny.cz (Sdružení na pomoc popáleným dětem) nebo www.bolito.cz jsou k získání kontakty na pomoc jednak samotným postiženým, tak jejich okolí.

Tato průzkumná práce zaměřená na popáleninový úraz jako těžkou životní situaci byla přínosem nejen pro mě samotnou ale i pro pacienty na Klinice popáleninové medicíny v Praze. Byla bych ráda, kdy tato průzkumná práce byla použita jako studijní materiál pro ty, kteří se touto problematikou popáleninového úrazu věnují, studují ji či se připravují pracovat s těmito pacienty v rámci léčebně ošetrovatelského procesu. Jelikož průzkumná část byla zaměřena na důležité oblasti týkající s problematiky popáleninového úrazu, výsledná šetření by mohla posloužit ke zkvalitnění již tak vysoce specializované, odborné a kvalitní léčebně ošetrovatelské péče. Tím by se mi splnily i dílčí cíle, které jsem si v úvodu stanovila.

Anotace

Autor: Simona Kuglerová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství

Název práce: Popáleninový úraz jako těžká životní situace, jeho rozdílné vnímání a zvládání u mužů a žen.

Burn injury as a hard life situation, its different perception and managing ,
between women and men.

Vedoucí práce: Bc. Agáta Píbilová

Počet stran: 113

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2009

Klíčová slova: Burn injury, psychology aspects, research

Bakalářská práce pojednává o popáleninovém úrazu jako těžké životní situaci, jeho rozdílného vnímání a zvládání u mužů a žen. Důraz této práce je kladen na subjektivní vnímání a zvládání popáleninového úrazu u dotazovaných mužů a žen, kteří jsou hospitalizováni. Mým zájmem bylo nejen poznat subjektivní vnímání popáleninového úrazu ale na základě použité dotazníkové metody šetření zjistit rozdílnost ve vnímání a zvládání popáleninového úrazu u mužů a žen. Těžiště práce tvoří průzkumné šetření na lůžkovém oddělení pro dospělé na Klinice popáleninové medicíny v Praze, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Cílem práce je nejen porovnat rozdílnost ve vnímání a zvládání těžké životní situace u popáleninového traumatu mezi muži a ženami ale i zhodnotit na vybraném souboru pacientů jejich subjektivní vnímání a zvládání popáleninového úrazu.

The baccalaureate thesis deals with burn injury as a hard life situation, its different perception and managing between women and men. Emphasis of the thesis is placed on a subjective and different perception and managing of the burn injury between interviewed men and women which were hospitalized. My interest was focused not only on the identification of the subjective perception of the burn injury, but also to determine differences in perception and managing the burn injury on the basis of used questionnaire method of examination. Emphasis of the thesis is formed by research investigation on the inpatient adult unit (department) at Burn Centre in Prague, Teaching hospital Královské Vinohrady. Purpose of

this work is to compare differences of perception and managing hard life situation during burn injury between man and women, as well as to evaluate the subjective perception and managing of the burn injury on the selected population of patients.

Literatura a prameny

1. AACOVOU, I. The role of the nurse in the rehabilitation of patients with radical changes in body image due to burn injuries. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 2005, roč. 18, č. 2, s. 89- 92. ISSN 1592-9558
2. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 352 s. ISBN 80-7169-893-8
3. BROŽ, L, et al. Lokální péče při hojení ran po popálení. *Lékařské listy*. Praha: Ambit Media. 2006. Roč. 55, č. 14, s. 30- 31. ISSN 1214-7664
4. BROŽOVÁ, K. *Kvalita péče o pacienty s popáleninami*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2004. 8-9s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
5. CVEJNOVÁ, V. První pomoc a přednemocniční péče u popálených. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 154-156. ISSN 1801-1349
6. ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. Druhé, upravené a doplněné vydání, Praha: Grada Publishing, 2004. 559-564 s. ISBN 80-247-1132-X
7. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
8. DUŠÁNKOVÁ, H. *Kvalita života nemocných po popáleninovém úrazu*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2002. 9s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

9. JANDOVÁ, J., KOPECKÁ, E. Využití vzdušného lůžka v léčbě rozsáhle popálených pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 165. ISSN 1801-1349
10. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 177 s. ISBN 978-80-247-1830-9
11. KELNAROVÁ, J., SEDLÁČKOVÁ, J., TOFALOVÁ, J., ČÍŽKOVÁ, Z., KELNAROVÁ, E. *První pomoc II. Pro studenty zdravotnických oborů*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 119 s. ISBN 978-80-247-2183-5
12. KÖNIGOVÁ, R, et al. *Komplexní léčba popálenin*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 15-93 s. ISBN 80-717169-416-9
13. KÖNIGOVÁ, R., PONDĚLÍČEK, I. *Rekonstrukce a rehabilitace u popáleninového traumatu*. 1. Vyd. Praha: Avicenum, 1983. 223-239 s. ISBN 08-064-83
14. KLEIN, L. Úvod do problematiky léčby popálenin. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 152-153. ISSN 1801-1349
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
16. KŘÍŽEK, T. Rehabilitace popálených. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 163-164. ISSN 1801-1349
17. MAUER, M. Psychická podpora u popálených. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 166-168. ISSN 1801-1349
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 70 s. ISBN 80-246-0429- 9
19. MIKŠOVÁ, S. Léčba chronických ran z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 158. ISSN 1801-1349

20. MOUREK, J. *Fyziologie, učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 168 s. ISBN 80-247-1191-7
21. PACHL, J., ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 138-139 s. ISBN 80-246-0479-5
22. PENSĐORFOVÁ, M. Etika v přístupu k nemocnému. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 169. ISSN 1801-1349
23. PÍBILOVÁ, A. Ošetrovatelská péče na klinice popáleninové medicíny. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 160-161. ISSN 1801-1349
24. POČTA, J, et al. *Komplendium neodkladné péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 211-212 s. ISBN 80-7169-145-3
25. ŠIMEK, J. Popáleninové trauma. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 150. ISSN 1801-1349
26. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 9 s. ISBN 80-7013-324-4
27. VYMĚTAL, J. *Základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 18-110 s. ISBN 80-901601-3-1
28. WASSERBAUER, S, et al. *Výchova ke zdraví, pro vyšší zdravotnické školy a střední školy*. 1. Vyd. Praha: SZÚ, 1999. 46 s. ISBN 80- 7071- 129- 9
29. ZEISBERGEROVÁ, I., HALUZÍKOVÁ, J. Psychosociální problematika postižených termickým úrazem. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2006. roč. 2, č. 4, s. 184-187. ISSN 1801-1349

Elektronické zdroje

1. BRYCHTA, P. et al. *Vybrané kapitoly z plastické chirurgie a popáleninové medicíny*, [online]. 2001, [cit 2009-06-02.]
<<http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Popaleniny/Popaleniny.htm>>.
2. *For more images of contracture* [online]. 2009, [cit 2009-08-24.]
<http://stockindexonline.com/index.php?q=keyword_search&edtKeyword=contracture&rdbKeyword=1§ion=keywordsearch%29>.
3. *Fotogalerie* [online]. 2009, [cit 2009-08-24.]
<<http://www.fnsपो.cz/kliniky/pop/fotogalerie.html>>.
4. *Pravidlo devíti* [online]. 2009, [cit 2009-08-24.]
<<http://www.prvni-pomoc.com/view.php?cisloclanku=2006040005>>.
5. *Skin Anatomy* [online]. 1998, 2009, [cit 2009-08-24.]
<<http://www.contractubex.cz/cs/jizvy/lidska-kuze>>.
6. *Zásady tvorby dotazníku* [online]. 2008, 2009 [cit 2009-08-24.]
<<http://www.vyplnto.cz/jak-spravne-sestavit-dotaznik/>>.

Seznam grafů

Graf č. 1- Způsob úrazu.....	50
Graf č. 2- Příčina úrazu.....	51
Graf č. 3- Myšlení ovlivněné bolestí popáleninovým úrazem.....	54
Graf č. 4- Spokojenost s dosavadním způsobem života.....	55
Graf č. 5- Spokojenost s nynějším vzhledem po úraze.....	57
Graf č. 6- Ovlivnění sebedůvěry po úraze.....	58
Graf č. 7- Spokojenost s celkovým zdravotním stav.....	60
Graf č. 8- Omezená soběstačnost.....	61
Graf 9- Zátěž okolí úrazem.....	63
Graf č. 10- Psychická podpora.....	64
Graf č. 11- Obavy z přijetí vzhledu po úraze.....	66
Graf č. 12- Obavy z budoucnosti.....	67
Graf č. 13- Omezení činností následkem úrazu.....	69
Graf č. 14- Schopnost finančního zajištění po propuštění.....	70
Graf č. 15- Jistota zaměstnání v budoucnosti.....	72
Graf č. 16- Posouzení kvality života po propuštění.....	73
Graf č. 17- Přínos zdravotníků.....	75

Seznam tabulek

Tabulka č. 1- Pohlaví respondentů.....	47
Tabulka č. 2- Průměrný věk respondentů.....	48
Tabulka č. 3- Způsob úrazu.....	49
Tabulka č. 4- Popálené části.....	50
Tabulka č. 5- Příčina úrazu.....	51
Tabulka č. 6- Myšlení ovlivněné bolestí popáleninovým úrazem.....	53
Tabulka č. 7- Spokojenost s dosavadním způsobem života.....	55
Tabulka č. 8- Spokojenost s nynějším vzhledem po úraze.....	56
Tabulka č. 9- Ovlivnění sebedůvěry po úraze.....	58
Tabulka č. 10- Spokojenost s celkový zdravotním stavem.....	59
Tabulka č. 11- Omezená soběstačnost.....	61
Tabulka č. 12- Zátěž okolí úrazem.....	62
Tabulka č. 13- Psychická podpora rodiny či přátel.....	64
Tabulka č. 14- Obavy z přijetí vzhledu po úraze.....	65
Tabulka č. 15- Obavy z budoucnosti.....	67
Tabulka č. 16- Omezení činností následkem úrazu.....	68
Tabulka č. 17- Schopnost finančního zajištění po propuštění.....	70
Tabulka č. 18- Jistota zaměstnání v budoucnosti.....	71
Tabulka č. 19- Posouzení kvality života po propuštění.....	73
Tabulka č. 20- Přínos zdravotníků.....	74

Seznam příloh

Příloha č. 1- Stavba kůže

Příloha č. 2- Pravidlo devíti

Příloha č. 3- Vzdušné lůžko

Příloha č. 4- Jizevnaté kontraktury

Příloha č. 5- Polohovací schéma

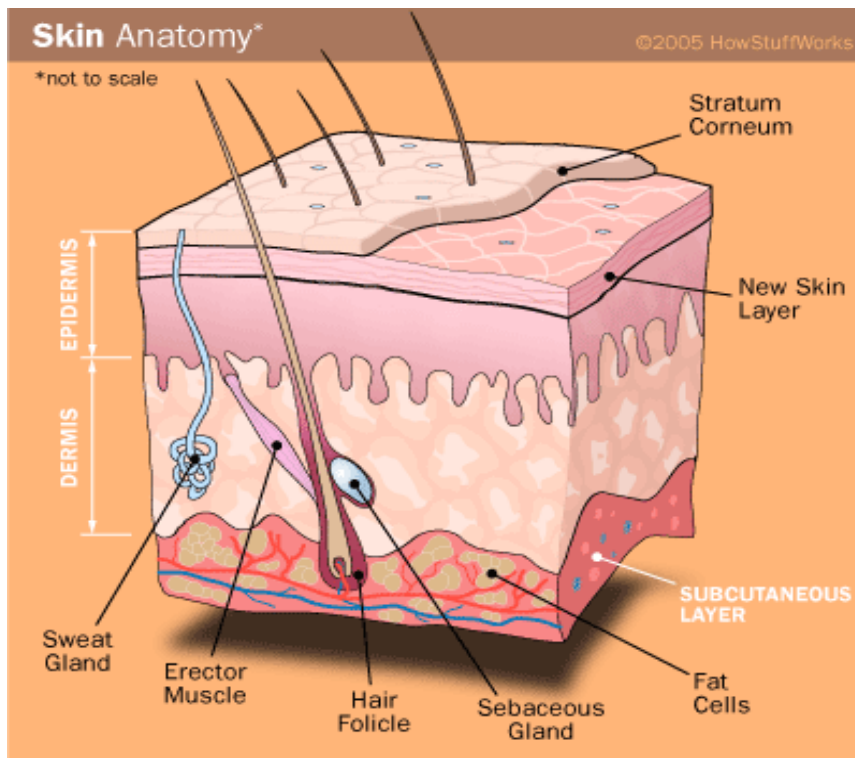
Příloha č. 6- Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha č. 7- Dotazník

Příloha č. 8- Edukace

Příloha č. 1. Stavba kůže

Obr. č. 1 (dostupný na <http://health.howstuffworks.com/skin-care/beauty/sun-care/sunscreen.htm/printable>)

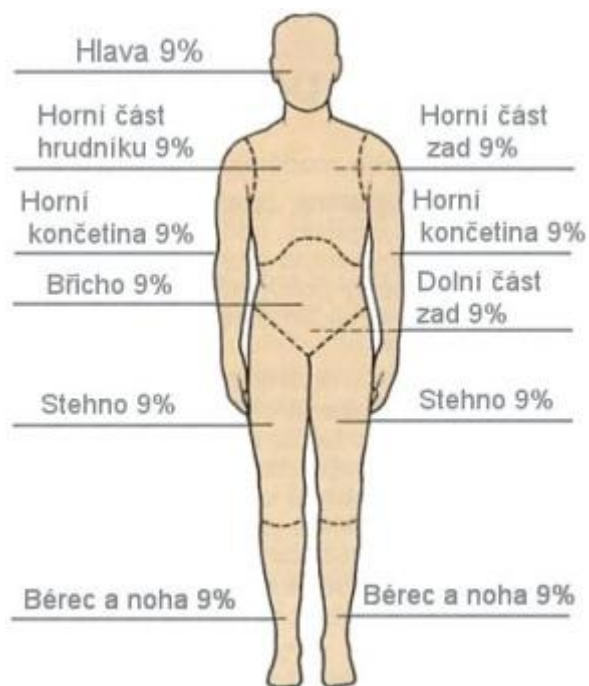


Příloha č. 2- Pravidlo devíti

Obr. č. 2 (dostupný na <http://www.prvni-pomoc.com/view.php?cisloclanku=2006040005>)

Oblasti:

- hlava
- horní část hrudníku
- horní část zad
- břicho
- dolní část zad
- horní končetina (2x)
- stehno (2x)
- bérce a noha (2x)
- pohlavní orgány (ty tvoří zbývající 1%, na obrázku není vyznačeno)



Příloha č. 3- Vzdušné lůžko

Obr. č. 3 (dostupný na <http://www.fnsपो.cz/kliniky/pop/fotogalerie.html>)



Obr. č. 4 (foto archiv autora)



Příloha č. 4- Jizevnaté kontraktury

Obr. č. 5 (dostupný na

http://stockindexonline.com/index.php?q=keyword_search&editKeyword=contracture&rdbKeyword=1§ion=keywordsearch)



Obr. č. 6 (dostupný na

http://stockindexonline.com/index.php?q=keyword_search&editKeyword=contracture&rdbKeyword=1§ion=keywordsearch)

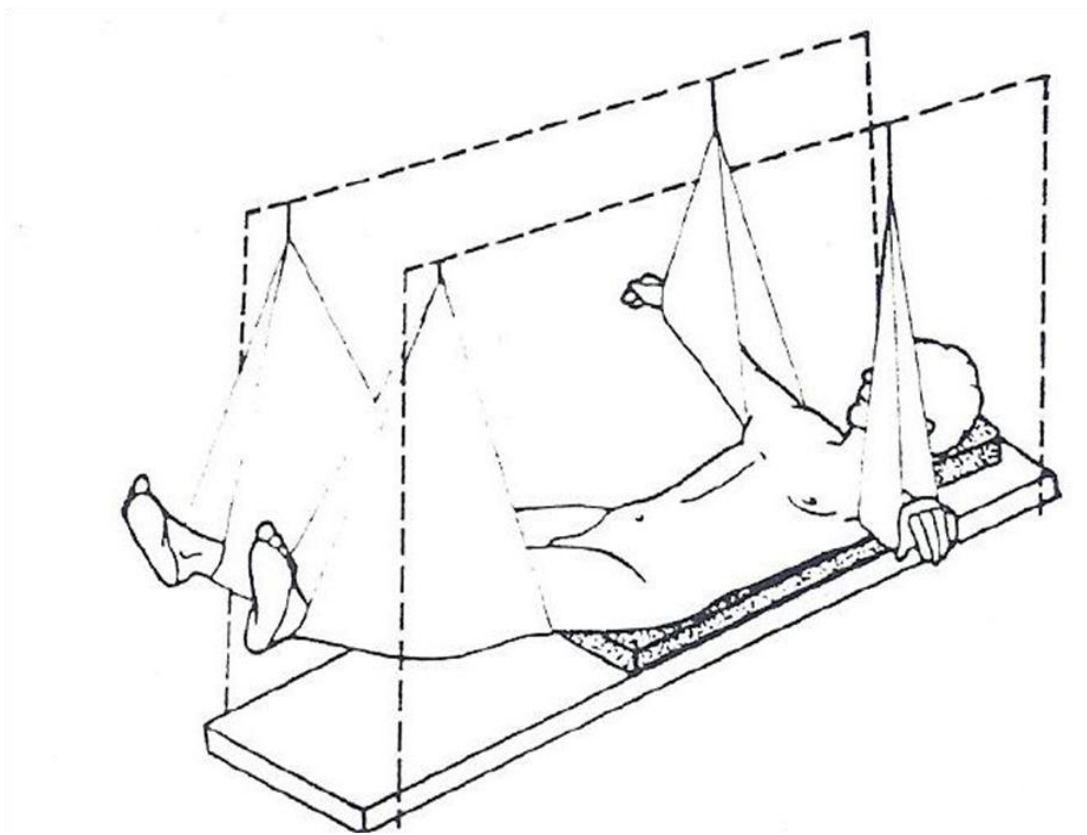


Obr. č. 7 (foto archiv autora)

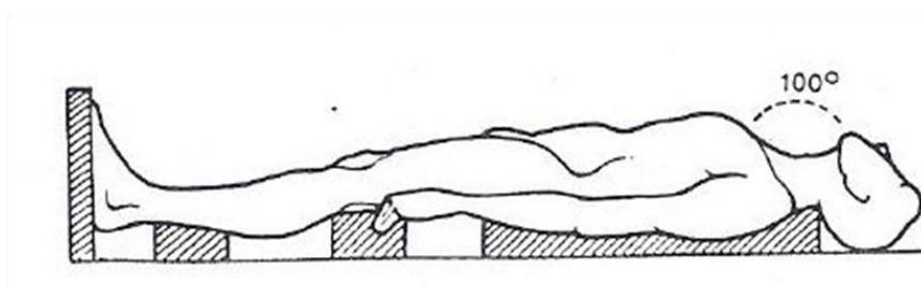


Příloha č. 5- Polohovací schéma

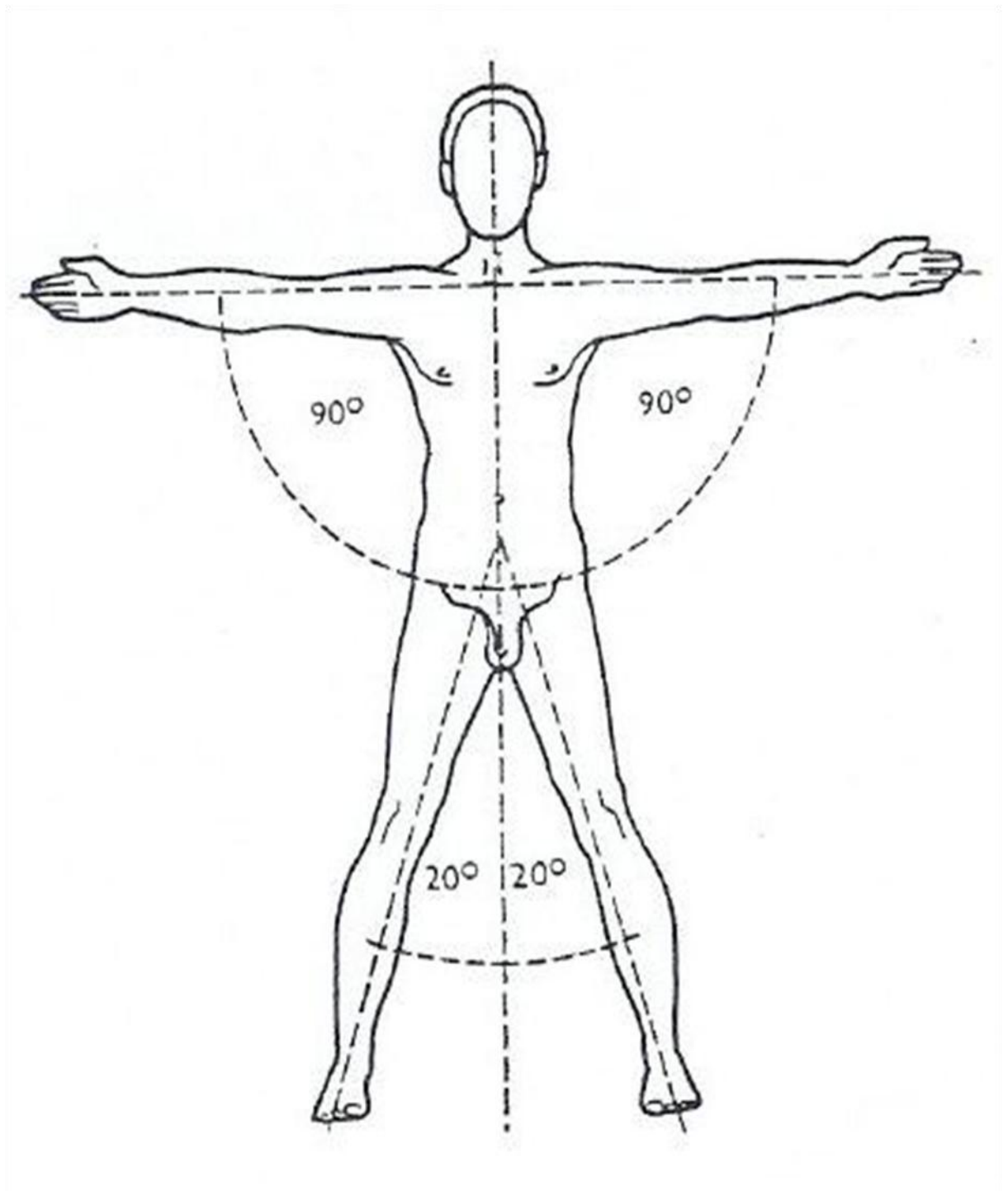
Obr. č. 8 (archiv autora) Poloha zabraňující edému



Obr. č. 9 (archiv autora) Poloha zabraňující kontraktuře krku



Obr. č. 10 (archiv autora) Celkové polohovací schéma



Příloha č. 6- Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Mgr. Lenka Šetelíková
vrchní sestra Kliniky popáleninové medicíny, FNKV, Praha
Šrobárova 50, Praha 10
10039

V Praze dne 22. 9. 2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Klinice popáleninové medicíny, FNKV, Praha

Vážená vrchní sestro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Klinice popáleninové medicíny FNKV, Praha, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Simony Kuglerové, narozené 1. 6.1978, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – obor Všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

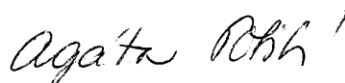
Cílem této práce je popis rozdílného vnímání a zvládání těžké životní situace mužů a žen u popáleninového traumatu. Zjištěné informace by měly být přínosné zdravotníkům, kteří se již problematikou popálených pacientů věnují a pracují s nimi nebo se teprve chystají pracovat v tak vysoce specializovaném oboru. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného a anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Bc. Agáty Píbilové, staniční sestry standardního dospělého oddělení Kliniky popáleninové medicíny, FNKV, Praha. Přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem



Bc. Agáta Píbilová a Simona Kuglerová

Klinika popáleninové medicíny, FNKV, Praha
Bubenská 5, Praha 7, Holešovice
Tel: 605804628
E-mail: agipibilova@centrum.cz

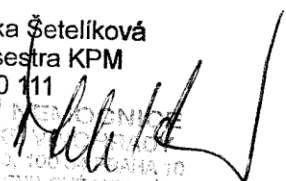
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 22.9.08

Mgr. Lenka Šetelíková
vrchní sestra KPM
80 111



FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÝ ÚSTAV
ŠROBÁROVA 50, PRAHA 10
KLINICKÁ POPÁLENINOVÉ MEDICÍNY

Podpis, razítko

Příloha č. 7- Dotazník

ANONYMNÍ DOTAZNÍK TÝKAJÍCÍ SE PROBLEMATIKY POPÁLENINOVÉHO ÚRAZU.

Tento dotazník je součástí mé výzkumné práce na téma Popáleninový úraz jako těžká životní situace, jeho rozdílné vnímání a zvládání u mužů a žen, kterou budu ukončovat 3. ročník bakalářského studia na UK v Praze, Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

V úvodní části vyplňte prosím anamnestické údaje. U otázky *způsobu a příčiny* úrazu u odpovědi „jinde“ a „jiné“ prosím vypište, u ostatních odpovědí zakroužkujte příslušné písmeno Vaší odpovědi.

V samotné dotazníkové části vyberte pouze jednu variantu z Vaší odpovědi zakroužkováním u příslušného čísla 1 až 5. Pokud chcete vložit vlastní poznámky, piště je prosím na pravý okraj. Dotazníková část obsahuje 15 otázek.

Tímto děkuji za Vaši spolupráci, která mi bude přínosem a zdrojem informací.

Simona Kuglerová

3. roč. komb. Bc. studium Ošetřovatelství

obor Všeobecná sestra

2008/ 2009

Úvodní část

Pohlaví: a) muž b) žena

Věk:

Způsob úrazu: a) doma b) pracovní úraz c) dopravní úraz d) cizím zaviněním

e) jinde (doplňte)

Popálené části: a) hlava,krk,obličej b) trup c) záda d) horní končetiny e) dolní končetiny
f) hýždě, genitálie

Příčina úrazu: a) nedbalost b) nepozornost c) neznalost d) jiné (doplňte).....

Dotazníková část- otázky 1 až 15

1) OVLIVŇUJE BOLEST ZPŮSOBENÁ ÚRAZEM NYNÍ VAŠE MYŠLENÍ?

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

2) S DOSAVADNÍM ZPŮSOBEM ŽIVOTA PŘED ÚRAZEM JSTE BYL/A SPOKOJENÝ/Á?

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

3) S VAŠÍM NYNĚJŠÍM VZHLEDEM PO ÚRAE V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE JSTE SPOKOJENÝ/Á?

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

4) JE NYNÍ OVLIVNĚNA ÚRAZEM VAŠE SEBEDŮVĚRA?
(důvěra v sebe, své schopnosti, dovednosti)

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

5) S VAŠÍM SOUČASNÝM CELKOVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM BĚHEM HOSPITALIZACE JSTE SPOKOJENÝ/Á?

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

6) VNÍMÁTE OMEZENOU SOBĚSTAČNOST VZNIKLOU POPÁLENINOVÝM ÚRAZEM V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE? (schopnost se umýt, najíst, obléknout, chůze..)

1. ne
2. spíše ne
3. nejsem si jist
4. spíše ano
5. určitě ano

7) MÁTE POCIT, ŽE ZATĚŽUJETE SVÝM ÚRAZEM VAŠE NEJBLIŽŠÍ OKOLÍ? (rodinu, příbuzné, přátelé, partnery..)

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

8) POSKYTUJE VÁM RODINA ČI PŘÁTELÉ PSYCHICKOU PODPOROU V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE?

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

9) OBÁVÁTE SE PŘIJETÍ SVÉHO SOUČASNÉHO VZHLEDU JAKO NÁSLEDEK POPÁLENINOVÉHO ÚRAZU VAŠIM OKOLÍM? (doma, v práci, mezi přáteli, na ulici..)

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

10) OBÁVÁTE SE BUDOUCNOSTI PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE?

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

11) OMEZÍ NÁSLEDKY POPÁLENINOVÉHO ÚRAZU ZVLÁDÁNÍ VAŠICH OBVYKLÝCH ČINNOSTÍ PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE? (činnosti v domácnosti, zaměstnání, koníčky..)

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

12) BUDETE SCHOPNÝ/Á V BUDOUCNU FINANČNĚ ZAJISTIT RODINU PO PROPUŠTĚNÍ?

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

13) MYSLÍTE SI, ŽE MÁTE JISTOU BUDOUCNOST VE VAŠEM ZAMĚSTNÁNÍ PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE?

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

14) JSTE NYNÍ SCHOPEN/Á CELKOVĚ POSOUDIT VAŠI OČEKÁVANOU KVALITU ŽIVOTA PO PROPUŠTĚNÍ? (kvalita týkající se zdraví, profese, finanční situace, volného času, partnerství, vztahu k vlastní osobě, sexualitě, přátelům a bydlení..)

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

15) JE ÚLOHA ZDRAVOTNÍCH SESTER V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE PRO VÁS PŘÍNOSNÁ? (v souvislosti s psychickou podporou, komunikací, informovaností..)

1. určitě ano
2. spíše ano
3. nejsem si jist
4. spíše ne
5. ne

POKYNY PRO PACIENTY

pro ošetřování zahojených odběrových a transplantovaných ploch po popáleninách

V nedávné době jste utrpěl(a) popáleninový úraz a byl(a) jste hospitalizován(a) na Klinice popáleninové medicíny v Praze.

Ve vašem případě bylo nutno přenést tenkou vrstvu vaší kůže pokožky na popálenou plochu. Bez tohoto výkonu by se tenká rána buď sama nezahojila vůbec nebo by hojení bylo velmi zdlouhavé s nebezpečím vážných komplikací. Operačním výkonem se podstatně zkrátí pobyt v nemocnici a kosmetické výsledky jsou lepší.

- 1) Odběrová plocha – speciálním nožem vám byla odebrána tenká vrchní vrstva kůže a byla přenesena na místo hluboké popáleniny
- 2) Hluboká popálenina – po odstranění odumřelé vrstvy kůže byla ztráta nahrazena štěpem kůže odebraným na jiném místě vašeho těla – na odběrové ploše. Autotransplantáty, jak této kůži říkáme, se připojují definitivně.

Po operaci vám byl doporučen klid na lůžku (5 – 7 dní) k bezpečnému připojení transplantátu. Při obvyklém průběhu hojení stačí 10 – 14 dní k samovolnému zahojení odběrové plochy, výjimečně déle. Poslední zbytky obvazového materiálu se odstraňují opatrně v sprše, aby nedošlo k zatření tenké, nově vytvořené kůže. Tato tenká kůže má jak na odběrové ploše, tak i na popálenině živě červenou barvu, protože prosvítají drobné kožní cévy. Je velmi zranitelná, křehká a náchylná k infekci. Její normální funkce se za určitou dobu obnoví. Do té doby je však nutno dodržovat určitá pravidla, aby výsledný efekt byl co nejlepší a trvalé následky co nejmenší.

Nyní se budete o své zahojené plochy pečovat sami.

- a) Omývání – sprchování : voda odplavuje kožní šupiny, zvlhčuje a čistí přeschlou kůži, proud sprchy působí jako mikromasáž, která je důležitá k regeneraci nervů a kapilárních cév v kůži. Lze používat dětské mýdlo k lepšímu odstranění mastných nečistot.
- b) Promašťování : vrací přeschlé kůži pružnost a brání nadměrnému odpařování vody. Nejvhodnější olej – olivový, slunečnicový, lněný, dětský, v některých případech doporučujeme olej silikonový. Dále jsou vhodné neutrální krémy : Indulona, Nivea, dětské oleje. Dříve doporučované vepřové sádlo způsobuje rozmanité alergické reakce. Po regeneraci mazových a potních žlázek můžeme s promašťováním pozvolna přestat. Sprchování i promašťování

provádějte 2x denně nebo podle potřeby. Po omytí plochy opatrně osušte tlakem měkkého ručníku a pak šetrně promastěte. Máte-li pocit přeschlé kůže, je vhodné promašťovat plochy vícekrát denně.

- c) Tuhá místa se snažíme ovlivňovat **tlakovou masáží**. Provádí se konečky prstů rukou na promaštěnou oblast. Tlakem působíme po dobu 30-50 sek. na jedno místo, pak stlačení uvolníme a posuneme prsty na místo sousední. Tlak musí být dostatečný, červená barva kůže pod prsty zbledne. Kontrolou je i lůžko nehtu masírujících prstů, které při správném tlaku rovněž zesvětlá. Postupujeme vždy od periferie k srdci.
Tlaková masáž je účinná k redukci otoku, zlepšuje prokrvení a zraní jizev a urychluje tak jejich zesvětlení. Je-li v některém kloubu omezena pohyblivost, rehabilitaci provádíme podobně – **pozvolným napínáním v místě smršťující se jizvy**. Technika je dostatečně známá pod názvem strečing. Obě tyto techniky, tlakovou masáž a strečing, provádíme 3-5 x denně. Nesmí být bolestivé, působí pouze tlak a pocit napětí.
- d) **Kompresivní terapie** – hluboké popáleniny po zahojení (a někdy i odběrové plochy) mají sklon k otokům, proti kterým účinně bojujeme elastickými pomůckami jako jsou elastická obinadla, punčochy zn. Lonaris nebo zvláštní, na míru ušité návleky nebo obleky z pružného materiálu. Narůstání otoku způsobuje nepříjemné pocity v jizvách, otok zhoršuje pohyblivost, pružnost kůže i podkoží.
- e) Nejvhodnějším materiálem k odívání je čistá bavlna bez příměsí umělých vláken. Snáší dobře vyváření a žehlení a nedráždí kůži.
- f) Pokud jsou zahojené popáleniny a odběrové plochy červeně zbarvené, je nutno je chránit před přímým slunečním zářením. Červená barva absorbuje více sluneční energie a tak může snadno dojít k dalšímu poškození a navíc k pozdní zvýšené pigmentaci ploch.

Vzhledem k těmto okolnostem je vhodná pravidelná kontrola s možností konzultace. Lékař na ambulanci má pro tyto kontroly vyhrazeny obvykle úterky a čtvrtky mezi 9.00 – 12.00 hod. Při poranění nebo náhle vzniklých komplikacích se můžete dostavit na kontrolu kterýkoliv pracovní den v týdnu ve stejných ordinačních hodinách.

Budete-li postupovat podle těchto pokynů, bude vám odměnou funkčně i vzhledově uspokojivý výsledek a brzký návrat do pracovního a společenského života.