

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Bakalářská práce

2011

Lucie Hrabcová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Míra edukace u pacienta s popáleninovým traumatem

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Zsolt Kecskeméthy

Autor: Lucie Hrabcová

2011

Abstract

The level of education of the patient with burn trauma

Burn trauma is as old as the mankind itself. Forwarding information, whether oral or in any other form is important nowadays. Most of the patients want to be informed about their health condition, treatment procedures applied by physicians and nurses, methods, options and regimes that have to be adhered to in home treatment.

The Bachelor Thesis focuses on education of patients with burn trauma. Patients' view on the issues in question, but also that of the nurses taking care about burnt patients is important. The aim of the work was to find whether patients with burn trauma have sufficient information on the follow-up care and whether nurses educate patients with burn trauma about the follow-up care, what methods nurses apply on education of patients with burn trauma.

We asked the following research questions before the research started: "*Do patients with burn trauma have enough information on follow-up care?*", then: "*Do nurses educate patients with burn trauma?*" and: "*What form of receiving information about burn trauma and the follow-up care do patients prefer?*" The above questions were answered by a quantitative research by the method of semi standardized depth interviews with patients of the Burn Medicine Clinic of the University Hospital Královské Vinohrady in Prague and with the caring staff, general nurses from a standard department thereof. The interview with patients consisted of 20 depth questions and that for nurses of 17 depth questions. The interviews were anonymous. All the obtained information was processed into case studies and then into category charts.

The research confirmed all the 3 aims of the Thesis. Patients with burn trauma do not have sufficient information on follow-up care even though nurses do educate them about such care. We also tried to find what kind of methods nurses used for patient education. The solutions proposed are: to improve awareness of prevention and first aid, to provide more information on treatment regime during hospitalization and subsequent home care in the form of leaflets or brochures.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Míra edukace u pacienta s popáleninovým traumatem“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 30. května 2011

.....
Lucie Hrabcová

Poděkování

Děkuji touto cestou panu MUDr. Zsoltu Kecskeméthymu za odborné vedení v průběhu zpracování mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky, paní Mgr. Lence Šetelíkové, vrchní sestře z FNKV Kliniky popáleninové medicíny za vstřícnost a ochotu při sběru dat. Dále děkuji Mgr. Františku Dolákovi a Mgr. Petře Minaříkové za cenné informace a rady, bez kterých by zpracování mé bakalářské práce bylo více obtížné.

OBSAH

1	Současný stav	4
1.1	Anatomie	4
1.1.1	<i>Kůže a kožní orgány</i>	4
1.1.2	<i>Funkce kůže</i>	5
1.2	Popáleniny a jejich závažnost	6
1.2.1	<i>Faktory určující závažnost popáleninového traumatu</i>	6
1.2.2	<i>Mechanismus úrazu</i>	7
1.2.3	<i>Termická popálení</i>	8
1.2.4	<i>Chemická popálení</i>	8
1.2.5	<i>Elektrická popálení</i>	9
1.2.6	<i>Radiační popálení</i>	10
1.2.7	<i>Hloubka popálení</i>	10
1.2.8	<i>Rozsah popálení</i>	11
1.2.9	<i>Věk postiženého, anamnéza a lokalizace</i>	12
1.3	Popáleninové trauma	12
1.3.1	<i>Fáze popáleninového traumatu</i>	12
1.3.2	<i>Popáleninový šok</i>	14
1.3.3	<i>Edém</i>	14
1.3.4	<i>Resuscitace náhradními roztoky</i>	15
1.4	Léčba	15
1.4.1	<i>Laická první pomoc</i>	15
1.4.2	<i>Odborná přednemocniční pomoc</i>	16
1.4.3	<i>Chirurgická léčba popálenin</i>	17
1.5	Prevence	19
1.5.1	<i>Rizikové skupiny</i>	20
1.6	Ošetrovatelská péče	21
1.6.1	<i>Prostředí pacienta a polohování</i>	22
1.6.2	<i>Péče o popálené plochy</i>	23
1.6.3	<i>Výživa pacienta</i>	24

1.6.4	<i>Prevence infekce</i>	24
1.6.5	<i>Rehabilitace</i>	25
1.6.6	<i>Psychika pacienta s popáleninovým traumatem</i>	26
1.7	<i>Edukace</i>	27
1.7.1	<i>Definice edukace</i>	27
1.7.2	<i>Edukační proces v ošetřovatelství</i>	29
1.7.3	<i>Metodika edukace u pacienta s popáleninovým traumatem</i>	30
1.7.4	<i>Edukační činnost sestry, sestavení edukačního plánu</i>	32
2	CÍLE PRÁCE	33
2.1	<i>Cíle práce</i>	33
2.2	<i>Výzkumná otázka</i>	33
3	METODIKA	34
3.1	<i>Metody a techniky výzkumu</i>	34
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	34
4	VÝSLEDKY	35
4.1	<i>Kvalitativní šetření - pacienti</i>	35
4.2	<i>Kvalitativní šetření - sestry</i>	56
5	DISKUSE	74
6	ZÁVĚR	81
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	83
8	KLÍČOVÁ SLOVA	87
9	SEZNAM PŘÍLOH	88

ÚVOD

Téma své bakalářské práce "Míra edukace u pacienta s popáleninovým traumatem" jsem si zvolila z několika důvodů. Chtěla bych přinést ucelené informace o popáleninovém traumatu, jeho vzniku a léčbě, dále informace o edukaci v ošetrovatelství, jakým způsobem je realizována a v jakých podobách. Dále zjistit, jakým způsobem personál ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady na Klinice popáleninové medicíny (dále jen KPM) edukuje své pacienty, zda je pro ně edukace důležitá, a zda v ní vidí pozitiva. Zda upřednostňují ošetrovatelskou péči před edukací či ji berou jako součást ošetrovatelského procesu.

Popáleniny jsou řazeny k nejtěžším a nejzávažnějším úrazům lidské traumatologie. Vznikají neobvykle často a následky jsou většinou trvalé v podobě nevzhledných jizev. Psychické následky bývají nesporně nejzávažnější. Jedním z důvodů, který mě vedl vybrat si toto téma, bylo zjistit, jaké je povědomí pacientů s popáleninovým traumatem o jejich zranění, o první pomoci, léčbě a následné rehabilitaci. Zda je ošetrovatelský personál ochoten a schopen jim dané informace předat. V dnešní chaotické době, kdy se spoléháme na počítače a počítačové sítě, kdy virtuální komunikace je upřednostňována před komunikací v podobě ústního rozhovoru, je třeba si uvědomit, že informace předané osobně od jiného vzdělanějšího člověka jsou nejcennější.

Díky tomu, že mi byly umožněny rozhovory přímo s popálenými pacienty a se sestrami, které je ošetřují, jsem mohla zjistit pravdivé a realistické odpovědi na danou problematiku. Ve svém okolí se zřídka kdy kdokoliv z nás setkává s tak těžkým traumatem jako jsou popáleniny takových rozsahů, které je nutno léčit na KPM, a je velice těžké mít jasně definované informace o tomto traumatu. Právě personál na KPM je pro pacienty zdrojem informací, které je nutné pacientům předávat. Nejenom léčba a ošetřování je důležité, ale vzhledem k délce hospitalizace je nutné pacienty předem i v průběhu hospitalizace informovat. Chtěla bych poukázat na principy edukace a na metody, které používají sestry na KPM, a dále mě zajímá, zda jsou pacienti schopni tyto informace správně aplikovat ke zdárné léčbě jejich traumatu.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie

1.1.1 Kůže a kožní orgány

Kůže (cutis, řec. derma) je nejrozsáhlejší plošný orgán tvořící zevní ochranný kryt organismu a tím i bariéru vůči okolí. Díky uspořádání cévního řečiště a žlázám v kůži a tím, že je špatný vodič tepla, představuje kůže termoregulační systém, který ovládá tepelné ztráty do okolí pomocí činnosti potních žláz (odpařování) a pomocí změn průtoku krve ve svém cévním řečišti (8).

Kůže dospělého člověka dosahuje plochy téměř 2m^2 (průměrně 1,6-1,8 m^2), z čehož na hlavu a krk připadá 11%, na trup 30%, na horní končetiny 23% a na dolní končetiny kolem 36%. Tloušťka kůže činí od 0,5 mm do 4 mm (podle krajiny těla); obzvláště tenká kůže je na očních víčkách, na penisu, nejsilnější je na zádech (kolem 4mm), naopak tenká je na vlasaté části hlavy; přitom povrchová pokožka (epidermis) je nejtenčí na vlasaté části hlavy a nad klouby zápěstí, nejtlustší na dlani a na chodidle. Obecně je kůže na trupu silnější vzadu než vepředu, na končetinách silnější laterálně a na straně extensorů, tenčí mediálně a na straně flexorů. Hmotnost kůže dosahuje 3 kg – je-li však kůže ztlustělá tukovým polštářem, může její hmotnost v extrémních případech dosáhnout až 20 kg (5).

Kůže se skládá ze tří základních částí:

Pokožka (epidermis) je zevní vrstva, tvořená několika vrstvami kožních buněk; neobsahuje cévy. Buňky pokožky připomínají dlaždice, naskládané v několika vrstvách na sobě. Ve spodních částech pokožky se tyto dlaždice neustále dělí a vytlačují buňky nad sebou blíže k povrchu. Postupem do horních vrstev pokožky dlaždice postupně rohovatí, odumírají a odlupují se. Tím dochází k plynulé obměně pokožky. Přibližně každé 3 týdny dochází ke kompletní obměně pokožky. Z kůže se za celý lidský život oloupe asi 20 kilogramů mrtvých buněk (5).

Škára (dermis) je střední vrstva, tvořená vazivem s bohatou sítí cév a nervových zakončení. Tato vrstva rozhoduje o pružnosti, mechanické odolnosti a pevnosti kůže. Součástí škáry jsou nervová zakončení, díky kterým vnímáme teplo, chlad a bolest. Vedle nervů obsahuje škára i jemné cévy důležité pro regulaci tepla a imunitní buňky zajišťující ochranu (5).

Podkoží (subcutis) je nejhlubší vrstva, tvořená řídkým vazivem a tukem. Podkoží tvoří izolační vrstvu chránící proti teplotním vlivům i mechanickému poškození. V tukové tkáni si organismus uchovává přebytek energie. Počet tukových buněk v podkoží je stejný, ať již hubneme, nebo naopak přibíráme na váze. Buňky mají schopnost výrazně měnit svůj objem (10).

Kůže obsahuje tzv. přídatné kožní orgány, někdy označované jako „kožní deriváty“ nebo adnexa - vlasy, chlupy, nehty, mazové a potní žlázy, pachové žlázy a mléčné žlázy (10).

1.1.2 Funkce kůže

Kůže zajišťuje ochranu proti mechanickým vlivům jako je tlak, tah, tření a úder. Zajišťuje pevnost, pružnost a posunutí proti spodině. To vše díky kolagenním a elastickým vláknům. Tvoří ochranu proti chemickým a mikrobiálním vlivům. Povrch pokožky je tvořen mazem a potem. pH je kyselé 3,9 - 5,6, uvnitř pokožky je zásadité 6,7-7,3. Po umytí se tento film po 1-2 hodinách obnoví. Na povrchu pokožky je 1cm² pokryt až 30tisíci choroboplodných zárodků. Zdravá pokožka je nepropustná do nitra kůže, tato schopnost se nazývá samočistící. Při poruše bariérové funkce dochází k výdeji až 20l/24 hodin, při normální funkci je výdej 2l/24 hodin. Prostup vody není stejný, je ovlivněn vlhkostí, teplotou rohové vrstvy a její tloušťkou. Kůže je nejvíce propustná na krku, šourku, hřbetech rukou a nejméně na dlaních. V neposlední řadě plní kůže estetickou funkci. Vzhled a úprava kůže je jedním z prvních znaků, kterých si při vzájemném kontaktu všímáme (8).

1.2 Popáleniny a jejich závažnost

Popáleniny jsou řazeny mezi nejtěžší úrazy lidské traumatologie. Zanechávají nejen fyzické, ale i psychické jizvy. Jejich léčba je nejkomplicovanější, nejdelší a nejnákladnější. Popáleniny vznikají kontaktem kůže s vysokou teplotou, chemikáliemi, elektrickým proudem nebo plynem. Pokud je postižení velkého rozsahu nebo těžkého stupně popálení mohou mít popáleniny fatální následky. Naděje na přežití závisí na stabilizaci stavu pacienta během prvních několika hodin (9).

1.2.1 Faktory určující závažnost popáleninového traumatu

V prvních okamžicích po úrazu je nejdůležitější správné poskytnutí první pomoci laiky, přednemocniční neodkladné péče a následný transport do zdravotnického zařízení. Tyto faktory snižují morbiditu a mortalitu všech popáleninových úrazů. Popáleninové trauma a jeho léčba se výrazně liší od jiných úrazů. V tomto případě je na prvním místě uhašení ohně a až na druhém místě je záchrana obětí a jejich léčba. Dalším určujícím faktorem rozsahu a hloubky popálení je doba působení tepelné noxy a její intenzita. Ať už je tepelná noxa v podobě horké tekutiny, páry, hořící či horké předměty (6).

Způsob vzniku a závažnost popáleninového traumatu určí terapeutický postup a ukáže i prognózu postiženého. Hloubka postižení je určujícím faktorem výběru chirurgických výkonů či konzervativních postupů a je faktorem "dlouhodobé" prognózy morbidit nemocného. Ostatní faktory ovlivňují více krátkodobou prognózu. Jako těžké poranění hodnotíme také inhalační trauma, elektrotrauma, postižení chemikáliemi s celkovou intoxikací a radiační trauma. U rozsáhle popálených osob již dochází k odezvě v celkovém stavu organismu, rozvíjí se popáleninový šok. Neléčený popáleninový šok může vést ke smrti pacienta (14).

Popálení hodnotíme jako rozsáhlé – těžké při překročení určité dolní hranice rozsahu popálené plochy vztažené k věku postižené osoby (PŘÍLOHA 3) (15).

Při poskytování první pomoci je důležitý mechanismus úrazu (tepelné, chemické a elektrické), rozsah postižení (kolik procent povrchu těla je postiženo), věk postiženého (je rozdíl mezi postižením dětí, starých lidí a člověka v produktivním věku), hloubka postižení (v první fázi se hloubka postižení může měnit), lokalizace (obličej, krk, ruce, perineum, genitál a plosky nohou jsou nejzávažnější lokalizace) a osobní anamnéza (přidružená onemocnění) (15).

Všechny tyto faktory ovlivňují správnost první pomoci. Dále je třeba neopomenout přidružená poranění a komplikace. Rozhodují o prvotním třídění na místě nehody tzv. field triage a rozhodují o typu transportu. Do nejbližšího zdravotnického zařízení při polytraumatech, podezření na vnitřní krvácení nebo jiným urgentním stavem, či přímo na specializovaná pracoviště popáleninové medicíny. Tyto faktory ovlivňují zvolení dopravního prostředku Zdravotnické záchranné služby, který bude při převozu zvolen. Sanitní vůz nebo vrtulník (15).

1.2.2 Mechanismus úrazu

Nejdůležitější mechanismy úrazu jsou dva. Bývají spojeny se smrtelnými komplikacemi. Výbuch a hoření v uzavřeném prostoru a pád do vřelé tekutiny (29).

U výbuchu a hoření v uzavřeném prostoru je podezření na inhalační trauma, které postihuje horní i dolní dýchací cesty a intoxikace oxidem uhelnatým. Je nutné zajistit řádnou oxygenaci. Buďto endotracheální intubací nebo tracheotomií (3).

Při pádu do vřelé tekutiny nastává okamžitě hluboké opaření z dlouhodobého působení termické noxy. Velice důležitou roli hraje vystupňovaný psychický stres a fyzický stres. Psychický stres je vyvolán silnou bolestí a strachem z utonutí v nejrůznějších průmyslových nádržích a kádích, fyzický stres se násobí námahou se zachránit a bojem o holý život (35).

1.2.3 Termická popálení

Termická popálení (poranění) vznikají působením vysokých teplot na lidský organismus. Jedná se o stav, kdy na kůži a hlouběji uložené tkáně působí krátkodobě extrémně vysoké teploty. Tím dochází k místnímu poškození kůže a sliznic. Může velmi rychle dojít k celkovým změnám, které ohrožují život pacienta. Závažnost popálení je daná hlavně teplotou a délkou působení. Teplota, kterou kožní buňka snese, bez toho aby byla ireverzibilně poškozená, je poměrně nízká 43,5 °C. Pokud teplota přesáhne 44 °C je poškození buněk reverzibilní, pokud teplo nepůsobí déle než 6 hodin, teploty vyšší než 60 °C způsobují koagulaci bílkovin a nastává smrt buňky. Nejčastější příčinou termické popáleniny je horká tekutina, přímé působení tepla, horká pára, mechanická tření, zářivá energie (slunce, RTG záření, atomové záření), horká pevná tělesa (9).

K rozsahu se užívá pravidlo "devíti" podle Wallaceho viz dále. K celkovému přehřátí organismu dochází při dlouhodobém pobytu v teplém a vlhkém prostředí. V důsledku přehřátí dochází k poruše termoregulace, ztrátě tekutin a vzestupu tělesné teploty. Úpal je těžká forma vyčerpání z horka, která může vést následkem selhání termoregulace až k život ohrožujícímu stavu. Projevuje se zarudlou horkou kůží, tachykardií, vysokou horečkou, bolestí hlavy, zvracením, křečemi až ztrátou vědomí. Při úzehu dochází k podráždění mozkových obalů přímým slunečním zářením na nechráněnou hlavu. Příznaky nastupují často s časovým odstupem například v noci. Nevolnost, zvracení, závrať, horká a červená kůže obličeje a hlavy, ztuhnutí šíje v těžkých případech křeče a bezvědomí (9).

1.2.4 Chemická popálení

Chemická poleptání (poranění) vznikají účinkem žíravín, leptavých tekutin a zpuchýřujících bojových látek. Vedou ke koagulačním (u kyselin) nebo kolikvačním (u louhů) nekrotám. Podle lokalizace místa kontaktu s chemickou látkou může být postižena kůže nebo sliznice (především horní část trávicí trubice) nebo při vstřebávání

látky dochází k celkové intoxikaci (zvláště u bojových chemických látek). Poškození způsobené žíravinami (kyselinami, louhy) se označuje jako poleptání (corrosio), což představuje různě hlubokou nekrózu kůže, jejíž rozsah je dán koncentrací a dobou účinku chemické látky, tj. dokud není tato látka neutralizována nebo odstraněna z místa kontaktu. Proto postupy minimalizující kontakt a intenzitu účinku chemických látek jsou základem pro ošetření chemického poranění. Další postup u zraněného je dán jak rozsahem a hloubkou poranění, tak i celkovým stavem zraněného (38).

1.2.5 Elektrická popálení

Elektrické popálení je specifické trauma, které zasáhne organismus jako mžikový výboj, nejčastěji bleskem nebo působí na organismus po určitou dobu jako stejnosměrný nebo častěji střídavý proud o nízkém nebo vysokém napětí. Hlavní vliv má na myokard a mozek; k nim se připojuje termické působení. Nejčastějšími pacienty elektrotraumatu jsou mladí muži a děti (31).

Pokud dojde k popálení elektrickým proudem o nízkém napětí (menší než 1000V) dochází většinou jen ke kontaktnímu popálení. Elektrický proud prochází hlubokými strukturami (podle vodivosti), poté na kůži můžeme pozorovat vstup a výstup proudu ve formě hlubokých nekrotických IV. stupně. Elektrický oblouk je proud z bodu kontaktu do uzemnění. Ožehnutí od elektrické jiskry postihuje kožní povrch, neproniká však do hlubokých struktur. Po zasažení elektrickým proudem může být poškozen myokard - sinusová tachykardie, arytmie, fibrilace komor, srdeční zástava, dále poškození cév, poškození nervů periferních i CNS, edém mozku, intrakraniální krvácení, dysfunkce autonomního nervového systému, tetanické záškuby svalů a další poranění muskulo-skeletální soustavy a porucha hemokoagulace (36).

Blesk je atmosférický výboj obrovské elektrostatické energie (až 10 mil.V, 300 000A), který způsobí buď okamžitou smrt v důsledku fibrilace komor a srdeční zástavy nebo dochází k průchodu elektrického proudu organismem. Průchodem v horní vrstvě pokožky mohou vznikat typické Lichtenbergovy obrazce (PŘÍLOHA 1). Úraz elektrickým proudem o vysokém napětí (tj. nad 1000V) je charakteristický pro úrazy v

terénu při styku s vedením v transformátorech, při šplhání na stožáry vysokého napětí, nebo na vagóny vlakových souprav, při dotyku drátů na zem spadlých, při nedodržování bezpečnostních opatření při práci elektrikářů apod. Vysoké napětí způsobuje především rozsáhlá popálení zasahující hluboké tkáně, srdeční arytmie až srdeční zástavu, poruchy vědomí, křeče či zástavu dechu. Také má škodlivý vliv na dýchací systém, CNS a ledviny. Střídavý proud má v tomto případě méně škodlivých účinků na organismus než proud stejnosměrný (29).

1.2.6 Radiační popálení

Radiační popálení kůže se řadí mezi atermální popáleniny. Příčinou vzniku radiačních popálenin je působení ionizujícího záření (alfa, beta, gama, RTG záření, atomové záření) na organismus. K takovému poškození může nejčastěji dojít při využívání radioterapie ve zdravotnictví, při práci s radioaktivními látkami v laboratořích a při haváriích jaderných elektráren. Radiační popáleniny se nejčastěji projeví formou akutní nebo chronické radiodermatitidy. Akutní stádium radiodermatitidy je charakteristické vznikem erytému, puchýřů až hluboké gangrény. Chronické stádium radiodermatitidy se projevuje suchou kůží se ztrátou ochlupení vedoucí až k atrofii kůže, změnou pigmentace a vznikem ulcerace kůže s dispozicí k malignímu zvratu. Ozáření u postižených způsobuje obvykle ztrátu chuti, vředy, vzestup tělesné teploty, selhávání krevního oběhu, ledvinové selhávání, radiační popálení kůže (zčernání kůže) a poškození zraku. Nejcitlivější jsou na záření buňky kostní dřeně, buňky střeva, buňky zárodečných žláz a buňky kožní. Naopak odolné proti záření jsou buňky nervové, svalové, kostní a pojivové (32).

1.2.7 Hloubka popálení

Hloubka postižení je velice důležitá pro určení prognózy pro pacienta. Je určující pro délku morbidit (popřípadě mortality) a pro rozsah chirurgických výkonů. Pro hloubku postižení je určujícím znakem teplota termické noxy a délka působení. Jelikož několika vteřinové působení termické noxy o 1000°C nemusí mít tak devastující

následky jako několikahodinové působení teploty kolem 43°C. Dříve byla hloubka postižení klasifikovaná I., II. a III. stupněm. Dnes se popáleniny dělí nejčastěji na povrchové a hluboké. Povrchové postižení znamená ztrátu kůže částečnou nebo v plném rozsahu, avšak jsou zachovány vlasové folikuly a potní žlázy, ze kterých dochází k epitelizaci. Hluboké postižení znamená postižení kůže v plném rozsahu, což znamená postižení všech vrstev kůže, podkoží, svaloviny i kostí. Diagnostickou pomůckou pro rozlišování hloubky je tzv. test kapilárního návratu. Červené plochy, blednoucí pod tlakem hrotu prstu a po jeho oddálení jeví reaktivní hyperémii, mají zachované kapilární řečiště a jsou tedy povrchové. Červené plochy bez kapilárního návratu mají mikrocirkulaci uzavřenou trombotizací, což znamená ischemie a odumrtí sousedních vrstev kůže. Další diagnostickou pomůckou je test citlivosti postižené oblasti. Ztráta citlivosti znamená hluboké postižení se zničením senzitivních vláken; tento test lze ovšem použít, pokud je s pacientem kontakt (29).

1.2.8 Rozsah popálení

Rozsah postižení se vyjadřuje procenty celkového tělesného povrchu. Předběžné určení rozsahu popálení se jednoduše a rychle provádí pomocí tzv. Wallaceho pravidla devíti (PŘÍLOHA 2). Tělesný povrch je rozdělen do oblastí, které reprezentují 9% nebo násobek devíti: hlava + krk = 9%, horní končetina = 9%, dolní končetina = 18% přední plocha trupu = 18%, zadní plocha trupu = 18%, genitál (perineum) = 1%. Rozsah malých postižení lze použít plochu dlaně ruky s prsty u sebe, která představuje 1% z celkového tělesného povrchu. U dětských pacientů, pokud nemáme k dispozici tabulku podle Lunda-Browdera (PŘÍLOHA 3) se používá též k určení 1 % tělesného povrchu ruky dítěte. Rozsah postižení (s ohledem na věk zraněného) je z hlediska zahájení protišokové léčby a z hlediska třídění poraněných nejdůležitějším faktorem (hloubka postižení z hlediska přednemocniční neodkladné péče a okamžité pomoci není důležitá, protože se jedná o faktor variabilní). Z hlediska dlouhodobé prognózy (nutnost nekrektomií, transplantací a trvalé následky ve formě jizevnatých deformací) je hloubka postižení faktorem velmi závažným (16, 26).

1.2.9 Věk postiženého, anamnéza a lokalizace

Věk je další zásadní faktor určující závažnost traumatu termického, chemického, elektrického a radiačního. Kromě časné prognózy ovlivňuje i prognózu dlouhodobou, celoživotní. Je známo, že jedinci mladší dvou let a starší 60 let mají vyšší mortalitu, než ostatní věkové skupiny. U dospělých se hodnotí 20 % celkového tělesného povrchu jako postižení rozsáhlé - těžké. U pacientů nad 60 let i menší rozsah postižení s přidruženými chorobami může mít fatální následky (12).

Osobní anamnéza popáleného patří mezi další důležitý faktor určující závažnost popálenin. Přidružené nemoci totiž mohou mít významný vliv na rozvoj místních i celkových komplikací při termickém úrazu. Naopak termický úraz může mít nepříznivý vliv na již vyskytující se onemocnění (např. diabetes mellitus, kardiovaskulární a plicní onemocnění, metabolická onemocnění)(15). „Nejzávažnější lokalizací je obličej, krk, ruce, perineum a genitál a plosky nohou.“ (15, s. 43)

Lokalizace je další určující faktor, který napoví o závažnosti popáleninového traumatu. Pokud se rozvíjí edém obličeje a pokud je zároveň popálen krk, hrudník či trup, nastávají zpravidla problémy při zajišťování dýchacích cest. Při masivním edému krku a trupu, dochází ke kompresi jugulárních вен a proto je nutné provést uvolňující nářezy (16).

1.3 Popáleninové trauma

1.3.1 Fáze popáleninového traumatu

Neodkladné období - popáleninový šok (hypovolémie) 1. - 3. den (některé zdroje uvádí až 14 dní (26)). Optimální péče poskytnutá pacientovi v prvních hodinách a dnech je základem bezpečného léčebného režimu. Mezi hlavní úkoly neodkladného období patří zajistit dýchání, zastavit krvácení (při eventuelních přidružených poraněních), zvládnout šok (hypovolemický), zajistit včasnou a adekvátní náhradu tekutin, což je prevence hypovolemického šoku, zajistit péči o celkovou odezvu na úraz, tzn. snížit

adrenergní reakci (poskytnout úlevu od bolesti, strachu a zrušit vazokonstrikci alfa-blokátory)(6).

Přestože popálené plochy jsou nejvýraznějším patologickým jevem, není jejich ošetřování nejnaléhavějším úkolem. Jediným příkazem z hlediska ploch je zachování všech principů asepse, protože ztrátou kůže je ztracena ochrana proti infekci. Proto je rozsáhle popálený zásadně pokládán do sterilních roušek či sterilních krytů. Principem neodkladné péče je zajistit:

DÝCHÁNÍ – dýchací cesty, poranění hrudníku, deprese CNS

KRVÁCENÍ - zevní a vnitřní

ŠOK – neurogenní (psychický), hypovolemický, kardiogenní atp. (15).

Akutní nemoc z popálení začíná 3.-5.den po úrazu a končí až po několika měsících po události. Toto období může trvat až měsíce, jelikož konec tohoto období je charakterizován úplným zhojením popálených ploch. Následuje po odeznění šoku a je charakterizováno nejvyšší frekvencí chirurgických intervencí, kdy většina z nich je prováděna na operačním sále v celkové anestézii. V tomto období jsou prováděny veškeré intenzivní lékařské výkony. Do těchto úkonů je zahrnuta nekrektomie, autotransplantace a převazy. V tomto období je třeba odstranit nekrotické části kůže, nahradit ji autotransplantáty, u povrchnějších ploch podporovat spontánní epitelizaci. V tomto období hrozí mnoho život ohrožujících komplikací. Bývají spíše pravidlem, než výjimkou - hrozí respirační intoxikace, septické komplikace a multiorgánové selhávání. Toto období končí teprve kompletní obnovou kožního krytu (26).

Období rehabilitační a rekonstrukční není přesně časově omezeno. Délka jeho trvání závisí na stupni popálení a rozsahu. Konec tohoto období znamená dosažení konečné pracovní a společenské rehabilitace. U těch nejzávažnějších případů toto období trvá i doživotně. Pacient musí být poučen o zvýšené hygieně kůže, promašťování transplantátů, které neobsahují mazové žlázy, jinak by docházelo k jejich vysychání, svrašťování, vzniku bolestivých ragád a kontraktur. Jsou také někdy nutné sekundární plasticko-chirurgické operace. Dále je nutné dlahování, polohování, kompresivní léčba jizev a intenzivní aktivní a pasivní rehabilitace. Po celé období léčby

popálenin a hlavně v této fázi je nutná psychologická podpora pacienta a jeho příprava na život (3).

1.3.2 Popáleninový šok

Ihned po popálení dochází k rozvoji popáleninového šoku, proto je nutné zahájit intenzivní resuscitační terapii co nejdříve a pokud možno na JIP specializovaného pracoviště. V tomto neodkladném období je pacient ohrožen především hypovolémií se všemi jejími důsledky. Pokud se intenzivní resuscitační terapií podaří zvládnout toto neodkladné období, dochází asi po 3 až 5 dnech k mobilizaci tekutin z intersticia a jejich přestup zpět do krevního řečiště a hrozí naopak hypervolémie a přetížení kardiovaskulární soustavy. Při primárním ošetření popálenin většího rozsahu je nutné zajistit, kromě chirurgického ošetření ploch, kvalitní žilní vstup, nejlépe kanylací centrální žíly, případně venesekcí končetinových velkých žil. Musí být zaveden permanentní močový katétr a nasogastrická sonda. Monitorujeme základní vitální funkce - krevní tlak, srdeční frekvence, tělesná teplota, EKG, saturace O₂ v periférii, hodnoty vnitřního prostředí, stav vědomí a diurézu (15).

1.3.3. Edém

Pokud nejde o rozsáhlé postižení, tak k vytvoření maxima edému dojde za 8-12 hodin, u rozsáhlejších za 24 hodin po úraze. O rozsahu edému rozhoduje resuscitační léčba, kvalita a kvantita náhradních roztoků. Dle výzkumů, i přes včasnou a kvalitní náhradu tekutin, je hematokrit 50-55%, což je důkazem, že plazma uniká do tkání rychleji, než je dodávaná. U popálenin většího rozsahu se objevuje generalizovaný edém, což znamená, že tekutina je i v nepopálených tkáních (15).

1.3.4 Resuscitace náhradními roztoky

Je velmi důležité dodržovat určitá schémata pro náhradu roztoky. Z historického hlediska jsou velmi cenná. V roce 1952 Evans zahrnul do výpočtu kromě postižené plochy také hmotnost pacienta. Tedy: (1ml/kg t.hm./% postižení koloidů) + (1ml/kg t.hm./% postižení krystaloidů). V roce 1972 Baxter uvedl formuli Parkland: 5ml/kg t.hm./% postižení. Používá pouze krystaloidy, bez koloidů a 5% glukózy. Jelikož glukóza podporuje rozvoj generalizovaného edému, včetně edému mozku (ostatně i jako ostatní hypotonické roztoky). Polovinu vypočítaného množství podává v prvních 8 hodinách a druhou polovinu v následujících 16 hodinách. Důležitý je též výdej moči, který je udržován mezi 50-100ml/hod. V roce 1974 byla uvedena Brookova formule, která se používá nejčastěji v prvních 24 hodinách: 3ml/kg t.hm./% postižení. Používá krystaloidy. Koloidy až v druhých 24 hodinách. Všechna tato schémata jsou vypočítávána na delší dobu a to 48 hodin bez nutnosti změn. Ale v této fázi je velice důležité klinické sledování, jelikož má vitální význam (15, 29).

Všechna tato schémata mají poskytnout pouze orientační výpočty pro zahájení léčby, možnost léčbu snadno a rychle změnit (s ohledem na stav pacienta) a toleranci pro snížení přívodu tekutin, jakmile se sníží ztráty (jak vnější tak vnitřní)(15, 29).

1.4 Léčba

1.4.1 Laická první pomoc

Laická první pomoc se dělí na technickou první pomoc a laickou první pomoc. Cílem technické první pomoci je zabránit dalšímu působení škodliviny (*teplo, proud, chemikálie apod.*) V první řadě je třeba zvládnout panickou reakci postiženého a zabránit mu v útěku. Člověk s hořícím oblečením ve vzpřímené poloze hoří jako svíce - je třeba jej uložit na zem do horizontální polohy, a to i za cenu násilí. Hoření oděvu se účinně zabrání zabalením do deky, vlněného kabátu apod. Pozor na látky ze syntetického materiálu, který je enormně hořlavý, jeho užitím bychom jen přiložili do

ohně! Není-li vhodná látka k dispozici, pak je nutné postiženého opatrně koulet po zemi. Při poranění elektrickým proudem je důležité nejprve přerušit proud. U chemického traumatu je třeba šetrně odstranit oblečení potřísněné chemikáliemi, aby se zabránilo dalšímu působení škodliviny. Není-li možno urychleně opustit uzavřené hořící prostory, chraňte dýchací cesty sobě i raněnému mokrou látkou přes ústa a nos (2).

Nejvýznamnějším úkonem laické první pomoci je bezodkladné chlazení popálené plochy čistou tekoucí studenou vodou. U rozsáhlých popálenin se chladí jen obličej a ruce, větší rozsah chlazení by mohl vést k závažným komplikacím. Chemická poranění se oplachují vodou s cílem zabránit dalšímu působení škodliviny. Výjimkou jsou poleptání suchými chemikáliemi, které se jen opráší, protože by reakcí s vodou mohlo dojít k další chemické reakci. Je-li to možné, nedotýkejte se popálených ploch rukama. Veškeré prsteny, řemínky, pevně těsnící oděvy a boty musí být odstraněny dříve, než vznikne otok, který by zabránil pozdějšímu sejmutí a způsobil zaškrcení. Na popálenou plochu se neaplikují žádné lokální prostředky - v danou chvíli nemají léčebný význam a jen ztěžují v nemocnici hodnocení hloubky postižení (30).

1.4.2 Odborná přednemocniční pomoc

Odborná přednemocniční pomoc je poskytována převážně Zdravotnickou záchrannou službou. V první řadě je nutno zajistit základní vitální funkce. Provedeme zabezpečení průchodnosti horních dýchacích cest (nejlépe endotracheální intubací), zahájíme komplexní kardiopulmonální resuscitaci a stavíme případné krvácení. Lze tedy říci, že se i zde první pomoc řídí obecným pravidlem ABC. Řádnou ventilaci a oxygenaci zabezpečujeme podáváním kyslíku (FiO_2 100%) maskou. Endotracheální intubaci provádíme vždy při podezření na inhalační trauma a při hlubokém popálení obličeje a krku (2).

Zavedeme alespoň dvě žilní linky a okamžitě zahajujeme oběhovou resuscitaci tekutinami (krystaloidy – Hartmannův roztok či Ringer laktát). Nepodáváme nic per os. Rychlost podání infuzí se řídí orientačně modifikovanou Brookovou formulí. Jinou možností je použití Parklandské formule (4).

Součástí první pomoci je i podání analgetik a sedativ. Zahájíme chlazení popálených ploch sterilním fyziologickým roztokem o teplotě přibližně 8°C nebo Water Jelem. U dospělých chladíme maximálně v rozsahu do 20% povrchu těla s výjimkou popálení obličeje a krku. U dětí chladíme do 5 % povrchu těla nebo minimálně. (Opět kromě popálenin hlavy a krku, které chladíme vždy.) Při chlazení velkých ploch dochází k celkovému podchlazení s následnou vazokonstrikcí. Zhorší se kožní perfúze a dochází k prohloubení popáleniny (16).

Bráníme vzniku infekce popálených ploch (po stabilizaci celkového stavu). Jelikož téměř ihned po úrazu jsou zasažené plochy kolonizovány mikroby, proto je důležité zajistit ošetření za aseptických podmínek (tzn. za použití sterilních rukavic, ústenky a čepice). Zasažené lokalizace musí být sterilně kryty. Používáme sterilní krytí suchými popáleninovými rouškami nebo sterilními pohotovostními obvazy. Zaznamenáme čas a mechanismus úrazu (16).

Nezbytností je zavedení močového katétru a monitorování výdeje tekutin. Diurézu udržujeme na hodnotě 1 ml na 1 kg hmotnosti za hodinu. Kontraindikováno je chlazení ledem – prohloubení nekrózy tkáně, odstraňování přiškvařeného oděvu a v terénu propichování vzniklých puchýřů (29).

Transport na specializované pracoviště nemá přesahovat 6 hodin od doby úrazu. Během transportu sledujeme vitální funkce – P, TK, dechovou frekvenci, saturaci O₂ v krátkých časových intervalech (15 – 30 min.) a diurézu. Všechny sledované parametry a podané léky pečlivě zapisujeme (1, 32).

1.4.3 Chirurgická léčba popálenin

Léčba je založena na multidisciplinární spolupráci členů jednotlivých oborů podle individuálních potřeb pacientů. Každý člen má nezastupitelnou úlohu a své specifické místo (PŘÍLOHA 3) (26).

Úspěšnost léčby pacienta s termickým úrazem nezávisí jen na úspěšně zvládnuté resuscitační a intenzivní péči, ale také na ošetrovatelské péči, rekonvalescenci a rehabilitaci (26, 37).

Escharotomie

Escharotomie jsou uvolňující nářezy. Pokud je kůže vystavena delšímu působení tepelné noxy, nebo je tepelná noxa tak vysoká, dochází k tepelné destrukci kůže a tvoření eschar, nebo-li přiškvarů. Eschara není elastická jako nepoškozená kůže, tudíž ztrácí elasticitu, dochází k útlaku tkáně a hlubších struktur pod escharou. Nejnebezpečnější jsou cirkulární útlaky na krku, hrudníku a končetinách. Na krku je omezen přísun krve do mozku, na hrudníku jsou obtížné dýchací pohyby a u končetin je ohroženo periferní prokrvení. Escharotomie na krku jsou prováděny již v přednemocniční péči v terénu (30).

Uvolňující nářezy se vedou kůží „zig-zag“ (PŘÍLOHA 4), a aby byly účinné, zasahují až do zdravé tkáně. V tomto případě není třeba anestezie, jelikož je tkáň nekrotická. Vždy musí být dodržovány zásady antiseptiky a aseptiky. Takto vzniklé rány se sterilně překryjí (15).

Nekrektomie

Vzniklou nekrotickou tkáň je nutno nejdříve odstranit a poté až začít s náhradou kožního krytu. V případě nekrektomie jde o chirurgické odstranění - excizi odumřelé tkáně. Provádějí se dva druhy nekrektomie. Tangenciální nekrektomie je postupné seřezávání nekrotické tkáně až na tkáň zdravou. Chirurgové používají tzv. Watsonův nůž, který zabraňuje hlubokému zaříznutí do tkání. Provádí se u popálenin II.b. Druhý druh je fasciální nekrektomie při které se odstraňuje všechna nekrotická tkáň najednou až na svalovou fascii. Na tuto spodinu dobře přiléhají kožní transplantáty. Nevýhodou ovšem je, že dochází ke ztrátám podkožní tkáně jako mechanické ochrany nervů a lymfatických cév. Indikujeme ji u stupňů III. a IV. Tento způsob se používá u starších pacientů, kde nehledíme na funkci, ale na záchranu života (22, 29).

Po každém z těchto dvou zákroků je pacient ohrožen infekcí a krvácením. Pokud nelze provést tangenciální nebo fasciální nekrektomii v celkové anestezii (ať již to nedovoluje stav pacienta či jsou jiná rizika) provádí se tzv. enzymová nekrolýza. Nekrózy se odstraňují specifickým enzymem (15, 28).

Transplantace

Transplantace, nebo-li náhrada kůže. Po úspěšné nekrektomii je velice důležité přistoupit k další fázi léčby popálenin; co nejdříve zajistit definitivní kryt. Ke kožní transplantaci se používají alotransplantáty (kožní štěpy od dárců, příbuzných, nebo autotransplantace (přenos kůže z jiné oblasti těla na jiné místo téhož jedince). Kůže, která se přenáší, se nazývá kožní štěp. Dle tloušťky kožního štěpu rozdělujeme 2 základní druhy. Dermiepidermální štěpy - obvykle se odebírají z přední či zevní strany stehna o tloušťce asi 0,2 až 0,6 mm za pomoci Watsonova nebo Humbyho nože. Pokud je krajina esteticky důležitá, odebírá se kožní štěp z hýždě. Výhoda těchto štěpů je nenáročnost na spodinu. Druhým typem jsou štěpy v plné tloušťce, které se odebírají žiletkovým skalpelem. Ten se využívá při rekonstrukčních operacích. Štěpy se odebírají z třísel, vnitřní strany stehna a vnitřní plochy paže. Před přiložením se dané místo síťuje tzv. meshování kůže. Toto síťování má několikový význam. Dle velikosti okének a míry roztažení lze získat transplantát až 5krát větší než byl původní kožní štěp. Vzniklá okénka zajišťují prevenci hematomu díky kvalitní drenáži a prevence kontraktur (22).

V pooperačním období by se autotransplantát měl přihojit a neposunout. Důležitou částí je péče o odběrové plochy. Sterilně se překrývají a upevňují elastickým obvazem na 24 hodin, který vytváří mírný tlak na odběrová místa (28).

1.5 Prevence

V minulosti byla pozornost veřejnosti soustředěna na situace, kdy už požár vzniknul. Tedy se zdokonalovaly požární metody, vyráběly se vyšší žebříky, rychlejší vozy, silnější pumpy. Dnes již víme, že je nutné se zaměřit na předcházení požárů a úrazů. Ať již vlivem médií, výuky ve škole tak i trvalou výchovou veřejnosti. Prevence se stala důležitým úkolem pro všechny země světa ať už rozvojové nebo vyspělé (15).

Každému úrazu lze předcházet buď předvídáním situace, nebo změnou prostředí. „Úraz se stane během jedné vteřiny, jeho následky jsou pak na celý život“ (11, str7).

Následky se nedotýkají pouze postiženého, ale i jeho rodiny a okolí. Díky úrazu je změněna kvalita života a uplatnění ve společnosti (11).

Můžeme hovořit o dvou druzích prevence:

Aktivní prevence spočívá ve změně chování. Jde o rozpoznání rizikových míst, situací, předmětů a uvědomit si následky chování.

Pasivní prevence je zaměřena na změnu prostředí. Je potřeba vytvořit bezpečný domov, jelikož v případě dětských pacientů k úrazům v domácnosti dochází při nedbalosti rodičů či pečovateli o dítě.

Tyto dvě prevence nelze od sebe oddělit, ale jedna druhou doplňuje (11).

1.5.1 Rizikové skupiny

Rozdělení do rizikových skupin je podmíněno, zda jedinec pochází z rozvojových nebo vyspělých zemí, záleží na věku, pohlaví, životní a sociální úrovni jedince. Postižené termickým úrazem lze rozdělit do skupin podle zavinění.

„Členění popáleninových obětí (podle National Burn Information Exchange, 1980):

- Oběti vlastní činnosti (dítě si hraje se zápalkami)(75%)
- Nevinní diváci, kteří jsou zraněni při požáru zaviněném druhou osobou (15%)
- Úmyslné týrání (child abuse - syndrom týraného dítěte, homicidie v Indii)(4%)
- Oběť předchozí choroby (epilepsie, diabetes mellitus, infarkt myokardu, iktus)(5%)
- Zachraňující požárníci (1 %).“ (15, s. 19).

Riziko popálení dospělého jedince je menší než u dítěte, jelikož dospělý má již jisté životní zkušenosti. Na rozdíl od dětí, které se teprve učí a veškeré zkušenosti teprve získávají. Proto i případné následky popáleninového traumatu jsou u dětí daleko závažnější než u dospělého. Příčiny úrazu jsou v různých věkových periodách rozdílné, jelikož závisí na psychomotorickém vývoji jedince (15)

- 0 - 1 rok

V tomto období jsou popáleniny způsobené druhou osobou. Většinou jde o rodiče. Vlivem nepozornosti dochází například k opaření dítěte při koupání nebo při přípravě stravy. Vznikají popáleniny různého stupně s vysokou mírou úmrtnosti (15).

- 1 - 3 roky

Tato skupina je nerizikovější. Dítě je v batolecím věku a většinu úrazů si přivodí samo svojí zvědavostí a aktivitou. Prozkoumává své okolí a není schopno si uvědomit možná rizika. Nejčastěji se setkáváme s úrazy horkou vodou, čajem, kávou nebo kontaktem s horkými domácími spotřebiči. Dítě je schopno na sebe strhnout ubrus či šňůry od spotřebičů. Nebezpečné jsou také nezajištěné elektrické zásuvky (15).

- 6 - 15 let

V této věkové skupině jsou děti nejvíce ohroženi elektrickým proudem či obloukem. Děti v tomto období si rády cokoli dokazují a nejenom sobě, ale i svým kamarádům. Vystupují na stožáry s vysokým napětím a střechy vagónů (15).

- dospělost

Toto období je na popáleniny různorodé. K úrazu dochází v domácnosti, v zaměstnání, požár při autonehodách a opaření při neobratnosti. Neméně významnou roli hraje alkohol (12).

- stáří

Stáří je podobné období dětství. Ve věku nad 70 let bývá příčinou úrazu neobratnost, ztráta koordinace a zručnosti, poruchy rovnováhy a nepozornost. Dochází k pádům do horké tekutiny, k opařením a k popálením od horkých spotřebičů (12).

1.6 Ošetřovatelská péče

V posledních několika letech přechází konzervativní léčba popálenin v léčbu léčebně - ošetřovatelskou. Což má z hlediska přežití a závažnosti trvalých následků obrovský význam. Konzervativní léčba po sobě zanechávala pacienty s trvalými deformitami a kosmetickými defekty, na rozdíl od chirurgické léčby, která nezbaví

pacienta stop po traumatu, ale dává pacientovi naději na zlepšení následků úrazu. Ať již v somatické rovině, tak i psychosociální (28).

Při ošetrovatelské péči je kladen velký důraz na několik faktorů. Prvním z nich je pečlivý výběr ošetrovatelského personálu. Sestra, která pečuje o popáleného klienta, musí být jednak erudovaná v multioborové problematice, jednak mít odborné znalosti, ale je důležité pacienta psychicky podporovat, motivovat a poskytnout mu pocit bezpečí a jistoty. Proto je nutné, aby sestry dokázaly s pacienty hovořit na profesionální úrovni (26).

Veškerá péče o pacienty s popáleninovým traumatem může zanechávat na personálu příznaky syndromu vyhoření. Důsledky syndromu vyhoření jsou vyčerpání, slabost, únava, nervozita, podráždění, nedůvěra, problémy s komunikací, ztráta potěšení z práce atp. K tělesným příznakům patří bolest hlavy, zažívací potíže, nespavost atp. Velice důležité je předcházet všem těmto příznakům a to sebekritickým myšlením a sbehdnocením, stanovením si morálních hodnot a snadno dosažitelných cílů. Snaha o pozitivní myšlení, umět relaxovat a hlavně netrápit se věcmi či událostmi, které se stali nebo stanou a sami je nemůžeme změnit (18).

1.6.1 Prostředí pacienta a polohování

Prostředí pacienta má nemalý vliv na správné hojení. Pokoj by měl mít optimální teplotu a vlhkost. Tím zabráníme ztrátám tekutin a snížíme energetickou potřebu pacientů. Teplota v pokoji by měla být 34 - 35 °C a vlhkost prostředí 45 - 60%. Pacienty je třeba izolovat a je nutné dodržovat zásady bariérové péče (26).

Důležité je správně a v pravidelných intervalech pacienta polohovat. Předcházíme tím vzniku dekubitů a kontraktur. Semi - Fowlerova poloha se používá při popálení obličeje a krku. Zabraňujeme možné aspiraci, zlepšuje cirkulaci krve a ventilaci. Pokud jsou popálené horní nebo dolní končetiny je třeba je elevovat za pomocí sterilních závěsů a redukovat edém. Každé 2 hodiny polohujeme pacienta s cirkulárním popálením. Poloha na břicho má řadu kontraindikací. Pacienti s popáleným

krkem a obličejem, s tracheostomií a oběhově nestabilní pacienti by neměli být polohováni na břiše (22).

1.6.2 Péče o popálené plochy

Popálené plochy jsou ideálním místem pro osídlení infekcí. Je několik metod péče o popálené plochy. Jednou z metod je Otevřená metoda. Je to nejpřirozenější metoda. Popálená plocha se nechá bez krytí, eschary se ponechávají, jelikož chrání spodní vrstvy před kontaminací a dalším vysycháním. Tím je umožněno hojení. Jelikož při aplikaci této metody chybí jakákoliv mechanická bariéra vůči okolní infekci, která v nemocničním prostředí přichází samozřejmě v úvahu, je třeba zkušeného ošetrovatelského personálu a sterilní lůžko. Při této metodě má ošetrovatelský personál neustálý přehled o stavu rány. Na druhou stranu je zde riziko podchlazení pacienta, který vyžaduje přísnou separaci v aseptickém prostředí. Tato metoda je indikována u poranění obličeje a perinea (15).

Polootevřená metoda znamená, že se na postižené plochy aplikuje místní antibakteriální prostředky. Plochy se čistí jednou i dvakrát denně na lůžku, ve sprše nebo na sále. Tato metoda je vhodná při rozsáhlém postižení. Výhodou je udržování ploch stále čistými a pacienti jsou chráněni před infekcí. Nevýhodou je nedostatek erudovaného personálu, jelikož tyto výkony musí provádět lékařský tým (15).

Zavřená metoda spočívá v krytí obvazem. Obvaz slouží jako mechanická bariéra proti infekci, zajišťuje větší pohodlí pro pacienta, chrání plochy před dalším poškozením a může být i přáním pacienta, který na postižené plochy nechce vidět. Obvaz se většinou mění každé 3 - 4 dny, dle charakteru rány. Obvaz je nutné denně kontrolovat, zda neprosakuje (15).

Převazování pacientů je prováděno na operačním sále a to z několika důvodů:

- 1) Při převazování může nastat situace, kdy bude třeba chirurgického zásahu.
- 2) I při běžném převazu může nastat náhlé zhoršení stavu pacienta, který bude potřebovat okamžitou intenzivní péči.

3) Bolest, která dokáže pacienta stresovat. Bolest a strach musí být nahrazeny pocitem důvěry v ošetrovatelský personál. Pokud má pacient strach, analgetika nepomáhají. Je třeba použít celkovou anestézii, hlavně u dětských pacientů. Je třeba si uvědomit řadu nevýhod a nebezpečí celkové anestezie, ale na druhou stranu je mít na zřeteli dlouhodobý průběh a stigmatizaci, kdy psychická stránka pacientů hraje nezastupitelnou roli, proto je nutné pacienty chránit a šetřit (15).

1.6.3 Výživa pacienta

Pacienti jsou vyživováni podle stupně jejich postižení. Pacienti s ohrožením vitálních funkcí, vyžadující intenzivní péči, jsou vyživováni parenterálně. Musí být respektovány požadavky nemocného, ale i výběr a složení stravy musí splňovat léčebný záměr. Velice důležité je sledování bilance tekutin. Další skupinou jsou pacienti se středním poškozením vyžadující střední péči, mají volný pohyb na lůžku, povolený pohyb po pokoji a oddělení. Tito pacienti dostávají výživnou stravu a sledujeme bilanci tekutin. Poslední skupinu tvoří pacienti vyžadující minimální péči, jsou ve stadiu rekonvalescence, nebo jsou hospitalizováni pro diagnostické účely. Tito pacienti dostávají racionální stravu. Zvýšenou pozornost musíme věnovat pacientům s popáleninami tváře a úst. Toto postižení komplikuje přijímání potravy. Pacienti dostávají stravu tekutou speciálními trubičkami o průměru 7 mm, které jsou ohebné, polyamidové, poddajné, neucpávají se a snadno se omývají (26).

1.6.4 Prevence infekce

Bezprostředně po úrazu jsou popálené plochy sterilní. Mohou být kontaminovány při poskytování první pomoci. Z rukou, z dechu zachránců nebo nesterilním ošetřováním postižených ploch. Po 48 hodinách po úrazu jsou plochy kontaminované z vlastních endogenních zdrojů. Převážně z okolní kůže, z dýchacích cest a z gastrointestinálního traktu. Další infekci, která může postihnout pacienta je infekce močových cest a infekce dýchacích cest při umělé plicní ventilaci. Jsou

ohrožení také nozokomiální infekcí. Přímo ze vzduchu díky špatné klimatizaci nebo nepřímo od ošetrovatelského personálu. Nejobávanějším původcem infekce je Methicilin rezistentní *Stafylococcus aureus* (MRSA). Další mikroorganismy vyvolávající infekci jsou *Streptococcus beta-haemolyticus*, *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.*, *Aspergillus fumigatus*, *Clostridium tetani* (27).

Důležitý je výběr správných antibiotik a cílená antibiotická léčba. Nedílnou součástí je dodržování hygieny a desinfekce rukou při kontaktu s pacientem. Používání ochranných a jednorázových pomůcek, individuálních pomůcek pro každého pacienta a jejich důslednou desinfekci a sterilizaci (33).

1.6.5 Rehabilitace

Rehabilitace je nedílnou součástí léčby popáleninového traumatu. Měla by být zahájena včas a být prováděna dostatečně kvalitně. Vlivem popáleninového traumatu mohou vznikat jizvy, kontraktury a omezení rozsahu pohybu v kloubech. Cílem rehabilitace je předcházet všem těmto komplikacím, které by zneprůjemnily život pacienta. Měla by v maximální možné míře obnovit pohybové funkce, důležitý je i kosmetický výsledek, měla by pomoci se adaptovat na novou životní situaci (pracovní omezení, sociální i psychické). Rehabilitace by měla být zahájena v co nejkratší době po úrazu, pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta (19).

Rehabilitaci dělíme do 3 fází:

1. fáze: Neodkladná rehabilitace

S pacientem se začíná rehabilitovat ihned po hospitalizaci. V této fázi je důležitá prevence vzniku svalových a šlachových kontraktur, udržet rozsah pohybu kloubů, prevence tromboembolické nemoci, dechové komplikace a redukovat edém. Pacienta polohujeme jak pasivně, tak aktivně. K léčebné tělesné výchově patří dechová cvičení, kondiční i posilovací cvičení.

2. fáze: Akutní rehabilitace

V této fázi se snažíme o zlepšení svalové síly a celkové zlepšení kondice. Pozornost je věnována soběstačnosti pacienta v denních činnostech a zlepšení mobility. Pacienta vertikalizujeme, nacvičujeme chůzi a úchopové funkce rukou.

3. fáze: Chronická rehabilitace

Tato fáze může trvat několik měsíců, let ale i celý zbytek pacientova života. Cílem této fáze je prevence retrakce a hypertrofie jizev, léčba komplikací jako periferní parézy a periartikulární osifikáty. Snažíme se o zlepšení mobility, dovedností a celkové kondice pacienta. Metody rehabilitace využívané v této fázi jsou tlakové masáže a strečink jizev, kompresivní terapie, aplikace silikonových gelů, dlahování, lymfodrenáž, sprchování, promašťování zhojených ploch a fyzikální terapie. Technika tlakové masáže na již zahojenou jizvu má pozitivní účinek na elasticitu a výšku hypertrofické jizvy. Na jizvu by měl být vyvíjen tlak 5 - 7krát denně po dobu 30 vteřin. Další pomůckou k eliminaci hypertrofických jizev je nošení speciálních elastických kompresivních návleků, které jsou šité pro každého pacienta na míru. Pacient by měl tuto kompresi nosit hlavně v noci, kdy se daná část těla nepohybuje. Nedílnou součástí je sprchování jizvy, kdy dochází k mikromasážím, jsou odstraňovány odumřelé buňky a krusty a je hojně promašťována. K prevenci vzniku hypertrofické jizvy můžeme použít i řadu fyzikálních metod v době biolampy, ultrazvuk nebo laser (19).

1.6.6 Psychika pacienta s popáleninovým traumatem

Psychická stránka postiženého klienta je neoddělitelnou součástí a nelze ji zanedbávat. Je stejně důležitá jako péče o rány pacienta. Psychologická pomoc je důležitá nejenom pro samotného pacienta, ale i pro jeho nejbližší rodinu či pro doprovod, který je s pacientem hospitalizován, což je převážně u dětských pacientů. Popáleniny sebou přinášejí velké utrpení, následnou hospitalizaci a možné následky tohoto traumatu po zbytek života. Ať již fyzické nebo psychické. Postižení pacienti mají kolikrát velice živé vzpomínky na úraz, tzv. posttraumatický flashback, kdy si pacient jasně vybavuje bolestivost či přímo odpadávání kůže při požáru. Tyto vzpomínky jsou

převážně normální a cílem psychologů není je potlačit, ale naopak je nechat volně proběhnout. Pokud je u pacienta dobře psychologicky zvládnutý celkový průběh krize, vzpomínky časem samy ustávají (23).

U pacientů s popáleninovým traumatem je dost často porušen obraz těla. Velká pozornost je věnována DF syndromu (disfigured face) u pacientů s těžkými popáleninami v obličeji, kdy dochází ke znetvoření v tzv. faciálním trianglu (hranice mezi zevními - vnějšími úhly očí a bodem ve středu brady). Při tomto postižení dochází k trvalým změnám osobnosti, k dysmorfobii, v některých případech k sociální smrti či dokonce k sebevraždě. Obličej je nejvíce komplexní oblast těla, esteticky reprezentuje daného člověka, reprezentuje tělové schéma a vyjadřuje se jím z velké části nonverbální konverzace. Při postižení obličeje bývá problém v sociální sféře. Lidé na takto postiženého člověka buď "zírají" a vyptávají se, nebo naopak jej zcela vytěšňují a přehlížejí. Tyto reakce jsou spojené se strachem z neznámé nemoci, nízkým povědomím o popáleninovém postižení, na rozdíl třeba od jiných hendikepovaných občanů. Již samo slovo "znetvořený" je velmi neetické, znamená ve své podstatě vynětí člověka z ostatního řádu tvorstva, jako kdyby byl mimo tento svět, což je nepřijatelné (24).

Psychická stránka postiženého pacienta by měla být podporována rodinou, širší komunitou a partnerem. Pozitivní vliv může mít materiální zázemí, životní zážitky a vzpomínky, víra a hodnoty, schopnost navazovat mezilidské kontakty a pozitivní kvalita osobnosti pacienta (23).

1.7 Edukace

1.7.1 Definice edukace

Edukace je proces výchovy, ovlivňování chování a jednání člověka. Cílem je přinést změny v jeho vědomostech, návycích, postojích a dovednostech. Působíme na osobnost jedince a snažíme se o pozitivní změny v jeho vývoji. Vzdělávání je proces, kdy u jedince rozvíjíme vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledným

efektem je vzdělanost, která odráží celkovou úroveň v sociální skupině a národě. Vzdělanost v sobě odráží úroveň medicíny, ošetrovatelství, techniky atd. (13).

V České republice existuje několik formálně výchovných institucí. Jesle, mateřská škola a škola. Vedle těchto institucí působí neformální prostředí jako je rodina, různé sociální skupiny, nemocnice apod. (34).

Edukace probíhá v edukačním procesu, což je činnost lidí, která vede k učení. Buďto záměrně (intencionálně) nebo nezáměrně (incidentálně). Celý život je každý z nás v edukačním procesu, od prenatálního života až po smrt. Do samotného procesu vstupují 4 determinanty:

edukant - subjekt, který má být vzděláván a to bez rozdílu věku a prostředí. Ve zdravotnictví lze ještě rozlišovat zdravého a nemocného klienta. Ale i zdravotník se může stát edukantem. Charakteristiku edukanta ovlivňuje víra, sociální prostředí, etnická příslušnost atd.

edukátor - ten, který vzdělává. Ve zdravotnictví nejčastěji lékař, sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut atd.

edukační konstrukty - plány, zákony, předpisy, edukační standardy a další materiál, který ovlivňuje kvalitu edukačního procesu

edukační prostředí - místo, kde edukace probíhá. Prostorově velice ovlivňuje edukaci. Osvětlením, barvou místnosti, prostorovém rozložení, nábytkem ale i atmosférou (13).

Edukaci můžeme rozdělit na základní, kdy jedinec získává nové informace, vědomosti a dovednosti a je motivován ke změnám hodnot a postojů. Jako příklad můžeme uvést pomoc diabetikovi, názorný nácvik aplikace inzulínu inzulínovým perem či edukace dětí rodiči a nutnosti provádět ústní hygienu již v útlém věku. Další edukace je reedukační. V té navazujeme na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Vědomosti jsou stále prohlubovány. Například u pacienta po prodělaném akutním infarktu myokardu prohlubujeme jeho dovednosti o zdraví prospěšná opatření, aby nedošlo k novému infarktu. Při komplexní edukaci jsou jedinci předávány ucelené informace, které vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. Tato edukace se děje například v kurzech (13, 25).

1.7.2 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukace je soubor informací, které by měly být pacientovi poskytnuty během hospitalizace, při propuštění do jiného zdravotnického zařízení, nebo do domácího léčení. Představuje formu odevzdávání informací, která se uskutečňuje v rámci interakce sestry - pacient, a je vytvořen záměrně. Je to výchovný a vzdělávací proces a tak je ho třeba chápat.

Edukace se zpravidla dělí na pět fází:

1. fáze počáteční pedagogická diagnostika - v této fázi odhalujeme míru povědomí o dané problematice, dovednosti, návyky a postoje edukanta. Zjišťujeme jeho potřeby. K zjištění všech těchto informací využíváme formu rozhovoru nebo pozorování. V této fázi si stanovíme cíle.
2. fáze projektování - v této fázi edukátor naplánuje cíle, zvolí metody, formy a obsah edukace, dále pomůcky a časový rámec.
3. fáze realizace - prvním a nejdůležitějším krokem je motivace edukanta ať již vnitřní nebo vnější. Expozice, nebo-li předávání informací by neměl být pasivní proces, ale edukant by se měl aktivně zapojit a podílet. Na expozici navazuje fixace, kdy by si edukant měl získané vědomosti osvojit, procvičit a opakovat v návaznosti na předchozí vědomosti a dovednosti. Na fixaci navazuje průběžná diagnostika, kde si snažíme prověřit a otestovat, zda edukant pochopil dané učivo. Dalším krokem je aplikace, zde se snažíme, aby edukant dokázal nově naučené a osvojené vědomosti používat.
4. fáze upevnění a prohlubování učiva - tato fáze je velice důležitá k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti, jelikož je dokázáno, že 50% naučených vědomostí zapomeneme již do druhého dne. Proto je důležití opakování a procvičování, aby docházelo k fixaci. Tato fáze bývá velice často opomíjena.
5. fáze zpětné vazby - v této fázi hodnotíme nejenom edukanta, ale i sebe sama, jelikož nám přináší hodnocení výsledků, zda byl náš edukační proces správný a účinný (13).
„Edukační proces by měl jít ruku v ruce s ošetrovatelským procesem“ (13, s. 22).

1.7.3 Metodika edukace u pacienta s popáleninovým traumatem

Výběr té správné metody je poloviční úspěch v cestě za cílem edukace. Neexistuje univerzální metoda, která by byla jedinou a jednou správnou. Důležité je vybrat metodu, která bude vyhovovat potřebám edukanta, aby danou problematiku pochopil. Metodu bychom měli vybírat podle několika kritérií. Dle úkolů a stanovených cílů, obsahu, který chceme předat, dle učebních možností edukantů, věku a úrovni připravenosti, důležité jsou vnější podmínky, vzdělanost samotného edukátora, úroveň teoretické a praktické přípravy, schopnost ovládnout určité metody atd. V potaz musíme brát i zdravotní stav edukanta. Metody k edukaci jsou různé. Slovní, názorně-demonstrační či praktické (34).

Edukace probíhá v ucelených a přesně naplánovaných edukačních lekcích. Edukační lekce může mít mnoho forem. Pokud budeme mít na mysli preventivní edukaci o popáleninách, je vhodné zvolit hromadnou výuku formou přednášek, besed, dále skupinovou výuku, která může být zaměřena na praktické dovednosti v otázkách první pomoci. Individuální výuku bychom prováděli již v nemocničním zařízení s postiženými pacienty. Vždy musíme mít na paměti předávání informací, kterými chceme dosáhnout předem stanovených cílů. Variabilita metod a schopnost kombinovat odráží profesionalitu edukátora. Jako kritéria pro vhodnou formu edukace patří charakteristika edukačních cílů, charakter edukace, charakter didaktických forem, předběžné vědomosti a složení edukantů, stupeň a aktivizace účastníků, fáze a rámcové podmínky edukačního procesu a v neposlední řadě, jak vyplývá z výše uvedeného, didaktická připravenost edukátora (21).

Edukační metody jsou jednak klasické, ke kterým řadíme přednášku, vysvětlování, demonstrace, cvičení, rozhovor, brainstorming a hraní rolí. Tyto metody jsou známé, prověřené, osvědčené, pohodlné a celkem jednoduché. Naopak alternativní metody jsou moderní a efektivnější v dosažení edukačních cílů. Kladou důraz na aktivní činnosti edukantů, zapojení do procesu edukace a nutí je realizovat většinu činností samostatně (7).

Edukace v oblasti primární prevence by měla být vedena formou přednášek. Přednáška má charakter monologu, který je přednášen skupině lidí. Přednášející přináší informace z několika zdrojů, cenné jsou i vlastní zkušenosti a poznatky např. z praxe. Přednáška by měla být konstruována ne pouze jako jednolitý monolog, ale mělo by zde být místo pro dotazy posluchačů. Je doporučováno měnit tempo a tón hlasu. Pokud máme za sebou edukaci v oblasti prevence, a i přes všechna opatření došlo k popáleninovému traumatu a pacient je hospitalizován v nemocničním zařízení, je třeba přistoupit k dalšímu stupni, k sekundární prevenci (7, 39).

Edukace v oblasti sekundární prevence bývá individuální záležitostí. Zde záleží na zdravotním stavu pacienta. Pokud zdravotní stav pacienta dovoluje, měli bychom zvolit místo, kde budeme s pacientem hovořit. Ideální by byla edukační místnost, která by byla přiměřeně velká, světlá a útulná, vybavená všemi dostupnými pomůckami, které na edukaci potřebujeme. Pokud na oddělení není taková to místnost, stačit by měla jídelna, vyšetřovna či pokoj pacienta, kde bude dostatečný klid. Je důležitá příprava edukátora. Měl by mít dopředu promyšlený a připravený postup, včetně pomůcek. Pomůcky k edukaci by edukant měl obdržet až při nácviu, aby jej během instruktáže nerozptylovali. S edukantem vedeme rozhovor. Dobře zvládnuté komunikační schopnosti a dovednosti jsou základem zdravotníka. Základem rozhovoru je kladení otázek, dochází tedy k výměně informací. Získáme tak informace od edukanta a tím i úroveň jeho znalostí o dané problematice a naopak sami sdělujeme nové informace, poznatky a upevňujeme a osvojujeme získané vědomosti. Otázky by měly být kladeny jazykově správně a to včetně slovosledu. Vždy by zdravotník měl hovořit spisovně, stručně, nepoužívat složitá souvětí. V otázce by měl být pouze jeden problém a otázky klademe v logické souvislosti (13, 20).

K edukaci používáme také pomůcky, které zvyšují efektivitu edukace. Jelikož člověk vnímá 80% informací zrakem, 12% informací sluchem, 5% hmatem a 3% zbývalými smysly. Ve většině škol je tento poměr jiný a tedy nevyhovující, jelikož 12% informací je získáváno zrakem, 80% sluchem, 5% hmatem a 3% ostatními smysly. Mezi pomůcky řadíme filmy, obrázky, fotografie, schémata, dataprojektory, zpětný projektor, tabuli atd. (13).

1.7.4 Edukační činnost sestry, sestavení edukačního plánu

Edukační činnost sestry je vymezena zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a zejména vyhláška č. 424/2004 Sb. o výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Informace by měl podávat srozumitelně, připravovat edukační plány pro jednotlivce i skupiny. Sestra by měla znát své kompetence, a pokud je to nutné, požádat o spolupráci kompetentní odborníky (34).

Plán edukace by měl být v písemné formě a založen v dokumentaci edukanta. Měl by obsahovat edukační potřeby, dlouhodobý edukační cíl, počet lekcí, které budou potřeba k edukaci, téma jednotlivých edukačních lekcí, kdo za edukaci zodpovídá, u každé lekce by měl být krátkodobý a dlouhodobý cíl, používané metody, pomůcky, osnovy jednotlivých lekcí, hodnocení výsledku lekce a závěr edukace. Je na místě také prostor pro individuální edukační potřeby edukanta(13).

2 CÍLE PRÁCE

2.1 Cíle práce

Pro zpracování bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl č.1 Zjistit, zda mají pacienti s popáleninovým traumatem dostatek informací o následné péči.

Cíl č. 2 Zjistit, zda sestry edukují klienty s popáleninovým traumatem o následné péči.

Cíl č. 3 Zjistit, jaké metody sestry využívají v edukaci pacientů s popáleninovým traumatem.

2.2 Výzkumná otázka

Mají pacienti s popáleninovým traumatem dostatek informací o následné péči?

Edukují sestry pacienty s popáleninovým traumatem?

Jaké formě získávání informací o popáleninovém traumatu a následné péči dávají pacienti přednost?

3 METODIKA

3.1 *Metody a techniky výzkumu*

Pro výzkumnou část byla použita forma kvalitativního výzkumu. Byla realizována formou hloubkových polostandardizovaných rozhovorů s 9 klienty Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Kliniky popáleninové medicíny (dále jen KPM), který obsahuje 20 otázek. V průběhu rozhovoru byly kladeny sondážní (doplňující) otázky. Rozhovor byl anonymní. Veškeré získané informace jsou zpracovány do kazuistik a jsou základem pro kategorizované tabulky. Výzkum probíhal od 15. března 2011 do 29. března 2011. Výběr klientů byl zcela náhodný s přihlédnutím k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Dále pak formou hloubkových polostandardizovaných rozhovorů s ošetrovatelským personálem Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Kliniky popáleninové medicíny (dále jen KPM). V tomto rozhovoru bylo kladeno 17 otázek, dále byly v průběhu rozhovoru použity sondážní (doplňující) otázky. Rozhovor byl anonymní. I v této výzkumné části jsou veškeré získané informace zpracovány do kazuistik a jsou základem pro kategorizované tabulky. Výzkum probíhal od 15. března 2011 do 29. března 2011. Výběr sester pro výzkum byl zcela náhodný.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor byl tvořen 9 klienty hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady Kliniky popáleninové medicíny a 5 sestrami z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Kliniky popáleninové medicíny.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kvalitativní šetření - pacienti

Respondent 1

Paní M. je 65 let. Na KPM je hospitalizovaná již potřetí. Její úraz se stal v srpnu roku 2009, kdy stříhala keře růží a zbytky házela na ohniště, kde je pálila. Nešťastnou náhodou jí u ohniště uklouzla noha, a aby nepadla obličejem do ohně, opřela se o rozžhavený popel levou rukou. Sama dodává: *„Nechtěla jsem tam spadnout po obličej, tak jsem pod sebe rychle strčila ruku, jenomže jsem se o ni pořádně opřela a zavrtala jsem se pěkně hluboko do toho rozpáleného popela. Ani nevím, jak se vše seaběhlo, ale myslím si, že se mi zatočila hlava. Tak jsem šla do kuchyně si ruku omýt od zbytků popela, omotala jsem si jí studenou utěrkou a šla jsem spát. Vůbec to nechápu, ale opravdu jsem usnula tvrdě. Ráno jsem se vzbudila, v kuchyni jsem viděla zbytky kůže, jak ze mě všechno pěkně opadalo a bylo mi jasné, že je zle. Manžel mě dovezl do nemocnice v Ústí, kde si mě nechali asi 5 dní, jenomže se mi ruka horšila a pan doktor rozhodl o tom, že mě převezou do Prahy sem na popáleniny.“* Na KPM ji dopravila sanitka ZZS. Na příjmu se jí ujal velice milý lékař, ale již si nepamatuje jméno, jelikož je to dlouhá doba. Bylo jí řečeno, že ruka je celá nekrotická, údajně péči v ústecké nemocnici spíš než podcenili, tak zanedbali. Při příjmu mnoho informací od lékaře neobdržela. Ale druhý den po příjmu byla informována o přesném rozsahu a míře poškození. Lékař jí poskytnul přesné informace. Sama dodává: *„Na ambulanci mi skoro nikdo nic neřekl, jen že je to zanedbané a že jsem tu měla být už dávno. Ale další den přišel pan doktor a řekl mi, že bude nutné tu spálenou tkáň ořezat, počkat až se to pod tím zahojí, aby mi mohli ze zadku uříznout kus kůže a dát na ty prsty. Většinu převazů mi dělali na sále v narkóze a pokaždé mi řekli, jak ta rána vypadá, jak se to hojí a hlavně, že nemám spálené šlachy, čehož se asi obávali.“* Byla také informována o režimovém opatření, je třeba, aby chodila, s rukou moc nehýbala, měla ji v závěsu a dostatečně větrala. Po veškerých léčebných úkonech jí byla vysvětlena rehabilitace ve formě míčkování, rozhýbávání, sprchování a masáží. *„Řekli mi, že si mám koupit malý molitanový míček a s ním si po té ruce jezdit, další co bylo, že si mám ruku sprchovat*

vlažnou vodou a promazávat Indulonou, nejdřív měsíčkovou a poté modrou. A prý masáže. Jenomže já jsem nevěděla jak je provádět.“ V tomto směru by pacientka uvítala názornou ukázkou jak míčkování, tak masáží. Bála se, aby si neublížila. Pokud by bylo na ní, ráda by letáček s ukázkami rehabilitačních technik. Také jí zajímalo vše kolem léčebných výkonů, jako jsou nekrektomie, autotransplantace a meshování. Sama si nic takového nedokáže představit. Vždy když měla nějaký dotaz sestřičky i paní doktorka jí rády odpověděly a nikdy jí neodbyly. Rozhovory probíhají na pokoji při vizitě nebo na převazovně při převazech. Kromě lékařů a sestřiček jí žádný jiný specialista nenavštívil. *„Zřejmě jsem to nepotřebovala. Co jsem chtěla vědět, jsem se zeptala, nebo jsme se bavili s ostatními pacienty na oddělení a vyměňovali jsme si poznatky a zkušenosti.“* Celý ošetřovatelský tým hodnotí číslem 10 a sama o nich říká: *„Všichni jsou tu zlatí! Nemůžu říct půl křivého slova. Na to v jakých podmínkách pracují, že jinde mají moderně vybavený špitály a tady je vybavení zastaralé, je jejich práce na jedničku. Je vidět, že to není jen o moderních přístrojích, ale hlavně o šikovných rukách.“* Tato pacientka byla hospitalizována již po třetí, byla jí prováděna plastika kontraktur a vše vypadá na zdárný konec léčby. Na číslo na záchrannou službu si nevzpomene, ale asi 155. Základem je popálení chladit a chladit, ale neledovat. To jí říkala paní doktorka, že to by se mohla rána ještě prohloubit.

Respondent 2

Paní V. je 56 let a žije nedaleko Tábora. Na KPM je hospitalizována 11 dní. Pacientka vlastní les a tak se rozhodla klestí, které bylo na hromadách po vyčištění lesa, spálit. Nešťastnou náhodou zafoukal vítr a roznesl oheň na trávu a do mladého lesa. Pacientka se pokoušela vše uhasit zadupáváním. Jenomže měla na sobě kalhoty z umělého materiálu a na nohou tenisky, které byly vystlané umělohmotnou výstelkou, která se roztavila a způsobila pacientce hluboké popáleniny na prstech obou dolních končetin a na ploskách nohou, pár malých ložisek na stehnech a lýtkách dolních končetin. Dcera jí dovezla na chirurgii do Tábora, kde ji hospitalizovali a léčili. Bohužel došlo k prohloubení ložisek na stehnech a lýtkách a do ran se dostala infekce, proto lékař rozhodl o urychleném transportu na PMK. Pacientka byla přivezena ZZS. Sama

dotazuje: „*Kvůli své nešikovnosti jsem si způsobila takový úraz. Ale naštěstí se to hojí krásně a už můžu i chodit.*“ Ihned po přijetí pacientce byl nařízen klid na lůžku, byly jí provedeny nekrektomie a autotransplantace. Bylo jí doporučeno obě dvě končetiny elevovat v závěsech, dostatečně větrat a nechodit. Po několika operacích v narkóze a svodné anestézii jí byl režim uvolněn, směla již chodit na WC. Vždy když potřebovala nějakou informaci, sestřičky byly milé a na vše jí odpověděly. „*Nechtěla jsem je zatěžovat svými dotazy, ale bála jsem se, že přijdu o prsty. Vždy mě potěšily a povzbudily. Prostě mi dodaly sílu a tu tady člověk opravdu potřebuje.*“ Komunikace probíhala na pokoji anebo při převazech na převazovně. Nikde jinde ne. Ze specialistů za ní dochází pouze rehabilitační pracovník, se kterým nacvičuje chůzi po rovině a již také chůzi po schodech. Veškeré informace jsou zde předávány ústně. Sama by uvítala letáček o operačních výkonech. Je zvědavá a chtěla by vědět, jak se transplantuje kůže. Ale většinu informací si předává se spolupacienty. Chování celého personálu by ohodnotila číslem 10. A dodává: „*Jsou tu neskutečně milí a přátelští. Kdykoliv jsem cokoli potřebovala, nebyl problém. Na to, že jich je tu tak strašně málo a jak často se tu střádají ve směnách, klobouk dolů.*“ Telefonní číslo na záchrannou službu zná, je to 155. A nejdůležitější při popálení je chlazení, ale ne ledem, protože to by se rána mohla ještě zhoršit.

Respondent 3

Pani J. je 66 let, je z Prahy a na KPM je hospitalizována teprve 2 dny. I když jak sama říká, měla tu být už dávno. „*Jsem zdravotní sestra z Motola a myslela jsem, že to zvládnou doma sama. Ale přecenila jsem své síly a podcenila jsem závažnost té opařeniny.*“ Vše se událo před 10 dny, kdy připravovala vše na zabíjení prasete. Ohřála si vařící vodu, kterou v hrnci přenášela do jiné místnosti. Jenomže se jí do cesty připletl vnuk a v obavě, aby neopařila vnuka, opařila si levou nohu. „*Hned jsem si nohu ponořila do studené vody, dávala jsem si studené obklady. Na chvíli se vždy dostavila úleva, ale ne na moc dlouho. Nanášela jsem Panthenol a doufala, že bude všechno v pořádku.*“ Až po týdně, kdy noha stále bolela, navštívila urgentní příjem v Motole, kde čekala několik hodin na ošetření. Poté, co opařenou nohu viděl lékař, okamžitě

pacientku odeslal na KPM sanitkou ZZS. Noha byla oteklá, bílá a jevila známky infekce. Pacientka svůj úraz velmi zanedbala a opařenina se několikanásobně zhoršila. Navíc je pacientka diabetička. Veškeré informace se dozvěděla ihned na ambulanci KPM. Zde jí byla sdělena závažnost traumatu. Byl jí doporučen aktivní režim, neležet a snažit se s končetinou hýbat. Podstoupí operaci v narkóze a bude jí provedena autotransplantace. Vše jí lékaři i sestřičky vysvětlili, sama se také ptá a vždy si na ní udělají čas, nikdy ji neodbudou. Většinou jsou jí informace předávány na vizitách, na pokoji nebo na převazovně. Navštívil jí rehabilitační pracovník a nacvičil s ní chůzi. Uvítala by i jiné informace třeba v podobě letáčků či brožurek o první pomoci při popálení nebo opaření, ale i o operacích či dalších léčebných metodách. Jelikož je z oboru, tak má možnost srovnání a je spokojena s péčí a přístupem sester i lékařů. Hodnotí je stupněm 10. Číslo na Záchranou službu zná, je to 155 a první pomoc je chlazení, hlavně ničím nemazat. Sama ví, že měla přijít hned a nenechat vše zajít tak daleko.

Respondent 4

Paní D. je 69 let, bydlí v Praze a na KPM je již 14 dní. 22 let má diagnostikovanou roztroušenou sklerózu, která je celou dobu léčena. Úraz se jí stal při vaření. Vařila brambory a již uvařené chtěla scedit, jenomže jí uklouzla noha a celý hrnec s vařící vodou na sebe vylila a ještě si do té horké vody sedla. Opařila si celý hrudník, břicho, třísla, genitál a hýždě. Do nemocnice na KPM byla přivezena Záchranou službou. *„Moc si toho nepamatuju, nevím proč, jestli jsem byla v šoku? Jen si vybavuju, jak jsem cedila ty brambory a najednou šílená, ale šílená bolest. To si ani nedovedete představit, jak straně to bolelo.“* Sama o sobě říká, že je tvrdá a odmítá jakékoliv léky na bolest. Má strach, že až je bude potřebovat, již nebudou účinkovat, protože by už na ně byla zvyklá. O rozsahu a hloubce poškození se dozvěděla ihned na ambulanci. Byl jí doporučený pohyb vzhledem k roztroušené skleróze. Vše také konzultovala s internistou, který ji byl navštívit. Prozatím je léčena konzervativně bez nutnosti operací a plastik. Za což je sama ráda. Na převazovně se radí se sestřičkami o léčbě. Na rány jí jsou aplikovány masti včetně medu. Bývá edukována pouze ústně a

sestřičky i paní doktorka na ní mají vždy dost času a věnují jí pozornost. Vše se dozvídá při vizitě ráno a večer a není problém se kdykoliv na cokoliv zeptat. Kromě internisty jí ze specialistů navštěvuje rehabilitační pracovník a nacvičuje s ní chůzi po schodech. Co se týče jiných zdrojů informací, ani by neměl zájem a chuť. Sama říká: *„Čím méně toho vím, tím mám klidnější hlavu. Takhle bych všechno moc řešila. A co potřebuju, tak se zeptat sestřiček, nebo si povídáme se spolupacienty a vyměňujeme si názory a poznatky. Některé osudy tu jsou opravdu smutné.“* Přístup personálu by hodnotila stupněm 7. Nikdy nic není dokonalé. Číslo na Záchranou službu zná, je to 155 a první pomoc již také ví. Chladit a chladit a chladit. To pro ni byla největší úleva.

Respondent 5

Panu T. je 27 let a je z Prahy. Na KPM je hospitalizován 14 dní, ale již po druhé. Jemu se úraz stal v chladném období, kdy 2 dny bloumal ulicemi Prahy pod účinky návykové látky. Které, to se zdráhá prozradit. Bohužel došlo k takovému podchlazení, že mu omrzly 3 prsty levé dolní končetiny. Sám říká, že žádnou bolest nepocíťoval, bylo mu vše jedno. Až matka doma viděla jeho prsty a okamžitě jej odvezla k obvodnímu lékaři. Ten doporučil vyšetření na KPM, kam dojel MHD. Sám Tomáš říká: *„Byl jsem hloupý, sjel jsem se a bylo mi všechno jedno. Kdybych věděl, jak dopadnu. No co, vrátit to nejde, tak jen abych nepřišel o palec, to by mě opravdu štvalo.“* O rozsahu postižení se dozvěděl od lékaře na ambulanci na KPM a i další informace mu zde poskytl. Jeho postižení není v takovém rozsahu, takže není omezen žádnými režimovými patřeními. Byl informován o tom, jak má pečovat o ránu, řapíkové koupele, mast s Betadinem a o převazech. Poté byl propuštěn do domácího léčení. *„Řekli mi, co si mám všechno koupit, tak jsem to nakoupil a dělal, jak řekli doktoři. I jsem si tu nohu sám obvazoval, obkroužil jsem to od sestřiček, ale že by mi přímo řekli, jak se to váže, to ne.“* Vše mu bylo sděleno ústně a zbytek informací si přečetl v propouštěcí zprávě. Sestry i lékaři mu sdělili vše, co potřeboval a měli na něj dostatek času. Hovořili s ním již při příjmu na ambulanci, na pokoji a na převazovně. Kromě sester a lékařů jej žádný specialista nenavštívil. Informace mu stačí pouze ústně, letáky by nečetl. Zase tak moc ho to nezajímá, aby si informace hledal jinde, třeba na internetu. Chování personálu

hodnotí stupněm 9. Číslo na Záchranou službu nezná, ale asi by volal 111 a první pomoc u omrzlin je postupné zahřívání a elevace končetiny.

Respondent 6

Pan O. je z Nymburka a je mu 38 let. Na KPM je hospitalizován 10. den. I k jeho poranění došlo nešťastnou náhodou. Je léčený astmatik. Přicházely příznaky astmatického záchvatu, zatočila se mu hlava a upadl hrudníkem na plynový sporák, kde si vařil jídlo. Došlo k popálení levé poloviny hrudníku, včetně prsu. Sám si došel do Nymburské nemocnice, jelikož je vzdálená 200m od jeho bydliště. Odtud byl okamžitě odeslán ZZS na KPM. Na ambulanci na KPM mu byla sdělena ta nejhorší prognóza. Jelikož došlo k velice hlubokým popáleninám a z nekrotizování celého prsu, lékaři nic netajili. *„Byl jsem rád, že mi to řekli narovinu a přímo. Aspoň jsem věděl, na čem jsem, ale nevěděl jsem, do čeho jdu. Na tý ambulanci řekli jen, že je to špatný, ale nic víc.“* Vše mu bylo vysvětleno až po první operaci. Byl poučen i o režimových opatřeních. Ránu si nesmí zakrývat, musí stále větrat, elevovat dolní končetiny po odběrech a 2 dny měl přísný klid na lůžku. *„Když jsem musel ležet, bylo to pro mě hrozný. Nikam jsem nemohl a nikdo mi neřekl, jak dlouho nebudu smět chodit. Až pak jsem se zeptal sám a to už mi informace poskytli. Ale že by za mnou přišli a sami mi řekli, co se bude dít, tak to ne.“* V tomto ohledu byl pacient dost zklamaný, jelikož měl pocit, že by si víc informací zasloužil. Takže pokud se sám nezeptal, personál mu žádné informace nesděloval. Žádná edukace v tom pravém slova smyslu neproběhla. Informovali jej vždy den předem o následující operaci a to bylo celé. Nikdo ze specialistů jej nenavštívil, ale asi proto, že rehabilitovat nepotřebuje a jiné problémy nemá. Sám by přivítal více informací i třeba ve formě letáčku nebo brožurky. Hlavně o transplantaci. Až mu to stav dovolí, sám si na internetu vyhledá vše o léčbě popálenin a hlavně transplantacích kůže. Chápe, že jeho stav není tak závažný jako stav jiných pacientů, kteří potřebují intenzivnější péče než on sám. Takže veškeré informace o chodu oddělení získal jednak od sester, nebo se sám zeptá, ale hlavně od spolupacientů, kteří jsou hospitalizovaní delší dobu než on sám. Personál k němu přistupuje věcně, nejhorší

nejsou a hodnotí je stupněm 6. Co se týče první pomoci, číslo na ZZS zná, je to 155 a první pomoc při popálení je chladit, zbavit nečistot a sterilně krýt.

Respondent 7

Panu V. je 27 let, pochází z Plzně, na KPM je hospitalizován 4 měsíce. Pracuje jako vedoucí v autoservisu. Zde také došlo k úrazu. Byl popálen od hořícího benzínu. Více se k události nechce vyjadřovat. Na KPM byl přivezen vrtulníkem Záchrané služby z Plzně. Na vše si pamatuje. Informace získal jednak od rodiny a přítelkyně, ale také od lékařů na příjmu. Záchranou službu mu zavolali spolupracovníci. 14 dní byl hospitalizován na JIP, kde byl udržován v umělém spánku. Z této doby si samozřejmě nic nepamatuje. Lékaři mu poskytli informace o rozsahu popálení, až když byl při vědomí naznačili, co bude následovat, jaké druhy operací jej budou ještě čekat. „*Spíš co bych chtěl vědět, jak dlouho tu ještě budu. Je to tu pro mě moc dlouhý, jsem tu stále sám a to mě ničí.*“ Pokud má nějaké dotazy, ptá se sestřiček, ale nechce je zbytečně obtěžovat, protože ví, že jich je tu málo a pacientů hodně. Je více méně soběstačný, takže ničí pomoc nepotřebuje. V posledních týdnech již bývá převazován na převazovně, kde se dozvídá, jak se rány hojí. Informace mu personál sděluje ústně. Ze specialistů jej denně navštěvuje rehabilitační pracovník, s kterým cvičí a nacvičuje chůzi. V prvních dnech na standardním oddělení jej navštívila dietoložka. Při hospitalizaci na JIP s ním 1x mluvil psycholog, kterého si vyžádal. Stálého psychologa již KPM nemá, což je velká škoda. Každý by si prý chtěl čas od času pohovořit s někým, kdo rozumí víc lidské duši, než jen sestry či rodina. Na pokoji má připojení k internetu, takže může být ve spojení jednak s rodinou, ale i s celým světem. Hojně využívá sociální síť facebook. Sestry by ohodnotil stupněm 7. Některá je vstřícná některá ne, někdy nemají čas, protože je jich málo. O první pomoc se nezajímá a informace si nehledá. Číslo na Záchranou službu nezná.

Respondent 8

Panu R. je 28 let, je z Prahy a na KPM je hospitalizován 3 týdny. Na KPM jej přivez vrtulník Záchrané služby. Sám se k úrazu nechce moc vyjadřovat, jen udává, že jej popálil elektrický proud, jelikož si myslel, že měděný drát již není pod proudem. Od sester se dozvídám, že pan Radek je zde již po několikáté a je to zloděj barevných kovů. Tato jeho činnost jej tedy stála hodně zdraví a času stráveného na KPM. První týden byl hospitalizován na JIP, kde veškeré informace získal od sester a lékařů. Moc jej nezajímá, jak se rány hojí, jen prý aby už byl z nemocnice pryč. Režimová opatření jako elevace v závěsech horních i dolních končetin a větrání končetin se snaží dodržovat. I když prý to někdy nejde. *„Když mě vidí sestra, že nevisím, hned dostanu vynadáno. Jenomže to je hrozný pořád v tom být pověšený. Jsem jenom zvědavej, jestli to k něčemu je.“* Pacient i přes všechna upozornění režim porušuje a tím se jeho rány hůř hojí. Sám se na nic neptá, protože ho to nezajímá. Není na co se ptát. Většinou mu všechno sestry říkají samy na pokoji, nebo na převazovně, kam chodí denně. Ze specialistů jej navštívila nutriční sestra a ptala se jej na dietu. *„Žádnou dietu nedržím, takže jsem od ní nic nechtěl.“* Dále za ním dochází rehabilitační pracovník a procvičují postiženou pravou horní končetinu. Jak již bylo řečeno, pacient nemá zájem dozvědět se více informací, tedy mu stačí vše od sester a nemá rozhodně v úmyslu si žádné další informace vyhledávat. S personálem je spokojený, jen mu sestry zakazují kouřit na pokoji a to mu vadí. Hodnotí je stupněm 6. S pacientem byla velice těžká domluva.

Respondent 9

Panu M. je 61 let, celý život bydlí v Praze. Na KPM byl dovezen Záchranou službou a je zde hospitalizován již 9 měsíců. Zpočátku našeho rozhovoru pacient udává, že se popálil plynem, který mu bouchnul v bytě. Po delší době ale pacient obrací a svěřuje se, že chtěl spáchat sebevraždu, tak se polil benzínem a zapálil. Je bezdomovec, manželka mu zemřela, děti o něj nemají zájem a bratr jej vyhodil z bytu. Má 15 let diagnostikovanou roztroušenou sklerózu. Záchranou službou byl přivezen na KPM, kde údajně prosil ošetřovatelský personál a hlavně lékaře ať jej nechají zemřít. Má popálených 70% těla. Přežil. Zpočátku se nezajímal o to, co s ním bude. Nejprve byl asi

2 měsíce hospitalizován na JIP, teď je již delší dobu tady na standardu. Všechny informace mu vždy přišla říct sestra nebo lékař. O léčbě, převazech a o rehabilitaci nic vědět nechce, vše mu zavčas řeknou sestry. Dopředu nic vědět nechce, ani to kdy ho propustí, jelikož tím jeho život končí. „*Nemám kam jít, nic mě nebaví, nezajímá, nic mě netěší. Měl jsem radši umřít.*“ Sestřičky jej informují ústně na pokoji nebo na převazovně. Chodí za ním rehabilitovat rehabilitační pracovník. Cvičí s ním na posteli a v noci mu doporučili vzdušné lůžko, tak tam spí. Žádné informace si zjišťovat nehodlá, měl by z toho všeho těžkou hlavu, a čím méně člověk ví, tím líp pro jeho duši. Se sestrami vychází dobře, není náročný, nic nepotřebuje, jen leží a dívá se na televizi. Hodnotil by je stupněm 7. O první pomoci nic není. Hovořil o bílku, skořápce a mastech. Telefonní číslo na ZZS nezná.

Kategorizace dat pomocí tabulek

Seznam kategorizačních skupin:

Pohlaví (Tabulka 1)

Věk (Tabulka 2)

Délka pobytu na KPM (Tabulka 3)

Období přijetí na KPM (Tabulka 4)

Transport na KPM (Tabulka 5)

Lokalizace postižení (Tabulka 6)

Mechanismus úrazu (Tabulka 7)

Časová prodleva od úrazu po první ošetření (Tabulka 8)

Kdo poskytl informace o poranění (Tabulka 9)

Jaké informace poskytl lékař (Tabulka 10)

Způsob edukace o režimovém opatření (Tabulka 11)

Kolik času vám sestra poskytla na vaše otázky? (Tabulka 12)

Místo pro edukaci (Tabulka 13)

Kontakt s jinými specialisty (Tabulka 14)

Preferovaný zdroj informací (Tabulka 15)

Přístup k personálu - hodnotící škála 1-10 (Tabulka 16)

Povědomost o čísle na Záchranou službu (Tabulka 17)

Telefonní číslo na Záchranou službu (Tabulka 18)

Povědomost o první pomoci (Tabulka 19)

Laická první pomoc (Tabulka 20)

Tabulka 1 Pohlaví

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
žena	4	1	1	1	1					
muž	5					1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázku jejich jména, ze kterého lze odečíst pohlaví. 4 pacienti jsou ženy a 5 pacientů muži.

Tabulka 2 Věk

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
20 - 30	3					1		1	1	
31 - 40	1						1			
51 - 60	1		1							
61 - 70	4	1		1	1					1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na jejich věk. 3 pacienti jsou v rozmezí 20 - 30let, 1 pacient v rozmezí 31 - 40 let, 1 pacient v rozmezí 51 - 60 let a 4 pacienti v rozmezí 61 - 70 let.

Tabulka 3 Délka pobytu na KPM

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
1 - 10 dní	3	1		1			1			
11 - 20 dní	3		1		1	1				
21 - 30 dní	1								1	
2 - 6 měsíců	1							1		
více než 6 měsíců	1									1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na délku jejich pobytu na KPM. 3 pacienti jsou hospitalizováni méně jak 10 dní, 3 pacienti v rozmezí 11 až 20 dní, 1 pacient v rozmezí od 21 do 30 dní, 1 pacient v rozmezí od 2 do 6 měsíců a 1 pacient více jak 6 měsíců.

Tabulka 5 Transport na KPM

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
MHD	1					1				
ZZS - sanita	6	1	1	1	1		1			1
ZZS - vrtulník	2							1	1	

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na způsob transportu na KPM. 1 pacient se dopravil MHD, 6 pacientů dovezla sanita Záchrané služby a 2 pacienty dopravil vrtulník Záchrané služby.

Tabulka 6 Lokalizace postižení

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
obličej	1							1		
horní končetiny	5	1			1			1	1	1
trup	4				1		1	1		1
genitál	3				1			1		1
dolní končetiny	6		1	1	1	1		1		1
celkový výskyt	19	1	1	1	4	1	1	5	1	4

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na lokalizaci jejich postižení. Celkem 1 pacient měl postižený obličej, 5 pacientů horní končetiny, 4 pacienti trup, 3 pacienti genitál a 6 pacientů dolní končetiny. R1 a R8 mají postižení v jedné lokalizaci a to horní končetiny, R2, R3 a R5 mají postižení v jedné lokalizaci a to dolní končetiny, R4 a R9 mají postižení ve čtyřech lokalizacích a to horní končetiny, trup, genitál a dolní končetiny, R6 má postižení v jedné lokalizaci a to trup a R7 má postižení ve všech pěti lokalizacích a to obličej, horní končetiny, trup, genitál a dolní končetiny. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí pacientů je 19.

Tabulka 7 Mechanismus úrazu

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
el. proud	1								1	
ohněň	5	1	1				1	1		1
vařící tekutina	2			1	1					
omrzliny	1					1				

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na mechanismus úrazu. 1 pacient byl poraněn el. proudem, 5 pacientů bylo poraněno ohněm, 2 pacienti byli opaženi vařící tekutinou a 1 pacient měl omrzliny.

Tabulka 8 Časová prodleva od vzniku úrazu po první odborné ošetření

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
0 - 2 hodiny	4				1		1	1		1
2 - 6 hodin	2		1						1	
6 - 12 hodin	0									
12 - 24 hodin	1	1								
1 - 2 dny	1					1				
3 a více dnů	1			1						

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na časovou prodlevu od vzniku úrazu po první odborné ošetření. 4 pacienti R4, R6, R7 a R9 byli ošetřeni do 2 hodin, 2 pacienti R2 a R8 byli ošetřeni v časovém rozpětí 2 až 6 hodin, pacient R1 byl ošetřen v časovém rozpětí 12 až 24hodin, R5 byl ošetřen v časovém rozpětí 1 až 2 dny a R3 byl ošetřen až po 10 dnech, tedy 3 dny a více.

Tabulka 9 Kdo poskytl informace o rozsahu poranění

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
sestra	2								1	1
lékař	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů, kdo jim poskytl informace o rozsahu jejich poranění. R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7 odpověděli lékař a R8 a R9 odpověděli lékař i sestra.

Tabulka 10 Informace o zranění poskytnuté lékařem

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
o rozsahu	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
o nutnosti hospitalizace	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
o konzervativní léčbě	2				1	1				
o nutnosti operace	6		1	1			1	1	1	1
celkový výskyt	26	2	3	3	3	3	3	3	3	3

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázky týkající se poskytování informací lékařem. Celkem 9 pacientů bylo vyrozuměno o rozsahu, 9 pacientů o nutnosti hospitalizace, 2 pacienti o konzervativní léčbě a 6 pacientů o nutnosti operace. Z toho byl pacient R1 informován o rozsahu a nutnosti hospitalizace, R2, R3, R6, R7, R8, R9 byli informováni o rozsahu, nutnosti hospitalizace a o nutnosti operace a R4 a R5 o rozsahu, nutnosti hospitalizace a o konzervativní léčbě. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí pacientů je 26.

Tabulka 11 Způsob edukace o režimovém opatření

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ústně	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázky týkající se způsobu edukace o režimovém opatření. Všechny 9 pacientů a to R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 byli edukováni pouze ústně.

Tabulka 12 Ochota sester zodpovídat otázky pacientů

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ochotné	6	1	1	1	1	1			1	
neochotné	3						1	1		1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázky ohledně ochoty sester zodpovídat otázky pacientů. 6 pacientů tedy R1, R2, R3, R4, R5 a R8 odpovědělo, že jim byly zodpovězeny otázky ochotně a 3 pacienti R6, R7 a R9 odpověděli, že jim sestry odpovídaly neochotně.

Tabulka 13 Místo pro edukaci

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
pokoj	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
převazovna	4	1		1		1			1	
inspekční pokoj	2				1		1			
celkový výskyt	15	2	1	2	2	2	2	1	2	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázky ohledně místa pro edukaci. Celkem 9 pacientů uvedlo místo pro edukaci pokoj, 4 pacienti převazovnu a 2 pacienti inspekční pokoj. Z toho R1, R3, R5 a R8 uvedli jako místo pro edukaci pokoj a převazovnu, pacienti R2, R7 a R9 uvedli místo pro edukaci pokoj a R4 a R6 uvedli místo pro edukaci pokoj a inspekční pokoj. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí pacientů je 15.

Tabulka 14 Kontakt s jinými specialisty

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	7	1	1	1	1			1	1	1
ne	2					1	1			

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázky ohledně kontaktu s jinými specialisty. Celkem 7 pacientů bylo kontaktováno jinými specialisty a 2 pacienti kontaktováni nebyli.

Tabulka 15 Preferovaný zdroj informací

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ústně	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
letáky, brožury	4	1	1	1			1			
internet	1							1		
názorná ukázka	1	1								
jiné	2		1					1		
celkový výskyt	17	3	3	2	1	1	2	3	1	1

Zdroj: jiné

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na preferovaný zdroj informací. Celkem 9 pacientů preferuje ústní předávání informací, 4 pacienti letáky a brožury, 1 pacient internet, 1 pacient názornou ukázkou a 2 pacienti by preferovali jiný způsob zdroje informací. Pacient R1 preferuje ústní předávání informací, letáky, brožury a názornou ukázkou, R2 preferuje ústní předávání informací, letáky, brožury a jiný zdroj informací, R3 a R6 preferují ústní předávání informací a letáky, brožury, R4, R5, R7, R8, R9 preferují ústní předávání informací. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí pacientů je 17.

Tabulka 16 Přístup personálu k pacientům- hodnotící škála 1-10

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
6	3						1	1	1	
7	1				1					
9	1					1				
10	4	1	1	1						1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů o přístupu ošetřovatelského personálu na hodnotící škále od 1 do 10. Celkem 3 pacienti uvedli stupeň 6, 1 pacient uvedl stupeň 7, 1 pacient stupeň 9 a 4 pacienti stupeň 4. Pacienti R1, R2, R3 a R9 uvedli stupeň 10, R4 stupeň 7, R5 stupeň 9, R6, R7, R8 stupeň 6.

Tabulka 17 Povědomost o čísle na Záchrannou službu

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	5	1	1	1	1		1			
ne	4					1		1	1	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů o povědomosti o čísle na Záchrannou službu. Celkem 5 pacientů zná číslo na Záchrannou službu a 4 pacienti neznají.

Tabulka 18 Telefonní číslo na Záchranou službu

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
150	1									1
155	5	1	1	1	1		1			
112	1					1				
neví	2							1	1	

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů, zda znají přesné číslo na Záchranou službu. 1 pacient uvedl číslo 150, 5 pacientů uvedlo číslo 155, 1 pacient uvedl číslo 112 a 2 pacienti si nevzpomněli na žádné číslo.

Tabulka 19 Povědomost o první pomoci

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
zná	7	1	1	1	1	1	1		1	
nezná	2							1		1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů, zda mají povědomost o první pomoci. Celkem 7 pacientů zná první pomoc a 2 pacienti první pomoc neznají.

Tabulka 20 Laická první pomoc

Odpověď	součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ochlazení	6	1	1	1	1		1		1	
mechanická očista	1						1			
sterilní krytí	3					1	1		1	
neovládá	2							1		1
celkový výskyt	12	1	1	1	1	1	3	2	2	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů týkající se postupů laické první pomoci. Celkem 6 pacientů udává ochlazení, 1 pacient mechanickou očistu, 3 pacienti sterilní krytí a 2 pacienti laickou první pomoc neovládají. R1, R2, R3, R4 uvedli ochlazení, R5 sterilní krytí, R6 ochlazení, mechanickou očistu a sterilní krytí, R7 a R9 postupy laické pomoci neovládá a R8 uvedlo ochlazení a sterilní krytí. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí pacientů je 12.

4.2 Kvalitativní šetření - sestry

Sestra 1

Střední zdravotnickou školu (dále jen SZŠ) v Praze ukončila v roce 2005 a v ten samý rok nastoupila na KPM. SZŠ je jejím nejvyšším dosaženým vzděláním a to si zatím dále nerozšiřuje, jelikož je dosti pracovně vytížená a na další vzdělání se je zatím nedostává času. Sama ze své iniciativy se zúčastňuje odborných seminářů, které jsou důležité pro získávání kreditních bodů, ale neshledává v nich přínos, jelikož doposud probíraná témata jsou jí velice dobře známá z její praxe. Po střední škole se rozhodovala, na jakém oddělení by chtěla pracovat. Volila mezi chirurgií v nemocnici Motol a KPM. KPM umožňuje rozvoj v ošetrovatelské péči ve všech oborech a nejvíce v chirurgickém, proto jí toto pracoviště zaujalo a byl to vhodný start po absolvování SZŠ. V době jejího přijetí na KPM byla kritéria pro přijetí velice přísná. Důraz byl kladen na teoretické znalosti a praktické dovednosti. Součástí přijímacího řízení byl pohovor. I když absolvovala úspěšně přijímací řízení, první rok na KPM byl velice náročný a obtížný. Jelikož péče o popálené klienty vyžaduje nejenom teoretické a praktické znalosti, ale také psychickou stabilitu a notnou dávku empatie, nebylo lehké toto vše zvládnout. I přesto se asi do 2 měsíců plnohodnotně začlenila do kolektivu. Občas se u kolegyň setkává se syndromem vyhoření a myslí si, že je velice nebezpečný a málo ovlivnitelný. Proto jako nejnáročnější část práce je psychická podpora pacientů. *„Nikdy mi nedělalo problém se dívat na naše pacienty, na jejich jizvy po transplantacích, na jejich amputované končetiny. Dost často mi dělá problém necítit to utrpení, tu bezmoc a dost často beznaděj. Kdysi tu býval psycholog, který byl pacientům k dispozici, ale bohužel, odešel. Jinak co se týče jiných specialistů, dochází sem nutriční sestra, několikrát denně fyzioterapeut a dle konzilií i psycholog.“* Na jiném oddělení nepracovala, tedy nemá žádnou možnost srovnání, ale myslí si, že na KPM je zoufalý nedostatek zdravotních sester: *„Chápu, že to skoro nikdo nevydrží. Ta práce je tu opravdu jak fyzicky tak psychicky strašně náročná. A finančnímu ohodnocení není na takové výši, aby se k nám sestry hrnuly.“* Co se týče edukace, pacienty edukují jen okrajově ohledně režimu, který je v nemocnici a o základních ošetrovatelských

výkonech. Na nic víc údajně nemají čas. Odborná témata ohledně operací a plastik přenechávají lékařům. S edukací je to docela problematické, vzhledem k nízkému počtu sester a vysokém vyřízení odbornou ošetrovatelskou péčí. I přesto se snaží pacientům předávat základní edukační informace většinou na pokoji, při vizitě nebo na převazovém sálku. Převážně ústně. *„Jakékoliv otázky i drobné dotazy zodpovídám kdykoliv, kdy se mě pacient zeptá. Nikdy jej neodbudu s tím, že na něj nemám čas. Myslím si, že je v pořádku, že většinu edukace provádí sestra, protože je s pacientem neustále v kontaktu a na lékaře jen speciální otázky týkající se zákroků na sále.“* Edukační plán ani edukační záznamy si nevedou. Celkově si myslí, že edukace pacientů je nedílnou a velmi důležitou součástí ošetrovatelského plánu, jelikož dobrá edukace pacienta má pozitivní vliv na jeho celkový stav.

Sestra 2

Vystudovala pouze SZŠ, maturovala v roce 2001. V současné době jinou školu nestuduje. Ráda by zahájila studium na vysoké škole či studium specializace v oboru intenzivní péče. Na KPM nastoupila před 3 lety tedy v roce 2008, jelikož se přestěhovala z menšího města na Moravě do Prahy. Účastní se vzdělávacích seminářů, které pořádá FNKV, jelikož potřebuje kreditní body k registraci. Bere je jako nutnost, kterou vyžaduje zaměstnavatel a neshledává v nich velký přínos. *„Sestry přes veškerou svoji praxi jsou nuceny ve svém volném čase navštěvovat kurzy, které jsou ohodnoceny body, a to mi vadí. Nic mi takový kurz nepřináší, jen mě obírá o čas.“* V roce 2008 byla přijata pouze po pohovoru, jelikož sester na KPM bylo málo. Práce na KPM je velice zajímavá a různorodá. Péče o popáleniny je komplexní a zahrnuje více oborů, což je pro ni přínosné. *„Člověk musí umět z každého oboru něco, není to čistě jenom chirurgie.“* Specifikum a náročnost práce na KPM shledává hlavně v psychické náročnosti. Více než kde jinde se zde dodržují zásady antisepsy a aseptiky. Na začátky si pamatuje velice dobře, jelikož zde pracuje 3 roky. Bylo velice těžké naučit se chování k pacientům, péči o rány a hlavně komunikaci. Také má srovnání s chirurgií v Třebíči, kde pracovala 7 let. *„Třebíč je malá nemocnice a práce na chirurgii není tolik specifická, jako tady na KPM.“* Asi po 3 měsících se úplně začlenila do kolektivu a zvykla si na práci. Jako

negativní hodnotí nedostatek kvalitních pomůcek a hlavně psychickou zátěž na personál. Ohledně edukace, edukují pacienty o ošetrovatelské péči a o nemocničním režimu. Většinou se s pacienty hovoří na pokoji nebo při převazech na převazovém sálku. Základní oblasti jsou v kompetenci sester, specifická témata ohledně transplantací, plastik a jiných operací jsou plně v kompetenci lékařů. Speciální edukační materiály ani místnost nemají. Což hodnotí negativně, jelikož pro pacienty by měl význam edukační materiál v tištěné podobě. Edukační plán a edukační záznam sestry nevedou. Edukace je přínosná, ale není na ní tolik času, kolik by sestry chtěly. Sestry spolupracují s nutriční sestrou a fyzioterapeutem. Psycholog by byl přínosný, ale momentálně žádný stálý na klinice není. Protože specifická ošetrovatelská péče jim zabírá veškerý čas.

Sestra 3

V roce 1992 ukončila SZŠ v Praze. Ihned po maturitě nastoupila na interní oddělení ve FNKV, kde pracovala 4 roky. Poté v roce 1996 nastoupila na KPM, kde pracuje dodnes již 15let. Pro změnu se rozhodla sama, jelikož práce na interním oddělení ji nenaplňovala, chtěla zkusit něco jiného. V roce 2000 začala studovat Vyšší odbornou školu obor Všeobecná sestra a úspěšně ji zakončila v roce 2003 a získala titul DiS. O jiné vzdělání v současné době nemá zájem. Vzhledem k časovému vytížení, jelikož má rodinu a vzhledem k věku. Není si jistá, zda by studium zvládla. Sama se vzdělávacích akcí zúčastňuje, jelikož potřebuje kreditní body k registraci. Některé semináře jsou přínosné a plné novinek, jiné naopak. Také záleží na tom, kdo seminář vede. Zda je to člověk z praxe nebo pouhý teoretik. Když nastupovala na KPM, podstoupila teoretický test, praktickou zkoušku a ještě ústní pohovor. Kritéria byla velice přísná. Práce na KPM je velice specifická a odborná. Péče o popálené klienty vyžaduje mít maximální přehled o problematice popálenin a hlavně umění s popálenými komunikovat. Jelikož jejich psychika je ve většině případů značně narušena. Začátky pro ni byly velice těžké, jelikož jako interní sestra musela zvládnout chirurgický obor a ještě tak náročný. *„Nejdřív jsem si říkala, že tu práci nezvládnou, že se vrátím zpátky na internu. Byla to pro mě psychická zátěž, kterou si nikdo nedovede představit. Naštěstí*

jsem měla úžasné kolegyně, které mě dokázaly podpořit a hlavně mi pomohly. KPM se nedá s internou srovnávat. Asi až po půl roce jsem se všechno naučila a byla jsem si trochu jistá, jinak mezi kolegyně jsem zapadla během pár dní.“ Negativ na této práci moc není. Po čase si prý zvyknete. Pacienty edukují, ale jen okrajově. O nemocničním režimu, o ošetrovatelské péči a částečně o péči, kterou si pacienti poskytují sami. Edukace probíhá na pokoji, na chodbě či na převazovně a většinou si s pacienty pouze povídají. Pacienti mají vždy dostatek času na dotazy a nikdy jim sestra neřekne, že na ně nemá čas. Většinou se jim snaží vyhovět, pokud jsou jejich přání reálná. *„Pokud chtějí kouřit na pokoji, jsem samozřejmě proti, ale pokud mi řeknou, že jdou na chvíli dolů, a já vím, že kouří, nemám s tím problém. Pacienti se tímto dostávají do klidu a já jim v tom nehodlám bránit.“* O edukačním plánu a edukačních záznamech neví, takže se zřejmě žádný nepoužívá. Edukovat pacienty by měl výhradně lékař. Sám lékař nejlépe ví, jak rozsáhlá jsou poranění a jak se k nim má pacient chovat. Někdy si myslí, že čím méně toho pacienti ví, tím je to lepší pro jejich psychiku. Ta ty roky už má nějaké zkušenosti.

Sestra 4

Na SZŠ v Písku maturovala v roce 2009 a hned v létě nastoupila na KPM. Prozatím žádnou školu nestuduje, ale letos si dala přihlášku na Vysokou školu obor Všeobecná sestra. Chtěla bych studovat dálkově. V létě to budou 2 roky, co pracuje na KPM. Přijata byla celkem okamžitě, pouze po pohovoru, jelikož sester je na KPM stále nedostatek. Vždy jí bavili chirurgické obory a popáleniny obzvlášť. Pro tuto práci je nutností registrace a tak se zúčastňuje seminářů. Někdy jsou témata zajímavá, jindy naopak. Specifika shledává v náročnosti práce. Pracuje se tu maximálně v zásadách antiseptiky a asepse. Pokud dojde k porušení těchto pravidel, sankce bývají velice přísné v podobě snížení osobního ohodnocení. Ohledně práce je důraz kladen na pečlivé ošetřování ran, na výživu pacientů a na čistotu jejich lůžka. Je prakticky stále ještě na začátku a stále se má co učit. *„Někdy mi přijde, jako by to bylo včera, kdy jsem nastoupila. Režim oddělení jsem se samozřejmě již naučila, ale vždy se má člověk co učit.“* Nejnáročnější je zřejmě ohlídat si preciznost a již zmiňovanou sterilitu. Velice

náročný je kontakt s pacienty. Jejich psychika a sebevědomí je na nulové úrovni a všechny sestry se snaží je psychicky podpořit. Samozřejmě se následky musí někde objevit. Ale je třeba umět relaxovat, nepodávat se smutným osudům a brát věci tak jak přichází. Vše se nedá změnit nebo zvrátit. Na jiném oddělení neměla možnost pracovat a asi by zatím neměnila. Práce na KPM ji uspokojuje a naplňuje. Do týmu se začlenila asi po 3 měsících, ale když se podívá nazpět, kolegyně ji přijaly velice mile, se všemi problémy ji pomohly a pomáhají dodnes. Negativa zatím na této práci nevidí žádná. Práce ji stále baví. Co se týče edukace, přijde ji nedostatečná a pacienti jsou edukováni málo. Edukují je v oblasti nemocničního režimu, o ošetrovatelských výkonech a to pouze na pokojích či převazovně. Lékaři předávají informace, jen pokud se pacienti zeptají, sami od sebe ne. Z materiálů se nepoužívá prakticky nic. Informace se předávají pouze ústně. Sama by uvítala prospekty, brožurky, letáčky či jiný materiál. Edukační plán ani edukační záznamy nepoužívají. *„Někdy mi přijde, že neděláme nic jiného, než že vyplňujeme dokumentaci. A na samotného pacienta již zbývá jen málo času, což je škoda. Ti lidé se zde nudí a prahnou po každé byť malinké informaci či zpestření.“* O principech léčby by měl pacienty edukovat lékař, ale o ošetrovatelské péči, rehabilitaci a výživě by pacienty měly edukovat sestry.

Sestra 5

Vystudovala SZŠ v Praze, kde v roce 1995 úspěšně odmaturovala. Vysoká škola nebyla v těch letech tak snadno dostupná a hlavně neměla finanční prostředky, proto ve stejném roce nastoupila na KPM. Potřebovala finanční prostředky, a jednak ji tato práce přišla velice zajímavá. Příjímáčí řízení bylo tehdy velice náročné. Byly požadovány vysoké teoretické znalosti, praktické dovednosti a poté následoval pohovor. Ten se týkal dosavadního vzdělání, plánů do budoucna, a zda má nějakou představu o práci na KPM. *„Když jsem tenkrát po škole nastupovala, nevěděla jsem, do čeho jdu. Věděla jsem, že KPM je zaměřena na popálené pacienty, tedy jsem si představovala péči o rány to je celé. Jenomže jsem se dost mylila. Nejenže jsme řešili a stále řešíme péči o rány, ale jsou důležitá i jiná specifika ošetrovatelské péče.“* Práce na popáleninách ji vždy naplňovala. Vysokou školu by již studovat asi nezvládla, ale ráda se účastní odborných

seminářů. I když prý některé jsou nezáživné a nic nepřinášející. Ostatní sestry chodí na semináře jen sbírat kredity. To je samozřejmě špatně. Práce na KPM je velice náročná. Jsou nutné nejnovější odborné znalosti v oblasti chirurgie a popálenin. Důležitá je výživa pacientů, minerály, příjem a výdej tekutin a mnoho dalších činností, které se sledují. Začátky v 90. letech byly pro ni velice těžké, jelikož byla čerstvou absolventkou s maturitou. *„Přišla jsem si jako Alenka v říši divů. Netušila jsem absolutně nic. Pár věcí jsem znala ze školy, takže jsem se učila za pochodu. Ale myslím, že jsem to nějak zvládla. Hlavně také díky lékařům a mým kolegyním, které mi neskutečně pomáhaly!“* Na této práci je nejnáročnější psychické vypětí. Pacienti přenášejí své strasti na sestry, ty je musí vstřebávat a nějakým způsobem na ně reagovat. Není dobré si nosit starosti domů. *„Nejde řešit neřešitelné. Někdy mě nějaký osud chytí za srdce, ale to je špatně. Nemůžu doma po večerech řešit osudy svých pacientů. Bohužel já je neovlivním, já jim mohu pouze pomoci, aby období v nemocnici překlenuli s nejmenšími problémy a obtížemi.“* Začlenila se do kolektivu během několika měsíců. Komunikace jí nedělá nejmenší problémy. Po 16 letech na KPM vidí někdy více negativ než pozitiv. Sestry nejsou finančně ohodnocené tak, jak je zvykem jinde ve světě. Což je asi největší negativum, které na své práci shledává. Své pacienty se snaží edukovat v rámci možností. Na edukaci není příliš času. Informace o péči o popálené plochy a o nemocničním režimu jsou samozřejmostí. Ostatní nechává na lékaři. Psychika popálených je velice křehká a nadměra informací by jim mohla uškodit. Jelikož nemají žádnou zábavu, žádné zaměstnání v nemocnici, přemýšleli by nad svým zraněním a osudem, proto je pro, aby pacientům bylo sdělováno jen minimum. Informace předává pouze ústně, letáky ani brožurky k dispozici nejsou. Spíše pro dětské pacienty a jejich rodiče. Edukace probíhá na pokoji nebo na převazovém sálku a to ústně. O edukačním plánu neví. Ani si nevedou edukační záznamy. Edukace ano, ale s mírou.

Kategorizace dat pomocí tabulek

Seznam kategorizačních skupin:

Rok ukončení SZŠ (Tabulka 1)

Nejvyšší dosažené vzdělání (Tabulka 2)

Rok nástupu na KPM (Tabulka 3)

Motiv pracovat na KPM (Tabulka 4)

Přínos vzdělávací akce (Tabulka 5)

Kritéria pro přijetí sestry na KPM (Tabulka 6)

Specifika práce na KPM (Tabulka 7)

Začátky práce na KPM (Tabulka 8)

Nejnáročnější na práci na KPM (Tabulka 9)

Porovnání práce na KPM s jinými odděleními (Tabulka 10)

Plnohodnotný člen od nástupu na KPM (Tabulka 11)

Oblast edukace (Tabulka 12)

Edukační materiály (Tabulka 13)

Místo edukace (Tabulka 14)

Použití edukačního plánu a edukačního záznamu (Tabulka 15)

Kdo by měl edukovat pacienty (Tabulka 16)

Názor na edukaci pacientů (Tabulka 17)

Tabulka 1 Rok ukončení SZŠ

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
1992	1			1		
1995	1					1
2001	1		1			
2005	1	1			1	
2009	1					

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku ukončení SZŠ. V roce 1992, 1995, 2001, 2005 a 2009 vždy jedna sestra.

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
SZŠ	4	1	1		1	1
VOZŠ DiS.	1			1		

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi sester na nejvyšší dosažené vzdělání. Celkem 4 sestry S1, S2, S4 a S5 dosáhly SZŠ a jedna sestra S3 dostudovala vyšší odbornou školu s titulem DiS.

Tabulka 3 Rok nástupu na KPM

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
1995	1					1
1996	1			1		
2005	1	1				
2008	1		1			
2009	1				1	

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku ohledně roku nástupu na KPM. V roce 1995 1 sestra, 1996 1 sestra, 2005 1 sestra, 2008 1 sestra a v roce 2009 také 1 sestra.

Tabulka 4 Motiv pracovat na KPM

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
péče o popálené pacienty	5	1	1	1	1	1
specifická práce	3		1	1		1
víceoborová práce	4	1	1	1	1	
finance	1					1
celkový výskyt	13	2	3	3	2	3

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje na odpovědi jejich motivace začít pracovat na KPM. Celkem 5 sester uvedlo péči o popálení klienty, 3 sestry uvedly specifickou práci na KPM, 4 víceoborovost práce, 1 sestra finanční stránku. Sestry S1, S4 odpověděly ve 2 kategoriích a to péče o popálené pacienty a víceoborovost práce, S2, S3 odpověděly ve 3 kategoriích a to péče o popálené pacienty, specifikaci práce a víceoborovost. S5 odpověděla ve 3 kategoriích a to péče o popálené pacienty, specifikaci práce a finance. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 13.

Tabulka 5 Přínos vzdělávací akce

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
vidí částečný přínos	4		1	1	1	1
nevidí přínos	1	1				

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi na otázku, zda vidí přínos seminářů pro sestry. S1 nevidí žádný přínos, S2, S3, S4 a S5 vidí jen částečný přínos pro sestry.

Tabulka 6 Kritéria pro přijetí sestry na KPM

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
teoretické znalosti	3	1		1		1
praktické znalosti	3	1		1		1
pohovor	5	1	1	1	1	1
celkový výskyt	11	3	1	3	1	3

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi na otázku týkající se kritérií pro přijetí na KPM. Celkem 3 sestry uvedly teoretické znalosti, 3 sestry praktické znalosti, 5 sester pohovor. Sestra S1, S3, S5 uvedly jak teoretické tak praktické znalosti i pohovor, S2 a S4 uvedly pouze pohovor. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 11.

Tabulka 7 Specifika práce na KPM

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
teoretické znalosti	4	1	1	1		1
praktické dovednosti	4	1	1	1		1
psychická náročnost	5	1	1	1	1	1
vyšší míra empatie	1	1				
zásady antiseptiky, aseptiky	2		1		1	
komunikace	2			1	1	
celkový výskyt	17	4	4	4	2	3

Zdroj: vlastní

Tato tabulka prezentuje názory sester na specifika práce na KPM. Celkem 4 sestry uvedly teoretické znalosti, 4 sestry praktické dovednosti, 5 sester psychickou náročnost, 1 sestra vyšší míru empatie, 2 sestry nutnost dodržovat zásady antiseptiky a aseptiky a 2 sestry uvedly komunikaci. S1 odpověděla ve 4 kritériích a to teoretické znalosti, praktické dovednosti, psychickou náročnost a vyšší míru empatie, S2 odpověděla ve 4 kritériích a to teoretické znalosti, praktické dovednosti, psychickou náročnost a nutnost dodržovat zásady antiseptiky a aseptiky, S3 odpověděla ve 4 kritériích a to teoretické znalosti, praktické dovednosti, psychickou náročnost a nutnost komunikace, S4 odpověděla ve 3 kritériích a to psychická náročnost, zásady antiseptiky a aseptiky a komunikace a S5 odpověděla ve 3 kritériích teoretické znalosti, praktické dovednosti a psychickou náročnost. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 17.

Tabulka 8 Začátky práce na KPM

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
středně těžké	1		1			
těžké	4	1		1	1	1
musela se hodně učit	4	1		1	1	1
celkový výskyt	8	2	1	2	2	1

Zdroj: vlastní

Tato tabulka prezentuje názory sester, jaké byli začátky na KPM: Celkem 1 sestra uvedla středně těžké, 4 sestry těžké, 4 sestry se musela ještě hodně učit. S1, S3, S4 a S5 uvedla těžké a musela se hodně učit, S2 uvedla středně těžké. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 8.

Tabulka 9 Nejnáročnější na práci na KPM

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
fyzičká náročnost	2	1	1			
multioborová péče	4		1	1	1	1
psychická náročnost	5	1	1	1	1	1
bezmoc	1	1				
komunikace	2		1			1
nedostatek sester	14	3	4	2	2	3

Zdroj: vlastní

Tato tabulka prezentuje názory sester týkající se nejnáročnějších oblastí práce na KPM. Celkem 2 sestry uvedly fyzickou náročnost, 4 sestry multioborovou péči, 5 sester psychickou náročnost, 1 sestra bezmoc a 2 sestry komunikace. S1 odpověděla ve 3 kategoriích, uvedla fyzickou náročnost, psychickou náročnost a bezmoc, S2 odpověděla ve 4 kategoriích fyzická náročnost, multioborovou péči, psychickou náročnost a komunikaci, S3 a S4 odpověděla ve 2 kategoriích multioborová péče a psychická náročnost a S5 odpověděla ve 3 kritériích multioborová péče, psychická náročnost a komunikace. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 14.

Tabulka 10 Porovnání práce na KPM s jinými odděleními

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
má srovnání	2		1	1		
nemá srovnání	3	1			1	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku, zda mají srovnání s jiným oddělením. Celkem 2 sestry S2 a S3 srovnání mají, a 3 sestry S1, S4 a S5 srovnání nemají.

Tabulka 11 Plnohodnotný člen od nástupu na KPM

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
1 - 2 měsíce	1	1				
3 - 4 měsíce	1		1		1	
5 - 6 měsíců	1			1		
nelze určit	1					1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje názor sester na dobu začlenění do kolektivu na KPM. S1 uvedla 1 - 2 měsíce, S2 uvedla 3 - 4 měsíce, S3 uvedla 5 - 6 měsíců a S5 nedokázala určit.

Tabulka 12 Oblast edukace

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
nemocniční režim	5	1	1	1	1	1
ošetřovatelská péče	5	1	1	1	1	1
péče o rány	1					1
celkový výskyt	11	2	2	2	2	3

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi sester na otázky oblasti edukace. 5 sester edukují o nemocničním režimu, 5 sester o ošetřovatelské péči a 1 sestra o péči o rány. S1, S2, S3 a S4 edukují o nemocničním režimu a o ošetřovatelské péči a S5 o nemocničním režimu, o ošetřovatelské péči a v péči o rány. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 11.

Tabulka 13 Způsob předávání edukace

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
ústně	5	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi na otázku týkající se způsobu předávání edukace. Celkem 5 sester tedy S1, S2, S3, S4 a S5 předávají pacientům informace o edukaci pouze ústně.

Tabulka 14 Místo edukace

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
pokoj	5	1	1	1	1	1
převazový sálek	5	1	1	1	1	1
nemocniční chodba	1			1		
celkový výskyt	11	2	2	3	2	2

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi sester na místo edukace pacientů. Celkem 5 sester preferuje pokoj, 5 sester převazový sálek a 1 sestra chodbu. Tedy S1, S2, S4 a S5 preferují pokoj pacienta a převazový sálek a S3 pokoj, převazový sálek a nemocniční chodbu. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 11.

Tabulka 15 Použití edukačního plánu a edukačního záznamu

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
ne	5	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi na otázku, zda sestry zakládají edukační plán a zda vedou edukační záznam. Celkem 5 sester odpovědělo ne, čili S1, S2, S3, S4 a S5 nezakládají edukační plán a nevedou edukační záznam.

Tabulka 16 Kdo by měl edukovat pacienty

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
lékař	5	1	1	1	1	1
sestra	5	1	1	1	1	1
celkový výskyt	10	2	2	2	2	2

Zdroj:- vlastní

Tabulka prezentuje odpovědi na otázku týkající se, kým by měl být pacient edukován. Celkem 5 sester odpovědělo, lékař a 5 sester odpovědělo, sestra, tedy S1, S2, S3, S4 a S5 uvedly, že by pacient měl být edukován sestrou i lékařem. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 10.

Tabulka 17 Názor na edukaci pacientů

odpověď	součet	S = sestra				
		S1	S2	S3	S4	S5
přínosná	5	1	1	1	1	1
nedílná součást	1	1				
pozitivní vliv na pacienta	1	1				
negativní vliv na pacienta	2			1		1
celkový výskyt	9	3	1	2	1	2

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje názory na edukaci pacientů. Celkem 5 sester ji vidí jako přínosnou, 1 sestra nedílnou součástí, 1 sestra vidí pozitivní vliv na pacienta a 2 sestry negativní vliv na pacienta. Tedy S1 vidí edukaci jako přínosnou, nedílnou součástí a má pozitivní vliv na pacienta, S2 a S4 vidí edukaci jako přínosnou, S3 a S5 vidí edukaci jako přínosnou, ale negativně ovlivňuje pacienta. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí sester je 9.

5 DISKUSE

V této práci jsme zkoumali problematiku edukace u pacientů s popáleninovým traumatem. Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze (dále jen FNKV) na Klinice popáleninové medicíny (dále jen KPM). Výzkum byl zaměřen na náhodně vybrané pacienty s popáleninovým traumatem, kteří byli hospitalizováni na standardním oddělení a dále na náhodně vybraný vzorek sester, které pracují na standardním oddělení KPM. V rámci výzkumu jsme se ptali na několik aspektů související s popáleninovým traumatem a edukací.

Cílem práce bylo zjistit či zmapovat, v jaké míře jsou pacienti s popáleninovým traumatem edukováni o svém postižení. V druhé výzkumné části, která byla zaměřena na ošetrovatelský personál, jsme zkoumali jakými způsoby a jakými metodami edukují všeobecné sestry své pacienty. Zda v rámci své péče odpovídají pacientům na jejich dotazy, a zda jsou samy aktivní v edukaci.

V rámci výzkumu jsme zjišťovali, jakými dopravními prostředky byli pacienti transportováni na KPM. Nejčastěji byla využita sanitka ZZS, ale i vrtulník, který převezl 2 pacienty na KPM, kteří byli ve vážném stavu. Jak uvádí Pokorný J. (29) využití Letecké záchranné služby (dále jen LZS) je principiálně stejné jako využití pozemní sanitky, ale s tím rozdílem, že se dbá na rychlost a šetrnost transportu, také proniknutí v terénu do míst, která jsou pozemní sanitě těžko přístupná. Využití LZS či pozemní ZZS je velice pozitivní, jelikož byla zkrácena doba od úrazu po první ošetření. Zajímali jsme se také o lokalizaci postižení. Königová R. (15) publikuje, že nejzávažnější lokalizací je postižení obličeje, krk, ruce, perineum, genitál a plošky nohou. Výzkumem bylo zjištěno, že nejčastěji byly postiženy dolní končetiny, poté horní končetiny, trup, genitál a poslední místo zbývá na obličej (viz tab. 6). Königová R. (15) ve své publikaci zdůrazňuje mechanismus úrazu. Dva důležité mechanismy, které bývají spojeny se smrtelnými komplikacemi, jsou výbuch a hoření v uzavřeném prostoru a pád do vřelé tekutiny. Respondenti nejčastěji uváděli mechanismus úrazu oheň a dále vařící tekutina, kterou byly části těla polity. Myslím si, že se většina z obyvatel nejčastěji setkává s ohněm a vařící tekutinou. Nejčastěji v domácnosti či na

pracovišti. Výzkumné šetření se zabývá časovou prodlevou od doby vzniku úrazu po první odborné ošetření. Většina úrazů byla ošetřena do 6 hodin od vzniku úrazu. Ve 2 případech byli pacienti ošetřeni po více než 12 hodinách od vzniku úrazu (viz tab. 8). Štětina J. (32) právě uvádí, že transport pacienta na specializované pracoviště by neměl přesáhnout 6 hodin od doby vzniku úrazu. Což nebylo u všech respondentů výzkumem potvrzeno. Důvodem zřejmě bylo podcenění závažnosti úrazu a neschopnost správně odhadnout míru postižení. V tomto ohledu, je dle mého názoru, nedostatek v základech laické první pomoci. Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji pacienty informuje lékař (viz tab. 9). Je to v jeho kompetencích nikoliv v kompetencích sester. Lékaři poskytli pacientům informace o rozsahu postižení, nutnosti hospitalizace, o konzervativní léčbě a o nutnosti operačního zásahu. Dle mého názoru, vzhledem k takto specifickému traumatu, jako jsou popáleniny, nelze ihned po ošetření sdělovat jasnou prognózu a přesný postup léčby, jelikož se rozsah traumatu po nějakou dobu vyvíjí. Proto je v tomto ohledu lepší, nechat přesným informacím čas. Ve svém článku se Míčková I. (25) zabývá edukací jako součástí ošetrovatelského procesu. Sama zdůrazňuje edukovat pacienta nenásilnou formou a informace podávat postupně, jednak ústně, ale také vidí nezbytnost poskytnout pacientovi příručky a edukační letáky. Výzkumem bylo zjištěno, že pacienti jsou edukováni pouze ústně, což je vzhledem k dnešním možnostem velice málo. Záleží na daném oddělení a na ochotě personálu edukovat pacienty ve větším rozsahu. Sami pacienti by uvítali brožury či jiný tištěný materiál, kde by byly veškeré informace o odborných léčebných metodách, které se provádějí na KPM (viz tab. 15) Léčba je velice rozsáhlá a dle mého názoru pacienti nejsou schopni pochopit ihned napoprvé principy léčby, bylo by přínosem poskytovat jim různé formy edukačního materiálu. Objevil se i názor, že by pacienti uvítali názornou ukázkou, např. o způsobech rehabilitace a péči o již zhojené plochy. Také jsme zjistili, že edukace probíhá pouze na pokojích pacientů, při vizitách a na převazovně, tedy v místech, kde je nejčastější kontakt s pacientem. Juřníková P. (13) ve své publikaci uvádí, že nezbytnou součástí edukace je také výběr a příprava vhodného prostředí. Vhodné je vybrat prostředí, kde bude dostatek klidu a nikdo nebude edukaci rušit. Ve vybraném prostředí by se měl příjemně cítit jak edukant tak edukátor. Ideální by byla edukační místnost, která by byla

vybavena televizí, projektorem, DVD přehrávačem a jinými pomůckami, kterými bychom pomohli pacientům lépe pochopit léčbu a péči o popálené plochy. Bohužel, taková místnost na KPM není. Juřeníková P. (13) se také zabývá realizací edukačního procesu, který by měl být součástí ošetrovatelského procesu a na realizaci edukačního procesu by se měl podílet celý multidisciplinární zdravotnický tým tedy lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut, psycholog aj. A právě výzkumem bylo zjištěno, že kromě lékařů a všeobecných sester pacienty edukuje i jiný personál než lékaři a sestry. 7 pacientů uvedlo, že je edukuje i jiný specialista a 2 uvedli, že pouze lékaři a všeobecné sestry, což je dle mého názoru pozitivní, že se do procesu zapojují i jiné zdravotnické profese (viz tab. 14). Sami pacienti uváděli každodenní návštěvy rehabilitačního pracovníka. Některé navštívil dietolog a u jednoho pacienta byl na konsiliu psycholog či psychiatr. Přítomnost psychologa je velice závažné téma. Tento obor je zastoupen na KPM pouze externě. Před několika lety pracoval na KPM psycholog přímo pro potřeby popálených klientů a byl hojně využíván. Dnes tomu tak není a podle mého názoru je tomu veliká škoda, jelikož není v silách sester pečovat jak o tělesnou schránku pacientů, tak o jejich psychiku. Samozřejmě se tak děje, ale tato péče je velice náročná a vše je na úkor něčeho. V tomto případě si myslím na úkor edukace pacientů. Další pozitivní zjištění je, že sestry při kontaktu s pacienty byly ve většině případů ochotné a sdílné. Pokud tomu tak nebylo, bylo to způsobeno vytížeností sester, kterých je na KPM velice málo. Na stupnici od 1 do 10 byly sestry hodnoceny od stupně 6 a výše. Právě Zacharová E. (39) je ve svém článku toho názoru, že komunikace je v ošetrovatelské péči nedílnou součástí. Důležité je navodit důvěru a zbavit pacienta pocitu strachu a obav. Profesionální komunikace sestry je komplexní a velice náročná zručnost. Dále jsme se zabývali povědomostí o telefonním čísle na Záchrannou službu. Pokorný J. (29) se ve své knize do hloubky zabývá spoji a technickými prostředky. Pro ZZS jsou velmi významné tísňové linky. České národní tísňové číslo ZZS je 155, a nemělo by být zaměňováno s jakýmkoliv dalšími zdravotnickými telefonními čísly. Jeho výhradním uživatelem jsou operační střediska ZZS. Číslo je konstruováno jako nezaplatňované, smí být užíváno pouze pro příjem tísňových výzev, je bezplatně volatelné ze všech systémů telefonních automatů. Na jednotlivých operačních

střediscích ZZS musí být v souladu s platnou legislativou ztrojeno, na pomocných dispečerských pracovištích ZZS musí být zdvojeno. Více jak polovina pacientů ve výzkumu číslo věděla. Což není vzhledem k četnosti úrazů a dalších onemocnění mnoho. Z toho vyplývá znalost pacientů první pomoci ohledně popálenin. Dle názorů pacientů první pomoc již ovládají o mnoho lépe než tomu tak bylo před úrazem. Většina pacientů uváděla jako nejdůležitější ochlazování popálených ploch (viz tab. 20). Pokorný J. (29) uvádí, že na rozdíl od jiných úrazů, kde první pomoc je poskytována, když došlo k poškození organismu, při popáleninovém traumatu je první pomoc zaměřena nejdříve na uhašení ohně, teprve pak na záchranu postižených. Dalším úkolem je zabránit oběti v jakémkoliv pohybu (úniku), tedy ji zastavit, aby dalším vyčerpáním fyzickým, ale též psychickým se ještě více nestupňovala poplachová reakce. Tedy nejdříve uhasit oheň a poté začít s chlazením. Je nutné upozornit, že chlazení se týká ploch, které nejsou rozsáhlé čili obličej, krk a ruce.

Z celkového výzkumného šetření vyplývá, že jsou klienti s popáleninovým traumatem edukováni nedostatečně. Chybí edukační prostory, edukační materiály a čas ošetrovatelského personálu edukovat své pacienty. Vzhledem k dlouhé době léčby a rehabilitace, by si pacienti zasloužili více přesných informací o léčbě a hlavně o následné rehabilitaci. Protože důsledná rehabilitace a péče o jizvy předchází opakované hospitalizaci a opakovaným plastickým operacím.

Výzkumem u ošetrovatelského personálu jsme se zaměřili především na celkovou péči o pacienty na KPM a edukaci pacientů. Nejdříve bylo zkoumáno nejvyšší dosažené vzdělání u sester. Výzkum prokázal, že sestry, i přesto, že by zájem o navazující či vysokoškolské studium měly, mají 4 z respondentek pouze Střední zdravotnickou školu a jedna Vyšší odbornou zdravotnickou školu, což je, dle mého názoru nedostačující. Jelikož ošetrovatelská péče se každým rokem zdokonaluje a je čím dál tím víc náročnější, zahrnuje více oborů a na ty je zaměřena pozornost v navazujícím či vysokoškolském vzdělání. Sestra 2 ve své kazuistice podotýká: "*Sestry přes veškerou svoji praxi jsou nuceny ve svém volném čase navštěvovat kurzy, které jsou ohodnoceny body a to mi vadí. Nic mi takový kurz nepřináší, jen mě obírá o čas.*" Dále byla pozornost zaměřena na motivaci sester k práci na KPM. 5 respondentek

odpovědělo, že motivem pro ně byla péče o popáleninové trauma zároveň 3 viděly pozitivum ve specifikaci práce, 4 zmiňovaly, že práce na KPM zahrnuje více oborů a pro 1 sestru byly motivace finance. Sestry vidí v práci na KPM dále rozvíjet svoje zkušenosti v ošetrovatelské péči ve všech oborech a nejvíce v chirurgii. Jak uvádí ve své kazuistice Sestra 5: *"Když jsem tenkrát po škole nastupovala, nevěděla jsem, do čeho jdu. Věděla jsem, že KPM je zaměřena na popálené pacienty, tedy jsem si představovala péči o rány to je celé. Jenomže jsem se dost mylila. Nejenže jsme řešili a stále řešíme péči o rány, ale jsou důležitá i jiná specifika ošetrovatelské péče."* Dále byly zjišťovány názory sester na specifika práce na KPM. 4 sestry uváděly vyšší míru teoretických znalostí, dále 4 vyšší míru praktických znalostí, psychickou náročnost uvádělo 5 sester, zpřísněné zásady antiseptiky a aseptiky a komunikaci uváděly 2 sestry a vyšší míru empatie 1 sestra. Všeobecně je práce na KPM specifická. Její specifická se odráží v multioborové péči, což je velice náročné. Sestra 2 k tomuto tématu podotýká: *"Člověk musí umět z každého oboru něco, není to čistě jenom chirurgie."* Dále byly zkoumány začátky práce sester na KPM. 4 sestry uvedly začátky jako těžké i s tím, že se musely mnoho věcí naučit, 1 sestra neměla více méně problémy po nástupu na KPM. Uvedla své začátky jako středně těžké. Sestra 4 dodává: *"Někdy mi přijde, jako by to bylo včera, kdy jsem nastoupila. Režim oddělení jsem se samozřejmě již naučila, ale vždy se má člověk co učit."* Sestra 5 se dělí o své začátky na KPM: *"Přišla jsem si jako Alenka v říši divů. Netušila jsem absolutně nic. Pár věcí jsem znala ze školy, takže jsem se učila za pochodu. Ale myslím, že jsem to nějak zvládla. Hlavně také díky lékařům a mým kolegyním, které mi neskutečně pomáhaly!"* Čili lze shrnout, že začátky práce na KPM nebyly nijak lehké spíše velice obtížné. Se znalostmi ze školy či z předchozího zaměstnání si sestry nevystačily. Také jsme se zajímali, v čem vidí největší náročnost a úskalí v práci na KPM. 2 sestry uvedly fyzickou náročnost, zároveň 4 sestry vidí úskalí v multioborové péči, současně 5 sester vyčerpává a vidí jako náročné psychickou zátěž. Sestra 1 má tento názor: *"Nikdy mi nedělalo problém se dívat na naše pacienty, na jejich jizvy po transplantacích, na jejich amputované končetiny. Dost často mi dělá problém necítit to utrpení, tu bezmoc a dost často beznaděj. Kdysi tu býval psycholog, který byl pacientům k dispozici, ale bohužel, odešel. Jinak co se týče jiných specialistů,*

dochází sem nutriční sestra, několikrát denně fyzioterapeut a dle konzilií i psycholog."

K psychickému zatížení se vyjádřilo všech 5 sester. Sestra 5 uvedla své zamyšlení: *"Nejde řešit neřešitelné. Někdy mě nějaký osud chytí za srdce, ale to je špatně. Nemůžu doma po večerech řešit osudy svých pacientů. Bohužel já je neovlivním, já jim mohu pouze pomoci, aby období v nemocnici překlenuli s nejmenšími problémy a obtížemi."* S tímto nelze než souhlasit, i když je jisté velice těžké nepřinášet si starosti svých pacientů do svého soukromí. Sestry také porovnávaly práci na KPM s prací na jiných oddělní. Některé již měly zkušenosti z předchozího zaměstnání a některé nastoupily na KPM jako čerstvé absolventky. Sestra 1,4 a 5 na jiném oddělení nepracovaly, a tudíž nemají srovnání. Sestra 2 a 3 již na jiném oddělení pracovaly. Sestra 2 nastoupila na KPM po předchozí práci v nemocnici Třebíč z chirurgického oddělení. Sama podotýká: *"Třebíč je malá nemocnice a práce na chirurgii není tolik specifická, jako tady na KPM."* Sestra 3 pracovala na interním oddělení 4 roky, kam nastoupila ihned po maturitě. Práce zde ji nenaplňovala a tak změnila oddělení a začala pracovat na KPM. Její přechod nebyl nikterak lehký a sama dodává: *"Nejdřív jsem si říkala, že tu práci nezvládnou, že se vrátím zpátky na internu. Byla to pro mě psychická zátěž, kterou si nikdo nedovede představit. KPM se nedá s internou srovnávat. Asi až po půl roce jsem se všechno naučila a byla jsem si trochu jistá, jinak mezi kolegyně jsem zapadla během pár dní."*

Také jsme zkoumali oblasti, ve kterých sestry edukují pacienty. Z výzkumu jsme se dozvěděli, že nejčastější oblastí je edukace ohledně nemocničního režimu a ošetrovatelské péči, 1 sestra také edukuje v péči o rány. Jak ve svém článku píše Míčková I. (25). Snažíme se nejdříve edukovat v oblastech, které jsou z daného stavu pacienta nejpodstatnější a upozorňujeme na možná rizika a negativa. Edukaci v oblasti ošetřování ran by měla být prováděna při každém převazu a průběžně pacienty edukovat během hospitalizace. Není výjimkou vše zaznamenávat do edukačního listu, který by měl být součástí ošetrovatelské dokumentace. Všechny sestry se shodly, že edukační záznamy ani edukační plány nevedou (viz tab. 15). Sestra 4 má tento názor: *"Někdy mi přijde, že neděláme nic jiného, než že vyplňujeme dokumentaci. A na samotného pacienta již zbývá jen málo času, což je škoda. Ti lidé se zde nudí a prahnou po každé byt' malinké informaci či zpestření."* Zkoumali jsme názor sester na edukaci. 5 sester

vidí v edukaci přínos a 1 dokonce, že je nedílnou součástí v péči o pacienta a 1 sestra vidí pozitivní vliv edukace na pacienta, ale 2 sestry vidí spíše negativní vliv. Sestra 5 vidí negativum edukace v tom, že psychika popálených je velice křehká a nadmíra informací by jim mohla uškodit. Jelikož nemají žádnou zábavu žádné zaměstnání v nemocnici, přemýšleli by nad svým zraněním a osudem, proto je pro, aby pacientům bylo sdělováno jen minimum.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje problematice edukace u pacientů s popáleninovým traumatem. Cílem výzkumu byly 2 pohledy, jednak pohled ze strany pacienta a toho, kdo je postižen a jednak pohled ošetřovatelského personálu čili sester. Z pohledu pacienta bylo cílem práce zjistit, zda mají pacienti s popáleninovým traumatem dostatek informací o následné péči. Dle výzkumného šetření většina pacientů neměla dostatek informací převážně o léčbě a rehabilitaci. Uvítali by větší míru informací od ošetřovatelského personálu nebo v písemné formě a to letáčky či brožurky. Tento cíl byl splněn. Z pohledu sestry bylo cílem zjistit, zda sestry edukují klienty s popáleninovým traumatem o následné péči. Výzkumem jsme zjistili, že sestry edukují klienty o následné léčbě. Ovšem dle pacientů tato edukace není dostačující a informací by mělo být více i s názornými ukázkami a pomůckami. Cíl byl splněn. Dalším cílem z pohledu sestry bylo zjistit, jaké metody sestry využívají v edukaci u pacientů s popáleninovým traumatem. Sestry využívají jen ústní formu edukace a předávají informace na pokojích či při převazech. Jiná forma se pacientům nedostává. Cíl byl splněn. Na základě výsledků výzkumného šetření lze stanovit hypotézy:

H1: Pacienti s popáleninovým traumatem nemají dostatek informací o následné péči.

H2: Pacienti s popáleninovým traumatem nemají dostatek edukačního materiálu.

H3: Sestry edukují pacienty s popáleninovým traumatem v nedostatečném rozsahu.

H4: Sestry vidí přínos v edukaci pacientů s popáleninovým traumatem, ale kvůli nedostatku času a edukačního materiálu dostatečně needukují.

Tyto hypotézy mohou sloužit jako podnět k dalšímu výzkumu.

Péče o pacienty s popáleninovým traumatem je náročná nejenom finančně, ale i psychicky a fyzicky. Nikdo z pacientů nevyžadoval nepřetržitou přítomnost sestry, žádali však informace o léčebných metodách, které podstupují a o kterých nemají žádné informace.

Navrhovaná řešení této problematiky jsou snadno realizovatelná. Jednak poskytnout široké veřejnosti informace o popáleninovém traumatu, jeho prevenci a první pomoci. Pro pacienty s popáleninovým traumatem by již informace měli mít širší

záběr, jednak informace o odborných léčebných postupech, které provádí lékaři na operačním sále, když je pacient v celkové anestézii, dále informace o léčebném režimu během hospitalizace a hlavně přesné postupy rehabilitací, masáží a informace o léčebném režimu v domácí péči. Všechny tyto informace se dají shrnout do letáku či brožury.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJ

1. ADAMS, B., HAROLD, C., E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 1999. 488s. ISBN 80-71698-938.
2. BRYCHTA, P. *Přednemocniční péče o termický úraz*. [online]. [cit. 2011-02-01]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Dostupné z [www: >http://www.cls.cz/dp<](http://www.cls.cz/dp).
3. BRYCHTA, P., FRANČŮ, M. *Vybrané kapitoly z plastické chirurgie a popáleninové medicíny*. [online 2010]. [2010-12-29]. Dostupné z [www: >http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Popaleny/Popaleny.htm<](http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Popaleny/Popaleny.htm).
4. CVACHOVEC, K., FILAUN, M. *Anesteziologie a neodkladná péče*. [online]. c2010 [2010-12-29]. Dostupné z [www: >http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/mua/obsah.php<](http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/mua/obsah.php).
5. ČIHÁK, R. *Anatomie - Svazek 1*. Praha: Grada Publishing, 2001. 1640s. ISBN 80-71699-705.
6. DRÁBKOVÁ, J. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2002. 307s. ISBN 80-247-0419-6.
7. DUŠOVÁ, B. *Edukace v ošetrovatelství*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě Zdravotně sociální fakulta Ostrava, 2005. 66 s. ISBN nevedeno
8. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA 2000. 479s. ISBN 80-86297-05-5.
9. ELIÁŠOVÁ, M. VONDŘICH, M. *Úrazy vzniklé působením fyzikálních a jiných příčin*. Sestra. Praha: 2009, roč. 19, č. 2, s. 28, ISSN 1210-0404.
10. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2007. 416s. ISBN 978-80-246-1216-4.
11. FRIŠOVÁ, Lenka, et al. *Úrazy dětí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 36 s. ISBN 80-86991-72-5.
12. GREGOROVÁ, N., LIPOVÝ, B. *Epidemiologie těžce popálených geriatrických pacientů*. Sestra. Praha: 2010, roč. 20, č. 12, str. 46. ISSN 1210-0404.
13. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2.

14. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 350s. ISBN 80-2471-83-08.
15. KÖNIGOVÁ, R. *Komplexní léčba popálenin*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 455s. ISBN 80-7169-416-9.
16. KÖNIGOVÁ, R. *Rozsáhlé popáleninové trauma*, 2. zcela přeprac.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 304 s. ISBN 80-201-0085-7.
17. KÖNIGOVÁ, R. Forum medical- *Neodkladná péče u popáleninového traumatu*. Veverská Bitýška: Hartmann-rico. [on-line]. [cit 2011-01-16]. Dostupné z www: ><http://www.hartmannrico><.
18. KREJČÍ, B., MELICHAROVÁ, M. *Péče o popáleného pacienta a jeho duši*. Sestra. Praha: 2009, roč. 19, č. 9, s. 47-48. ISSN 1210-0404.
19. KROMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného – edukace*. Sestra. Praha: 2005, roč. 15, č. 5, s. 27. ISSN 0372-1210-0404.
20. KRŽÍŽEK, T. *Rehabilitace popálených*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: 2006, roč. 2, č. 4, s. 163-164. ISSN 1801-1349.
21. KUDLOVÁ, P., TOMANOVÁ, D. *Didaktická vybavenost edukační lekce*. Trendy v ošetrovatelství 3. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. s. 93-102. ISBN 80-7042-351-X.)
22. LEHEČKOVÁ, J., KOLAŘÍKOVÁ, K. *Nekrektomie a autotransplantace jako součást léčby popálenin*. Sestra. Praha: 2008, roč. 18., č. 11, s. 18-19. ISSN 1210-0404.
23. MAUER, M. *Psychologická podpora u popálených*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2006, roč. 2, č. 4, s. 166-169. ISSN 1801-1349.
24. MAUER, M. *Psychologie popáleninové medicíny*. Sestra. Praha: 2009. roč. 19, č. 12, s. 35, ISSN 1210-0404.
25. MÍČKOVÁ, I. *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*. Sestra. Praha: 2009, roč. 19, č. 12, s. 44-45, ISSN 1210-0404.
26. MOROVICSOVÁ, E. *Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami*. Sestra. Praha: 2009, roč. 19, č. 9, s. 40-46, ISSN 1210-0404.

27. MUŽÍKOVÁ, E., LUKOVÁ, V. *Bakteriologická vyšetření po popáleninách*. Florence. 2007, roč. 3, č. 2, s. 71. ISSN 1801-464x.
28. PÍBILOVÁ, A. *Specifika ošetrovatelské péče v popáleninové medicíně*. Sestra. Praha: 2008. roč. 18, č. 7-8, s. 50-52, ISSN 1210-0404.
29. POKORNÝ, J. a kol. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004. 547s. ISBN 80-7262-259-5.
30. *Popáleniny* [on-line]. [cit. 2011-01-15]. Dostupné z [www: >http://www.liposukce.cz/popaleniny.htm<](http://www.liposukce.cz/popaleniny.htm).
31. SOUKUPOVÁ, V., RADIMĚŘSKÁ, A. *Kazuistika - Popáleniny způsobené elektrickým proudem*. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 55-56, ISSN 1210-0404.
32. ŠTĚTINA, J., et al. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. 436 s. ISBN 80-7169-688-9.
33. ŠVESTKOVÁ, M., RADIMĚŘSKÁ, A. *Stlaní lůžka pacienta s rozsáhlými popáleninami*. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 4, s. 15. ISSN 1210-0404.
34. TOMANOVÁ, D. *Edukační kompetence zdravotní sestry*. In: Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: Grada, 2002, s. 354-359. ISBN 80-247-0536-2.)
35. TICHÁČEK, M. a. DRÁBKOVÁ, J. *Úraz teplem. Doporučení pro praktické lékaře*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, c2001, [cit. 2011-01.20] 6 s. Dostupné z [www: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>](http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu).
36. TICHÁČEK, M. a. DRÁBKOVÁ, J. *Úraz elektrickou energií. Doporučení pro praktické lékaře*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, [on-line]. [cit. 2011-02.15]. Dostupné z [www: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>](http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu).
37. VOMELA, J. a kol. *Chirurgie pro sestry*. IDVZP: Brno: 1998. 210s. ISBN 80-701-3262-0.
38. VYHNÁNEK, J. *Chemická poranění. Doporučení pro praktické lékaře*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. [online]. [cit. 2010-12-13]. Dostupné z [www: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>](http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu).

39. ZACHAROVÁ, E. *Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi*. Sestra. Praha: 2010, roč. 20, č. 8, s. 29-29. ISSN 1210-0404.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

popáleninové trauma

termická poranění

edukace

edukační činnost

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Lichtenbergovy obrazce

Příloha 2 Pravidlo devíti podle Wallaceho

Příloha 3 Tabulka podle Lunda-Browdera

Příloha 4 Struktura týmové spolupráce

Příloha 5 Uvolňující nářezy ve tvaru zig-zag

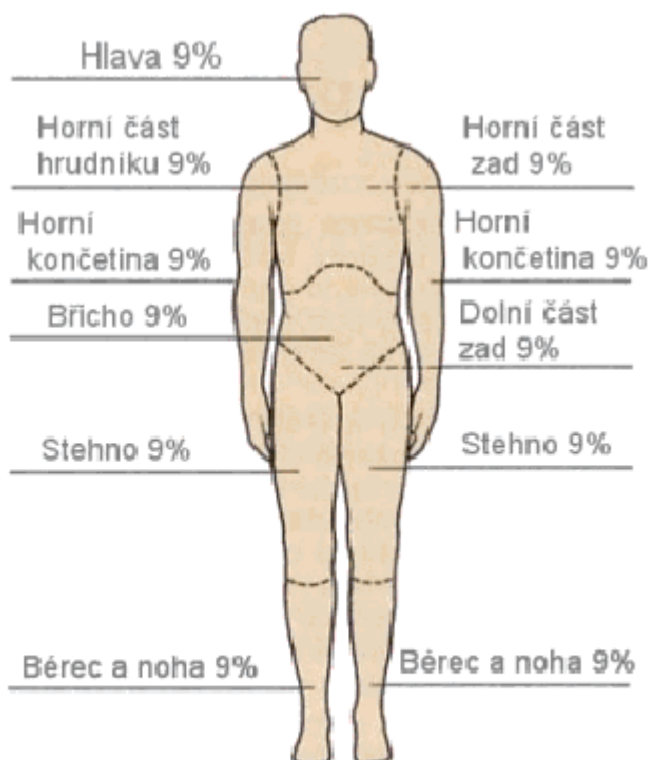
Příloha 6 Polostandardizovaný rozhovor s pacienty

Příloha 7 Polostandardizovaný rozhovor se sestrami

Příloha 1 Lichtenbergovy obrazce



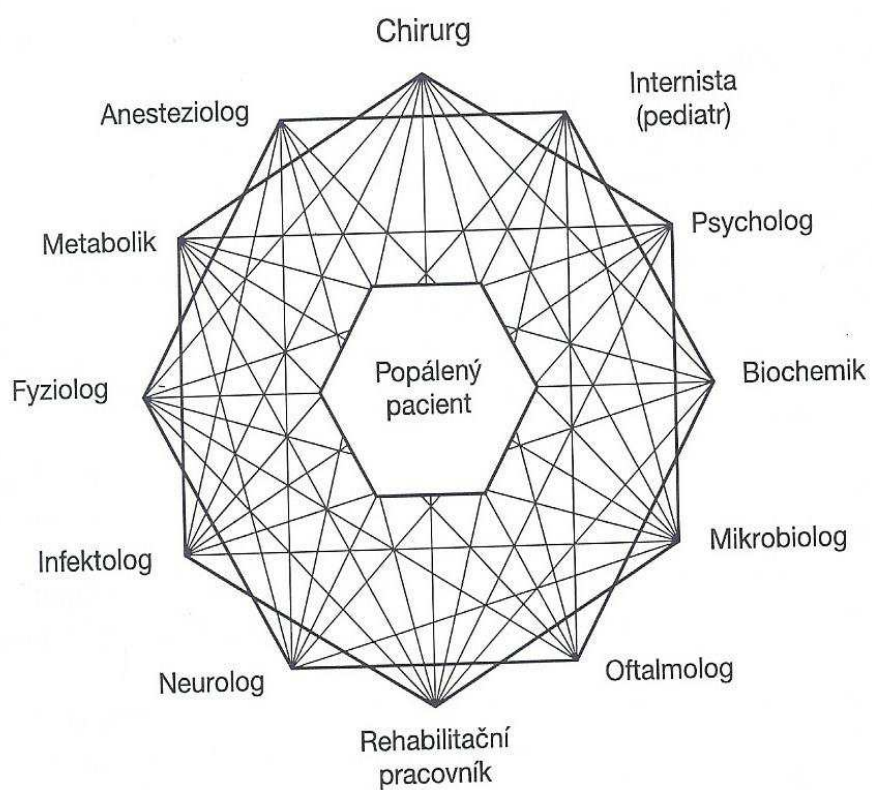
Příloha 2 Pravidlo devíti podle Wallaceho



Příloha 3 Tabulka podle Lunda-Browdera

věk postiženého	plocha popálení
do 2 let	5% povrchu těla
děti ve věku 3-10 let	10% povrchu těla
děti ve věku 11-15 let	15% povrchu těla
dospělí	20% povrchu těla
senioři nad 70 let	10% povrchu těla

Příloha 4 Struktura týmové spolupráce



Příloha 5 Uvolňující nářezy ve tvaru zig-zag



Uvolňující nářez cirkulární popáleniny paže
- rozestup nekrotické tkáně ukazuje míru útlaku

Příloha 6 Polostandardizovaný rozhovor s pacienty

Rozhovor s použitím sondážních otázek týkajících pacientů s popáleninovým traumatem, jejich kazuistikou a edukací.

1. VŠEOBECNÉ OTÁZKY

Vaše jméno?

Váš věk?

Bydliště?

Délka pobytu na KPM?

2. DŮVOD HOSPITALIZACE

Kdy jste byl přijat na KPM?

Přijel/a jste sám/a či vás přivezla ZZS?

Která část vašeho těla byla postižený?

Jaký byl mechanismus úrazu?

Nechal/a jste se bezprostředně po úraze ošetřit, či jste úraz sám/a léčil/a?

Pokud sám/a, proč?

3. EDUKACE O POPÁLENINOVÉM TRAUMATU

Kdo vám poskytl informace o míře vašeho poranění?

Jaké informace vám lékař poskytl?

Jakým způsobem vás sestry informovaly o režimovém opatření?

Kolik času vám sestra poskytla na vaše otázky?

Kde probíhá edukace?

Kromě lékaře hovořil s vámi i jiný specialista?

Jakému zdroji informací dáváte přednost?

Jaký je přístup personálu k vaší osobě? Na stupnici od 1 do 10 (1 nejhorší, 10 nejlepší)?

4. PRVNÍ POMOC PŘI POPÁLENÍ

Znáte telefonní číslo na Záchranou službu?

Pokud ano, které to je?

Znáte principy laické první pomoci?

Pokud ano, dokážete alespoň 3 vyjmenovat?

Příloha 7 Polostandardizovaný rozhovor se sestrami

Rozhovor s použitím sondážních otázek týkajících se práce na KPM FNKV Praha a edukace pacientů s popáleninovým traumatem.

1. VZDĚLÁNÍ - PRAXE

Rok ukončení SZŠ?

Nejvyšší dosažené vzdělání? Studujete?

Pokud studujete, vidíte ve svém studiu přínos pro KPM?

Kdy jste nastoupila na KPM?

Co vás motivovalo, abyste pracovala na KPM?

Pokud se účastníte vzdělávacích akcí s popáleninovou problematikou, jsou pro vás přínosné?

2. PRÁCE NA KPM - SPECIFIKA

Jaká kritéria jsou pro přijetí sestry na KPM?

Čím je práce na KPM specifická?

Jaké byly vaše začátky na KPM?

Co shledáváte na vaší práci nejnáročnější?

Pokud jste pracovala i na jiném oddělení - můžete porovnat?

Po jaké době jste měla pocit, že jste plnohodnotný člen týmu?

Jaká negativa vidíte na práci na KPM?

3. EDUKACE PACIENTŮ A EDUKAČNÍ MATERIÁL

Jaká je nejčastější oblast, ve které edukujete své klienty?

Jaký edukační materiál používáte?

Kde edukujete pacienty?

Jakou formu edukace používáte?

Je na vašem oddělení vytvořen edukační plán a edukační záznam?

Kdo by podle vás měl edukovat pacienty?

Jaký máte názor na edukaci pacientů?