

Psychosociální problematika osob po prodělaném popáleninovém traumatu v dětství

Pavla Šenkeříková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Pavla Šenkeříková

Osobní číslo: H11163

Studijní program: B5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční

Téma práce: Psychosociální problematika osob po popáleninovém traumatu prodělaném v dětství

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a jiných zdrojů.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti popálenin.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ADAM, B. a C. E. HAROLD. Sestra a akutní stavy od A do Z. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 488 s. ISBN 80-716-9893-8.

ČELKO, Alexander Martin. Dětské úrazy a popáleniny: nemocniční studie případů dětských pacientů hospitalizovaných s popáleninovým úrazem. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 71 s. Alma mater, sv. 25. ISBN 80-726-2189-0.

DYLEVSKÝ, Ivan. Somatologie: lučebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium]. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava, 2000, 480 s. ISBN 80-862-9705-5.

ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. Přednemocniční neodkladná péče. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 368 s. ISBN 80-701-3379-1.

FRANCŮ, Milada a Silvie HODOVÁ. Perioperační péče o pacienta v rekonstrukční chirurgii a léčbě popálenin: nemocniční studie případů dětských pacientů hospitalizovaných s popáleninovým úrazem. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 163 s. Alma mater, sv. 25. ISBN 978-80-7013-537-2.

KÖNIGOVÁ, Radana a Josef BLÁHA. Komplexní léčba popáleninového traumatu. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 430 s. ISBN 978-802-4616-704.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Petr Snopek, DiS.

Ústav zdravotnických věd


Datum zadání bakalářské práce:

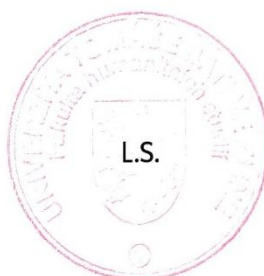
15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.2.14.

.....
Bartůšek

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce zpracovává psychosociální problematiku osob po popáleninovém traumatu prodělaném v dětství. Teoretická část se zabývá základním popisem anatomie a fyziologie kůže, společně s patofyziologií popálenin. Navazující část práce se věnuje základní terminologii v oblasti popálenin, jako je definice popálenin, rozsah popálenin, příčiny popálenin, první pomoc, léčba a následná rehabilitace. Práce se zabývá psychickými a sociálními dopady na osoby po prodělaném popáleninovém traumatu.

Praktická část je zaměřena na dopad na osoby po popáleninovém traumatu. Dopad ze strany zdravotní, sociální a psychické. Cílem této práce je poukázat na problematiku popálenin, ne jen ze zdravotní strany, ale i ze strany sociální a psychické.

Klíčová slova: popáleniny, léčba, traumata v dětství, jizvy, psychosociální problematika

ABSTRACT

The bachelor thesis processes psychosocial issues of people after prevalent burn trauma in childhood. The theoretical part deals with the basic description of the anatomy and physiology of the skin, together with the pathophysiology of burns. The next part deals with the basic terminology of burns, such as the definition of burns, burns the extent, causes burns, first aid, treatment and rehabilitation. The work deals with the psychological and social impact on people after suffering burn trauma.

The practical part is focused on the impact on people after burn trauma. The impact from the health, social and psychological. The aim of this paper is to highlight the issue of burns, not only from the medical side, but also from the social and psychological.

Keywords: burns, therapy, trauma in childhood, scars, psychosocial issues

Děkuju PhDr. Petru Snopkovi DiS., za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, trpělivost a připomínky. Děkuji také MUDr. Ivanovi Suchánkovi za rady a pomoc při psaní bakalářské práce. Děkuji také všem respondentům, kteří byli ochotni věnovat svůj čas k vyplnění dotazníků.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 POPÁLENINY	12
1.1 ZÁKLADNÍ PREVENCE VZNIKU POPÁLENIN.....	12
2 HISTORIE LÉČBY POPÁLENIN	14
2.1 STAROVĚK.....	14
2.2 STŘEDOVĚK.....	14
2.3 NOVOVĚK.....	15
3 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE	16
3.1 ANATOMIE.....	16
3.2 FYZIOLOGIE.....	16
4 PŘÍČINY POPÁLENIN	18
4.1 TERMÁLNÍ POPÁLENINY.....	18
4.2 CHEMICKÉ POPÁLENINY.....	18
4.3 POPÁLENINY ELEKTRICKÝM PROUDEM.....	18
4.4 INHALAČNÍ POPÁLENINY.....	18
5 KLASIFIKACE ZÁVAŽNOSTI POPÁLENINOVÉHO TRAUMATU	19
5.1 FAKTORY URČUJÍCÍ ZÁVAŽNOST POPÁLENINOVÉHO TRAUMATU.....	19
5.2 HLOUBKA POPÁLENIN.....	19
5.3 STUPNĚ POPÁLENIN.....	20
5.4 ROZSAH POPÁLENIN.....	20
6 LÉČBA POPÁLENIN	21
6.1 LAICKÁ PRVNÍ POMOC PŘI POPÁLENÍ, OPAŘENÍ.....	21
6.2 NEODKLADNÁ PÉČE U DĚTÍ S POPÁLENINOVÝM ÚRAZEM.....	21
6.3 TERAPIE NA JIP.....	22
6.4 CHIRURGICKÁ LÉČBA POPÁLENIN.....	22
6.5 JIZVY PO POPÁLENINÁCH.....	23
6.6 REHABILITACE.....	24
6.6.1 Časná rehabilitace.....	24
6.6.2 Pozdní rehabilitace.....	25
6.6.2.1 Strečink.....	27
6.6.2.2 Postizometrická relaxace (PIR).....	27
6.7 KOMPLIKACE POPÁLENINOVÉHO TRAUMATU.....	27
7 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA	29
7.1 TĚLESNÉ SCHÉMA A PSYCHICKÁ INTEGRITA.....	30
7.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZVLÁŠTNOSTI.....	31
7.3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY U HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ S POPÁLENINAMI.....	32
7.3.1 Klinický obraz citové a sociální deprivace.....	32
7.4 PSYCHOLOGICKÁ PRÁCE S POPÁLENÝMI LIDMI.....	33
8 POMOC POPÁLENÝM	34

8.1	OBČANSKÉ SDRUŽENÍ BOLÍTO	34
8.1.1	Předmět a cíle činnosti Bolíto:	34
8.1.2	Členství ve sdružení	35
8.2	SDRUŽENÍ NA POMOC POPÁLENÝM DĚTEM	35
	Aktivity sdružení:	35
8.2.1	Víkendová setkání	35
8.2.2	Cesta za hvězdou	35
8.2.3	Primární prevence	36
8.2.4	Tábory a dovolené	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	37
9	CÍLE PRÁCE	38
10	METODIKA PRÁCE.....	39
10.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	39
10.2	METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
10.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	39
10.4	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
10.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	40
11	ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM GRAFŮ	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Popáleniny nepatří mezi nejčastější úrazy u dětí, jsou však nejzávažnějším traumatem, které může dítě postihnout. Hlavně rozsáhlé a hluboké popáleniny jsou velmi bolestivé a jejich léčba je velmi náročná a dlouhodobá jak po fyzické tak po psychické stránce pacienta. U rozsáhlých, hlubokých popálenin jsou bohužel typické trvalé následky.

Přímo úraz je velmi traumatizující a bolestivý, a pokud si na tento úraz dítě pamatuje, je pro něj velmi náročné se s tím vyrovnat.

Prvotní léčba veškerého personálu popáleninového oddělení je velmi důležitá. Propuštěním z nemocnice však péče lékařů a spolupráce popáleného nekončí. Pacient musí podstupovat různé chirurgické operace ještě dlouho po úrazu. Rehabilitace trvá taky spoustu let a je zapotřebí odborná péče, spolupráce pacienta a velká trpělivost.

Popáleniny mění od základu život. Mění jak život popáleného, tak celé jeho rodiny. Úrazem se mohou změnit vztahy v rodině, ať už k lepšímu, tak může vést k rozpadu rodiny, kdy je hlavním důvodem svalení viny na viníka. Může zasáhnout i do ekonomického stavu rodiny, kdy matka zůstává s dítětem v nemocnici a nemůže chodit do práce, taky to může být častým dojížděním na různé terapie.

Toto téma jsem si vybrala hlavně z jednoho důvodu. Sama jsem prodělala v dětství vážný popáleninový úraz, který se na mě jak ze vzhledové tak z psychické stránky podepsal. Strávila jsem dlouhou dobu na klinice popálenin a prodělala během dospívání několik rekonstrukčních operací. Právě z tohoto důvodu jsem chtěla zjistit, jak se tento úraz podepsal na ostatních lidech, kteří popáleninový úraz prodělali. Chtěla jsem vědět, jak ostatní lidé po úraze vnímají svůj život, jak se jejich život změnil po úraze, jak se úraz podepsal na jejich psychice, společenském uplatnění a navazováním partnerských vztahů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POPÁLENINY

Popáleniny jsou zranění, která vznikají kontaktem s vysokou teplotou (Adams, Harold, 1999, s. 344). Dětská kůže je citlivější a více náchylná k popáleninám. Lépe se však hojí (Šnajdauf, Cvachovec, Trč, 2002, s. 81).

Děti v ČR jsou často ohrožovány popáleninami, jde o jednu z nejčastějších příčin úmrtí v důsledku neúmyslných úrazů (Zdravotnické noviny, 2010, s. 11). Děti jsou přirozeně zvědavé. Jakmile jsou mobilní, chtějí prozkoumat své okolí a hrát si s novými objekty. Přesto tento přirozený proces učení znamená, že přijdou do styku s předměty, které mohou způsobit popáleniny. Hra s ohněm nebo styk s horkými předměty mohou způsobit popálení, což způsobuje intenzivní bolest a často dlouhodobé následky. To vytváří utrpení nejen pro děti, ale i pro jejich rodiny a jejich okolí (World health organization).

Lidská kůže snese teploty do 40 stupňů Celsia, u malých dětí, které mají tenčí kůži, může dojít k popálení již při teplotě 45 stupňů Celsia. Úraz popálením představuje nejbolestivější zážitek. U dítěte, které je citlivé, může i malá popálenina zapříčinit vznik šoku a ohrozit tak jeho život. Těžké úrazy mívají za následek fyzické a psychické následky a velmi zasahují do života těchto rodin. Léčba popálenin je jedním z nejzávažnějších problémů dětské traumatologie. Nejvíce jsou ohroženy děti do 5 let ([b. a.], 2010, s. 11).

1.1 ZÁKLADNÍ PREVENCE VZNIKU POPÁLENIN

JAK PŘEDEJÍT ÚRAZU POPÁLENÍM

- Dítě se nesmí nechávat doma samotné a bez dozoru tam, kde jsou horké předměty. V domácnosti je to nejčastěji kuchyň, kde je horká plotna, varná konvice, žehlička. Rukojeti nádob na vaření otočte tak, aby nepřechnívaly mimo varnou plochu, směrem dozadu ke zdi.
- Nenechávejte dítě samotné u otevřeného ohně jako je krb, gril. Pokud k podpalování používáte hořlavé látky, nenechávejte dítě ve Vaší blízkosti.
- Pokud máte malé děti, nepoužívejte ubrusy, dítě může ubrus strhnout a převrhnout na sebe horkou kávu, polévku, nebo jinou vroucí tekutinu. Nádoby jako hrnce, nebo hrnek nenechávejte na okraji stolu, na pracovní desku odkládejte až dozadu.
- Napouštějte vanu nejdříve studenou vodou, až poté teplou, vhodné je používání plovoucích teploměrů. Než dítě vložíte do vody, zjistěte, zda není voda příliš horká.

Dítě do 3 let nenechávejte samo manipulovat s vodovodními kohoutky a nenechávejte dítě ve vaně samotné.

- Dobře před dětmi uschovejte různou zábavní pyrotechniku, svíčky, prskavky.
- Riziková situace pro dítě je vesnická zabíjačka, kde dítě padá například do hrnce s polévkou, která je odložena na podlaze (Srnský, 2007, s. 62 - 63).

2 HISTORIE LÉČBY POPÁLENIN

Začátek užívání ohně, a tím i možnost vzniku popálenin jsou spojeny se vznikem života na planetě Zemi. Historie léčby popálenin je spojena s dějinami lidstva na planetě (Šimko, Koller, 1992, s. 9).

2.1 Starověk

První písemná zpráva o výskytu a léčbě popálenin je tzv. Ebersův papyrus, který pochází z 1500 př. n. l. Uvádí nejen vhodné léčivé rostliny, ale popisuje i léčebné postupy pro každý den léčby, při čemž byla léčba s přesným určením času podání a množství léčiva byla rozvržena do 4 dní. Tento způsob ordinace svědčí o pevném přesvědčení Egyptské školy, že úspěch léčby závisí na přesném dodržování léčebných postupů. Autoři se věnovaly plošným a lokálním projevům popálenin, přitom rozeznávaly tyto postupy podle stavu rány.

Řeční lékaři, se nedrželi při léčbě jen rostlin, ale měly i logické názory vycházející z praxe a farmakologie. Svědectví o jejich pozorovacích schopnostech je např. tvrzení, že opakovaným koupáním, se snižuje hnisání, rána se nevysušuje a v konečném důsledku se lépe hojí (Šimko, Koller, 1992, s. 9).

V letech 37 – 14 př. n. l napsal Celsus knihu *De Meicinae*, ve které zahrnul léčebné postupy používané v časném období římského impéria. Jako první uvedl chirurgické postupy po popálení při špatně se hojících ranách.

V doporučených receptech se stále opakovaly různě upravené zvířecí části, jako hlava psů, hadů, nebo holubů, jako jejich trus, případně i lidské části smíchané s medem, olejem včelím voskem a podobně (Šimko, Koller, 1992, s. 10).

Egyptan Rhazes (850 - 923) navrhl tzv. bílou mast, která se skládala z bílého olova, růžového oleje a vosku, která byla uznávána nejen v arabském světě, ale i v Evropě (Šimko, Koller, 1992, s. 10).

2.2 Středověk

Při prvních použití střelného prachu, vytvořili vojáci nové podmínky pro vznik, a tím i léčbu popálenin. Divigo osobní lékař papeže Julia II., jako první přišel na přítomnost toxinů ve střelném prachu. V této době se uplatňovala Avicennova koncepce léčby střelných poranění vroucím olejem (Šimko, Koller, 1992, s. 11).

V roce 1569 se Van de Elst zabýval lékařem Paréem, který jako první rozpoznal důležitost hloubky popálenin, kterou označil pěti stupni. Popisy popálenin tváře, okolí úst, řas a také malých a velkých kloubů svědčí o skvělých pozorovacích schopnostech tohoto lékaře.

Fabricius Hildanus (1560), který je pokládán za otce německé chirurgie napsal knihu o popáleninách, ve které se zabýval hlavně vznikem keloidů a deformujících jizev (Šimko, Koller, 1992, s. 11).

2.3 Novověk

Roku 1879 lékař Earle, uvedl studii, která se zaměřovala na zmírnění následků termického úrazu použitím studených obkladů a studené vody vlivem jejího analgetického účinku.

Francouzský chirurg Puytren dělil popáleniny podle hloubky na podráždění, zánět, hnisání a vyčerpání. Stal se prvním odborným chirurgem na léčbu popálenin v Paříži.

Začátek 20. století znamenal průlom v poznání patofyziologie popálenin a tím i její podstaty a léčby popáleninového šoku. Roku 1921 doktor Underhill poukázal na nálezy koncentrace hemoglobinu, hematokritu a chloridů v séru popálených a vyšetřoval i obsah jejich puchýřů, čímž se snažil dokázat, že popáleninový šok vzniká na podkladě ztráty tekutin, solí a bílkovin. Cope a Moore doplnily zjištění, že tyto ztráty vznikají hned po popálení, a to nejen na povrchu, ale i uvnitř těla. Upozornily i na vznik otoků. Prohlásily, že v prvních dnech po popálení je transfuze krve kontraindikovaná (Šimko, Koller, 1992, s. 12 - 13).

V období druhé světové války se začaly používat absorpční obvazy. A Wallace a Pulasky (1942) navrhly numerické vyjádření pomocí čísla devět, které umožnilo přesnější odhad ztrát tekutin, solí a bílkovin.

Evans (1952) objevil vztah mezi hmotností popáleného a rozsahem popálenin a potřebou substitučních roztoků (Šimko, Koller, 1992, s. 13).

3 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE

3.1 ANATOMIE

Kůže je složena z povrchové pokožky, škóry a podkožního vaziva

Škóra se skládá z vazivových buněk a vazivových vláken. Ve škáře jsou cévy a nervy. Jsou zde i kořeny vlasů, mazové a potní žlázy. Ve škárových výbězcích jsou nervová zakončení.

Mazové žlázy mají ochranný film, který je tvořen tukovitou tkání.

Potní žlázy vytváří a produkují pot, který ochlazuje povrch kůže a reguluje tak tělesnou teplotu. Má vliv na hospodaření s vodou v těle (Dylevský, 1998, s. 297).

3.2 FYZIOLOGIE

Stručná charakteristika funkce kůže

1. Ochrana těla: Kůže obaluje tělo a brání vniknutí škodlivin do těla. Kůže je elastická, pevná a tažná. Je to důležité pro odolnost vůči mechanickým vlivům z okolí, jako je tlak, náraz, tření. Kůže obsahuje pigment, který chrání před slunečním UV zářením.
2. Jeden ze smyslů: V kůži je mnoho receptorů, které slouží k vnímání různých podnětů, jakou jsou mechanické, bolestivé, tepelné počítky. Specializované receptory zprostředkovávají hmat, pocity tepla a chladu. Nervová zakončení slouží pro vnímání bolesti.
3. Termoregulace: Kůže je velký plošný orgán, který svým prokrvením má vliv na výdej tepla. Ochrana organismu před velkými ztrátami tepla. Podkožní vazivo, které má silnou vrstvu i u velmi hubených osob. Podkoží má také tepelně izolační význam.
4. Skladování: Ve vazivu je uloženo množství tuku, které má mimo mechanickou a tepelnou izolační funkci i funkci zásobování energií organismu. V kůži jsou uskladněny vitamíny, které jsou rozpustné v tucích (A, D, E, K). Díky slunečnímu záření v kůži vzniká i vitamin D.
5. Vylučování: Mazové a potní žlázy zabezpečují vylučovací schopnost kůže. Maz a pot ochraňují kůži celého organismu. Pot má slabý dezinfekční účinek svou kyselou reakcí.
6. Resorpce: Resorpce je poměrně malá. Kůže je pro vodu prakticky nepropustná. Pokud se kůže poškodí (např. popálením), stane se významnou resorpční plochou a

organismus je tím zaplavován rozpadovými látkami a mikroorganismy (Dylevský, 1998, s. 300 - 301).

4 PŘÍČINY POPÁLENIN

4.1 Termální popáleniny

Jsou způsobeny ohněm, plamenem, který šlehá, opařením horkou vodou nebo kontaktem s velmi horkými předměty (Adams, Harold, 1999, s. 344).

Mezi nejčastější energie devastačně působící na kůži patří přímý kontakt s horkým zdrojem (plamen nebo okolní horký vzduch nebo obojí). Maximální kontaktní subjektivně snesitelná teplota je 43,5 stupňů Celsia. Při teplotě 44 stupňů Celsia do 6 hodin působení jsou na kůži změny stále ještě reverzibilní. V případě delšího působení na kůži tepelná energie působí směrem do hlubších podkoží kůže a to i po odstranění tzv. tepelné noxy (Königová, Bláha, 1999, s. 29).

4.2 Chemické popáleniny

Mohou být způsobeny vdechnutím, požitím žíravín, nebo kontaktem s těmito látkami. Chemickou popáleninu může způsobit například čistič záchodových mís, louh, detergenty do myček nádobí, akumulátorová kyselina a jiné. Závažnější jsou popáleniny způsobené louhem, než kyselinou. Louh proniká více do kůže.

4.3 Popáleniny elektrickým proudem

Vznikají, když tělem probíhá elektrický proud. Elektrický proud vstupuje do těla v místě kontaktu a vystupuje v oblasti nejmenšího odporu.

4.4 Inhalační popáleniny

Vznikají vdechnutím škodlivých látek (kouř, dráždivé částice). Inhalační popáleniny vznikají u osob, které jsou uvězněny v uzavřeném prostoru (Adams, Harold, 1999, s. 344).

5 KLASIFIKACE ZÁVAŽNOSTI POPÁLENINOVÉHO TRAUMATU

5.1 Faktory určující závažnost popáleninového traumatu

Správně poskytnutá laická první pomoc, odborně provedená neodkladná přednemocniční péče a zajištění rychlého transportu do odborného zdravotnického zařízení hrají důležitou roli, která určuje průběh a prognózu popáleninového traumatu (Königová, Bláha, 2010, s. 66).

Závažnost popálenin je určena mnoho důležitými faktory:

1. *Mechanismus úrazu a související děje vedoucí ke sdruženému poranění, polytraumatu a inhalačnímu traumatu*
2. *Rozsah postižení*
3. *Věk postiženého*
4. *Hloubka postižení*
5. *Lokalizace postižení*
6. *Osobní anamnéza (choroby prodělané či probíhající)* (Königová, Bláha, 2010, s. 66).

Jako závažné se u dětí hodnotí popáleniny relativně malého rozsahu:

- Děti do 2 let s rozsahem popálení nad 5 %
- Děti do 10 let s rozsahem popálení nad 10 %
- Děti 12-15 let s rozsahem popálení nad 15 %

Již takovýto rozsah popálení může dítě ohrozit popáleninovým šokem a vyžaduje hospitalizaci. Pokud se překročí dolní hranice rozsahu postižení, popáleniny jsou závažné. U dítěte, které má 2 roky, je popálenina o rozsahu jedné horní končetiny, ač se tato plocha zdá malá, velmi závažná a život ohrožující (Zdravotnické noviny, 2010, s. 11).

5.2 Hloubka popálenin

Dle mezinárodní klasifikace:

Povrchové popáleniny – kůže je částečně poškozena, folikuly a mazové žlázy jsou zachovány.

Hluboké – ztráta kůže v celé tloušťce, může být i ztráta podkožní vrstvy a poškození kostí a svalů (Šnajdauf, Cvachovec, Trč, 2002, s. 83).

5.3 Stupně popálenin

1. Stupeň – je tzv. povrchová popálenina. Erytém (zčervenání) kůže, hojení trvá krátkou dobu (3 – 6 dnů).
2. Stupeň – se dělí na IIa a IIb
IIa – tvoří se puchýř s červenou spodinou. Je zde zachováno čítí. Má poměrně dobré hojení.
IIb – spodina zde bledne. Špatné hojení. Je zde přítomna nekróza.
3. Stupeň – ztráta celé tloušťky kůže, je zde velká pravděpodobnost postižení dalších tkání (kosti, svalovina) (Šnajdauf, Cvachovec, Trč, 2002, s. 83).

5.4 Rozsah popálenin

Rozsah popálenin se určuje procenty postižené plochy.

Dospělá osoba

Využívá se tzv. pravidlo devíti (Příloha PI). Procento povrchu postižení se vyjadřuje dělením či násobením devíti. Tímto se odhaduje procento postiženého povrchu popálenin. Pokud odhadujeme nepravidelné popáleniny, vychází se z toho, že plocha odpovídající dlani pacienta je 1 % jeho povrchu těla (Adams, Harold, 1999, s. 351).

Děti

U dětí se využívá modifikovaná metoda podle Lunda a Browdera (Příloha PII) (Adams, Harold, 1999, s. 351).

6 LÉČBA POPÁLENIN

6.1 Laická první pomoc při popálení, opaření

Důležité je odstranit zdroj tepla, vynést postiženého z hořícího pokoje, svléknout oděv. Je nutné sundat šperky, jako jsou hodinky, a prsteny z popálených míst. Následný otok může pozdější sundání šperků znemožnit. Pokud dítěti hoří oblečení, je nutné ho opatrně povalit na zem a válet ho, tím se zabrání dalšímu vzplanutí ohně. Hašení hořícího oděvu se nesmí hasit tkaninami z umělé hmoty.

Popálená místa se chladí – chlazení snižuje bolest a působí protišokově. Chlazení se provádí 10-20 minut. Větší popálená plocha by se měla chladit spíše vlažnou vodou.

Ochrana popálených míst – popálené plochy se kryjí sterilním krytím, pokud je to možné, tak vlhkým. Popáleniny se nemažou žádnými krémy ani nezasypávají prášky.

U rozsáhlých popálenin je důležité včasné zajištění ZZS (Srnský, 2006, s. 61 - 62).

6.2 Neodkladná péče u dětí s popáleninovým úrazem

- Analgezie, sedace
- Nasogastrická sonda – u rozsahu nad 10 % (paralytický ileus při hypovolemickém šoku)
- Permanentní močový katétr – pro sledování hodinové diurézy (minimálně 1ml/kg/h)
- Monitorace vnitřního prostředí – glykémie, mineralogram (Ca), celková bílkovina, KO, CRP
- Monitorace vitálních funkcí – saturace krve kyslíkem
- Při velkém rozsahu popálenin a šokového stavu – UPV
- Diuretika – při zadržování tekutin v těle (Furosemid 1 – 3mg/kg)
- ATB – (s dobrým průnikem do kůže) – při rozsahu popálenin nad 10 %
- Kortikoidy – u protahovaného šoku metylprenizolon, při inhalačním traumatu se podává Dexazon, který působí antiedematózně
- Převazy – dle stavu pacienta a jeho poranění
- Infuzní terapie během prvních 24 hodin (Šnajdauf, Cvachovec, Trč, 2002, s. 84).

6.3 Terapie na JIP

Zajištění sterilního krytí, dostatečné chlazení popálených ploch, popálené plochy se ošetřují v celkové anestezii. Při projevech dýchacích cest (při popáleninách krku a obličeje, tachypnoe, stridor, chrapot, vrzoty, pískoty na plicích, porucha vědomí, respirační nedostatečnost) je nutné zavést tracheální a umělou plicní ventilaci. Je potřeba sledování rozvoje otoku na krku a končetinách, již po 8 hodinách od úrazu může otok poškodit oběh na končetinách stlačením tepen a nemocnému hrozí udušení, je zde nutné konzultování s chirurgem, pro nutnost uvolňujících nářezů. Důležité je zavedení CŽK a následná infuzní léčba:

Potřeba tekutin po 24 hodin po úraze:

$2\text{ml} \times \text{hmotnost v kg} \times \% \text{ popáleného tělesného povrchu} + \text{fyziologická potřeba tekutin} (= 120\text{ml} - (\text{věk v letech} \times 10) / \text{kg hmotnosti} / 24\text{h})$

(polovina vypočteného množství pro prvních 8 hodin po úraze, zbytek za 16 hodin) (Novák, 2008, s. 541).

Složení tekutin:

Infuze Hartmanův roztok. Pokud se podávají koloidy, nemají konat víc než 30% vypočítaného objemu podávaných tekutin. Jako koloidní roztok se užívá mražená plazma. Množství sodíku nemá být méně než 0,75 mmol Na/kg hmotnosti % BSA.

V případě, že se krevní oběh po infuzích nestabilizuje:

Podání léků zvyšující srdeční výdej a snižující cévní rezistenci (například Dopamin). Antimimeticky působící katecholaminy (Noradrenalin) jsou kontraindikovány. Kortikoidy se podávají jen v prvních desítkách minut po úraze, poté se již nepodávají. Pokračuje se v analgosedaci. Antibiotika se preventivně nepodávají. Monitorují se fyziologické funkce – krevní tlak, tep, tělesnou teplota a sleduje se diuréza (Novák, 2008, s. 541 - 542).

6.4 Chirurgická léčba popálenin

Definitivní chirurgické ošetření se provádí 2. až 3 den po přijetí, kdy je stav nemocného dostatečně stabilizován. V nutných případech se provádí escharotomie, při hlubokých cirkulárních popáleninách, hlavně končetiny pro nebezpečí ischemie (Zeman, Krška, 2011, s. 360).

Při escharotomii vede lékař řez escharou (mrtvou tkání) až do podkožní tukové vrstvy po celé délce hluboké popáleniny v laterální nebo mediální linii postižené končetiny nebo v případě cirkumferentní eschary kolem hrudníku. Escharotomie pomáhá uvolnit konstri-

ci, omezující proudění krve v distální části končetiny, či dýchací pohyby v hrudníku (Adams, Harold, 1999, s. 99).

Důležitá zásada při provedení escharotomie je, aby začátek a konec řezu, pokud možno, začínal a končil ve zdravé tkáni, nebo v tkáni s povrchovým popálením (Příloha IV) (Königová, Bláha, 1999, s. 120).

Fasciotomie je hluboký řez až do svalu – může být nezbytná u hlubokých popálenin, pokud eschariotomie nezajistí uvolnění konstrikce a úpravu distální tkáňové perfúze (Adams, Harold, 1999, s. 99).

Nejčastěji se v chirurgické léčbě využívá primární excize, neboli nekrektomie. Nekrektomie spočívá v seřezání popálených ploch 2. a 3. stupně třetí až pátý den po úrazu. Excize je hluboká tak, že se objeví kapilární krvácení. Plochy, které se excidují, se musí krýt kožními autotransplantáty. Při nedostatku vlastní zdravé tkáně se používají xenotransplantáty. Tam kde potřebujeme překrýt větší plochu tímto autotransplantátem, který není dostatečně velký, jako plochu, kterou potřebujeme překrýt, se využívá metoda síťovaného kožního štěpu. Kožní štěp se po nařezání v síťovém strojku roztáhne. Roztáhne se do podstatně větší plochy, umožní odtok sekretu a jeho svraštění je minimální (Zeman, Krška, 2011, s. 360 - 361).

6.5 Jizvy po popáleninách

Jizvy po popáleninách II.b a III. stupně jsou hlavním léčebným problémem při péči o pacienta v období rehabilitace a rekonstrukce. Péče o jizvy pomáhá zmírnit negativní estetické i funkční projevy, které svému nositeli způsobují. (Hokynková, et. al, 2010).

Jizvy po hlubokých popáleninách jsou charakterizovány jako trvalé poškození kůže na podkladě termického úrazu vznikající ve fázi proliferace zánětu při hojení rány. Tvorbu a výsledný vzhled jizvy ovlivňuje typ poranění, umístění, rozsah a hloubka popálené plochy, přítomnost infekce, délka hojení, věk, přidružené choroby a genetické faktory. (Hokynková, et. al., 2010).

Typy jizev po popálení:

- Atrofická - kůže velmi tenká až pergamenová, lehce dochází k mechanickému traumatu, prosvítají i drobné cévy z podkoží. Dermální vrstva kůže nedosahuje obvyklé tloušťky dermis okolní zdravé kůže.
- Hypertrofická – na dotek tuhá, nepoddajná, hyperpigmentovaná, růžově až fialově zbarvená. Viditelně vyčnívá nad povrch okolní zdravé tkáně. Tyto jizvy jsou největším problémem při léčbě popálenin. Může vzniknout kdekoliv na těle.
- Keloidní – tuhá, plastická jizva, z počátku červená, často svědí. Predilekční lokalizace je v oblasti sterna, ramena a pektorální krajině. (Brychta, et. al., 2001, s. 2 - 3).

6.6 REHABILITACE

Fyzická rehabilitace slouží k udržení rozsahu pohyblivosti kloubů a svalstva pacienta v co největší míře. Užíváním speciálních individuálních pomůcek se snaží zamezit rozvoji hypertrofických jizev (Königová, Bláha, 2010, s. 387).

6.6.1 Časná rehabilitace

Začíná u nerozsáhlých popálenin brzy po úraze. U rozsáhlých popálenin se začíná již v neodkladné fázi, v období akutního popáleninového šoku. Záleží však na lokalizaci a závažnosti popálenin (Königová, Bláha, 2010, s. 388).

Popálené ruce se kryjí dobře tvarovaným obvazem. Palec musí být vždy oddělen od ostatních prstů. Prsty musí být ve fyziologickém postavení odděleny vrstvou obvazového materiálu, zabrání se tím maceraci styčných ploch. Při hlubokých popáleninách palmární části ruky se ruka polohuje do mírné extenze, při postižení dorzální části mírnou flexí k zabránění vzniku reflexní kontraktury. Vhodné pro popálené ruce jsou tvarované dlahy, které udržují končetiny ve zvolené poloze, a také chrání končetinu před mechanickým poraněním. Již v tomto období se doporučují elastické obvazové materiály, které dobře tvarují i komplikované oblasti a redukují rozvoj otoku po úraze. Pokud se může pacient alespoň částečně obsluhovat, uplatňuje se psychika na pacienta, kdy není odkázán sám na sebe. Pokud je nutný chirurgický zákrok popálených rukou nefrektomií a následnou auto-transplantací, je toto polohování velmi důležité. Při nevhodně modelovaném obvazu prstů v plné extenzi, nebo v mírné hyperextenzi má pacient problémy s rehabilitací (Königová, Bláha, 2010, s. 388).

Pacient popálený v oblasti krku a obličeje se polohuje do polosedu s mírným záklonem hlavy, aby se zabránilo tvorbě záhybů a macerací kůže na přední straně krku. Pacient nemá pod hlavou žádný polštář, protože ten může způsobit deformace a následné chondritidy popálených ušních boltců.

Dolní končetiny mají taky své zvláštnosti. Ihned po popálení se pacienti polohují tak, aby byl usnadněn odtok lymfy a žilní krve z dolní končetiny. Jako podložky se nejčastěji volí polyuretanové hranoly pod kolena a na bérkách nad průběhem Achillových šlach, aby nedocházelo ke zkrácení této šlachy a fascií lýtkového svalu. Do lůžka se vkládá vhodná pevná podložka, aby měl pacient chodidlo v pozici stojící osoby. Ideálnější pro pacienta je možnost včasného vstávání z lůžka a nácvik chůze. Zde je vhodné bandážování končetin elastickým obinadlem, které zabraňuje hypostatickému otoku, slouží jako prevence tromboembolických komplikací, zrychluje žilní a lymfatický oběh a brání vzniku krevních výronů pod dosud nepevnými transplantáty kůže.

U rozsáhlých popálenin se časně polohují horní končetiny v širokých závěsech z roušek v upažení a mírném předpažení. Dolní končetiny se zavěšují ve zvýšené poloze a v mírném rozkročení. Pozice závěsu se po určité době mění, aby nedošlo k útlačení popálených ploch. Trup se podloží polyuretanovou matrací, která vede od ramen po hýždě. Hlava se udržuje v mírném záklonu. Při popáleninách v oblasti zad se polohuje na břicho, nebo na speciálním vzdušeném lůžku.

Nezapomínáme také na dechová cvičení. Pacienty s UPV je nutné pravidelně odsávat z horních cest dýchacích, kontrolovat endotracheální kanylu a pravidelně ji měnit (Köni-gová, Bláha, 2010, s. 388 - 390).

6.6.2 Pozdní rehabilitace

Pozdní rehabilitace se začíná tehdy, jsou-li transplantáty zhojeny a odběrové plochy epitelizovány. Rehabilitace se zaměřuje hlavně na velké klouby horních končetin a malé klouby rukou. U dolních končetin se zaměřujeme hlavně na obnovu samostatné chůze pacienta s užitím elastických bandáží, nebo návleků speciálně ušitých na míru pro pacienta.

Při pozdní rehabilitaci si užívají různé speciální techniky:

Tlaková masáž slouží k expresi otoku, vzniklému po úraze v oblasti kloubů a při rozvoji hypertrofických jizev. Provádí se stlačením určeného místa konečky prstů po dobu 30 vteřin nebo déle, tímto způsobem se vytlačuje hluboký otok z jizvy. Poté se přesune o šířku

prstu a opakuje se stejný způsob. Postupuje se od periferie směrem k srdci, tímto se otok dostává zpět do krevního oběhu. Tato technika je velmi účinná, nevýhodou je však časová náročnost, proto se kombinuje i s jinými technikami.

Kruhová tlaková masáž je v podstatě stejná jako tlaková, avšak její účinnost se znásobuje jemným krouživým pohybem. Využívá se u jizev, které nereagují na prostou kompresi a při pohmatu mají tendenci se fixovat do podkoží. Krouživý pohyb rozrušuje fibrinové a kolagenní vazivové pruhy, které fixují jizvu v okolních tkáních. Tato technika se využívá při popáleninách elektrickým proudem, k uvolnění okrajových jizev po lalokových plastikách, které se používají k náhradě kůže a podkoží, u hlubokých ztrátových poranění.

Kompresivní terapie funguje na způsobu komprese jizev. Elastické návleky a různé pomůcky ke kompresi redukuje pouze jednu složku, která se podílí na vzniku nepříznivého jizvení, jako je ztráta pevnosti kůže. Je zjištěno, že mírná komprese omezuje krevní oběh a tím kontroluje množství tvořeného kolagenu redukcí přísunu kyslíku a proteinů potřebných k jeho syntéze. Usnadňuje vyrovnání kolagenní svazků v jizvě. Tato technika rovněž snižuje nepříjemné pocity v jizvách, jako je bolest, svědění, píchání a podobně. Je známo, že komprese se musí provádět nejméně šest měsíců, ale i 2 - 3 roky, nebo dokonce déle. Optimální doba pro nošení těchto kompresivních pomůcek je 23 hodin denně, ale málokdo z pacientů to vydrží tak dlouho. Je vhodné zpočátku používat pomůcky, které stlačují méně, později, kdy jsou jizvy pevnější, je možno stlačení zvýšit (Königová, Bláha, 2010, s. 390 - 393).

Fyzická rehabilitace nesmí být bolestivá, a nesmí zasahovat do žádných operačních fází při léčbě popálenin, jako jsou nefrektomie, kde je riziko vzniku krvácení, a autotransplantace. Aktivní pohyb je velmi příznivý. Uvolňují se svalové endorfíny a léčba je pak méně bolestivá.

Jako další prostředek se doporučuje fototerapie polarizovaným žlutým světlem biolampy, která se využívá hlavně u dětí. Nevýhodou této metody je malá plocha, která na jizvu působí, a jizvy jsou většinou rozsáhlé.

6.6.2.1 Strečink

Strečink je ověřená metoda k uvolnění zkrácených šlach a svalů u řady sportovců. Slouží k rozvoji tělesné pružnosti a zvětšení rozpětí kloubní pohyblivosti. Na tomto principu funguje i strečink pro popálené pacienty. Ze začátku se jedná o uvolnění jizevnatých pruhů, které se tvoří v místech zahojených hlubokých popálenin nebo uvolňujících nářezů. Strečink je nutno přizpůsobit fázi hojení. Krátce po úrazu má strečinková poloh vyvolat pouze mírné napětí, nesmí se překročit práh bolestivosti. Rehabilitace pomocí strečinku produkuje a uvolňuje svalové endorfíny.

6.6.2.2 Postizometrická relaxace (PIR)

Je vhodná pro zkrácené svaly a snižuje svalové napětí. Jedná se o využití reflexního uvolnění při aktivním stahu svalu. Rozcvičovaný klub se uvede do krajní polohy, tak aby se sval maximálně natáhnul, pacient poté s pomalým nádechem zapne svalové skupiny a snaží izometricky tlačit končetinu proti opěrnému bodu – může být ruka fyzioterapeuta. Tlak trvá – vteřin, aniž by došlo ke změně polohy ruky a s pomalým výdechem pacient aktivní stah uvolní. Počká se, až napětí ve svalu klesne a lehce se změní poloha a obnoví se pocit mírného napětí. Doba uvolnění svalu může trvat kolem 10 vteřin a déle. Poté pacient opět zapne svalovou aktivitu a znovu uvolní. Takto se pokračuje do pěti polohových změn. I pomocí této techniky se uvolňují svalové endorfíny, dokonce více, než při běžném strečinku (Königová, Bláha, 2010, s. 393 - 400).

6.7 KOMPLIKACE POPÁLENINOVÉHO TRAUMATU

- Popáleninový šok je komplexní proces oběhové a mikrocirkulační poruchy, který není snadné upravit náhradou tekutin, neboť se zde prolíná hypovolémie s řadou místních i systémových mediátorů a pokračuje jako patofyziologický stav i za stavu, že je hypovolémie upravena.
- Multiorgánové selhání
- Akutní selhání ledvin
- Inhalační poškození plic, edém plic, ARDS - posttraumatické poškození plic
- Aspirace v bezvědomí
- Otrava oxidem uhelnatým
- Stresové krvácení z vředů GIT
- Plicní embolie

- Imunologické poruchy, záněty srdce
- Poruchy srdečního rytmu
- Infekce rány (ZdravíE15, 2001).

7 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Úraz popálením je velká stresující zátěž a postihuje člověka fyzicky i psychicky. Vyžaduje specializovanou intenzivní a dlouhodobou péči, což způsobuje také psychické problémy (Zeisbergerová, Haluzíková, 2006, s. 184 – 186).

U dětí postižených popáleninovým traumatem není problém jen psychické trauma, které popáleniny provází, ale i odloučení od svých blízkých, vytržení ze svého prostředí, strach z cizích lidí, léčebných postupů a omezení pohyblivosti. Reakce na popálení záleží na povaze dítěte, na závažnosti úrazu a taky na věku dítěte. U dětí dospívajícího věku se projevuje citlivost na změny těla (Občanské sdružení Bolíto [b.r.]).

Důležitými faktory v psychice popálenin je lokalizace popálenin. Významnými jsou nejvíce ruce a obličej v sociální reintegraci. Menší význam má rozsah popálenin, který je závislý na fyzickém omezení pacienta. Studie dokázala, že i menší fyzické omezení může způsobit velké deprese, stejně jako omezení velkého rozsahu.

Pokud je pacient ve stavu, kdy může komunikovat, zjišťujeme od něj podrobné informace o jeho léčbě, komplikacích a dalších postupech. Bolestivost snižujeme pomocí analgetik. Již v období rehabilitace se soustředíme na možnosti sociálního a pracovního zařazení pacienta po dokončení léčby. Snažíme se zapojit jednotlivé členy rodiny nebo blízké přátelé. Během komunikace a spolupráce s těmito lidmi sledujeme chování pacienta i příbuzných a návštěvy, které na pacienta působí nevhodně, buď omezíme, nebo zcela vyloučíme. Dbáme však vždy na přání pacienta.

U závažně popálených pacientů, kteří mají hlavně postižený obličej, je důležité na tuto změnu vzhledu pacienta, rodinu včas připravit a informovat. Hlavně děti a ty, kteří pacienta během léčby často nenavštěvovali. Obavy jsou na straně rodiny, jak bude rodina reagovat, pacient sám a jeho okolí na jeho stav (Königová, Bláha, 2010, s. 401).

Rozsáhlé popáleniny jsou kritickou událostí z mnoha důvodů. Ve valné většině jde o nečekaný úraz, na který pacient nebyl připraven a znamená pro něj náhlé vytrhnutí ze svého prostředí – rodinného, pracovního a také společenského. Úraz může mít za následek jak funkční tak estetické změny. Některým pacientům se zhroutl svět a v prvních chvílích nedokáže začít znovu žít. Dochází k sociální smrti, pacienti se velmi špatně začleňují zpět do společnosti. (Zeisbergerová, Haluzíková, 2006, 184 - 186).

Dle výzkumu, je emoce v každém zážitku velmi důležitou složkou. Kůže chrání tělo před všemi vlivy, pokud je velmi poškozena popáleninami, má to velký vliv i na CNS. U pacientů, kteří prodělali těžký popáleninový úraz, se dá vysledovat, že popáleniny na ně mají velký vliv a neustále žijí s následky tohoto úrazu. Bylo zjištěno na pacientech, že i po 5-19 letech reagují na téma svého úrazu jinak, než lidé, kteří prodělali jiný úraz. Tento úraz i po tak dlouhé době na pacienty měl velký vliv, že to byla významná událost v jejich životě (Königová, Bláha, 2010, s. 400 - 401).

Popáleniny jsou specifické tím, že v mnoha případech si pacient na tento zážitek může pamatovat. Tyto vzpomínky se mohou vracet ve formě posttraumatických flashbacků, které mohou doprovázet úzkostné stavy.

Pacientům se mohou vracet děsivé vzpomínky, jak jim při požáru odpadávala kůže z těla. Tyto vzpomínky jsou v normě, představují určitou setrvačnost duše a těla po prodělaném úraze. Pokud je však u pacienta dobře zavedená psychologická léčba, vzpomínky časem ustávají (Mauer, 2009, s. 35 - 38).

7.1 Tělesné schéma a psychická integrita

Popáleninový úraz představuje trauma, které přináší obrovskou fyzickou zátěž, která je spjata s operačními výkony, bolestmi a tělesným diskomfortem.

Poruchy, které jsou často pozorovány:

- Zažívací obtíže
- Poruchy spánku – nespavost
- Špatné vnímání reality jako je například apatie
- Pocit bezmoci, která souvisí s nesoběstačností

Popáleninové trauma představuje velké narušení tělesné integrity a schématu, což má za následek prohloubení psychické krize. Tzv. tělesné schéma je tělo vnímáno v mozku, je to způsob jak člověk vnímá svoje tělo z psychické stránky. Tělesné schéma je součástí osobnosti člověka (Mauer, 2009, s. 35 - 38).

Po rozsáhlém úraze se rozvíjí komplex psychologických změn. Symptomy psychologického postižení jsou různé, lze je však zařadit do třech různých jednotek:

1. Reakce na akutní stres je okamžitá reakce na událost, která ohrozila somatickou integritu. Dochází k snížení sebevědomí a pozornosti, omezení schopnosti pochopení,

k dezorientaci až útekové reakci. Lze pozorovat úzkost, vztek, zoufalství. Tato reakce odeznívá rychle.

2. Posttraumatická stresová porucha je pozdější reakce na stresovou událost. Typické pro tuto jednotku jsou epizody oživující prodělané trauma, sny na základě emočního otupení, vyhýbání se lidem, suicidální myšlenky. Trvá asi půl roku, někdy přechází do trvalé změny osobnosti člověka.
3. Porucha přizpůsobení je stav subjektivní tísně a emoční porucha, která narušuje sociální vazby jako následek přítomnosti somatické nemoci. Predispozice a zranitelnost mají velký význam. Přibližně do jednoho měsíce se objevuje depresivní nálada, úzkost, obavy, neschopnost plánovat, zhoršení výkonu při každodenních činnostech, sklony k dramatickému chování, výbuchy, agresivita. Řadí se zde i hospitalismus u dětí (Koupil, Brychta, Ryška, 2003, s. 27 - 28).

7.2 Psychosociální zvláštnosti

Každá část těla má pro člověka jinou hodnotu. Nejvíce lidem záleží na:

- Obličejové části
- Krku
- Genitálu

Chování pacienta většinou souvisí s jeho zevněškem. Tvář je nejviditelnější částí těla, která je vidět při každodenním sociálním styku a patří k prvotnímu hodnocení. Tvář dělá lidi lidmi. Člověk, který má deformaci obličeje mění sociální vazby k širokému okolí. Trpí trvalou frustrací a je deprimován pohledy ostatních lidí a jejich emocemi k nim, ať už je to soucit nebo odpor. Nejvíce se z estetického hlediska posuzují lidé podle svého vzhledu. První dojem často budí negativní pocity k člověku s obličejovou deformací (Zeisbergerová, Haluzíková, 2006, s. 184 - 186).

DF syndrom a sociální smrt

V důsledku úrazu způsobeného popálením může dojít k velkému postižení až znetvoření některé části těla. Pacienti jsou ohroženi špatným přizpůsobením, stigmatizací okolím, velkým snížením kvality života. Popáleninový úraz je velmi specifický v tom, že u mnoha lidí vyvolává odpor, více než soucit. Veřejnost je minimálně seznámena s tímto typem úrazu v porovnání s jinými handicapovanými lidmi. Sociální okolí většinou reaguje nevhodně a nepřiměřeně, buď lidé nevhodně zírají a neomaleně se vyptávají, nebo jeho úraz přehlídí a vy-

hýbají se mu. Tato reakce je velmi primitivní. Je spjata se strachem z neznámého, dále s myšlenky, že člověk s tímto úrazem je postižen i jinak, morálně (slovo znetvořený je neetické, je to vyjmutí člověka z lidské osoby, jako by nepatřil do tohoto světa) (Mauer, 2009, s. 35 - 38).

DF syndrom (disfigured face) vzniká u pacientů s těžkými popáleninami obličeje, kdy dochází k jeho znetvoření, hlavně v oblasti faciálního trianglu (hranice mezi vnějšími úhly očí a středem brady). DF syndrom je popisován jako rozptýlený pocit identity, nebo její úplná ztráta, která pokud je nějak kompenzována, tak úplnou neangažovaností, odpoutáním od všeho, následným vyčerpáním vitality. Dochází k trvalým nepříznivým změnám osobnosti, k dismorfobii (mocný pocit ošklivosti a znetvořenosti nebo obava z ní), v různých případech až k „sociální smrti“ nebo dokonce sebevraždě. Postižení obličeje je velmi citlivé. Psychologická práce v tomto případě je velmi složitá a dlouhodobá (Mauer, 2009, s. 35 - 36).

7.3 Sociální aspekty u hospitalizovaných dětí s popáleninami

Špatná sociální a ekonomická situace vede k počtu úrazů u dětí, které přichází z rizikového prostředí.

7.3.1 Klinický obraz citové a sociální deprivace

Sociální hyperaktivita

Děti se sociální hyperaktivitou navazují rychle kontakt s okolím, vyžadují pozornost a nemají strach z cizích lidí. Tyto vztahy jsou však jen povrchní.

Sociální provokace

Dítě se dožaduje pozornosti tím, že provokuje, často agresivním a destruktivním chováním.

Útlumový typ chování

Dítě se v tomto případě v kontaktu s okolím chová pasivně až apaticky (Čermínová, Ševčíková, 2008, s. 60 - 61).

7.4 Psychologická práce s popálenými lidmi

Konkrétní práce psychologa na popáleninovém pracovišti spočívá v krizové intervenci, podpůrné psychoterapii, v některých případech pak v systematické dlouhodobé psychoterapii nebo rodinné terapii. V průběhu léčby se mohou v důsledku různých komplikací v léčbě krize u pacientů opakovat nebo se proměňuje jejich charakter – zpočátku jde o krizi v souvislosti se zážitkem ohrožení života, později v souvislosti s uvědoměním si zdravotních následků úrazu (Mauer, 2009, s. 184 - 186).

Při práci s krizí se vychází ze schématu, které popisuje fáze krize:

1. Šok a omráčení
2. Fáze výkřiku
3. Hledání smyslu/hledání viníka
4. Znovuprožívání/popření
5. Posttraumatická fáze – PTSD, zapouzdření, uzdravení (Mauer, 2009, s. 37).

Psychologická práce se zaměřuje na posilování ega a osobnosti pacienta. Jedna z možností je práce s tzv. zdroji:

- Rodina a partnerské vztahy
- Materiální zázemí
- Šťastné životní vzpomínky a zážitky
- Kulturní zázemí
- Víra
- Schopnost navázat mezilidské kontakty
- Schopnost být v kontaktu se svým tělem.
- Kvalita osobnosti pacienta

(Mauer, 2009, s. 37)

8 POMOC POPÁLENÝM

8.1 Občanské sdružení Bolíto

Nezisková organizace. Smysl práce mnoha dobrovolníků je pomoc dětem s popáleninami překonávat jejich těžký životní úděl.

V roce 2003 bylo v Praze založeno občanské sdružení Bolíto. U jeho zrodu byly rodiče popálených dětí a lékaři Kliniky popálenin FNKV, pracoviště, které se jako jediné v Čechách věnuje závažně popáleným dětem. Do činnosti tohoto sdružení se kromě lékařů a sester tohoto pracoviště zapojili i rodiče popálených dětí, sociální a rehabilitační pracovníci i mnoho dalších lidí, kteří nejsou lhostejní k osudu dětí.

Hlavním smyslem této organizace je péče o děti po popáleninovém úrazu.

Pomoc dětem v návratu do společnosti a ulehčit jim náročnou rehabilitaci po úraze, do které je potřeba zapojit celou rodinu, není vůbec snadné, ale odborní pracovníci, kteří se sdružením spolupracují, chtějí dětem a rodičům ukázat, že po propuštění z nemocnice péče neskončila, že na tyto starosti nejsou sami, a že společnými silami je možné tuto těžkou životní situaci po úrazu překonat (Občanské sdružení Bolíto [b.r.]).

8.1.1 Předmět a cíle činnosti Bolíto:

- Vytváření programů k prevenci termických úrazů.
- Realizování rehabilitačních programů pro pacienty s jizevnatými deformitami po popáleninovém úrazu.
- Poskytování poradenských služeb a psychologické podpory lidem s popáleninami, které vedou k návratu do běžného života.
- Činnost, která směřuje k vyrovnávání příležitostí lidí s rozsáhlými popáleninami, a která vede k obhajobě a podpoře práva na lidskou důstojnost.
- Podpora rodičů v aktivitách ve prospěch dětí s popáleninami.
- Tvoření edukačních programů pro popálené lidi a jejich rodiče.
- Poskytování sociálně-právního poradenství pacientům po popáleninách a jejich rodinám (Občanské sdružení Bolíto [b.r.]).

8.1.2 Členství ve sdružení

Členství vzniká písemným prohlášením osoby, která se chce stát členem tohoto sdružení a současným souhlasem odpovídajícího orgánu sdružení.

Členství zaniká prohlášením člena o výpovědi členství, nebo vyloučení z vážných a odůvodněných případů Radou (Občanské sdružení Bolíto[b.r.]).

8.2 Sdružení na pomoc popáleným dětem

Je nezisková organizace, která byla založena v roce 1994 za účelem poskytování psychosociální a materiální pomoci dětem po úraze popálením, jejich rodinám a blízkým.

V současné době se Sdružení věnuje i prevenci úrazu popálením.

Největší část klientů Sdružení tvoří děti a rodiny dětí, které byly hospitalizovány s úrazem popálením na KPRCH v Brně. Jedná se zejména o děti ze spádové oblasti celého Jihomoravského kraje, Olomouckého kraje a z Vysočiny (Sdružení na pomoc popáleným dětem, 2010).

Aktivity sdružení:

8.2.1 Víkendová setkání

Sdružení pořádá víkendové pobyty pro rodiny s dětmi po úraze popálením. Zde je možnost pro rodiče podělit se o zkušenosti s následky úrazu jejich dětí a vzájemně se podělit o užitečné rady o péči o popálené plochy s ostatními rodiči. Setkání s rodiči s podobným osudem jejich dětí je velká psychická podpora.

Je jim zde nabídnuta odborná pomoc z řady lékařů a sester.

Pro děti jsou tyto srazy důležité proto, že vidí, že nejsou s tímto úrazem na světě sami a často si zde vytvářejí kamarádské vazby.

8.2.2 Cesta za hvězdou

Sdružení pořádá pro pacienty víkendovou akci, která je určena dětem ve věku cca 13 - 18 let. Zde jsou pomocí psychosociálních her, zážitkovou pedagogikou, sebepoznávacími technikami a následnou reflexí řešeny problémy popálených adolescentů. V období dospí-

vání totiž nastávají závažné psychické následky úrazu a pomocí těchto víkendových akcí se je společně pokouší řešit.

8.2.3 Primární prevence

Sdružení také pořádalo přednášky, které byly určeny široké veřejnosti a také žákům základních a středních škol. Přednášky probíhaly interaktivní formou, kdy posluchači byli vtaženi do problematiky úrazu, byli nuceni se sami zamýšlet nad riziky, kde hrozí úraz popálením. Během přednášek měli posluchači možnost prohlédnout si fotografie následků úrazu popálením s konkrétními příběhy. Dále měli posluchači možnost se ptát na dotazy spojené s tímto úrazem, protože přednášející byla žena, která v dětství sama prodělala těžký úraz popálením od železniční troleje.

8.2.4 Tábory a dovolené

Během letitého působení Sdružení bylo uspořádáno několik letních táborů a dovolených. Tyto delší pobyty především v letním období má pozitivní vliv na psychický stav nejen dětí, ale i rodičů, kteří si mezi sebou vytvořili přátelské vztahy.

Popálené děti mají často problém vyjet na letní tábor, ať ze zdravotního, nebo psychického důvodu. Na táboře pořádaným Sdružením je jim zajištěna zdravotnická péče a děti nemají obavy se před ostatními dětmi svléci, starat se o popálené plochy apod. Vzájemně si zde vyměňují zkušenosti spojené s následky jejich úrazu a tvoří si zde kamarádské vztahy, ve kterých mohou řešit problémy spojené s tímto úrazem (Sdružení na pomoc popáleným dětem, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 CÍLE PRÁCE

Cíl 1: Zjistit jaké jsou nejčastější příčiny popálenin u osob, které prodělaly popáleninové trauma v dětství.

Cíl 2: Zjistit změnu chování lidí v okolí k popálenému člověku po úrazu.

Cíl 3: Identifikovat psychické důsledky u osob popálených v dětství.

Cíl 4: Identifikovat problémy se sociálním začleňováním v průběhu dospívání u osob popálených v dětství.

10 METODIKA PRÁCE

10.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek byl tvořen osobami, které prodělaly v dětství popáleninový úraz. Elektronickou formou jsem požádala o spolupráci 35 osob, které prodělaly popáleninové trauma v dětství. Všichni oslovení respondenti, byli ochotní se mnou spolupracovat. Z toho mužů bylo 19 a žen 16.

10.2 Metoda výzkumného šetření

Pro svou práci jsem použila kvantitativní sběr dat, pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen pro osoby, které v dětství prodělaly popáleninový úraz. Osobní údaje dotazovaných respondentů byly zachovány a v práci uvedeny nejsou.

Dotazník se skládá ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta respondentů. Patří mezi nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku. V dotazníku se mohou objevit různé typy otázek. Mezi nejčastější druhy otázek patří otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Jako další se užívají otázky filtrační, projekční a kontrolní (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 102 - 104).

U uzavřených otázek si respondent vybírá odpověď z několika variant, která se nejvíce blíží jeho názoru. Uzavřené otázky je možné dělit na dichotomické, kdy si respondent vybírá pouze ze dvou možností (např. ano/ne, žena/muž) a na otázky polytomické, kdy si respondent může vybrat odpověď z více možností (např. ano/ne/nevím). U otázek otevřených respondentovi nejsou předloženy žádné možnosti odpovědí, respondent se tak může vyjádřit vlastními slovy. Otázky polouzavřené jsou kombinací otázek uzavřených a volných a umožňují tak vyjádření jiné možnosti. Kontrolní otázky klademe tehdy, když potřebujeme ověřit pravdivost odpovědí. U otázek projekčních posuzuje respondent názory a postoje jiné skupiny lidí. O filtračních otázkách hovoříme tehdy, kdy na otázku mohou odpovídat jen určití respondenti (Bártlová Sadílek, Tóthová, 2008, s. 102-104).

Dotazník obsahoval celkem 23 otázek (viz příloha).

10.3 Charakteristika položek

Dotazník obsahuje celkem 23 položek.

Položky č. 1, 2 patří mezi informativní, zjišťuje se zde pohlaví a věk.

Položky č. 3, 4, 5 zjišťují věk respondentů, ve kterém došlo k popálení a příčinu jejich úrazu.

Položky č. 6, 7, 11 zjišťují rozsah, hloubku a viditelnost popálenin.

Položky č. 8, 9, 10 zjišťují, jak se změnilo chování lidí k popálenému po jeho úraze.

Položky č. 12, 13, 14 zjišťují změnu života po prodělaném popáleninovém úrazu.

Položky č. 15, 16, 17 zjišťují psychický dopad a jeho řešení na osobu po prodělaném popáleninovém traumatu v dětství.

Položky č. 18, 19, 20 zjišťují sociální dopad na popálené lidi.

Položky 21, 22, 23 zjišťují informovanost a účast na Sdružení na pomoc popáleným dětem.

10.4 Organizace průzkumného šetření

Prvním krokem při vypracování mé bakalářské práce na téma „Psychosociální problematika u osob po prodělaném popáleninovém traumatu v dětství“ bylo studium odborné literatury a seznámení se s problematikou. Na základě svých poznatků jsem si určila cíle práce. Samotnému průzkumu předcházela tvorba otázek, které byly později použity v dotazníku. Jednotlivé otázky byly konzultovány s vedoucím bakalářské práce. Na základě jeho rad, byly otázky stylisticky upraveny a nakonec společně s cíli práce vedoucím schváleny. Dotazník jsem dále distribuovala respondentům pomocí elektronické pošty, tímto způsobem také probíhala má konverzace s nimi. Dotazníkové šetření probíhalo během měsíce března 2014. Celkem jsem rozeslala 35 dotazníků, návratnost byla 100 %.

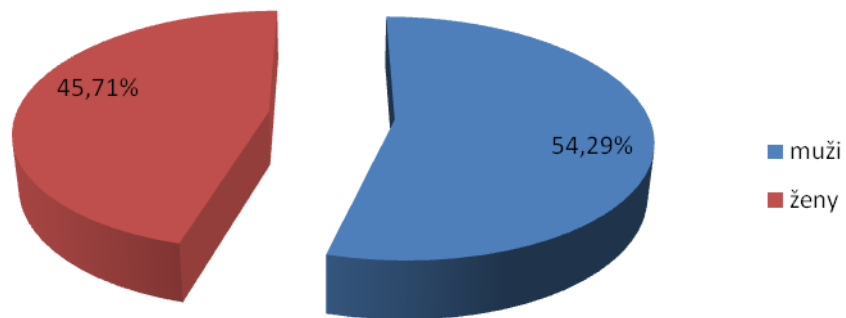
10.5 Zpracování získaných dat

Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel a Microsoft Word ve formě výsečových grafů pomocí procentuálního zastoupení.

11 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

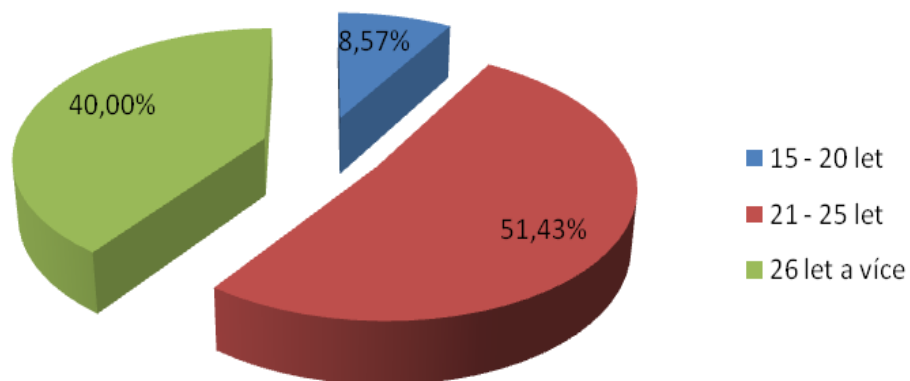
Otázka č. 1 Vaše pohlaví

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

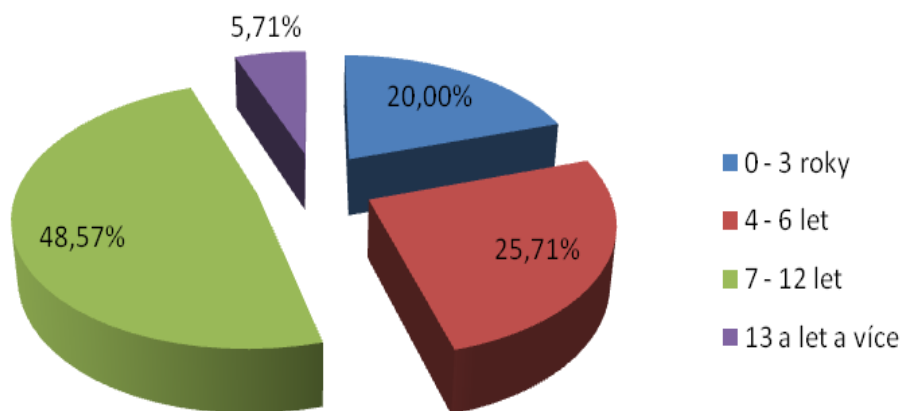


Komentář:

Otázkou jsem zjišťovala poměrové zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 35 respondentů, z toho 46 % žen a 54 % mužů.

Otázka č. 2. Váš věk*Graf č. 2 Uved'te Váš věk***Komentář:**

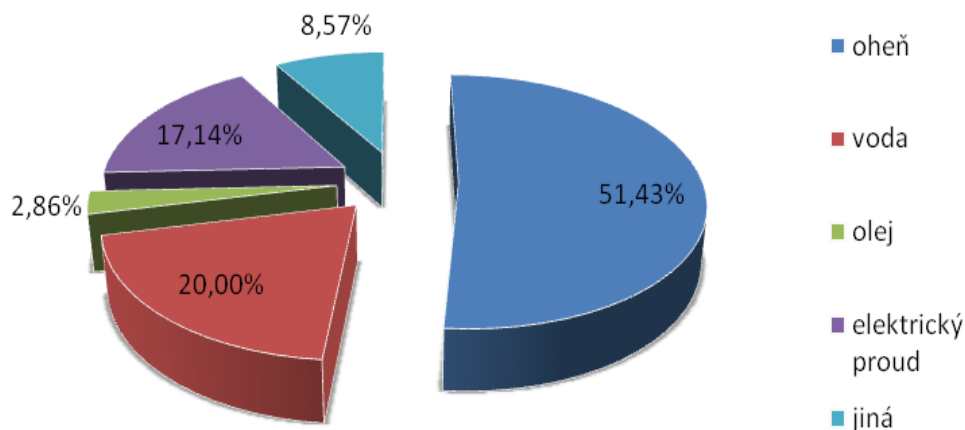
Otázkou jsem chtěla zjistit zastoupení jednotlivých věkových skupin respondentů. Z celkového počtu 35 respondentů bylo nejpočetnější skupinou věkové rozmezí mezi 21 až 25 lety o 18 respondentech (51,43 %). Ve věkové kategorii od 15 do 20 let, byli zastoupeni celkem 3 respondenti (8,57 %) a v rozmezí od 26 let a více bylo 14 respondentů (40,00 %).

Otázka č. 3. Věk, ve kterém jste prodělal/a popáleninový úraz*Graf č. 3. Věk prodělaného úrazu***Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit v jakém věku respondenti prodělaly popáleninový úraz. Od narození do 3 let prodělalo popáleninový úraz 7 respondentů (20,00 %). Vě věku od 4 do 6 let prodělalo úraz 9 dotazovaných (25,71 %). Od 7 do 12 let prodělalo úraz 17 respondentů (48,57 %). Ve věku 13 a více let prodělali úraz 2 respondenti (5,71 %).

Otázka č. 4 Co bylo příčinou Vašeho úrazu?

Graf č. 4. Příčina úrazu

**Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit příčinu úrazu popálením. Nejvíce respondentů uvedlo jako příčinu úrazu oheň a to 18 dotazovaných (51,43 %). 7 dotazovaných (20,00 %) uvedlo jako příčinu svého úrazu vodu. Jako příčinu úrazu horkým olejem uvedl pouze 1 z dotazovaných (2,86 %). Úraz elektrickým proudem uvedlo 6 respondentů (17,14 %). Odpověď jiná označily 3 respondenti (8,57 %), 1 z těchto respondentů uvedlo příčinu popálení pád do horké polévky, 1 z dotazovaných uvedl, že se popálil po narození v inkubátoru, 1 z respondentů uvedl, že se popálil žehličkou.

Otázka č. 5 Jak se Vám úraz stal? (Zde prosím stručně uveďte příčinu Vašeho úrazu: např: Vylil/a jsem na sebe horkou kávu ze stolu.)

Respondenti popálení od narození do 3 let.

2 respondenti uvedli, že se jim popálení stalo při požáru v domě. Jeden respondent uvedl: *Bouchla nám televize, když jsem se v pokoji dívala na pohádku.* 1 z respondentů uvedl, že se popálil, několik hodin po narození v inkubátoru. 1 dotazovaný uvedl, že si nepamatuje. 3 respondenti uvedli, že se popálili, když na sebe převrhli horký předmět, jako je konvice s horkou vodou, pánvice ze sporáku, káva ze stolu. 1 z těchto respondentů uvedl, že upadl do kýble s vroucí vodou.

Z této otázky vyplývá, že děti od narození do 3 let věku se popálily buď nešťastnou nehodou, nebo při zvědavosti, kdy na sebe svrhly nějaký předmět jejich zájmu.

Respondenti popálení od 4 do 6 let.

5 z těchto respondentů uvedlo, jako příčinu svého úrazu převrhnutí horkého předmětu na sebe, nebo pádu do zdroje popálenin, ať už ohně, nebo vroucí vody. 4 z těchto respondentů uvedli, že příčinou jejich úrazu byla hra se sirkami nebo experimenty s hořlavinami. Jeden z těchto respondentů uvedl: *Po vylití benzínu do ohně se mi vznítla bunda a posléze ruce a obličej.*

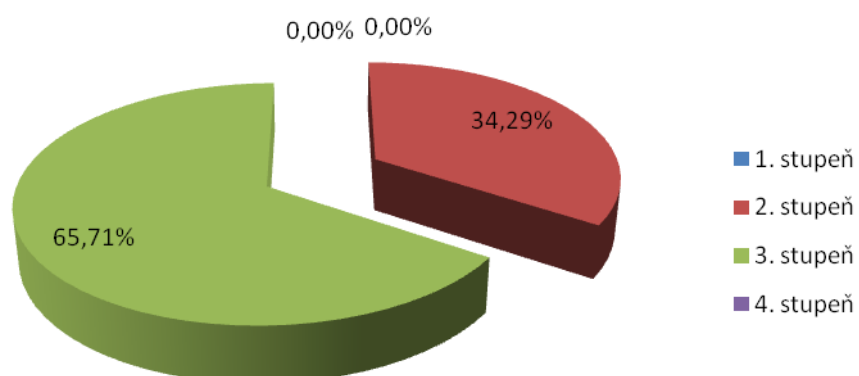
U nejvíce respondentů, kteří se popálili ve věku od 4 do 6 let, byla příčina popálení experiment s ohněm.

Dotazovaní, kteří se popálili ve věku 7 – 12 let.

4 respondenti uvedli, že se popálili o elektrické vedení, 1 z těchto respondentů uvedl, že lezl na elektrický sloup, další 4 respondenti uvedli, že lezli po vlcích. Jeden z nich uvedl: *Vylezl jsem na odstavený vagon a asi jsem byl příliš blízko elektrického vedení nebo přeskočil nějaký výboj.* 3 z respondentů uvedli jako příčinu úrazu popálení venku, při hře s kamarády, všichni z těchto respondentů upadli nešťastnou náhodou do táborového ohně. 6 z dotazovaných uvedli, že se popálili při experimentech s hořlavinami nebo pyrotechnikou, nebo u těchto experimentů byli příliš blízko. 2 z respondentů uvedli, že příčinou jejich popálení byla nehoda při vaření.

Popálení ve věku 13 a více let.

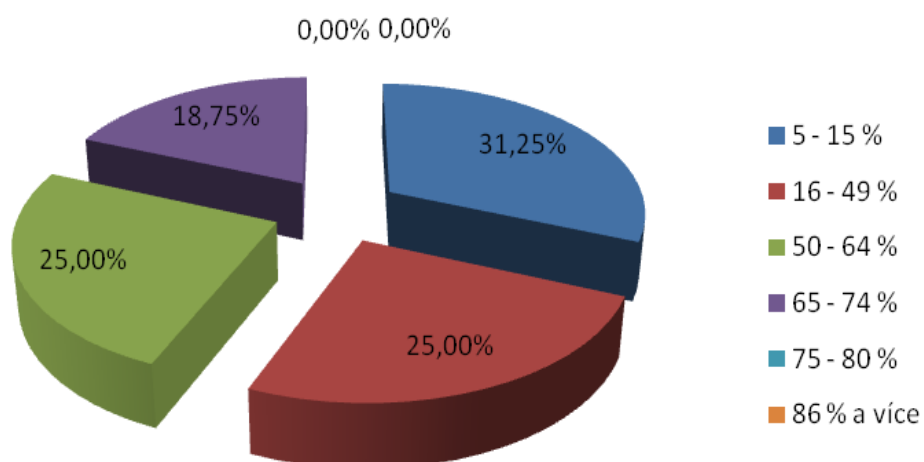
2 popálení uvedli, že se jim úraz stal při manipulaci s hořlavinou. Jeden z respondentů uvedl: *Vybuchnul mi lihový vaříč.*

Otázka č. 6 Uved'te stupeň Vašeho popálení.*Graf č. 5. Stupeň popálení***Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit stupeň popálení. 1. stupeň popálení nevedl ani jeden z dotazovaných. 2. stupeň popálení uvedlo 12 respondentů (34,29 %). Nejvíce respondentů 23 (65,71 %) uvedlo 3. stupeň popálení. 4. stupeň popálení nevedl žádný z dotazovaných.

Otázka č. 7 Uved'te rozsah Vašeho popálení.

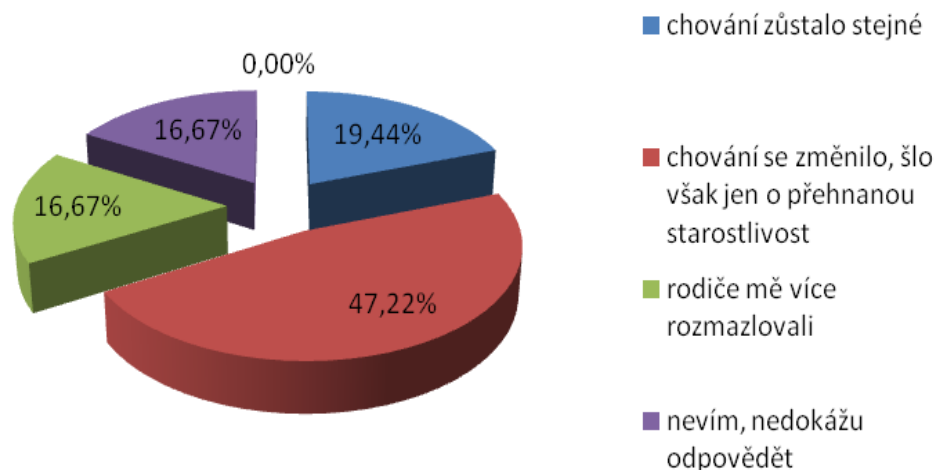
Graf č. 6. Rozsah popálenin

**Komentář:**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit rozsah popálenin dotazovaných. Rozsah 5 – 15 % uvedlo 8 respondentů (31,25 %). 16 – 49 % rozsah uvedlo 8 dotazovaných (25,00 %). 12 respondentů (25,00 %) uvedlo rozsah popálení od 50 do 64%. V 6 případech (18,75 %) uvedli dotazovaní rozsah svého popálení v rozmezí od 65 do 74%. 75 – 80 % a 86 % a více neuvedl žádný z dotazovaných.

Otázka č. 8 Změnilo se po úraze chování rodičů k Vám?

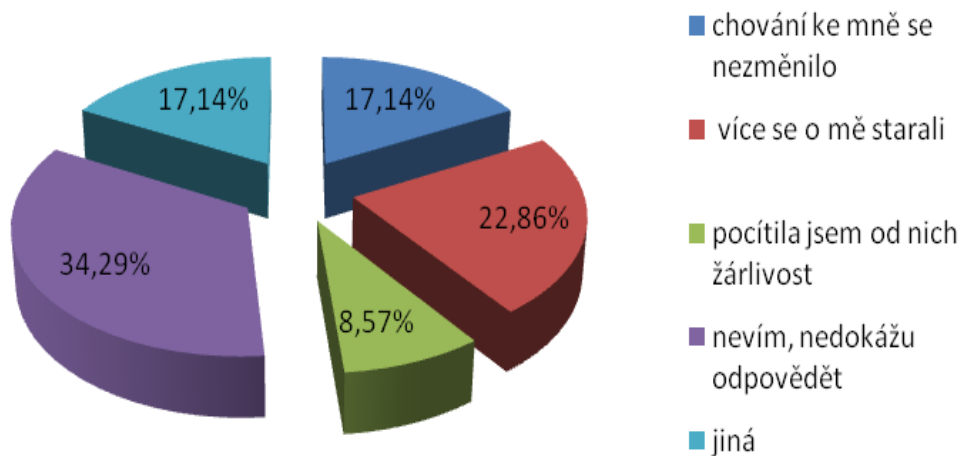
Graf č. 7. Chování rodičů po úraze

**Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit, jestli se po úraze změnilo chování rodičů k dotazovanému. 7 respondentů (19,44 %) uvedlo, že chování po úraze zůstalo stejné. 17 dotazovaných (47,22 %) uvedlo, že chování jejich rodičů se změnilo, šlo však jen o přehnanou starostlivost po úraze. 6 z dotazovaných (16,67 %) uvedlo, že rodiče je po úraze více rozmazlovali. 6 respondentů (16,67 %) uvedlo, že nedokážou odpovědět. 1 z těchto dotazovaných, který odpověděl, že nedokáže odpovědět napsal: *Byla jsem příliš malá, ale předpokládám, že ano, otec (který úraz zavinil), neunesl vinu a do našeho vztahu se to odrazilo. Pro mamku, jako pečovatelku to přineslo řadu nepříjemných starostí navíc, což se do vztahu také zákonitě odrazilo. Žádný z respondentů neuvedl jinou odpověď.*

Otázka č. 9 Změnilo se po úraze chování sourozenců k Vám?

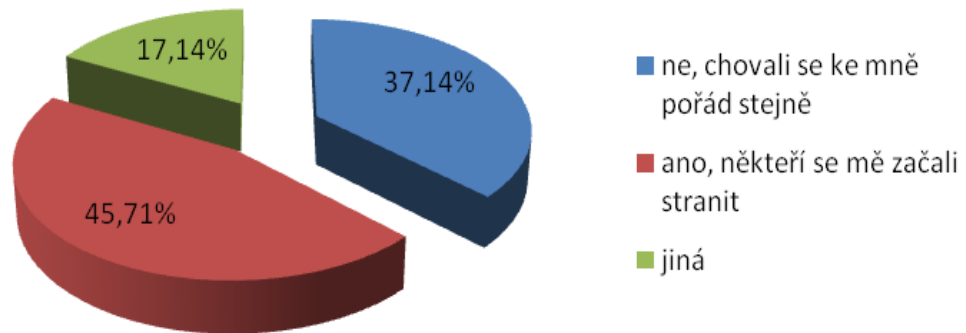
Graf č. 8. Chování sourozenců po úraze

**Komentář:**

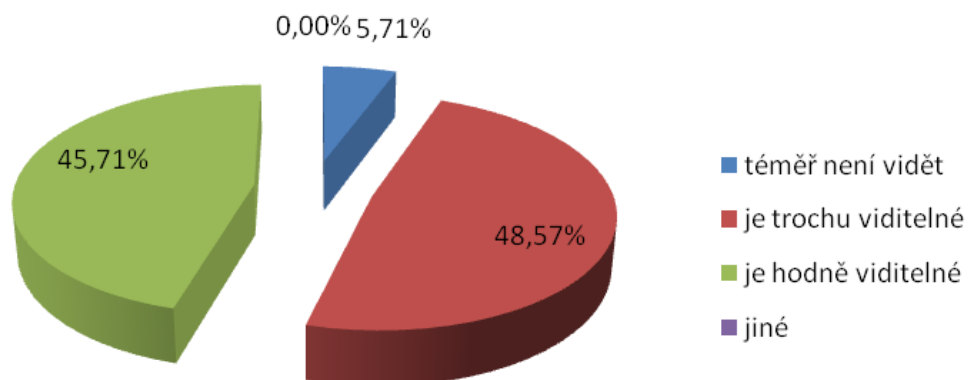
Cílem této otázky bylo zjistit, jestli se změnilo chování sourozenců k popálenému. 6 z dotazovaných (17,14 %) uvedlo, že se chování jejich sourozenců po úraze nezměnilo. 8 respondentů (22,86 %) uvedlo, že se o ně sourozenci více starali. 12 z dotazovaných respondentů (34,29 %) uvedlo, že nedokáže odpovědět, 1 z těchto dotazovaných uvedl: *Byla jsem příliš malá, ale dodnes je v rodině patrné, že úraz znamenal psychickou zátěž pro všechny*. 6 respondentů (17,14 %) uvedlo jinou odpověď, všichni z těchto 6 dotazovaných uvedli, že sourozence nemá. 3 respondenti (8,57 %) uvedli, že pocítily od svých sourozenců žárlivost.

Otázka č. 10 Změnilo se chování Vašich vrstevníků a kamarádů k Vám?

Graf č. 9. Chování vrstevníků po úraze

**Komentář:**

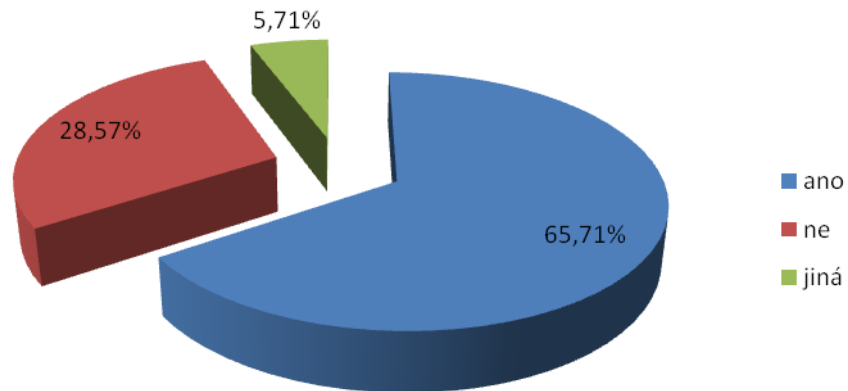
Cílem této otázky bylo zjistit, zda se po úraze změnilo chování vrstevníků a kamarádů k popálenému po úraze. 13 z dotazovaných (37,14 %) uvedlo, že se chování k nim po úraze nezměnilo. Ze všech dotazovaných uvedlo 16 respondentů (45,71 %), že se jich vrstevníci a kamarádi začali stranit. Jako jinou odpověď uvedlo 6 (17,14 %) z dotazovaných. Všichni z těchto respondentů uvedli, že se jim vrstevníci posmívaly, kvůli jejich úraze. Jeden z respondentů, uvedl: *Někteří se mi posmívali, někteří se naopak ptali, jak se cítím, jestli to bolí, obdivovali, jak jsem to zvládl a chovali se přívětivě. Někteří se chovali pořád stejně, nebo se o to aspoň snažili.*

Otázka č. 11 Jak moc je Vaše popálení viditelné?*Graf č. 10. Viditelnost popálenin***Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit jak moc je popálení viditelné. 2 respondenti (5,71 %) uvedli, že popálení téměř není vidět. 17 dotazovaných osob (48,57 %) uvedlo, že jejich popálení je nějakým způsobem viditelné. 16 respondentů (45,71 %) uvedlo, že jejich popálení je hodně viditelné.

Otázka č. 12 Berete Váš úraz jako velkou životní změnu?

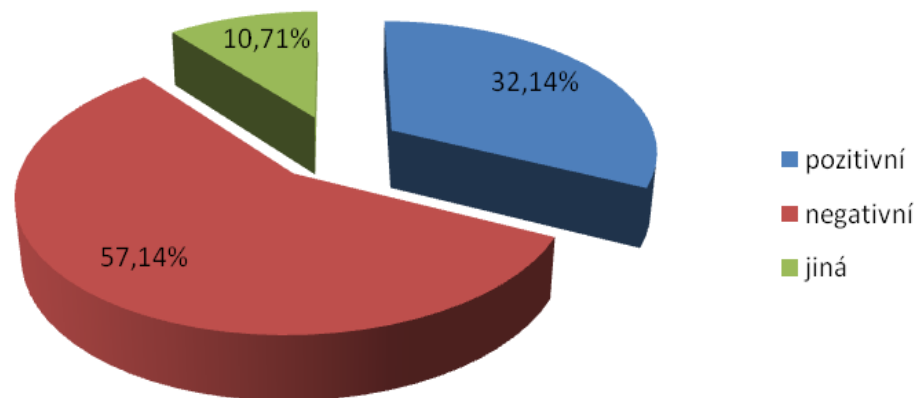
Graf č. 11. Je úraz životní změna?

**Komentář:**

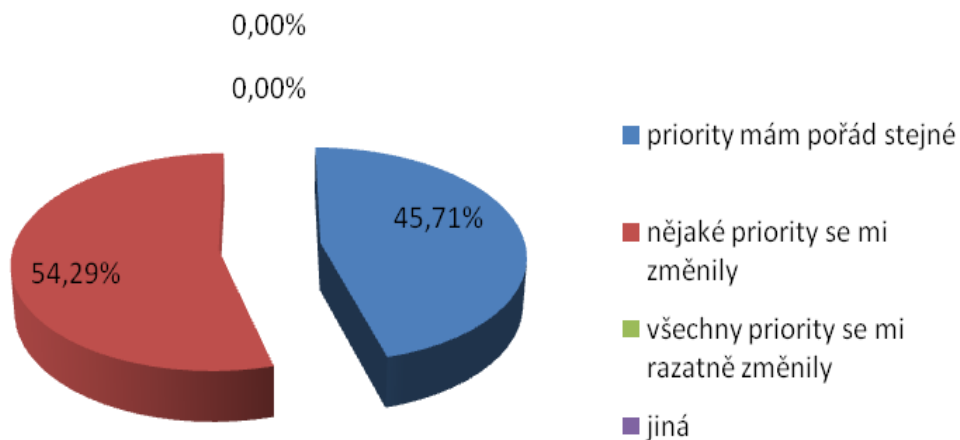
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak moc dotazovaným úraz změnil život. Ze všech dotazovaných uvedlo 23 respondentů (65,71 %), že úraz jim nějakým způsobem určitě změnil život. 10 respondentů (28,57 %) uvedlo, že tento úraz jim život nijak zvlášť život nezměnil. 2 z dotazovaných osob (5,71 %) uvedli jinou odpověď. Jeden z dotazovaných napsal: *Nejsem si jist, jestli se to dá nazvat jako velká životní změna. Každopádně velká změna to byla hlavně během prvního roku po úrazu. Naučit se žít s tím, že prostě už člověk nevypadá po vyslečení normálně, že se na mě bude spousta lidí např. na koupališti dívat. V dospělosti, i v běžném životě už to nijak velkou změnu neznamena.*

Otázka č. 13 Pokud ano, jaká je tato změna?

Graf č. 12. Jaká je to životní změna?

**Komentář:**

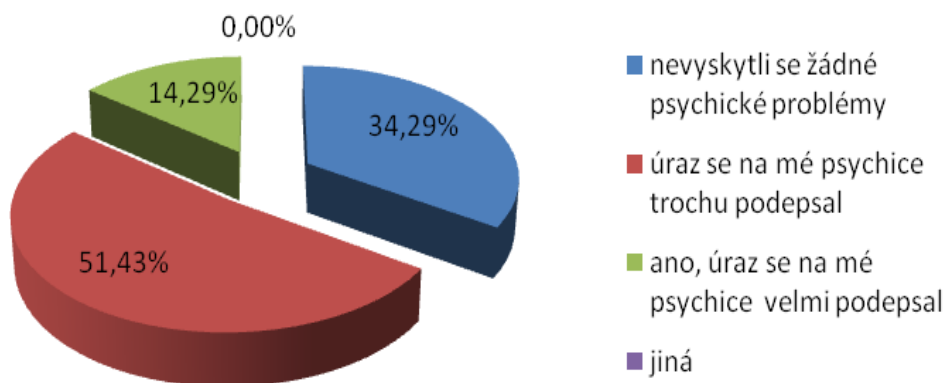
Cílem této otázky bylo zjistit, jaká je tato změna pro lidi po prodělaném popáleninovém traumatu v dětství. 9 dotazovaných (32,14 %) osob odpovědělo, že tato změna pro ně byla pozitivní. 16 respondentů (57,14 %) uvedlo, že tato změna pro ně byla negativní. 3 z dotazovaných (10,71 %) uvedli jinou odpověď. Odpovědi byly různé: *Mám nový start, nové přátele.* 1 z těchto respondentů uvedl: *Dřív to bylo negativní, teď už je to jedno.* Jeden z respondentů uvedl: *Pozitivní – získání nového nadhledu na svět. Negativní – získání zaměstnání.*

Otázka č. 14 Změnily se po úraze Vaše životní priority?*Graf č. 13. Životní priority po úraze***Komentář:**

Cílem této otázky bylo určit změnu životních priorit. Z dotazovaných uvedlo 16 osob (45,71 %), že priority mají takové, jako před úrazem. 19 respondentů (54,29 %) uvedlo, že se jim priority nějakým způsobem změnily. Žádný z dotazovaných respondentů nevedl razantní změnu všech priorit. Na možnost jiná odpověď neodpověděl žádný z respondentů.

Otázka č. 15 Objevily se u Vás po úraze problémy psychického charakteru?

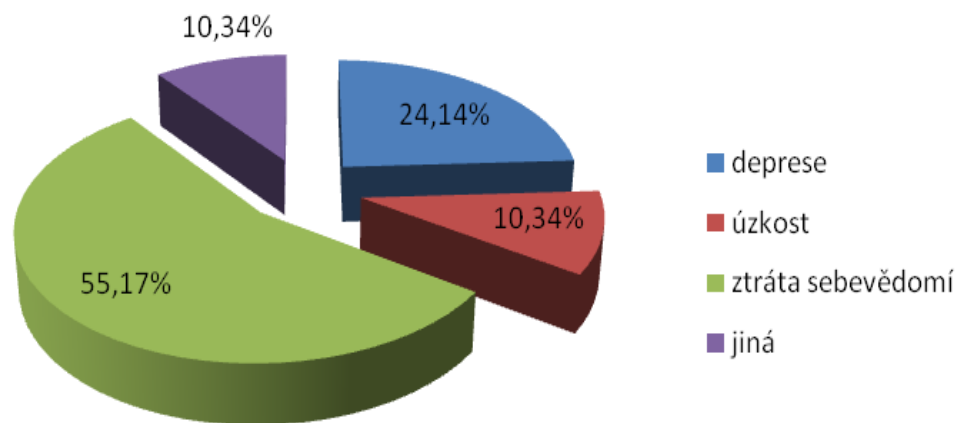
Graf č. 14. Psychické problémy po úraze

**Komentář:**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli se u popálených objevily problémy psychického charakteru. 12 dotazovaných (34,29 %) uvedlo, že se u nich nevyskytly problémy psychického charakteru. 18 popálených (51,43 %) uvedlo, že se úraz na nich nějakým způsobem psychicky podepsal. 5 z dotazovaných osob (14,29 %) uvedlo, že se úraz na jejich psychickém stavu velmi podepsal. Jinou odpověď neuvedl žádný z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 16 Pokud se u Vás psychické problémy objevily, jaké tyto problémy byly?

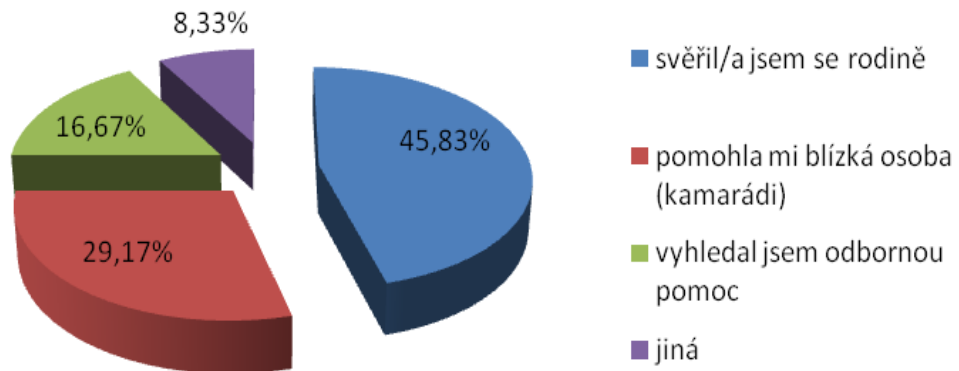
Graf č. 15. Charakter psychických problémů

**Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit charakter psychických problémů, pokud se u popálených osob tyto problémy objevily. Odpověď deprese uvedlo 7 respondentů (24,14 %) . 3 z dotazovaných (10,34 %) uvedlo, že se u nich po úraze objevila úzkost. Nejvíce respondentů 16 (55,17 %), uvedlo jako problém ztrátu sebevědomí. Jako jiné odpovědi uváděli respondenti (10,34%) např. *Strach z ohně. Strach z bolesti. Nepříjemný pocit, pohledy na koupališti. Nebo že už si nebudu schopni najít ženskou, že jim to všem bude vadit. Což jsem ovšem mnohokrát úspěšně vyvrátil.*

Otázka č. 17 V případě psychických problémů, jak jste tyto problémy řešily?

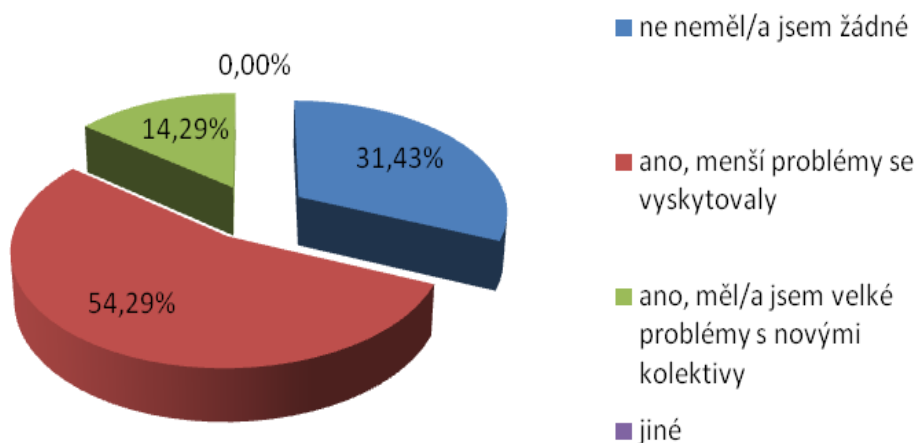
Graf č. 16. Řešení psychických problémů

**Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit, výskyt problémů psychického charakteru, v případě jejich přítomnosti způsob řešení. 11 respondentů (45,83 %) uvedlo, že problémy řešily tím, že se svěřily své rodině. 7 osob (29,17 %) uvedlo, že jim v těchto problémech pomohla blízká osoba. Ve 4 (16,67 %) případech popálení lidé vyhledali odbornou pomoc. 3 osoby (8,33 %) odpověděly na tuto otázku volbou jiná např. *Pomohli mi pracovníci KPRCH Brno. Roky a roky práce na sobě. Nijak, snažil jsem se na to nemyslet.*

Otázka č. 18 Měl/a jste problém v průběhu dospívání se vstupováním do nových kolektivů?

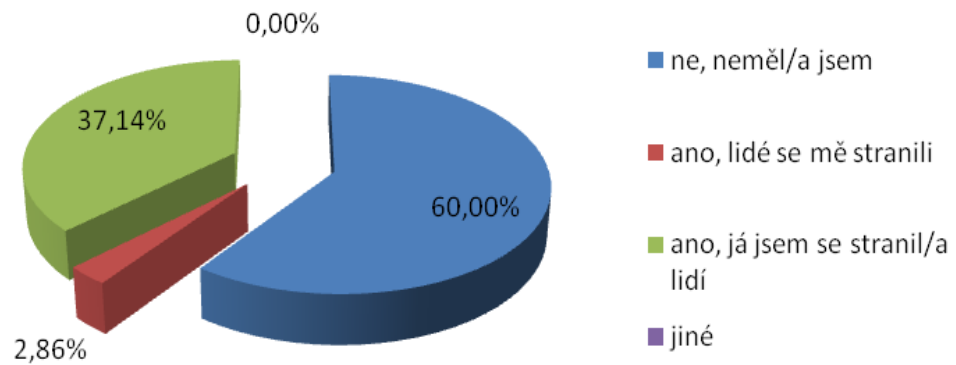
Graf č. 17. Problémy v novém kolektivu

**Komentář:**

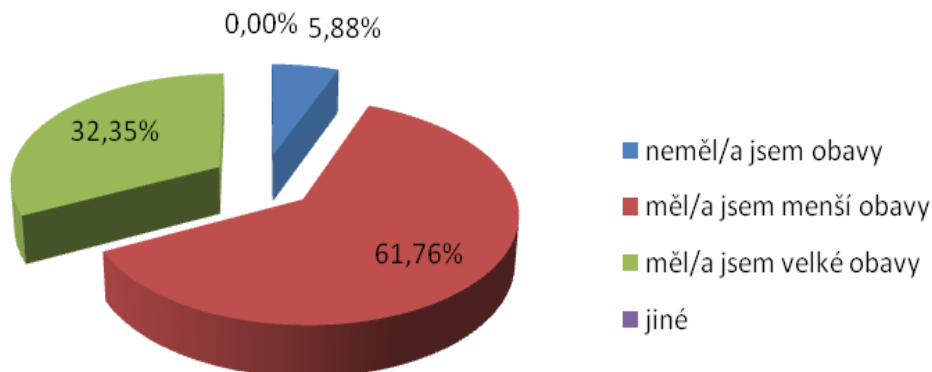
Cílem této otázky bylo zjistit problémy se vstupováním do nových kolektivů. 11 respondentů (31,43 %) uvedlo, že po úraze neměly problém s novými kolektivy. 19 popálených osob (54,29 %) uvedlo, že menší problémy se vstupováním do nových kolektivů se u nich vyskytly. 5 z dotazovaných osob (14,29 %) uvedlo, že mělo velké problémy se vstupováním do nových kolektivů. Na možnost jiná neodpověděl žádný z respondentů.

Otázka č. 19 Měl/a jste problém s hledáním nových přátel?

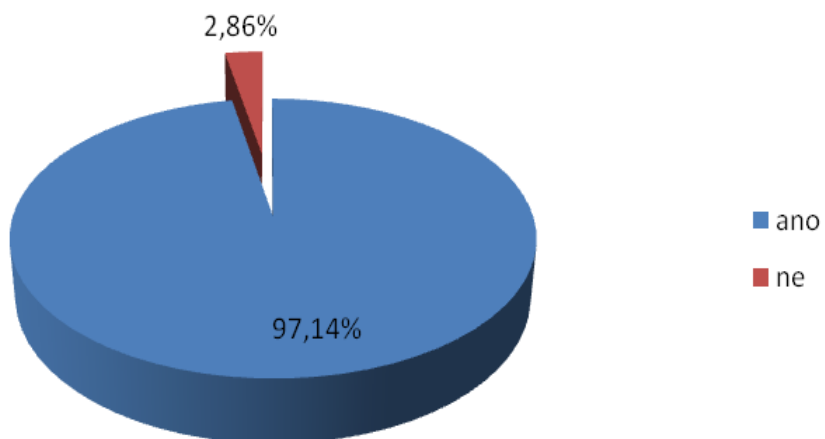
Graf č. 18. Hledání nových přátel

**Komentář:**

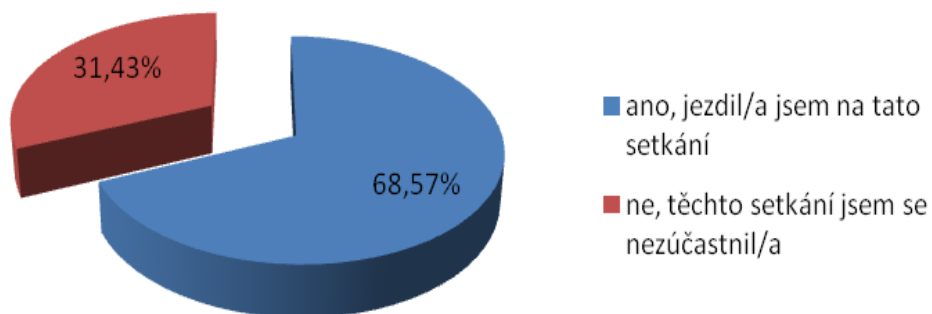
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli popálené osoby měly problém s hledáním nových přátel po úraze. 21 popálených osob (60,00 %) uvedlo, že nemělo problém si najít přátele. Pouze 1 z respondentů (2,86 %) uvedl, že měl problém s hledáním přátel, protože se ho lidé stranili. 13 respondentů (37,14 %) uvedlo, že mělo problém s hledáním nových přátel z toho důvodu, že se stranili ostatních lidí kvůli svému úrazu.

Otázka č. 20 Měl/a jste strach z hledání partnera?*Graf č. 19. Strach z hledání partnera***Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit zda osoby, které prodělaly popáleninový úraz, měly obavu z hledání partnera. Pouze 2 osoby (5,88 %) uvedly, že z hledání partnera neměly obavy. 21 respondentů (61,76 %) uvedlo, že menší obavy z hledání partnera určitě mělo. 11 popálených osob (32,35 %) uvedlo, že mělo velké obavy z hledání partnera. Odpověď jiná neuvedl žádný z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 21 Znáte Sdružení na pomoc popáleným dětem?*Graf č. 20. Sdružení na pomoc popáleným dětem***Komentář:**

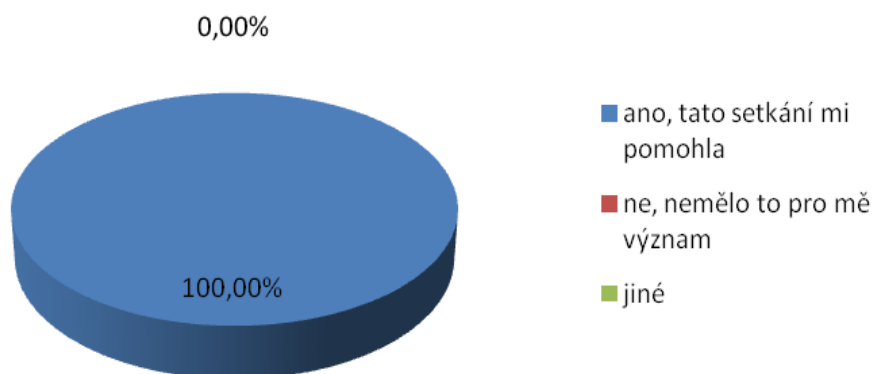
Cílem této otázky bylo zjistit, jestli popálené osoby znají Sdružení na pomoc popáleným dětem. 34 respondentů (97,14 %) uvedlo, že Sdružení zná. Pouze 1 z respondentů uvedl, že toto sdružení nezná (2,86 %)

Otázka č. 22 Pokud ano, účastnil/a jste se setkání tohoto sdružení?*Graf č. 21. Účast na setkání Sdružení***Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda se popálené osoby účastnily setkání Sdružení na pomoc popáleným dětem. 24 respondentů (68,57 %) uvedlo, že se setkání účastnilo. 11 osob (31,43 %) uvedlo, že se těchto setkání neúčastnilo.

Otázka č. 23 Pokud jste se těchto setkání zúčastnil/a, pomohlo Vám se vyrovnat se s tímto úrazem?

Graf č. 22. Dopad účasti na setkání



Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, jestli setkání, kterých se někteří z respondentů účastnili, se pomohlo vyrovnat s tímto úrazem. Všichni, tedy 30 respondentů (100,00 %) uvedlo, že tato setkání jim pomohla vyrovnat se s úrazem.

DISKUZE

Cílem bylo zjistit, v jakém věku se děti nejčastěji popálily, jaká byla příčina jejich popálení, jak se změnilo chování ostatních k popálenému po úrazu, zda se na nich úraz nějakým způsobem psychicky podepsal, problémy s novými kolektivy, jako vstupování do nových kolektivů, hledání si nových přátel. Pro tento výzkum byl zvolen dotazník, který obsahoval 23 otázek.

Cíl 1: Zjistit jaké jsou nejčastější příčiny popálenin u osob, které prodělaly popáleninové trauma v dětství.

V první položce, tj. otázka č. 1, se zabýváme pohlavím respondentů, máme v zastoupení jak muže tj. 19 (54,29 %), tak ženy tj. 16 (45,71 %). Autorka Trnková ve své diplomové práci s názvem *Kvalita života osob po popáleninovém traumatu v dětství v dlouhodobé intenzivní péči*, pracuje se vzorkem respondentů v zastoupení muži v počtu 54 (51,54 %) a ženy v počtu 51 (48,57 %). Jak je patrné, v obou šetřeních je převaha mužského pohlaví, avšak převaha je nepatrná. Naše výzkumy potvrzují domněnku, že muži jsou náchylnější k popáleninovému traumatu.

Otázka č. 4 byla zaměřena na způsob, jakým došlo k úrazu popálením, vztahuje se k cíli č. 1. 18 (51,43 %) z celkového počtu 35 (100 %) respondentů, zvolilo jako příčinu popálení oheň, 7 (20,00 %) respondentů uvedlo jako příčinu vodu, tedy vroucí tekutinu, 6 (17,14 %) uvedlo jako příčinu svého úrazu elektrický proud, popálení rozpáleným olejem uvedl 1 (2,86 %) z respondentů. Další volená možnost byla *jiná* a to u 3 (8,57 %) respondentům, kteří uvedli jako jinou příčinu jiný druh horké tekutiny a to vroucí polévku. Pokud výsledky srovnáme s průzkumem Trnkové, můžeme říct, že jsme došli k odlišnému závěru. Trnková uvádí jako nejčastější příčinu opaření horkou vodou 52 (49,52 %), v našem průzkumu je však nejčastější příčina popálení oheň, kde nemáme konkrétní způsob popálení. Domníváme se, že nejčastější příčina popálení ohněm, je právě proto, že děti ve vyšších věkových kategoriích (kde se tato příčina vyskytuje nejčastěji) jako jsou 7 – 12 let jsou velmi zvědavé, experimentují s hořlavinami a pyrotechnikou, nebo z nepozornosti. Odlišnost našich závěrů spočívá ve věku respondentů. V našem průzkumu převažuje věk od 7 do 12 let (48,57 %).

Cíl 2: Zjistit změnu chování lidí v okolí k popálenému člověku po úrazu.

Položky 8, 9 a 10 se zabývají změnou chování k popálenému po jeho úrazu. Trnková ve své práci uvádí změnu chování rodiny po úraze, avšak její otázka byla směřována jiným směrem než naše. Trnková uvádí, zda se změnilo chování v rámci celé rodiny, kdy zjišťuje, jak reaguje rodina na vzhled popáleného po úrazu. Naše práce se konkretizuje na změnu chování rodičů k popálenému po úrazu, kdy (47,22 %) uvedlo, že se rodiče chovali jinak, šlo však jen o přehnanou starostlivost, která byla spojena s úrazem.

Trnková ve své práci zjišťuje změnu chování širokého okolí k popálenému po úrazu, kdy 98 (93,33 %) uvedlo, že se k němu okolí chová stejně jako před úrazem. 1 respondent (0,95 %) uvedl, změnu chování: *že na něj okolí pořád zírá*. 2 respondenti (1,90 %) uvedli, že zažili posměch v souvislosti se svým popálením. Náš průzkum se také zabývá změnou chování vrstevníků k popálenému. 13 dotazovaných (37,17 %) uvedlo, že se chování k nim po úraze nezměnilo. 16 (45,71 %) uvedlo, že se jich vrstevníci začali stranit v důsledku jejich popálenin. 6 (17,14 %) respondentů zvolilo jako možnost *jinou* odpověď, kdy všichni z těchto dotazovaných uvedli, že se jim vrstevníci posmívali kvůli jejich úrazu. Pokud výsledky srovnáme s průzkumem Trnkové, můžeme říct, že jsme došli k odlišnému závěru, kdy v její práci nejvíce respondenti uvedli, že se chování okolí k popálenému nezměnilo. V našem průzkumu bylo zjištěno, že nejvíce respondentů odpovědělo, že se jich vrstevníci začali stranit.

Cíl 3: Identifikovat psychické důsledky u osob popálených v dětství.

Položky 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17 se zabývají psychickým dopadem na popáleného po úrazu. Otázka č. 15 se zjišťuje, zda se u popáleného objevily psychické problémy v souvislosti se svým úrazem. (34,29 %) dotazovaných uvedlo, že se úraz na jejich psychice nepodepsal, (51,43 %) osob uvedlo, že se úraz na jejich psychice nějakým způsobem podepsal, (14,29 %) respondentů uvedlo, že se úraz na jejich psychickém stavu velmi podepsal. V dotazníku Trnkové na otázku *Obavy a smutek v souvislosti s popálením* odpovědělo 77 respondentů (73,33 %), že necítí obavy a smutek v souvislosti s popálením, občasné obavy a smutek v souvislosti s popálením uvedlo 27 dotazovaných (25,71 %), velké obavy v souvislosti s popálením uvedl v práci Trnkové pouze 1 respondent (0,95 %). Výsledky našich průzkumů se neshodují. V našem průzkumu nejvíce respondentů uvedlo, že se úraz na jejich psychice nějak podepsal. Z průzkumu diplomové práce Trnkové vyplývá, že nejvíce respondentů necítí žádné obavy ani smutek v souvislosti s popálením. Rozdíl v tomto

šetření, může být způsoben jiným formulováním otázky a také rozdílným počtem respondentů v pracích.

Cíl 4: Stanovit problémy se sociálním začleňováním v průběhu dospívání u osob popálených v dětství.

Položky 18, 19 a 20 se zabývají problematikou se sociálním začleňováním v průběhu dospívání u osob, které prodělaly v dětství popáleninové trauma. V otázce č. 18 se zabýváme problémem se vstupováním do nových kolektivů, kdy 11 (31,43 %) dotazovaných uvedlo, že se vstupováním do nových kolektivů problém nemělo. Nejvíce respondentů 19 (54,29 %) uvedlo, že menší problémy s novými kolektivy se u nich objevily. 5 (14,29 %) dotazovaní udávali velké problémy s novými kolektivy. Předpokládáme spojitost určitých problémů se vstupováním do nových kolektivů s povahou člověka a viditelností popálenin na první pohled.

Položka 19 se zabývá problémem s hledáním nových přátel po úrazu. 21 (60,00 %) respondentů uvedlo, že nemělo problém najít si nové přátele. 1 (2,86 %) z dotazovaných uvedl jako problém odtajitost lidí z kolektivu. 13 (37,14 %) respondentů uvedlo problém s hledáním nových přátel z jejich strany, protože se ostatních stranili kvůli svým popáleninám. Průzkum vztahující se k cíli č. 4 *stanovit problémy se sociálním začleňováním* ukázal, že určité problémy se sociálním začleňováním má většina respondentů. Určité množství respondentů se stranilo sociálních kontaktů. Jako důvod předpokládáme obavy z reakce okolí ve vztahu k popálenému. Zjistili jsme, že většina respondentů nemělo problém, si najít své přátele, i když měli obavy z nových kolektivů.

ZÁVĚR

Práce se věnuje komplexnímu pojetí popáleninového traumatu v dětství. Z biologického, psychologického i sociálního dopadu na člověka, který prodělal popáleninový úraz v dětství. Popáleniny se neřadí k nejčastějším úrazům u dětí, patří však k těm nejzávažnějším a k těm, jejichž následky jsou trvalé.

Práce popisuje základní pojmy v oblasti popálenin. Dále popisuje základní anatomii a fyziologii kůže, popis popáleninového traumatu, příčiny popálenin, rozsah popálenin. Zabývá se první pomocí, neodkladnou péčí a léčbou popálenin, komplikacemi popáleninového traumatu a jizvami po popálení. V práci je kapitola, která poukazuje na časnou i pozdní rehabilitaci po úrazu popálením. Dále se zabývá psychosociální problematikou u osob, které prodělaly popáleninové trauma v dětství.

Z vlastní zkušenosti znám bolestivost popálenin, náročnost dlouhodobé léčby, i to jak je těžké lišit se od ostatních. Víím, jaké je dospívání s popáleninami, a znám i psychické následky popáleninového úrazu, zejména pokud jsou popáleniny hodně viditelné a také, když deformují tělo. Je velmi těžké vstupovat do nových kolektivů, už jen z důvodu zvědavosti ostatních. Popálený člověk na otázku: *Co a proč se stalo? Jde s tím něco udělat?*, odpovídá snad milionkrát. Z tohoto důvodu, jsem chtěla zjistit, jak to berou ostatní lidé, kteří se popálili v dětství a jsou již dospělí. Jejich pohled na danou situaci po mnoha letech od úrazu, i na to jak je úraz změnil.

Zjistila jsem, že úrazy popáleninami jsou různé, v dětském věku však převládají nehody s převržením horkého předmětu na sebe. Ve starší dospělosti se nejvíce jedná o zvědavost, kterou v nich budí zápalky, pyrotechnika a jiné. V dospívání, kdy už jsou děti starší, se jednalo nejvíce, o jak se říká *klukovinu*, kdy lezly na různé sloupy, přeskakovaly oheň, nalévaly hořlavinu do ohně.

Záleží na člověku, jak tento úraz bere, jak se k němu postavil nebo postaví, je to velmi rozdílné, jak se úraz na popáleném podepsal. Potvrdilo se mi, že ať už se jedná o popáleniny malého, nebo velkého rozsahu, tak úraz na každém z těchto lidí nějakým způsobem zanechal následky. Každý člověk byl popáleninami v určitém smyslu ovlivněn, ať v pozitivním, tak v negativním smyslu. Hodně těchto lidí udává, že se jejich úraz podepsal na celé jejich rodině, některé to zocelilo, jiné zase rozdělilo.

Ujistila jsem se v tom, že popáleniny jsou vážným traumatem, a i když uplyne od úrazu třeba 20 let, i když je člověk vyrovnaný, spokojený, bez fyzických a psychických problémů, tak i po tolika letech potřebuje podporu, empatii a pochopení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAMS, B. a C.E HAROLD. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-716-9893-8.
- [2] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-672.
- [3] BOLÍTO POMOC POPÁLENÝM DĚTEM [b.r]. Praha: OBČANSKÉ SDRUŽENÍ BOLÍTO. [online] [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://bolito.cz/cz/o-nas.html>.
- [4] BLÁHA, Josef. 2011. *Uvolňující nářezy – eschariotomie*. Wikiskripta [online] [cit. 2014/05/20]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Soubor:Nářezy.svg#file>.
- [5] BLÁHA, Josef. 2011. *Tabulka podle Lunda-Browdera pro dětské pacienty*. Wikiskripta [online] [cit. 2014/05/05]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Soubor:Lund-Browder-child.png>
- [6] BLÁHA, Josef. 2011. *Devítkové pravidlo pro orientační hodnocení rozsáhlých úrazů*. Wikiskripta [online] [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Soubor:Pravidlo9.svg>.
- [7] BRYCHTA, Pavel, et. al.,2001. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Péče o jizevnaté plochy po popálení*.
- [8] ČERMÍNOVÁ, Naděžda, ŠEVČÍKOVÁ, M.. 2008. Sociální aspekty u hospitalizovaných dětí s popáleninovým traumatem. *Sestra*. roč., č. 7-8. ISSN 1210-0404.
- [9] DYLEVSKÝ, Ivan, Karel CVACHOVEC a Tomáš TRČ. ©1992 *Základy anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd. Olomouc: Epava,. ISBN 80-901-6670-9.
- [10] ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. 2003. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3379-1.
- [11] HOKYNKOVÁ et. al. 2010, *Péče o jizvy u popálených pacientů*. *Zdraví E15* [online]. Roč. 15 [cit. 2014-04-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-jizvy-u-popalenyh-pacientu-451711>.
- [12] KAPOUNKOVÁ, Zuzana. 2001, Popáleninový šok. *Zdraví E15*. [online] .roč. 24. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/popaleny-sok-136676>.

- [13] KOUPIL, J. et.al. 2003 Psychologické aspekty rozsiahlych termických úrazov. *Revie medicíny v praxi*. roč. 1, č. 5. ISSN 1336-202X.
- [14] KÖNIGOVÁ, Radana. 1999. *Komplexní léčba popálenin*. 1. vyd. Praha: Grada, 455 ISBN 80-716-9416-9.
- [15] KÖNIGOVÁ, Radana a Josef BLÁHA. 2010. *Komplexní léčba popáleninového traumatu*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1670-4.
- [16] MAUER, Miloš. Psychologie popáleninové medicíny. 2009, roč., č. ISSN 1210-0404.
- [17] NOVÁK, Ivan. ©2008. *Intenzivní péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4614-748.
- [18] REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4745-305.
- [19] SDRUŽENÍ NA POMOC POPÁLENÝM DĚTEM o.p.s. ©2010. Brno: SDRUŽENÍ NA POMOC POPÁLENÝM DĚTEM [online] [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://popaleniny.cz>.
- [20] *Sestra a urgentní stavy*. 2008 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4725-482.
- [21] SRNSKÝ, Pavel. 2007. *První pomoc u dětí*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-248.
- [22] ŠIMKO, Štefan, Karel CVACHOVEC a Tomáš TRČ. ©1992 *Popáleniny*. 1. vyd. Martin: Osveta,. ISBN 80-217-0427-6.
- [23] ŠNAJDAUF, J., K. CVACHOVEC a T. TRČ. 2002. *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2152-1.
- [24] TRNKOVÁ, Zuzana, 2013. Kvalita života osob po prodělaném popáleninovém traumatu v dětství v dlouhodobé intenzivní péči. [online]. Brno. [cit. 2014-05-15]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/44cncx/00176149-588627377.pdf>.
- [25] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Switzerland: WHO [online][cit. 2014-01-10]. Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en.
- [26] ZEISBERGEROVÁ, Ivana, HALUZÍKOVÁ, J. 2006. Psychosociální problematika postižených termickým úrazem. *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. 2, č. 4. ISSN 1801-1349.

- [27] ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.
- [28] [bez autora]. 2010. *Popáleniny – vážný problem dětské traumatologie*. Zdravotnické noviny. roč. 59, č. 29-30. ISSN 0044-1996.
- [29] [bez autora]. 2001. *Popáleninový šok*. Zdraví E15 [online] [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/popaleninovy-sok-136676>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARDS	acute respiratory distress syndrome
ATB	antibiotika
BSA	body surface area
Ca	vápník
cca	přibližně
CRP	C – reaktivní protein
CŽK	centrální žilní katétr
ČR	Česká republika
DF	dysfigured face
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
GIT	gastrointestinální trakt
h	hodina
HKK	horní končetiny
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
KO	krvní obraz
KPRCH	Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie
mg	miligram
ml	mililitr
mmol	milimol
Na	sodík
PDK	pravá dolní končetina
PIR	postizometrická relaxace
př. n. l.	před naším letopočtem

PTSD	posttraumatický stresový syndrom
s.	strana
tzv.	takzvaná
UPV	umělá plicní ventilace
UV	ultrafialové
ZZS	zdravotnická záchranná služba

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Pohlaví respondentů</i>	41
<i>Graf č. 2 Uved'te Váš věk</i>	42
<i>Graf č. 3. Věk prodělaného úrazu</i>	43
<i>Graf č. 4. Příčina úrazu</i>	44
<i>Graf č. 5. Stupeň popálení</i>	46
<i>Graf č. 6. Rozsah popálenin</i>	47
<i>Graf č. 7. Chování rodičů po úraze</i>	48
<i>Graf č. 8. Chování sourozenců po úraze</i>	49
<i>Graf č. 9. Chování vrstevníků po úraze</i>	50
<i>Graf č. 10. Viditelnost popálenin</i>	51
<i>Graf č. 11. Je úraz životní změna?</i>	52
<i>Graf č. 12. Jaká je to životní změna?</i>	53
<i>Graf č. 13. Životní priority po úraze</i>	54
<i>Graf č. 14. Psychické problémy po úraze</i>	55
<i>Graf č. 15. Charakter psychických problémů</i>	56
<i>Graf č. 16. Řešení psychických problémů</i>	57
<i>Graf č. 17. Problémy v novém kolektivu</i>	58
<i>Graf č. 18. Hledání nových přátel</i>	59
<i>Graf č. 19. Strach z hledání partnera</i>	60
<i>Graf č. 20. Sdružení na pomoc popáleným dětem</i>	61
<i>Graf č. 21. Účast na setkání Sdružení</i>	62
<i>Graf č. 22. Dopad účasti na setkání</i>	63

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI: Pravidlo devíti u dospělých

PŘÍLOHA PII: Modifikovaná metoda dle Lunda-Brondera

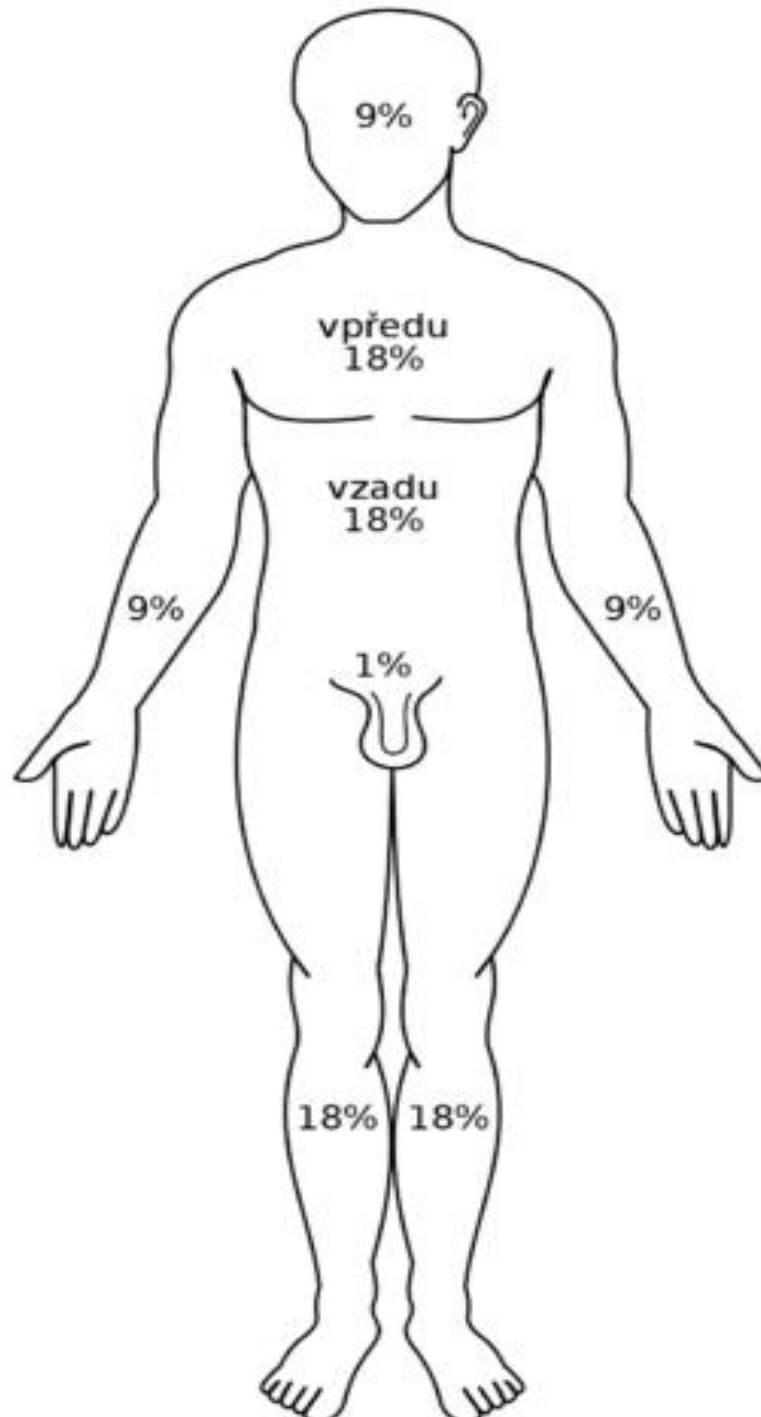
PŘÍLOHA PIII: Následky popálenin

PŘÍLOHA PIV: Escharotomie

PŘÍLOHA PV: Dotazník

PŘÍLOHA P I: PRAVIDLO DEVÍTI U DOSPĚLÝCH

PRAVIDLO DEVÍTI



(Bláha, 2011)

PŘÍLOHA II: MODIFIKOVANÁ METODA DLE LUNDA-BRONDERA

The diagrams illustrate the Lunda-Browder method for skin assessment. It includes a front view of a child with arms raised, a back view with arms raised, four hand views (dorsal and palmar for both hands), and three head views (front, left profile, and right profile). A table titled 'První nález' (First finding) is used to record the percentage of superficial and deep skin lesions. A second table, 'Tabulka podle Lunda-Browdera' (Table according to Lunda-Browder), provides the percentage of body surface for various parts of the body at different ages.

Typ nálezu	Podíl (%)
Povrchní (superficial)	%
Hluboká (deep)	%
Celkem (total)	%

Část těla	Věk				
	Novorozené	1 rok	5 let	10 let	15 let
Hlava	19	17	13	11	9
Krk	2	2	2	2	2
Přední část trupu	13	13	13	13	13
Zadní část trupu	13	13	13	13	13
Obě paže	8	8	8	8	8
Obě předloktí	6	6	6	6	6
Obě ruce	5	5	5	5	5
Genitálie zevní	1	1	1	1	1
Hýždě	5	5	5	5	5
Obě stehna	11	13	16	17	18
Oba bérce	10	10	11	12	13
Obě nohy	7	7	7	7	7

(Bláha, 2011)

PŘÍLOHA III: NÁSLEDKY POPÁLENIN

Popáleniny HKK a PDK 3. stupně, po rekonstrukčních operacích, 20 let po úrazu.

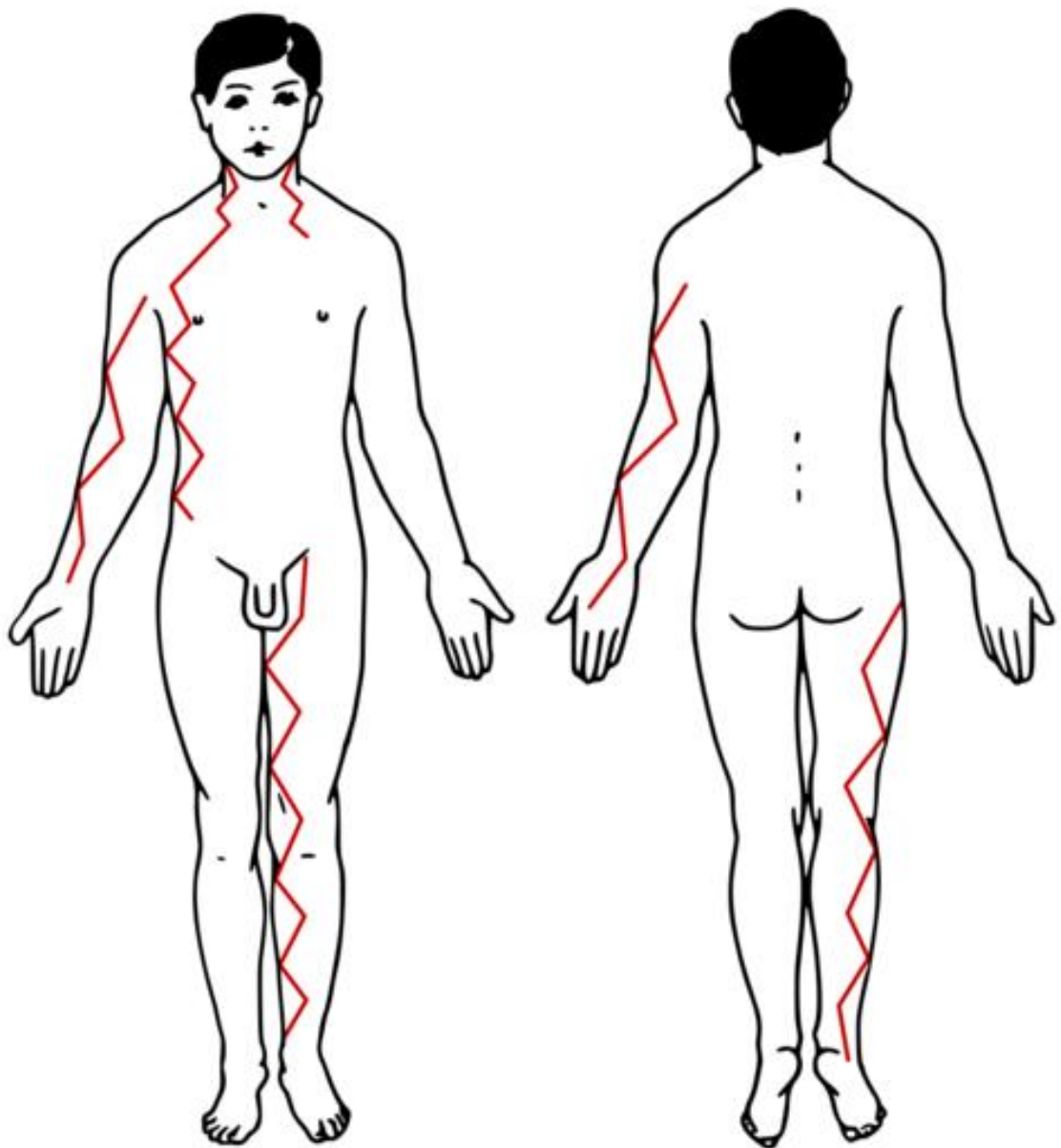


(Fotografie – vlastní zdroj, 2014)



(Fotografie – vlastní zdroj, 2014)

PŘÍLOHA IV: ESCHAROTOMIE



(Bláha, 2011)

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK

Jmenuji se Pavla Šenkeříková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V současné době zpracovávám bakalářskou práci na téma Psychosociální problematika u osob po prodělaném popáleninovém traumatu v dětství, proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit k vypracování mé bakalářské práce.

V dotazníku Vaše osobní údaje nebudou uváděny a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Při vyplňování dotazníku zakřížkujte pouze jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za ochotu a Váš čas při vyplňování dotazníku.

1. Vaše pohlaví

- Muž
- Žena

2. Váš věk

- 15 – 20 let
- 21 – 25 let
- 26 a více let

Cíl 1: Jaké jsou nejčastější příčiny popálení osob po prodělaném popálení v dětství

3. Věk, ve kterém jste prodělal/a popáleninový úraz

- 0 – 3 roky
- 4 – 6 let
- 7 – 12 let
- 13 a více let

4. Co bylo příčinou Vašeho úrazu?

- Oheň
- Voda
- Olej
- Elektrický proud
- Jiná (uved'te prosím)

5. Jak se Vám úraz stal? (Zde prosím stručně uveďte příčinu Vašeho úrazu: např: Vylil/a jsem na sebe horkou kávu ze stolu.)

6. Uveďte stupeň Vašeho popálení

1. Stupeň

2. Stupeň

3. Stupeň

4. Stupeň

7. Uveďte rozsah Vašeho popálení

5 – 15 %

16 – 49 %

50 – 64 %

65 – 74 %

75 – 85 %

86 % a více

Cíl 2: Určit změnu chování okolí k popálenému po úrazu

8. Změnilo se po úraze chování rodičů k Vám?

Ne, chovali se ke mně pořád stejně

Ano, šlo však jen o přehnanou starostlivost

Ano, rodiče mě více rozmazlovali

Nevím, nedokážu odpovědět

Jiná (uveďte)

9. Změnilo se po úraze chování sourozenců k Vám? (Odpovězte v případě, jestli sourozence máte)

Ne, chování ke mně se nezměnilo

Ano, Více se o mě staraly

Ano, pocítil/a jsem od nich žárlivost, protože jsem byl/a středem pozornosti rodičů

Nevím, nedokážu odpovědět

Jiná (uveďte)

10. Změnilo se chování Vašich vrstevníků a kamarádů k Vám?

- Ne, chovali se ke mně pořád stejně
- Ano, někteří se mě začali stranit
- Jiná (uveďte)

Cíl 3: Psychické důsledky u osob popálených v dětství**11. Jak moc je Vaše popálení viditelné?**

- Téměř není vidět
- Je trochu viditelné
- Je hodně viditelné
- Jiná (uveďte)

12. Berete Váš úraz jako velkou životní změnu?

- Ano
- Ne
- Jiná (uveďte)

13. Pokud ano, jaká je tato změna?

- Pozitivní
- Negativní
- Jiná (uveďte)

14. Změnily se po úraze Vaše životní priority?

- Ne, priority mám pořád stejné
- Ano, nějaké priority se mi změnily
- Ano, všechno priority se mi razantně změnilo
- Jiná (uveďte)

15. Objevily se u Vás po úraze problémy psychického charakteru?

- Ne
- Ano, úraz se na mé psychice trochu podepsal
- Ano, úraz se na mé psychice velmi podepsal
- Jiná (uveďte)

16. Pokud se u Vás psychické problémy objevily, jaké tyto problémy byly?

- Deprese
- Úzkost
- Ztráta sebevědomí
- Jiná (uveďte)

17. V případě psychických problémů, jak jste tyto problémy řešily?

- Svěřil/la jsem se rodině (rodiče, sourozenci, příbuzní)
- Pomohla mi blízká osoba (přítel/kyně, kamarád/ka)
- Vyhledala jsem odbornou pomoc
- Jiná (uveďte)

Cíl 4: Stanovit problémy se sociálním začleňováním v průběhu dospívání u osob popálených v dětství.**18. Měl/a jste problém v průběhu dospívání se vstupováním do nových kolektivů?**

- Ne, neměl/a
- Ano, menší problémy se vyskytovaly
- Ano, měl/a jsem velké problémy s novými kolektivy
- Jiná (uveďte)

19. Měl/a jste problém s hledáním nových přátel?

- Ne, neměl/a
- Ano, lidé se mě stranili
- Ano, já jsem se stranil/a lidí
- Jiná (uveďte)

20. Měl/a jste strach z hledání partnera?

- Ne, neměl/a jsem obavy
- Ano, menší obavy jsem měl/a
- Ano, měl/a jsem velké obavy
- Jiná (uved'te)

21. Znáte Sdružení na pomoc popáleným dětem?

- Ano
- Ne

22. Pokud ano, účastnil/a jste se setkání tohoto sdružení?

- Ano, jezdil/a jsem na tato setkání
- Ne, těchto setkání jsem se nezúčastnila

23. Pokud jste se těchto setkání zúčastnil/a, pomohlo Vám se vyrovnat se s tímto úrazem?

- Ano, tato setkání mi pomohla
- Ne, nemělo to pro mě význam
- Jiná (uved'te)