



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Podpora dětí s popáleninami

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Ludmila Pětíková

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Podpora dětí s popáleninami jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 jejich 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....

Ludmila Pětíková

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a čas při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji MUDr. Robertu Zajíčkovi, Ph.D. za poskytnutí materiálů. Mé poděkování patří sestřám, dětem i jejich rodinám, kteří mi umožnili provést výzkumné šetření.

Podpora dětí s popáleninami

Základní teoretická východiska: Popáleniny se řadí k nejzávažnějším úrazům. Vznikají rychle a neočekávaně a nejčastěji jsou jimi ohroženy děti. Po vzniku popálenin se mění kompletně život. Nejedná se pouze o tělesné postižení, ale popáleniny zasahují převážně do psychosociální oblasti člověka, dochází ke změně vzhledu, která je nevratná, a okolí dítě začne brát jinak, v některých případech dochází až k výsměchu a šikaně.

Cíle práce: Předkládaná bakalářská práce má 3 výzkumné cíle. Cíl 1: Zjistit problémové oblasti u dítěte s popáleninami ve věku od 10 do 16 let. Cíl 2: Zjistit podíl sestry v podpoře dětí s popáleninami. Cíl 3: Poukázat na význam občanského sdružení Bolíto. K těmto cílům byly stanoveny výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: S jakými problémy se potýkají popálené děti? Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem se podílí sestra na podpoře dětí s popáleninami? Výzkumná otázka č. 3: Jaký význam má občanské sdružení Bolíto pro popálené děti?

Použité metody: Data k empirické části práce byla sbírána pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor.

Výsledky: V souvislosti s analýzou dat byly zodpovězeny výzkumné otázky. Z výzkumného šetření nám vyplývá, že sestry, s kterými rozhovory probíhaly, jsou dostatečně obeznámeny s problémovými oblastmi dětí. Pacientům je poskytována adekvátní péče spojená se všemi druhy podpory, která je v této oblasti požadována. Děti vnímaly sestry pozitivně a z poskytované podpory čerpají dodnes.

Z výsledků analýzy rozhovorů se ukázalo, že děti vnímají jako velký přínos do jejich života působení občanského sdružení Bolíto. Samy uvedly, že jim pomohlo ve snížení strachu, v nárůstu sebevědomí a získání nových přátel. A především se smířením se sám se sebou.

Klíčová slova

Podpora; popáleniny; jizvy; dítě; ošetrovatelská péče

Support for children with burn

Theoretical Base: Burns belong among the most serious injuries. They occur almost immediately and mostly endanger children. After the onset of burns, life changes completely. A physical disability is not the only concern, because burns predominantly affect the psychosocial area of a person; a change in an appearance is irreversible, and society begins to take the child in a different way, in some cases, to ridicule and bullying.

Goals: The bachelor thesis has three research objectives. Goal 1: To identify issues of a child from 10-16 years of age with burns. Goal 2: To identify the nurse's share in supporting children with burns. Goal 3: Explain the importance of the organization Bolíto. Three questions were formed to achieve the research objectives. Research Question 1: Which problems do the burnt children face? Research Question 2: How does a nurse participate in supporting children with burns? Research Question No. 3: What is the meaning of the organization Bolíto for the burnt children?

Used methods: The data for the empirical part of the bachelor thesis were collected by conducting a qualitative research. A semi-structured interview was selected for collecting the data.

Results: In the context of data analysis, research questions were answered. The research shows that the nurses are sufficiently familiar with the problem areas of children. Patients are provided with adequate care associated with all types of support required in this area. Children viewed the nurses positively and still receive the support provided.

The results of the analysis of the interviews showed that the children perceive the activities of the Bolito as a great contribution to their lives. They said they themselves helped to reduce fear, increase self-confidence, and gain new friends. And above all, reconciliation with oneself

Key words

Support; burns; scars; child; nursing care

Obsah

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Vymezení termínu podpora	8
1.2 Vymezení dětského věku	8
1.3 Anatomie a fyziologie kůže	10
1.4 Popáleniny	11
1.4.1 Mechanismus vzniku a faktory určující závažnost popálenin	12
1.4.2 Rozsah popálenin	12
1.4.3 Těžký popáleninový úraz, kritické popáleninové trauma, popáleninový šok	13
1.4.4 Stupně popálenin	13
1.4.5 Léčba popálenin	14
1.4.6 Komplikace popálenin	17
1.5 Ošetrovatelská péče	18
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	24
2.1 Cíle práce	24
2.2 Výzkumné otázky	24
3 METODIKA	25
3.1 Metodika práce	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	26
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	28
5 DISKUZE	41
6 ZÁVĚR	49
7 SEZNAM ZKRATEK	50
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	51
9 SEZNAM PŘÍLOH	56

ÚVOD

Popáleny patří k nejzávažnějším úrazům, které změni dosavadní život jedince. Narušují tělesnou, psychickou i sociální oblast člověka. Dochází ke změně vzhledu, vnímání sebe sama a okolí začíná reagovat jinak než doposud. Objevují se omezení, jejichž vlivem člověk nezvládne činnosti, které zvládal v době před úrazem. U člověka je potřeba se smířit s danou skutečností a zvládat překážky, které do života přijdou. Z tohoto důvodu je zapotřebí již od počátku zaujímat určitý přístup k jedinci. O to se snaží i sestry na popáleninové klinice, které dětem a jejich rodinám poskytují péči a podporu v každé oblasti. Sestry jsou připravené na psychické výkyvy dítěte a umí s nimi pracovat, snaží se dítě navrátit do běžného života. Také pečují o utrpené popáleniny tak, aby nedošlo k vzniku druhotné infekce.

Avšak propuštěním do domácího prostředí problémy jedince nekončí, právě naopak. Dítě se musí naučit žít s popáleninami, musí se o ně neustále starat a musí být na sebe opatrné. Každý den se střetává s lidmi, kteří nevědí, jak na ně mají reagovat a jak se k dítěti chovat. Někdy se popálení jedinci setkávají až s netaktním projevem chování ve formě posměchu či šikany kvůli tomu, že jsou „jiní“.

Důležité pro dítě je mít kolem sebe lidi, kteří ho podporují a nenechají je to vzdát. U dítěte je to nejčastěji rodina a spolužáci ve škole. Jelikož jsou si tohoto faktu vědomi i lékaři a sestry na popáleninové klinice, založili společně občanské sdružení Bolíto, které také napomáhá dítěti v psychosociální oblasti.

Tématem předkládané bakalářské práce je podpora dětí s popáleninami. Jejím cílem je zjistit, jakým způsobem a v jakých oblastech je poskytována podpora. Jejím dalším záměrem je přiblížit občanské sdružení Bolíto, které popáleným dětem pomáhá vrátit se do normálního života.

Toto téma jsem si zvolila nejen proto, že s popáleninami žiji již 17 let a byla jsem také členkou o.s. Bolíto zhruba 9 let, ale také z důvodu, že mne samotnou zajímaly pohledy a názory ostatních dětí na péči sester na popáleninové klinice. Dalším bodem mého zájmu bylo zjistit, do jaké míry se sestry věnují psychosociálním oblastem při poskytování ošetrovatelské péče a zdali se nedá něco v poskytování podpory ze strany sester změnit.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení termínu podpora

Úvodní kapitola je věnována významu pojmu podpora, jelikož si každý z nás může pod tímto pojmem představit a vyložit něco jiného. Jeho správné a kompletní pochopení a uchopení je stěžejní pro tuto práci.

Kolektiv autorů (2007) definuje podporu v souvislosti s pojmem zdraví jako „*Program, který by měl vést k zachování nejlepšího možného zdraví a kvality života členů komunity; program obsahuje edukaci ke zdravému životnímu stylu, imunizaci a screeningové testy.*“ K pojmu podpora se váže termín podpůrný, což je posílení vlastních obranných mechanismů pacienta při překonávání nemoci nebo poruchy. Hartl a Hartlová (2000) se zabývají sociální podporou, což je vzájemná výměna informačních, materiálních i emočních zdrojů na základě osobních vazeb jedinců. Podporu můžeme chápat i jako pomoc. Psychická pomoc zahrnuje pozitivní působení přátel a příbuzných, obsahuje prožitky a informace, např. z médií či četby. Psychickou pomoc může zajišťovat rodina, která dle Kukly a kolektivu (2016) má nenahraditelný význam pro dítě, má rozhodující vliv na rozvoj jeho osobnosti, určuje jeho sociální status a dítě si je vědomo svého místa a role ve společnosti.

Pomoc sociální, původně chudinská, určuje nejstarší formu přerozdělování, kdy stát pomáhá těm, kteří to skutečně potřebují. V této souvislosti je uveden i termín posilování, což je proces, který zesílí žádoucí reakci, v některých případech působí silněji než neposílení. Pro zesílení žádoucí reakce se dá využít verbální a neverbální komunikace. Dle Špaňhelové (2009) neverbální komunikace jako první působí na druhého člověka a jde o komunikaci pomocí gest, mimiky a postoje. Verbální komunikace je vyjadřovaná slovem.

1.2 Vymezení dětského věku

Pro potřeby předkládané práce je prostor věnován dětem ve věkovém rozmezí od 6 do 18 let, jelikož občanské sdružení Bolíto poskytující podporu popáleným dětem, se věnuje právě této věkové skupině.

Klíma (2016) poznamenává, že školní věk je období lidského života od 6 do 15 let věku. Pojí se se školní docházkou, nástup do školy totiž pro dítě znamená velkou životní změnu. Dochází ke změnám charakteru prostředí, denního režimu a také míry zátěže. Orel, Mentel a Obereigner (2016) popisují dělení školního věku na mladší a starší školní věk.

Klíma (2016) se zabývá riziky, která ve školním věku mohou vzniknout. Řadí sem riziko úrazu, zejména dopravních a sportovních nehod. Termická poranění u dětí vznikají nejčastěji již v batolecím a předškolním věku. Dle webových stránek občanského sdružení Bolíto je nejčastější příčinou popálení u dítěte do 3 let opaření horkou tekutinou. Popáleniny u dětí v předškolním věku vznikají strhnutím ubrusu, na kterém se nachází nádoba s horkou tekutinou, zasunutím prstů do elektrických zásuvek, sáhnutím na horká kamna nebo pádem do nádoby s horkou tekutinou. U dětí ve věku 5 až 15 let popáleniny nejčastěji vznikají následkem lezení na střechy železničních vagónů, jde o úraz elektrickým proudem, anebo od hořícího oděvu. Klíma (2016) uvádí, že úmrtnost ve školním věku je nejnižší v celém životě člověka.

Langmeier a Krejčířová (2006) popisují, že v období mladšího školního věku dochází k rozvoji hrubé a jemné motoriky. Dítě začíná mít větší zájem o sport a pohyb. Dle Klímy (2016, s. 37) představuje mladší školní věk „*období školní adaptace, získání základních školních návyků, prvních znalostí a dovedností*“. Stožický, Sýkora a kolektiv (2015) udávají, že v tomto období je charakteristická velká fyzická aktivita. Od obyčejného skákání a běhání se děti dostávají spíše ke specializovaným aktivitám, jako jsou hry zaměřené na větší motorickou dovednost a svalovou sílu. Dítě zvládne odlišit podstatné od méně podstatného. Ze sociálního hlediska začíná trávit svůj čas i mimo domov, kde vyhledává určitý obraz chování a tím se zvyšuje jeho nezávislost (Stožický, Sýkora a kolektiv, 2015). Toto období končí nástupem puberty. (Klíma, 2016)

V etapě staršího školního věku narůstá duševní kapacita a schopnost přijímat nové informace. Z hlediska vývoje jdou do popředí motorické dovednosti, koordinace pohybu a získávání sportovní zručnosti (Klíma, 2016). Počátkem staršího školního věku současně začíná období dospívání (puberty), což je proces tělesného zrání a růstu, jenž je hormonálně podmíněn. Zásadně se mění myšlení při řešení nějakého problému. Dospívající často přemýšlí o svém jednání. Stoupá u nich potřeba respektu, především od svých vrstevníků. Jejich zklamání je velice bolestivé a trvá dlouhou dobu.

V pubertě u chlapců dochází k růstu pubického ochlupení, zvětšování varlat a penisu, snižuje se množství tuku a začínají být svalnatější (Stožický, Sýkora a kolektiv, 2015). V neposlední řadě dochází i k mutaci hlasu. Růstový výšvih začíná ve 12,5 letech a zhruba ve 14 vrcholí (Sedlářová, 2008). Stožický, Sýkora a kolektiv (2015) uvádějí, že v pubertálním vývoji u dívek dochází ke změnám v uložení tuků, především do oblasti boků, hýždí a stehen. Dále začíná vývoj poprsí, o kterém

pojednává Sedlářová (2008), které začíná zhruba mezi 8-13 lety. Stejně jako u chlapců raší pubické ochlupení, ale na rozdíl od nich se růstový výšvih vyskytuje od 10 do 12 let. U dívek se dostavuje tzv. menarché. Salkind (2005) definuje menarché jako nástup menstruace, která značí, že je tělo připraveno k reprodukci. Podle Chabnera (2017) je menstruace (menorrhea) charakteristická normálním vylučováním krve a tkáně z dělohy. Dle Švamberk Šauerové (2016) dívky v tomto období řeší svůj vzhled a mají tendenci ho srovnávat s ideálem krásy, avšak chlapci se soustřeďují na funkci svého těla (fyzickou sílu) než na svůj vzhled. Stožický, Sýkora a kolektiv (2015) uvádí, že období puberty končí schopností člověka reprodukce.

Adolescence je období, kdy dochází ke změnám somatickým, psychickým i sociálním. Někdy je označováno jako přechod mezi dětstvím a dospělostí (Klíma, 2016). V pojetí Kelnarové a Matějkové (2010) je to druhá, poměrně dlouhá fáze dospívání. Trvá od 15 do 20 let a dochází k dokončení somatického vývoje jedince. Klíma (2016) zmiňuje, že vrcholí hormonální přestavba pohlavních orgánů. U dívek končí růst mezi 16. a 18. rokem života, u chlapců je růst ukončen až po 20. roce. Dle Kelnarové a Matějkové (2010) se stává adolescent dospělým, když přestane být centrem vlastního zájmu. Začnou ho zajímat i druzí. Klíma (2016) charakterizuje změny, které provázejí dospívání jako dokončení pohlavního zrání. Jsou vyvinuty sekundární pohlavní znaky a končí tělesný růst. Adolescenti se začleňují se do společnosti, protože jsou vyrovnání se svým obrazem těla a jeho novou úlohou. V tomto období je důležitý proces osamostatňování se ve svém vlastním rozhodování, při kterém si adolescent vybírá budoucí povolání, a to ho zajistí po stránce ekonomické a sociální.

1.3 Anatomie a fyziologie kůže

U problematiky popálenin je nutné zmínit anatomii a fyziologii kůže, abychom dokázali lépe určit problémy nemocného a míru následků, které poslouží k uvědomění si mnohých činností při poskytování ošetrovatelské péče.

Kůže (cutis) je rozsáhlý plošný orgán našeho těla. Celková plocha kůže je 1,6 až 1,8 m² a hmotnost je 3 kg. V extrémních případech obezity může hmotnost dosáhnout až 20 kg. (Čihák, 2004). Skládá se ze 3 vrstev, kterými jsou pokožka, škára a podkožní tukové vazivo. Ve škáře se nacházejí přídatné orgány, jimiž jsou vlasy, chlupy, nehty a žlázy (mazové, potní) (Rokyta 2015).

Pokožka (epidermis) je povrchová vrstva kůže tvořená epitelem ektodermového původu. Stavební epitel je vrstevnatě dláždicový, v povrchových vrstvách je

zrohovatělý, objevuje se např. na patách. Epidermis obsahuje keratinocyty, melanocyty, Langerhansovy buňky a Merkelovy buňky (Čihák 2004). Škára (corium) je vazivová vrstva kůže, v které dochází k bohatému prokrvení. Proti pokožce se zvlňuje papilární vrstva, v níž jsou umístěny kožní receptory citlivé na tlak, změnu teploty a bolest. Ve škáře jsou tukové buňky, mizní cévy, vazivová a elastická vlákna. (Rokyta 2015). Podkožní tukové vazivo (telasubcutanea) tvoří nejhluběji uloženou vrstvou kůže. Jeho množství závisí na výživě člověka. Obsahuje tukové buňky a umožňuje pohyblivost proti hlouběji uloženým strukturám (Rokyta 2015). Podkožní vazivo odděluje kůži od povrchové fascie nebo od periostu (Čihák, 2004). Dle Javoroky (2006) se funkce kůže rozdělují na ochrannou, imunitní, termoregulační, depotní, exkreční, resorpční a percepční. Ochranná funkce slouží jako bariéra mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu. Chrání kůži před vysycháním, mechanickými vlivy, chemickými vlivy, ztrátami tepla a zářením (Javoroka, 2006). Imunitní funkci zajišťují imunokompetentní buňky a předpokládá se, že se v kůži mohou tvořit protilátky (Čihák 2004). Termoregulační funkce umožňuje výměnu tepla mezi organismem a okolím na základě tepelného spádu. Vlivem látkové přeměny se v těle vytváří teplo neustále. Při zvýšení činnosti kosterních svalů stoupá produkce tepla, a naopak přebytečného tepla se tělo zbavuje vedením tepla, což je přímým dotykem s předměty, které mají jinou teplotu, dále zářením, prouděním a odpařováním potu. (Rokyta 2015). Depotní funkce hraje roli v ukládání vody a tuku ve škáře. Kůže a podkoží přijímají, váží a opět vydávají energetickou hodnotu. V kůži se ukládají i vitamíny rozpustné v tucích a některé anorganické látky (Javoroka 2006). Rokyta (2015) uvádí, že se funkcí potních a mazových žláz vylučuje velké množství látek (voda, ionty, organické látky) a zpětně se mohou látky kůží vstřebávat. Tato funkce je označena za vylučovací a resorpční. Další funkcí kůže je percepce, dle Javoroky (2006) probíhá při vnímání dotyku, tlaku, chladu a povrchové bolesti.

1.4 Popáleniny

„Popáleniny jsou závažná poranění způsobená účinkem vysoké teploty na povrch lidského organismu.“ Petžela (2016, str. 57). Dle Mešťáka a kolektivu (2015) se popáleniny řadí mezi jedny z nejstarších úrazů, které kdy postihovaly lidstvo.

Důležitým faktorem v problematice popálenin je tzv. snesitelná kontaktní teplota. Záleží na stupni teploty, která přichází do kontaktu s kůží a odpověď organismu na ni.

Snesitelná kontaktní teplota je 43,5 °C. Pokud je teplota vyšší dochází ke změnám na kůži. Při teplotě nad 55 °C nastávají nezvratné změny v celé tloušťce kůže. K rozpadu bílkovin dochází při teplotě 60 °C. Pokud tato teplota přesáhne 70 °C vzniknou hluboké popáleniny již za 2 sekundy (Bartůněk, Jurásková. 2016).

Léčba popálenin se vždy odvíjí od rozsahu a hloubky popálení, věku a celkového zdravotního stavu pacienta (Schneiderová, Michaela, 2014). Hájek a kolektiv (2015) se zmiňují, že léčba popálenin představuje v rozvojových státech závažný problém, protože je časově náročná a drahá, dochází k velké spotřebě převazového materiálu spojené s častými chirurgickými výkony a převazy.

Hojení popálenin probíhá v po sobě navazujících 3 fázích. První fáze je popáleninový šok, který začíná ihned po úrazu. Druhá fáze začíná koncem popáleninového šoku a končí epitelizací popálených ploch (Šeblová, 2013). Epitelizace je definována jako „*fáze diferenciacce a přestavby, vyžívání kolagenních vláken, granulační tkáň je chudší na vodu a cévy, zpevňuje se a přeměňuje v jizevnatou tkáň*“ (Pejznochová, 2010, str. 12). Dle Stožického, Sýkory a kolektivu (2015) je třetí fází rekonvalescence, která může trvat různě dlouho a končí návratem dítěte či dospělého do běžného života.

1.4.1 Mechanismus vzniku a faktory určující závažnost popálenin

Mechanismem vzniku popálenin je plamen, horká tekutina a pára, hořící plyn, elektrický proud, účinek chemikálií, anebo ionizující záření (Ševčík, 2014). Kelnarová (2013) rozděluje popáleniny dle mechanismu vzniku pouze na termické (opaření, ožeh plamenem), elektrické (blesk, el. oblouk a el. proud) a chemické (kyseliny, zásady). Dle Ševčíka (2014) k mechanismu úrazu patří také místo úrazu, zejména u explozí, a druh prostoru, v kterém došlo k poranění (otevřeném, zavřeném).

Ševčík (2014) se věnuje rozdělení faktorů, které určují závažnost popáleninového úrazu z obecného hlediska. Mezi ně udává mechanismus úrazu, rozsah poranění, hloubku poranění, lokalizaci poranění, věk poraněného a komplikující onemocnění. Königová (1999) zmiňuje i faktory, které se podílí na přenosu energie. Je to vodivost tkání (např. nervy a cévy jsou lépe vodivé než kost), periferní prokrvení, pigmentace, ochlupení, tloušťka rohové vrstvy kůže a celkový obsah vody ve tkáních dané oblasti.

1.4.2 Rozsah popálenin

Hodnocení rozsahu popálenin se vyjadřuje procenty celkového tělesného povrchu. Pro lepší představu 1% je plocha dlaně se sevřenými nataženými prsty (Bolító, 2017).

Používá se tzv. pravidlo devíti (viz příloha č. 1). Nedá se samozřejmě aplikovat na všechny jedince stejně. Zvláště ne na děti. U dětí hlava představuje 14 %, horní končetiny – každá 9 %, dolní končetiny – každá 16 %, trup 18% a záda 18%. U kojenců hlava odpovídá 18 %, horní končetiny – každá 9 %, dolní končetiny – každá 14 %, trup 18 % a záda 13 % a k tomu ještě 5 % hýždě (Kelnarová, 2013). Na webových stránkách Bolíta (2017) je uvedeno, že místa jako obličej a krk, oblast krajiny hráze a genitálu jsou více riziková. Je to z důvodu, že při otoku tkáně dochází k nemožnosti dýchání v oblasti obličeje a krku, oblast krajiny hráze a genitálu z důvodu rizika vzniku infekce.

1.4.3 Těžký popáleninový úraz, kritické popáleninové trauma, popáleninový šok

Na webových stránkách Bolíta (2017) je uvedeno, že u dětí jsou jiná kritéria při posuzování závažnosti zranění než u dospělých. Za těžký popáleninový úraz se považuje u dítěte do 2 let popálení na více než 5 % tělesného povrchu, u dětí od 2 do 10 let při rozsahu popálení více než 10 % tělesného povrchu a u dětí ve věku od 10 do 15 při rozsahu zranění více než 15 % tělesného povrchu.

Pokud dojde k popálení větší části povrchu těla, než je v každém věku uvedeno jako hranice těžkého popáleninového úrazu vzniká kritické popáleninové trauma. Dle Schneiderové (2014, str. 340) kritické popáleninové trauma „vzniká při dostatečně dlouhém, přímém nebo nepřímém působení nadprahové hodnoty tepelné energie“. Webové stránky Bolíta (2017) kritické popáleninové trauma konkretizují u dětí do 2 let, kdy je rozsah popálení větší než 15% tělesného povrchu. U dětí ve věku od 2 do 10 let, při rozsahu popálení větší než 20% tělesného povrchu. A u dětí ve věku od 10 do 15 let vzniká, když je rozsah popáleného povrchu těla větší než 30%.

U rozsáhlých popálenin dochází k celkové reakci organismu a může se rozvíjet popáleninový šok (Schneiderová, 2014). Popáleninový šok popisují Šeblová, Knor a kolektiv (2013, str. 331) jako „stav, který nastává ihned po úrazu“. Dochází ke specifické a komplexní reakci organismu, při níž nastává závažná oběhová a mikrocirkulační porucha, jež se musí zaléčit. Neléčený popáleninový šok vede až ke smrti pacienta.

1.4.4 Stupně popálenin

Klasifikace popálenin je shodná v publikaci od Königové (1999) a Měšťáka a kolektivu (2015), že popáleniny jsou na povrchu přirovnávány k oku býka. To znamená, že nejhlubší postižená tkáň je uprostřed a povrchnější je okolo. Nelze však určit přesnou

hloubku postižení, protože se v průběhu času mění. Königová (1999) popisuje, že prohloubení postižených ploch má řadu příčin, které se dají rozdělit na místní a celkové. Místní jsou vyschnutí (dehydratace), edém, cirkulární hluboká nekróza (může na končetinách působit jako škrtidlo, tím tedy ovlivňovat krevní oběh, tomu lze předejít uvolňujícími nářezy) a grampozitivní infekce. Mezi celkové příčiny je zahrnut popáleninový šok, celková infekce, poruchy cévního systému, metabolické a endokrinologické choroby (např. diabetes mellitus).

Popáleniny lze rozdělit do několika stupňů, dle postižení tkáně a okolí. Dle Stelzera (2007) se dozvídáme, že při 1. stupni popálenin se jedná o poškození horní vrstvy kůže. Kelnarová (2013) upozorňuje, že kůže je zarudlá, oteklá jako při spálení sluncem. Hojí se do dvou týdnů a nemá žádné následky. 2. stupeň rozděluje Königová (1999) na 2 podstupně – II A a II B. Při popálení typu II A jde o povrchové částečné poškození kůže a vzniká puchýř, ale je léčitelná. Kelnarová (2013) poznamenává, že spodina kůže je růžová, puchýř obsahuje čirou tekutinu, objevuje se značná silná bolest a hojení trvá zhruba 10-14 dnů. Vrátime-li se ke Königové (1999), zjistíme, že typ poranění IIB je označován jako hluboké částečné poškození kůže. Z publikace od Kelnarové (2013) lze doplnit, že spodina je tmavě červená, objevuje se vysoké riziko zanesení infekce a hojí se 3-5 týdnů. Dle Königové (1999) se lze setkat také s popáleninami, které jsou po úrazu bledé (bílé). Tato bledost je způsobena přechodnou vazokonstrikcí, takže ztráta prokrvení je částečná. Při vzniku popálenin 3. stupně dochází ke ztrátě kůže v celé tloušťce. Je zde přítomna koagulační nekróza, charakterizována úplným uzavřením průsvitu cév na podkladě vazokonstrikce (trvalé) nebo trombózy. Kelnarová (2013) tento stupeň označila jako příškvár, kdy je kůže šedá až hnědočerná, suchá, tvrdá, necitlivá, nebolestivá a chladná. Při tomto stupni poškození se objevují téměř vždy druhotné (následné) infekce. Člověk je ohrožen většími ztrátami tekutin, septickým šokem (vzniká z polorozpadlých, nekrotických tkání a následného vylučování jedovatých látek). Hojení je velice obtížné, zůstávají velké jizvy a péče o popáleniny i mimo nemocniční prostředí je zdoluhavé. Popáleniny 4. stupně se označují zuhelnatěním, kdy dochází k celkové nekroze kůže, podkoží, svalstva a kosti.

1.4.5 Léčba popálenin

V historii se popáleniny léčily různými způsoby, např. ve středověku byly potírány popáleniny mastikou, anýzovým nápojem nebo marseillským pastisem (řadí se mezi alkoholické nápoje) a potřely se inkoustem. Vše se považovalo za babské rady, avšak

v tomto období se objevily první zmiňky o léčení ran pomocí medu a stříbra. V současné době se s tím už nesetkáváme (redakce ZN Plus, 13. 2. 2017).

V nynější době se léčba rozděluje dle stupně postižení kůže. U popálenin stupně I a II A lze postupovat konzervativně. Jako první se provádí chlazení postižených míst a poté se lokálně aplikují antiseptika v masti (Schneiderová, 2014). Pojem antiseptiky je „*proces zneškodňování mikroorganismů na povrchu kůže a sliznic, nebo ve tkáních při použití látek (antiseptik)*“ (Zeman, Krška a kolektiv, 2011). Do léčby rozsáhlých popálenin stupně II B a III se zahrnuje léčba popáleninového šoku, lokální léčba, léčení nově vzniklých komplikací, rehabilitace, korektivní a rekonstrukční úpravy (Schneiderová, 2014). Dle Tokarik a Bláhy (2010) lokální léčba využívá 3 metody, jimiž jsou otevřená metoda, polootevřená metoda a zavřená metoda. Otevřená metoda představuje nejjednodušší způsob ošetření. Využívá se při popálení obličeje a hráze (perinea). Popálená plocha se po ošetření nechává bez krytí, ponechává se exsudát zaschnout a vytvoří se příškvár. Hrozí vysoké riziko vzniku infekce, proto je pro zdravotnický personál prioritou zajistit sterilní podmínky. Mezi výhody patří, že se může kdykoliv kontrolovat postižené místo a mezi nevýhody se řadí vyšší ztráta tekutin vypařováním a možnost podchlazení.

Při polootevřené metodě se kryjí popálené plochy lokálními antibakteriálními prostředky a překrývají se tenkou vrstvou obvazu. Mezi lokální léčiva lze zařadit masti nebo krémy. Výhodou je dobrá kontrola popálené plochy. Nevýhodou je spotřeba antibakteriálních prostředků a náročnost pro personál.

Oproti tomu zavřená metoda znamená, že se popálená plocha kryje mnohvrstevným obvazem, který slouží jako bariéra proti infekci, a může se rovnou odsávat exsudát z rány. Obvaz se vyměňuje za 2-4 dny nebo dle potřeby. Na ránu se dávají lokální antibakteriální prostředky a mastný tyl tvoří vnitřní vrstvu obvazu, ten zabraňuje nepřilnavosti obvazu a jedná se o druh tkaniny, který je napuštěn mastným materiálem a má schopnost odvádět z ran sekreci a nepřilepit se k nim (Vokurka, 2002)

Tokarik a Bláha (2010) přidávají popis, že v dnešní době při operativním řešení popálenin lze využít syntetické a biosyntetické kožní náhrady. Syntetické náhrady jsou ve formě gelů, pěn a filmů, dosud nejosvědčenější je Surfasoft, což je „*monofilamentózní polyamidová síť, jejíž povrch z 45% tvoří póry umožňující drenáž, pokud je obvaz na ní udržován vlhký*“. Měšťák a kolektiv (2015) uvádí, že k tomu, aby byl výsledný kosmetický efekt a vlastnosti kůže co nejoptimálnější, je zapotřebí přítomnost epidermis. Od autorů Tokarik a Bláha (2010) se dozvídáme, že mezi

biosyntetické materiály se řadí integra, apligraf, dermagraft TC, avšak dodávají, že to není kompletní seznam kožních náhrad, protože postupem času se stále zdokonalují další kožní náhrady. Integra je dvojrstevný výrobek, který se aplikuje přímo na ránu dermální části. Vnitřní vrstva je získaná ze žraločích chrupavek a má za úkol vznik adekvátní vaskularizované neodermis. Vokurka (2002) se zmiňuje, že neodermis je nově vzniklá škára. Tokarik a Bláha (2010) doplňují, že vnější vrstva je tenká silikonová membrána, která má za úkol udržet pevnost kůže a zabraňuje vysychání. Integra zastává funkci, při které se původní kolagen „biodegraduje“, současně s novotvorbou kolagenu se tvoří i angioinvasce a do 3 týdnů se vytvoří plnohodnotná neodermis. V tomto čase je nutné, aby se odstranila silikonová folie a na místo silikonu se transplantoval dermální štěp. Do dermálních štěpů patří autotransplantáty a xenotransplantáty. Autotransplantát je kožní štěp, který je odejmut přímo z pacienta. Používá se jako definitivní krytí. Xenotransplantát je „*transplantát živé tkáně, který je přenesen z jedince živočišného druhu na jedince jiného druhu*“ (Vokurka, 2002).

K Apligrafu Měšťák a kolektiv (2015) přidávají popis, že se jedná o dvovrstvý výrobek. Epidermis je nahrazována kultivovaným transplantátem a dermis je tvořena gelem. Do gelu se smíchávají alogenní fibroblasty a bovinní kolagen, který slouží pouze jako dočasný kryt. Dle Strožického, Sýkory a kolektivu (2010) jsou fibroblasty zodpovědné za vznik fibrózy.

Tokarik a Bláha (2010) přidávají popis, že dermagraft TC je dočasná dvojrstevná kožní náhrada. Vnější vrstvu tvoří silikonová membrána, vnitřní vrstva je nylonová síťka s lidskými fibroblasty.

V rámci chirurgické léčby se provádí ještě nekrektomie, tj. operační výkon, při kterém se odstraňují části odumřelé tkáně (Bartůněk, Jurásková, 2016). Tokarik a Bláha (2010) píše, že nekrektomie je přirozená, ostrá a chemická (nekrolýza). Přirozená nekrektomie spočívá v rozpouštění mrtvých tkání pomocí enzymů, které si tělo vytvoří samo. Ostrá nekrektomie je za pomoci nástrojů (využívá se skalpel, nůžky pinzeta). Chemická nekrolýza je založena na použití kyseliny salicylové 40 %. Dává se do 7.-10. dne po úrazu. Neaplikují se nekrolytika na plochy větší než 10 % popáleného povrchu. Nekrolýza se používá pouze, pokud nelze použít nekrektomii s využitím celkové anestezie. Mezi chirurgické řešení se dále řadí tzv. uvolňující nářezy (escharotomie), které se provádějí v místech, kde hrozí, že by vzniklý otok tkáně utlačoval cévy a tím bránil dostatečnému prokrvení.

Převazy u rozsáhlých popálenin se pravidelně z bezpečnostních důvodů provádějí na operačním sále až do zhojení většinových ploch. U méně rozsáhlých popálenin se převazy mohou provádět ambulantně (Hájek a kolektiv, 2015).

Ze zahraničních studií zabývajících se léčbou a hojením popálenin je nutné zmínit, že španělsí vědci z Granadské univerzity přišli na způsob, kterým z kmenových buněk získaných z pupečníku dokážou vytvořit umělou kůži (Redakce Mladá fronta dnes, 7. 4. 2014).

Esteban-Vives, Corcos, Choi, Young, Over, Ziembick, Gerlach (2017) publikovali článek o provedeném výzkumu, který se zabýval nástřikem buněk přímo do rány a jejich dalšího štěpení v ráně. Jeho úkolem bylo zajistit rychlejší hojení. V této studii, která se prováděla na University of Pittsburgh, se průměrná doba hospitalizace, díky použití nástřiku buněk přímo do rány, zkrátila na 7 dní. Výzkum není dokončený. Stále se hledají různé alternativy dalšího postupu.

Osama (2017) informuje v článku pro Journal of the Pakistan Medical Association, že v Pákistánu a Brazílii výzkumníci spolupracují na studii, která se zabývá možným využitím rybí kůže z nilské tilápie, jež se běžně vyskytuje v Thajsku a Brazílii. Její kůže se nespotřebovává. Zjistilo se, že kůže tilápie je velmi bohatá na kolagenová vlákna a je odolná vůči vlhkosti a infekcím. Výzkumníci vyvinuli speciální obvaz z kůže na popáleniny. Bylo léčeno už 56 pacientů. Obvaz může na pokožce zůstat až 10 dní a poté se sundává. Zjistilo se, že kolagenové nano-vlákno má za následek rychlé hojení ran. Podle brazilských vědců je léčba levná, urychluje hojení a snižuje potřebu léků na tláčení bolesti.

Volkova, Yukhta, Pavlocich a Goltsev (2017) publikovali článek, v kterém představují experimentální studii týkající se hojení ran, která momentálně probíhá na zvířatech a soustředí se na použití kultivovaných fibroblastů s nanočásticemi zlata. Důsledek regenerace fibroblastů spojené s antioxidačním efektem nanočástic zlata se projeví pozitivně a slibně s využitím do budoucna.

1.4.6 Komplikace popálenin

Ferko, Šubrt a Dědek (2015) popisují rozdělení komplikací u popálenin na časné a následné. Mezi časné se řadí komplikace respirační, oběhové a v gastrointestinálním traktu. Mezi respirační komplikace se zařazuje otrava oxidem uhelnatým, inhalační trauma a cirkulární hluboké popálení krku. Dle kolektivu autorů (2008) plicní komplikace vznikají např. při vytvoření neprodyšných strupů, příškvarů a otoků hrudi.

K otravám oxidem uhelnatým se Ferko, Šubrt a Dědek (2015) vyjadřují tak, že oxid uhelnatý se váže na hemoglobin lépe než na kyslík, tudíž dochází ke sníženému okysličování buněk a tkání. Mezi následné komplikace u popálenin jsou řazeny infekční komplikace a orgánová selhání. Infekční komplikace zasahují kterýkoli systém v těle, avšak nejčastější z komplikací bývá bronchopneumonie, celková infekce nebo sepse, endokarditida či diseminovaná intravaskulární koagulopatie. Do orgánových selhání se řadí selhání ledvin a jater. U popálenin hrozí i tzv. MOF, což je mnohočetné orgánové selhání. (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015)

1.5 Ošetrovatelská péče

Při poskytování ošetrovatelské péče u dětí je zapotřebí umožňovat organizovaně a systematicky určitý přístup k dítěti a jeho doprovodu. K tomu je využíván ošetrovatelský proces, skrze který sestra řeší aktuální a potenciální problémy dítěte, vznikající z neuspokojení potřeb v nemocničním prostředí. Dle Zacharové (2007) uspokojování potřeb ovlivňují obecné faktory, mezi které se řadí např. výchova, rodinný stav, společenské faktory a patologické stavy jedince (bolest, horečka).

Tématem rozdělení lidských potřeb se zabývá i Bártlová (2005), která uvádí, že existují potřeby, které se nemocí nemění, dále potřeby, které se s nemocí mění, a konečně potřeby, které nemocí vznikly. Do potřeb, které se s nemocí nemění, patří veškeré potřeby, jež má zdravý člověk. Potřeby, které se s nemocí mění, jsou individuální, při čemž záleží na druhu nemoci, stádiu nemoci a závažnosti nemoci. Potřeby, které nemocí vznikly, závisí na osobnosti pacienta, stupni závažnosti nemoci, informovanosti pacienta a jeho předchozí zkušenosti. Zacharová (2017) popisuje, že se u nemocného se objevuje touha po navrácení zdraví, potřeba tlumení bolesti a snaha po udržení a obnovení fyzických i psychických funkcí. Důležitá je i příprava nemocného na nové sociální role.

Abraham Maslow rozdělil lidské potřeby a sestavil je hierarchicky do tvaru pyramidy, v rámci, které definoval základní fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby lásky, přijetí a spolupatříčnosti, potřeby uznání a úcty, potřeby seberealizace (viz Příloha 2). Dle této teorie rozdělil výše vyjmenované potřeby do 2 skupin. Potřeby, které napomáhají odstranit nějaký nedostatek a potřeby sloužící k dosažení hodnoty bytí. Do skupiny potřeb k odstranění nějakého nedostatku se řadí základní fyziologické potřeby a potřeby jistoty a bezpečí. Při jejich dostatečném

neuspokojení způsobují člověku pocity úzkosti. Jakmile jsou tyto potřeby uspokojeny, jsou vnímány v běžném životě za normu (Maslow, 2014).

Základní potřeba organismu je dýchání. Dýchání zajišťuje výměnu kyslíku a oxidu uhličitého mezi vnitřním a vnějším prostředím. Vnější dýchání je výměna plynů mezi atmosférou a krví a vnitřní dýchání je mezi krví a buňkami. (Vytečková, Sedlářová, Wirthová, 2013).

K dalším základním potřebám organismu patří potřeby výživy (Sikorová, 2011). Beňo (2003) se zmiňuje, že „*fyziologická výživa znamená z hlediska přísunu energie, stovebních látek a dalších esenciálních živin zabezpečení fyziologické potřeby organismu.*“ Sikorová (2011) uvádí, že mezi základní živiny patří sacharidy, bílkoviny a tuky.

Další potřebou je vyprazdňování. Uspokojení této potřeby zajišťuje stálost vnitřního prostředí. Charakter a frekvence vyprazdňování závisí na věku dítěte, nemoci, či úrazu, stravě, tekutinách, pohybu a celkové aktivitě. Problematiku vyprazdňování ovlivňují i psychologické, sociální a kulturní faktory.

K základním potřebám patří ještě potřeba spánku a odpočinku, udržení stálé teploty, uspokojení žízně a potřeba být bez bolesti. K uspokojení této potřeby jsou se využívány farmakologické i nefarmakologické prostředky (Sikorová, 2011).

Trachtová (2013) tvrdí, že mezi potřeby jistoty a bezpečí se řadí také potřeba soběstačnosti a sebezpečí, potřeba vyhnoutí se ohrožení, potřeba důvěry, potřeba míru a klidu, potřeba informací a orientace a potřeba naděje. Dle Sikorové (2011) pocit jistoty a bezpečí u dětí zajišťuje opakování denních rituálů. Děti řadí tuto potřebu na první místo. Dalším činitelem potřeb jistoty a bezpečí je stálost prostředí. Po úrazu se u dětí může objevit nejistota spojená s tělesnými změnami a při osamostatňování se.

Šamánková (2011) se domnívá, že mezi potřeby lásky a sounáležitosti spadá i potřeba někam patřit, být milován a moci někoho milovat. Tato potřeba může být v nemocničním zařízení uspokojena členy rodiny a přáteli. Od ošetřujícího personálu by se mělo dítě setkat s projevy empatie, porozumění a pochopení. Sikorová (2011) dodává, že ošetrovatelská péče by měla napomáhat vytvoření pozitivních citových vztahů, měla by se také soustředit na dobrou komunikaci v rodině a měla by u dítěte zvýšit vědomí, že k rodině nedílně patří.

Dle Plevové (2011) bývaly dříve duchovní potřeby ve zdravotní péči opomíjeny. Tyto potřeby mají lidé po celý život. Existují určité životní situace, při kterých se duchovní potřeby dostávají do popředí. Může to být například bolest, ztráta blízké

osoby nebo vážná nemoc. Sikorová (2011) uvádí, že do oblasti těchto potřeb patří i víra. Ta je důležitá k hledání identity, jejího upevnování v průběhu života a při hledání životních hodnot. Spiritualita nemusí znamenat pouhé přilnutí k určitému náboženství nebo k jejich prolínání.

Ošetrovatelská péče na ARO / JIP

Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) jsou pacienti zpravidla převezeni po těžkých operacích nebo po polytraumatu, při kterém jim selhávají dvě a více orgánové funkce, a tím jsou ohroženi na životě (Slezáková, 2012). Na tomto oddělení jsou pacienti závislí na farmakologické a přístrojové podpoře (např. ventilační podpora, přístrojová náhrada renálních funkcí apod.).

Jednotka intenzivní péče (JIP) představuje oddělení, kam jsou umístěni pacienti, jimž selhává jedna životní funkce a je nutno jejich vitální funkce monitorovat (Bartůněk, 2016).

Zajištění potřeb v akutní péči je následovné. Potřeba dýchání se zajišťuje u dětí, které jsou v kritickém zdravotním stavu, pomocí umělé plicní ventilace. Tu Kittnar (2011, str. 288) popisuje jako *„úplnou nebo částečnou podporu dýchání pomocí ventilátoru nebo masky a vakem.“*

U potřeby výživy, pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, sestra zjišťuje informace, které se výživy týkají, při vstupní anamnéze s rodiči nebo s dítětem samotným. Zajímá se o chuť dítěte k jídlu, jeho dietní omezení, má-li nějaké potíže při stravování a jaká je jeho denní stravovací režim (Sikorová, 2011).

V některých těžších případech (nepřijímá-li pacient výživu ústy) se musí výživa podávat jiným způsobem. Kapounová (2007) popisuje možnosti podání výživy pomocí enterální a parenterální cesty. Na ARO se podává směs výživy cestou parenterální, tzn. do centrálního krevního řečiště. Nejčastěji se využívá systému All-in-one. Zadák (2008) uvádí, že v systému All-in-one jsou obsaženy složky aminokyselin, vody a elektrolytů, glukózy a tukových emulzí, mikroelementů a stopových prvků. Výživa se podává buď totálně (úplně) nebo doplňkově, dlouhodobě nebo krátkodobě. Kapounová (2007) upozorňuje i na důležitost infuzní terapie, jež je nutná u rozsáhlých popálenin.

Na JIP se podává výživa cestou enterální, tzn. pomocí sondy (Slezáková a kolektiv (2007) Při akutním zajištění pacienta se sonda zavádí do gastrointestinálního traktu a sondy se dělí na nazogastrickou a jejunální. Nazogastrická sonda je opatrně zavedena

sestrou anebo lékařem nosní dírkou přes nazofarynx do žaludku, jejunální sonda je zavedena stejným způsobem, jen vede až do jejunu.

Do skupiny základních lidských potřeb je zařazena potřeba být bez bolesti. Rokyta (2009) uvádí, že u popálenin se objevuje bolest akutní, poúrazová a pooperační. Akutní bolest je krátkodobá a reaguje dobře na léčbu. Poúrazová bolest nastává necíleně po následku nějakého úrazu a pooperační bolest vzniká jako doprovodný efekt. Krutá bolest může vést až k šokovému stavu. Léčba bolesti by proto měla být zahájena ještě před operací. Sestra se zajímá o to, jakým způsobem pacient bolest snáší. Míru intenzity hodnotí dle VAS škály, zapisuje ji a konzultuje ji s lékařem. Dle jeho ordinace podává léky proti bolesti (Mikšová, 2006). Sedlářová (2008) upozorňuje, že při podávání léků dětem existují určité zásady, kterých by se měla sestra držet. Důležité je především přesné dávkování. Děti jsou totiž častěji ohroženy alergickou reakcí než dospělí jedinci. Léky jsou podávány pomocí čípků, injekcí, které se mohou aplikovat intradermálně, subkutánně, intramuskulárně nebo intravenózně. V současné době se dává přednost podávání léků intravenózně.

U problematiky vyprazdňování (moče), pokud dítě není schopno spontánně se vymočit, zajišťuje sestra jednorázové nebo permanentní cévkování.

Ošetrovatelská péče na IMP

Pacienti se na intermediální péči (IMP) zpravidla dostávají překladem z JIP. Zde stav pacientů vyžaduje nadále kontinuální monitoring vitálních funkcí, ale již menší farmakologickou a přístrojovou podporu (Bartůněk, 2016).

Na IMP spočívá zajištění potřeby dýchání v ulehčení ventilace, kterého může sestra dosáhnout tím, že bude dítě polohovat, povzbuzovat k hlubokému dýchání a vykašlávání. "Toho může docílit pomocí inhalace, která je dle Vytejškové (2013, str. 64) popsána jako „účelné vdechování léčebných látek.“ Inhalace trvá 15-30 minut a mezi její účely se řadí uvolnění svalstva průdušek, uvolnění hlenu z dýchacích cest, zvlhčení sliznic a dodání léčebné látky na sliznici dýchacích cest (Kelnarová a kolektiv, 2009).

U potřeby výživy, pokud to stav dítěte dovolí, podává se strava i tekutiny ústy. Sestra se nejprve zajímá o chuť k jídlu, dietní omezení, o potíže při stravování a o jeho denní stravovací režim. (Sikorová, 2011) V doplňování tekutin se nadále pokračuje infuzní terapií (Kapounová, 2007).

Potřeba být bez bolesti se zajišťuje podáváním léků tlumících bolest. Dle Sedlářové (2008) jsou při podávání léků nutné určité zásady, jichž by se sestra měla držet. Pokud je dítě hospitalizováno s matkou, měly by se léky podávat za její přítomnosti. Nutné je vysvětlit dítěti správný způsob podání a také důvod, proč je podání léků důležité. Při této činnosti musí být sestra trpělivá, neboť se často setkává s tím, že dítě lék odmítá a nespolupracuje. Léky se podávají buď ústy, a to v případech, kdy dítě nemá problémy s polykáním a je velká pravděpodobnost, že lék udrží v žaludku. Dalším způsobem je vpravení léku do konečníku. Takto podávané léky existují ve formě čípků nebo roztoků. Tento způsob je pro dítě nebolestivý a velmi účinný. Sestra nepodává léky do konečníku u dětí, které mají průjem nebo byly v této oblasti operovány. (Sikorová, 2011)

K zajištění potřeby vyprazdňování moči a stolice u dětí, které se nemohou dostatečně hýbat, sestra zajistí podložní mísu k lůžku. U vyprazdňování moče je postup stejná jako na ARO/JIP, tzn. pokud dítě není schopno spontánně se vymočit, zajišťuje sestra jednorázové nebo permanentní cévkování. Při samotném cévkování nebo při podání podložní mísy sestra dbá u pacienta na zachování soukromí.

Povinností sestry je zajistit dítěti kvalitní spánek. Sikorová (2011) se domnívá, že pro kvalitní spánek je důležité omezení rušivých elementů prostředí, naplánování přiměřených pohybových aktivit a zdokonalení předspánkových rituálů, jako např. čtení před spaním nebo zajištění možnosti poslechu hudby. Také je možné, aby dítě uspávali rodiče (Sikorová, 2011).

Ošetrovatelská péče na standardním oddělení / po propuštění domů

Na standardní oddělení se pacient dostává z IMP po stabilizaci stavu. Ošetrovatelská péče se soustředí na eliminaci bolesti a podporu k návratu do optimálního zdravotního stavu (Kubicová, 2005).

Na standardním oddělení se zajištění potřeb dýchání a výživy shoduje s ošetrovatelskou péčí na IMP. Při podávání léků platí stejné zásady, které byly již zmíněny.

Také potřeba vyprazdňování se u nechodících dětí je stejná jako na IMP. Chodící, soběstačné děti docházejí na WC. I zde platí opět potřeba zachování soukromí.

Kvalitní spánek sestra zajišťuje obdobně jako na IMP.

Povinností sestry je dbát na dostatečnou komunikaci mezi ní a pacientem, neboť to významně napomáhá ke spolupráci obou (Sikorová, 2011). Sestra by měla trpělivě

vysvětlovat všechny úkony, které bude s dítětem provádět tak, aby jim dítě rozumělo. Neměla by dítěti lhát a měla by se snažit při komunikaci používat krátké věty. Ke komunikaci s dítětem je dobré používat hračky, které dítě zná a má je rádo (Plevová, 2010). Sestrám se doporučuje, aby převazy dítěte prováděla mimo jeho pokoj, protože dítě má brát pokoj jako bezpečné místo.

U dětských popálenin se sestra setkává s pacienty, kteří mají narušený obraz těla. Tento problém souvisí se sebepojetím dítěte. Zeleníková a Janíková (2013) poukazují na existenci tří aspektů při vnímání obrazu těla. Je to reálný aspekt, ideální aspekt a prezentace těla. Všechny tři aspekty se u člověka mění v průběhu života. Jde o velmi osobní záležitost, protože změna v představě o tělesném obraze člověka má dopad na jeho emoční stránku. Sikorová (2011) proto doporučuje podporovat u dítěte jistotu ve vlastní sílu a schopnosti a zároveň se sestra má snažit negativní sebehodnocení dítěte, co nejvíce korigovat.

Při propuštění do domácího prostředí je proto důležité pomoci dítěti zapojit se do aktivit v podpůrné skupině. Ta je tvořena buď pacienty se stejným úrazem bez asistence zdravotníka, anebo je to skupina, která je zdravotníkem vedena.

Jednou z podpůrných skupin, která v České republice působí jako psychosociální podpora, je občanské sdružení Bolíto. Bolíto je nezisková organizace, založená v roce 2003, která pomáhá dětem s popáleninami. Předsedou organizace je přednosta kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, MUDr. Robert Zajíček, Ph.D. a místopředsdkyní je vrchní sestra oddělení popálenin, Mgr. Lenka Šetelíková. Cílem organizace je věnovat se následné péči o psychickou a sociální pohodu dětí. Na víkendových i týdenních pobytech, které dětem nabízejí dobrodružství a nové prožitky, se zdravotníci také snaží zahojit jejich jizvy na těle i na duši. Tím se dětem otevírá cesta zpět mezi jejich vrstevníky i do společnosti (Bolíto, 2017).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit problémové oblasti u dětí s popáleninami ve věku od 10 do 16 let.

Cíl 2: Zjistit podíl sestry v podpoře dětí s popáleninami.

Cíl 3: Poukázat na význam občanského sdružení Bolíto .

2.2 Výzkumné otázky

VO1: S jakými problémy se potýkají popálené děti?

VO2: Jakým způsobem se podílí sestra na podpoře dětí s popáleninami?

VO3: Jaký význam má občanské sdružení Bolíto pro popálené děti?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

V bakalářské práci byla použita metoda kvalitativního šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru. Získaná data byla zaznamenávána pomocí tužky a papíru a následně byla přepsána do Microsoft Word. Analýza dat byla zpracována za pomoci otevřeného kódování.

Po oslovení občanského sdružení Bolíto jsme získaly kontakty na popálené děti. Kritériem pro vstup do našeho výzkumu bylo u dětí: těžší stupeň popálení, věk od 10 do 16 let a byla požadována nutná zkušenost s ozdravnými pobyty poskytovanými občanským sdružením Bolíto. Při vedení rozhovoru byla z důvodu věku dítěte zapotřebí přítomnost rodiče. U sester bylo pro nás nejdůležitější, aby měly zkušenosti s popálenými dětmi a po dobu své ošetrovatelské praxe působily na dětském popáleninovém oddělení. V rámci realizace rozhovorů jsme získávaly kontakty na další možné uchazeče, k získání dat bylo využito metody sněhové koule.

Dotazování byli obeznámeni s tím, k jakému účelu budou získaná data sloužit. Všem dotazovaným byla zaručena naprostá anonymita. Rozhovory s dětmi a jejich rodiči byly započaty v lednu roku 2018 a probíhaly v domácím prostředí. Sester jsme se začaly tázat až v březnu téhož roku a rozhovory byly poskytovány v prostorách kaváren. Doba samotného rozhovoru byla u každého individuální (viz Příloha 6). Děti jsme se dotazovaly na problémy, které vznikly následkem popálení, a na zkušenosti s občanským sdružením Bolíto. Otázky, které byly pokládány dětem a rodičům, jsou obsaženy v Příloze 3.

U sester jsme se zajímaly o to, jak je poskytována podpora v biologické, psychické, sociální a spirituální oblasti dítěte s cílem zjistit, jaký podíl sestry mají při podpoře o popálené děti v léčebné fázi. Pokládané otázky sestrám jsou uvedeny v Příloze 4.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl složen ze sester, které pracují nebo pracovaly na popáleninové klinice dětského oddělení, a dětí, které byly popálené a současně měly zkušenost s ozdravnými pobyty poskytovanými občanským sdružením Bolíto. U některých dětí jsme se setkaly s tím, že nevěděly, jakým způsobem zformulovat odpověď, aby dávala smysl, proto s celkovou odpovědí napomáhal rodič.

Na začátku našeho výzkumu jsme se dotazovaly deseti dětí, avšak dvě z nich si už nepamatovaly okolnosti, které byly pro náš výzkum zásadní. Lze se domnívat, že to bylo způsobeno tím, že došlo k úrazu v brzkém věku. Pro rodiče pak to byl stále velmi traumatizující zážitek a odmítali o něm mluvit.

Tabulka 1 - Identifikační údaje vzorku dětí a rodič

OZNAČENÍ	POHLAVÍ	VĚK	VĚK V DOBĚ ÚRAZU	POPÁLENÉ ČÁSTI TĚLA	OZNAČENÍ ODPOVĚDI RODIČE
D1	Muž	14 let	13 měsíců	Dýchací ústroj, záda	RP1
D2	Žena	13 let	3 roky	Krk, hrudník, ruce	RP2
D3	Žena	16 let	5 let	Krk, hrudník	RP3
D4	Žena	16 let	7 let	Brada, ruce, stehna	RP4
D5	Žena	16 let	3 roky	Hrudník, ruce, břicho	RP5
D6	Žena	16 let	7 let	Hrudník, ruce, nohy	RP6
D7	Žena	11 let	6 let	Obličej, krk, trup, ruce	RP7
D8	Žena	15 let	3 roky	Záda, ruce	RP8

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

Tabulka 2 - Identifikační údaje vzorku všeobecných sester

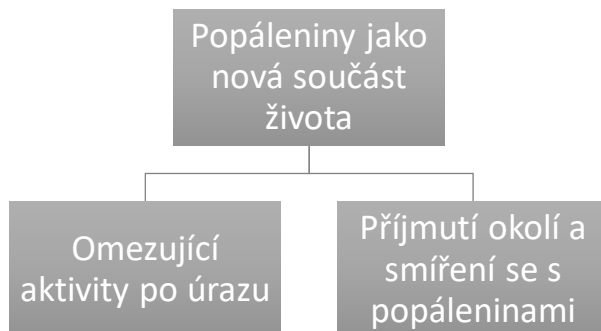
OZNAČENÍ	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ
S1	Dětské standardní oddělení	7 let	Bc
S2	JIP na klinice popálenin	15 let	Mgr.
S3	Dětské standardní oddělení	3 roky	Bc.
S4	Dětské standardní oddělení,	5 let	Bc.
S5	Dětské standardní oddělení	9 let	Středoškolské s maturitou

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

První kategorie je nazvána popáleniny jako nová součást života. Druhá kategorie se věnuje době hospitalizace. Třetí kategorie obsahuje názory na Občanské sdružení Bolíto a čtvrtá kategorie se věnuje pohledům sester na celou problematiku.

Kategorie 1 - Popáleniny jako nová součást života



Omezující aktivity po úrazu.

Z analýzy odpovědí vyšlo, že pro D1 byla omezena komunikace s ostatními a byl znemožněn zpěv, z důvodu inhalačních popálenin a následným poškozením hlasivek. Omezující aktivitou bylo trávení času s kamarády, které uvedlo D2, D3 a D7. Lze usoudit, že toto omezení má několik příčin, u D2 jde o zvědavost ostatních lidí a strach z komunikace s nimi, RP2 dodává: „*Dcera nechtěla chodit ven mezi ostatní děti, nechtěla chodit do školky ani do školy. Stranila se dětem.*“ U D3 kvůli následné péči doma a v případě D7 se jedná o nutnost uvolňovacích operací: „*Pořád musím jezdit do nemocnice na operace. Nemůžu kvůli tomu chodit do školy a být s kamarády.*“ Další aktivitou, kterou děti (D2, D3, D7) omezují je docházka do školy. Příčiny jsou stejné jako u trávení času s kamarády.

Z odpovědí od D5 je zřejmé, že mezi omezené aktivity patří plavání, skok do dálky, skok do výšky a kontaktní hry. D8 odpovědělo stručně, že je omezen hlavně sport, avšak D4 popsala omezení konkrétněji: „*Na tělocviku jsem nemohla hrát míčové hry kvůli nárazu míče, běhat, šplhat. Nemohla jsem jezdit na kole a na kolečkových bruslích zhruba 3 roky po úrazu, protože hrozilo nebezpečí pádu a zanesení infekce, na táboře jsem se nemohla koupat v rybníku, protože byl špinavý.*“ K riziku zanesení infekce se přiklání i D5 společně s RP5: „*Byl problém přespávat u mých kamarádů, protože někteří měli v bytě psa nebo kočku a já jsem nesměla přijít do kontaktu s chlupy.*“

Báli jsme se každého pádu, říznutí a uklouznutí. Museli jsme odstranit koberece a záclony, aby se v nich nemohl usazovat prach. Nebylo to zrovna lehké období pro celou naši rodinu.“ Z odpovědí je patrné, že společným problémem pro D1, D4 a D5 je se seznamování, či navazování kontaktů s lidmi, D4 uvedlo: „Do teď ještě pozoruji, že když vejdu do místnosti plných cizích lidí, tak si mě všichni prohlíží. Velmi mi to vadí, ale snažím se to přecházet. Proto nerada chodím do nové společnosti.“ Děti také trápí stud (D4, D5), D4 odpovědělo: „Jako malá jsem si to moc nepřipouštěla, ale když jsem přišla do puberty, opravdu mě to trápilo. Styděla jsem se za jizvy a nechtěla jsem chodit v létě ven nebo na koupaliště, protože jsem si nechtěla oblékat šortky či šaty. Mrzelo mě, že nejsem jako ostatní.“ U D6 byl stud při svlékání: „Později s příchodem puberty nastal problém při navazování kontaktů s klukama, protože jsem se styděla za jizvy na hrudníku a nedovedla jsem si představit, že bych se před nimi měla svléknout.“ Z tohoto důvodu RP6 dodal: „Museli jsme se vyvarovat oblečení, které by nezakrývalo všechny jizvy.“

Přijmutí okolím a smíření se s popáleninami

Okolí dětí (D1, D2, D3, D5, D7, D8) akceptovalo skutečnost vzniku popálení. Objevovala se u spolužáků a kamarádů radost (D3, D4), že dotyčnou osobu opět vidí. Odpověď od D3 byla: „Mí spolužáci a přátelé mě přijmuli takovou jaká jsem a byli rádi, že mě konečně zase vidí. Pár z nich mě dokonce běželo obejmout se slzami v očích.“ Z odpovědi D4 je radost u ostatních patrná: „Když jsem prvně po úrazu vešla do školy, všichni (učitelé, spolužáci, ostatní třídy) stáli na schodech a tleskali mi. Na to nikdy nezapomenu.“

U okolí se také objevovalo prvotní zaskočení (D4, D5, D6). Odpověď RP5 toto tvrzení podpořila: „Dodnes vzpomínám na den, kdy jsem dceru vedla do školky a bála jsem se, jak ji přijmou. Je pravda, že děti byly zpočátku zaskočeny, ale netrvalo dlouho a už si s ní hrály.“ Podobně se s tím ztotožňuje i D6: „Ze začátku to bylo těžké pro každého zvyknout si, naštěstí jsem kolem sebe neměla nikoho škodolibého.“

Po prvotním zaskočení se u některých dětí (D2, D3, D4, D8) objevoval výsměch. Odpověď od D3 tento jev popisuje: „Také se tu o pár let později ale našel takový, který si o tom myslel bohužel něco jiného.“ Podobnou odpověď uvedlo také D8: „Občas se ale i našel člověk, který se například mým popáleninám smál.“ Lze usoudit, že pokud se děti setkaly s výsměchem, kvůli popáleninám, v průběhu svého života, narušil se tím proces smíření se se sebou samým. Náš úsudek potvrzují odpovědi dětí, které v průběhu

let pociťují smutek, ale zároveň obohacení, jako např. D3: „*Podle mě se každý smiřuje se svým úrazem celý život, ale takové to vnitřní smíření sami se sebou mi netrvalo moc dlouho. Ano, někdy mám dny či večery, kdy si na to celé vzpomenu a probrečím je, ale z druhé strany jsem, dalo by se říci i ráda, že se to stalo, jelikož mě to v mém životě něčím poznamenalo a dalo mi to něco, kvůli čemu to můžu být já. Samu sebe si bez toho už nedokážu představit.*“ Dle analýzy odpovědí vyšlo, že D6 využila i odbornou pomoc: „*Vlastě asi ještě rok po úrazu jsem (poprvé) navštívila dětskou psycholožku, od které jsem dostala jakési léky na spaní kvůli špatným snům. Těžko říct, jak dlouho to trvalo. Občas ještě dneska závidím holkám hezké nohy, ale to už jen málokdy. Nejsem s tím smířená, ale jsem ráda, že tu jsem.*“ Odpovědi ukazují, že některé děti (D1, D5, D7) jsou názoru, že jim samotný proces smíření se s úrazem a se sebou samým nezabral žádný čas. U D1 je hlavním odůvodněním věk, v kterém se stal úraz (13 měsíců): „*Vzhledem k mému věku v době úrazu to беру jako běžnou součást mého života. Už jsem s tím vyrůstal a nikdy jsem s tím neměl žádný problém.*“ Podobného názoru je i D5, které uvedlo: „*Jelikož se mi to stalo v dětství, tak mi to vlastně nezabralo žádný čas.*“ Avšak v tomto případě se úraz stal ve 3 letech. Doba smíření je u každého jedince individuální. Některé děti (D2, D3, D8) jsou toho názoru, že smíření zabere celý život. D2 uvedlo: „*Tak není to nic všedního a doposud pro mě není lehké se vyrovnat s tím, že nejsem stejná, jako holky kolem. Že se nemůžu vystavovat, protože by to lidé možná nepřijali vlídně. Je to teď, ale mnohem snazší, čím starší jsem, tím lépe se cítím.*“ D8 mělo podobnou odpověď pouze s jiným náhledem na situaci: „*Se zraněním nejsem smířena do teď, ale snažím se s tím žít a brát to jakou druhou šanci.*“ Ke smíření dopomohla řada činitelů. Jedním z nich je podpora od přátel (D2, D4, D5, D7) a od rodiny (D4, D5, D6, D7), v některých případech děti přímo označovaly matky jako D6: „*Na 1000 % to byla mamka, která se mnou byla pořád. A celkově rodina, která mě hodně podporovala.*“ Shoduje se s ní D8: „*Se smířením mi pomáhá moje pěstounská mamka, je to moje největší podpora.*“ Odpovědi ukázaly, že dětem (D4, D5, D8) pomohlo i vykonávání činností, které je baví. U D4 to bylo: „*Zaměřila jsem se na jiné věci, které mohou být na mě krásné a chtěla jsem vylepšit své tělo. Začala jsem sportovat a soustředit se jen na to.*“ D8 dodala: „*Hodně mi pomohlo po pár letech se opět vrátit k plavání a dokázat si, že mohu dělat věci, které mě baví, a při kterých jsem to pořád já.*“ Dalším činitelem napomáhajícím ke smíření, dle D2, jsou akce s občanským sdružením Bolíto, při kterých došlo i určení míry svého úrazu, toto tvrzení podpořila odpověď od D3: „*Napomáhalo mi k tomu třeba právě akce s Bolítem, kde*

jsem byla mezi „svými lidmi“ a bohužel musím říct, že jsem si uvědomila, že jsou na tom někteří ještě hůř.“ I D6 se shoduje s tímto tvrzením: „Každopádně mi nejvíc pomohl kolektiv v Bolítu.“ Pouze D2 odpověděla, že si při smíření musela pomoci hlavně ona sama, jejím činitelem je: „Abych si to usnadnila, začala jsem studovat a chystám se pracovat v blízkosti dalších neobyčejných, zdravotně postižených lidí a už jen fakt, že takoví jsou, mě hodně podporuje.“

Kategorie 2 - Hospitalizace



Vnímání sester z pohledu dítěte.

Z analýzy odpovědí vyšlo, že děti (D5,D8) sestry braly jako náhradní matky např. D5 odpovědělo: *„Brala jsem je jako takové mamky, protože tam ta moje být se mnou nemohla. Kdykoliv mi bylo smutno nebo se něco dělo, tak mi pomohly.“* S touto odpovědí se shodlo D8: *„Zdravotní sestry jsem vnímala jako takové náhradní mamky, protože se mnou trávily spoustu času po dobu mého pobytu v nemocnici.“*

Z odpovědí lze usoudit, že některé děti označovaly sestry za milé (D2, D5, D6), ochotné (D1, D2, D5) a hodné (D6, D7). U D6 se objevila situace, z které je patrné, že sestra nebyla do značné míry vnímavá: *„Pamatuji si, jak jsem několik dnů i noci brečela kvůli bolesti kolene a místo, aby pořádně zkontrolovaly obvazy, kvůli kterým to nakonec bylo způsobeno (špatně poskládaná vata a moc natěsno obvázané – vznikla další jizva, kterou jsem mít nemusela), mě „zásobovaly“ léky proti bolesti, které akorát zbytečně oslabovaly tělo a nepomáhaly“* S podobným jevem se ztotožňuje i RP7: *„Rodič: Je poměrně značný rozdíl mezi jednotlivými sestrami a jejich přístupem k pacientům.“*

Některá vnímá poměrně bolestivé zásahy a je ochotná nasadit utišující prostředky v zárodku, jiná nedbá.“

Je zaznamenána i situace, kdy dítě (D6) vnímalo zprvu sestry jako siluety: *„Byla jsem dlouhou dobu ve stavu, kdy jsem je vnímala jen jako „siluety“. Když se mi stav zlepšil a byla jsem převezena z pražských Vinohrad do Českých Budějovic.“*

Pro D3 sestra znamenala sestra pomocnou ruku: *„Zdravotní sestry jsem vnímala jako druhou pomocnou ruku.“*

Ve vnímání sester hrají důležitou roli také sympatie, dle D5: *„Pomáhaly mi hodně. Někdy i stačilo, když přišla do práce sestra, kterou jsem měla ráda a hned ten den jinak utíkal. Pouštěly mi pohádky, které jsem měla ráda a hrály si se mnou.“* Oproti tomu D5 uvedla: *„Jedné mladé sestry jsem se bála. Pořád pospíchala a dělalo jí problém, pro mě něco udělat, když jsem potřebovala. Pamatuji si, že jsem se nikdy nechtěla vyprázdnit do podložní mísy, protože mě potom surově utírala, a tak jsem to držela a pak se v noci ze spaní pokakala. Proto jsem vždy chtěla ošetřovat jen od Honzy.“* K negativnímu vnímání se vyjádřilo i D6: *„Všechno na mě působilo negativně. Nemocnice celkově.“*

Dotazování sester

Z odpovědí lze usoudit, že sestry se s dotazy ve většině případů obracely na děti i na rodiče. Avšak v některých případech (D1, D4) se sestry ptaly pouze rodičů, což vyšlo z analýzy rozhovorů z odpovědi od D4: *„Spíše na rodiče, ale pokud se to týkalo toho, jak se cítím, jestli mě něco omezuje apod. zeptala se i mě.“* Dotazy od sester byly nejčastěji na bolest (D4, D5), na pocity (D4), od RP8 jsme se dozvěděly, že: *„Dotazy na dceru byly, zdali něco potřebuje, jestli jí něco trápí apod.“*

Priority v poskytování ošetrovatelské péče z pohledu dětí

Z odpovědí vyplývá, že jednou z priorit dětí (D4, D7) je hra, odpověď od D4 vysvětlila důležitost: *„Opravdu na zdravotnický personál mohu vzpomínat jen pozitivně. Dostávala jsem hračky, hráli si se mnou. Pouštěli nám pohádky. Zařídili, že i v tom nejhorším období se člověk cítil alespoň trochu šťastně a zapomněl na bolest.“* Ke hře se dále zmiňuje D7: *„Jedna sestřička mě nechala hrát večer společně s ní hry na počítači, když jsem nemohla spát a chtěla nechat mamku odpočinout.“* V rámci zabavování dětí jde i o pouštění pohádek (D4, D7).

Další prioritou je komunikace, ke které se D5 vyjádřilo: *„Jednou jsem byla na oddělení úplně sama a sestřičky si se mnou chodily povídat.“*

Vzpomínky na hospitalizaci

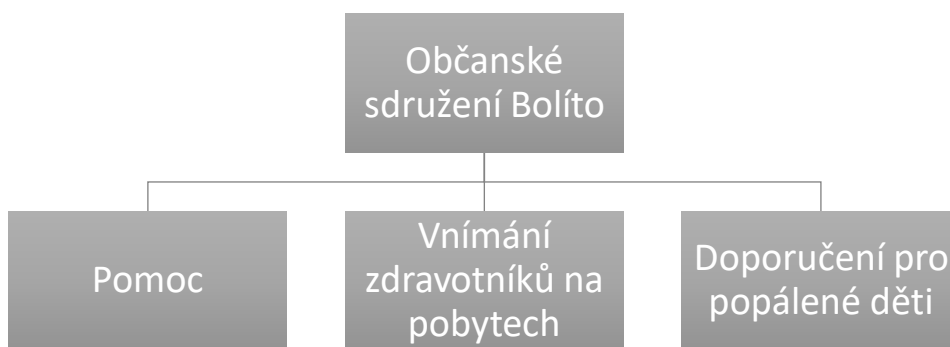
Na základě rozhovorů vyšlo, že silnou vzpomínkou pro děti byla popálená sestra na oddělení, která jim pomáhala hlavně po psychické stránce. D2 uvedlo: *„Nedá se zapomenout na jednu vstřícnou sestřičku, která měla přesně takové popálení jako já. Do teď věřím, že si svojí práci užívá a pro mě, jako malou holčičku, bylo přínosem vidět podobné zranění na někom jiném, zdravém, a tak usměvavém jako byla právě tahle slečna. Už to byla velká psychická podpora.“* Odpověď D4 se shoduje, a ještě zmiňuje dalšího člena ošetrovatelského týmu: *„Jedna zdravotní sestra byla také popálená a dost mě uklidňovala, byla soucitná a opravdu mi pomohla. Dále bych chtěla zmínit zdravotního bratra Honzu, který se mnou byl od začátku až do konce, i na ozdravných pobytech. Člověk, který pomohl psychicky mně i mojí mamce. Pamatuji si, že si i vyměňoval služby kvůli mně a chodil mě přebalovat a převazovat.“* D3 navazuje svou odpovědí: *„Po psychické stránce si vzpomínám především na zdravotního bratra Honzu. Byl mým kamarádem a zároveň mi důrazněji uměl vysvětlit, že teď večer rodiče musí domů a bude se tam o mě starat jenom on.“*

Další vzpomínkou, která zanechala silný prožitek, je u D3: *„Mám dva silnější zážitky, na které si pamatuji. První je ranní probuzení s velkým bílým tygrem na vzdušném lůžku, kterého mi tam dal pan doktor (Z důvodu zachování anonymity není jméno lékaře zmíněno). Jako druhý zážitek bych popsala ten, jak mě sestry učily po druhé chodit.“* K dostávání dárků uvedlo odpověď i D6: *„Chvilí před propuštěním na Velikonoce mi sestry v nemocnici ČB koupily plyšového králíka, omalovánky, hezký zážitek, který se mi vryl do paměti. Jelikož jsem vystřídala nemocnic víc, zažila jsem i méně příjemné sestry. Neochotné podat dítěti připoutaném na lůžku obyčejný kapesník a spoustu takových drobností, při kterých dítě neví, jak v takové situaci, reagovat.“*

Z negativních vzpomínek uvedl RP2: *„Někdy bylo znát, že když sestra byla na směně sama, nestíhala nápor práce a museli jsme svou prosbu několikrát opakovat.“*

Pouze D1 uvedlo, že si na nic nevzpomíná.

Kategorie 3 - Občanské sdružení Bolíto



Pomoc

Občanské sdružení Bolíto pomohlo dětem (D2, D3, D4, D6, D7) v zařazení do společnosti, zvládnutí určitých životních situací (D3, D5), což D5 uvedlo: „*Začala jsem chodit více na veřejná koupaliště, plavecké bazény, a vůbec, mezi lidi.*“

Děti (D1, D2, D5, D6, D7) se shodly, že díky o.s. získaly nové přátele. Dle D2: „*Měli jsme příležitost se seznámit s tak skvělými lidmi a jiné lidi něčemu přiučit.*“ K tomuto tvrzení se přiklonilo i D6, které dále rozšířilo informaci: „*Získala jsem spoustu přátel, možnosti, zkušeností, znalostí, sebevědomí, pocit, že je v tom někdo se mnou... je toho spousta. Tahle nadace pro mě znamená strašně moc. Nebylo by to ono bez lidí, které to celé vedou, za to jim patří velké dík!*“ S tím se shoduje i D4: „*Zvýšilo mi to sebevědomí, přestala jsem se tolik bát. Našla lidi, kteří jsou na „stejně vlně“ a opravdu hodně mi to ukázalo. Musím říct, že do dnes z těchto zážitků čerpám. Mám z toho dobrý pocit a jsem na sebe a všechny pyšná, jak jsme to zvládli. Pomohlo mi to si uvědomit, že v tom nikdy nebudu sama a budou tu lidi, kteří mě pochopí.*“

Z odpovědí dětí (D1, D2, D4, D7) vyplývá, že došlo k zaškatulkování sama sebe. D1 vysvětlilo tento fakt: „*Už odmalička jsem své „omezení“ bral jako svou přirozenou součást, ale nechci, aby to znělo nějak nehezky, ale zjistil jsem, že na tom nejsem tak špatně, jako ostatní.*“ Odpověď je shodná s D4, které uvedlo: „*S uvědomím, že v tom nejsem sama a že jsou na tom někteří daleko hůř a mohu být ráda, jak vše dopadlo. Když jsem viděla, klučinu, který přišel o nohy a neměl ani prsty na ruku, otevřely se mi oči. Někdo by to vzdal, ale on byl tak moc pozitivní, srandovní a opravdu se snažil. Chodil plavat, zapojil se do všech týmových her. Jsem ráda, že jsem s ním vždy byla v týmu. Dost jsem si skrze něj uvědomila.*“

Lze usoudit, že Bolíto také slouží ke znovunavrácení dětí (D4, D5) do života, což potvrdila odpověď od RP5: „*Přijde mi, že Bolíto ji naučilo znovu se usmívat a užívat*

si života naplno.“ Ke znovunavrácení uvedlo odpověď i D4: „*Ano, čím jsem starší, tím více si uvědomuji, jakým přínosem tyto pobyty pro mě byly. Dalo mi to sílu se projevit a nebát se. Nestydět se za své jizvy. Pamatuji si, jak jsme všichni byli k sobě otevření, soucitní, svěřili jsme si, co se nám stalo. Všechny nás to spojilo. Nikdy na to nezapomenu a moc si vážím, že jsem toho mohla být součástí a poznat tak skvělé lidi.*“

Děti (D4, D8) se shodují, že u nich došlo ke snížení studu. D8 se přímo vyjádřilo: „*Díky Bolíto jsem se o mnohem více přestala stydět za své popáleniny.*“ A také upozorňuje na fakt, že pobyty jsou prospěšné pro jizvy.

D3 poukázalo ještě na možnost, kterou Bolíto poskytuje: „*Jako největší přínos vidím to, že nadace Bolíto pomohla dětem ze sociálně slabších vrstev, aby se podívali tam, kam by normálně nemohly.*“

Vnímání zdravotníků na pobytech.

Dle analýzy odpovědí vyšlo, že děti (D1, D4) označují zdravotníky jako součást své rodiny. Podobného názoru je i D7, které uvedlo: „*Jako tety a strýce, protože byli strašně hodní.*“ S tímto označením se ztotožňuje i D8: „*Ze začátku jsem je vnímala jako osoby, které s námi jedou na pobyt jen, aby nás kontrolovali. Později jsem je vnímala už ale jako takové tety. Měla jsem je moc ráda a byly to takové moje kamarádky.*“ D2 je označilo podobně: „*Vlastně jako rodinné příbuzné. Trvalo delší dobu, než jsem si zvykla, že jezdím v podstatě s cizími lidmi do ciziny, ale všichni k nám byli moc hodní a starostliví. Postupem času se z toho stávala taková druhá rodina.*“

U D3 vyšlo, že zdravotníci jezdící na pobyty jsou pro něj přínosem do života. D7 je vnímá jako základ všeho a pro D4 představují oporu.

Pouze D5 je označilo jen jako lidi, kteří o něj pečují na pobytech.

Doporučení pro popálené děti

Odpovědi všech dětí se shodují v tom, že by doporučily Bolíto ostatním popáleným dětem. Avšak se rozlišují v důvodech doporučení. D1 a D6 radí, že po zkušenostech s pobyty dochází k vyrovnání se s úrazem a se sebou samým, dále dochází k seznámení se s lidmi, kteří mají stejný osud a z pobytů si odnesou spoustu zážitků. D7 ještě dodalo: „*Skvělá zkušenost a příležitost potkat nové lidi. Nejlepší na tom celém je, že si nepřipadáte „jiní“ a to právě proto, že jsou na tom všichni bez výjimek stejně.*“ Podobného názoru je i D3: „*Určitě, už jsem se necítila tak sama v ohledu na úraz. Když*

jsem chodila ven, musela jsem se a musím do teď vypořádávat se situacemi, kdy se na mě všichni koukají jinak. Tam jsem se, dalo by se říci, cítila jako doma.“

Z odpovědi D8 je patrné, že Bolíto má velký vliv na psychickou stránku dítěte, a proto také doporučuje o.s. ostatním dětem: *„Já jsem byla nesmírně spokojená s jejich ochotou nám pomoci. A také to vedou skvělí lidé, kteří mají rádi práci s dětmi. Byla to nejlepší pomoc, kterou jsem do začátku svého života mohla dostat.“*

Doporučení od D3 je kvůli získání zkušeností: *„Myslím si, že to je skvělá zkušenost do života a jsem ráda, že tato nadace existuje a mohla jsem být její součástí.“* Podobně odpověděla i D4: *„Pokud mám mluvit za sebe, byla jsem malá a hrozně se mi stýskalo po mamce, ale jsem ráda, že mě k tomu donutili. Mělo to svůj význam a úspěch. Kdybych měla šanci, jela bych hned znovu.“*

Kategorie 4 - **Názory sester**



Problémové oblasti popálených dětí v nemocnici.

Jedním z problémů, který se u dětí objevuje izolace od domácího prostředí, jak uvádí S4: *„Hlavním problémem je především odloučení ze svého domácího prostředí, kde se dítě cítí nejlépe. Vítáme, když jeden z rodičů zůstává s dítětem v nemocnici.“* S tím se shoduje i S5: *„Největším problémem je izolace od svého domácího prostředí. Chybí mu rodiče, kteří nemohou být s ním po celou dobu hospitalizace, třeba kvůli pracovním povinnostem, a chybí mu dětský kolektiv, ať se jedná o spolužáky ze školky, či školy.“* Stesk po rodině uvedla i S2: *„Pokud dítě není hospitalizované s rodiči, tak se jim samozřejmě stýská.“* Podobný názor zastává i S1.

Další problém, který uvedla S1, S2 a S4, je bolest. S2 konkrétněji popsala průběh bolesti: „*Dalším neodmyslitelným problémem je bolest. Děti zažívají obrovské bolesti, stává se nám, že dítě přestává kvůli bolesti mluvit a celé se klepe.*“

Dle odpovědí sester (S1, S2) vyšlo, že děti i rodiče prožívají strach, S1 odpověděla: „*U starších dětí je zde strach z toho, jak se změní jejich vzhled a někdy nesmíření se s novou identitou dítěte. Tyto problémy se však objevují převážně u rodičů dětí*“ a S2 zaujímá stejný názor: „*Starší děti mají velké obavy z toho, jak je přijmou kamarádi a známí a hlavně, jak se přijmou oni sami.*“

U dětí dochází k narušení obrazu vlastního těla a k nízké sebedůvěře, což nám potvrdila svou odpovědí S3: „*Setkávám se s nízkou sebedůvěrou dětí a narušeným obrazem vlastního těla. Další problém je bolest a diskomfort dítěte. Samozřejmě problémy jsou u každého rozsahu jiné a velice individuální.*“ S1 dodává, že: „*někdy dochází až k nesmíření se s novou identitou.*“

S2 uvedla další problém: „*Záleží na rozsahu popálenin, ale u těžších popálenin má dítě problémy se sebedůvěrou. Učíme děti znovu chodit, jíst pomocí příboru, psát, otáčet stránky a tak podobně.*“

Priority při poskytování ošetrovatelské péče popáleným dětem

Dle analýzy rozhovorů vyplynulo, že jednou z priorit, kterou označily sestry (S3, S4, S5) je ticho bolesti. Od S4 se dozvídáme, že: „*Důležité je, aby děti při mnohdy bolestivých převazech, co nejméně trpěli bolestí. Při ošetřování popálenin je nesmírně důležité, aby si děti nesundávali obvazy s léčebnými látkami.*“ K ošetřování popálenin dodává D5: „*Prioritně se staráme, aby u dítěte s popáleninami nedošlo ke vzniku infekce dodržováním přísných aseptických podmínek.*“ S2 je stejného názoru: „*Hlavní prioritou je pro mě sterilita. Popáleniny jsou vysoce rizikové na vznik infekce.*“

Některé sestry (S2, S3, S5) upozorňují na důležitost duševní stránky dítěte a rodičů. S2 přímo popsala: „*Další prioritou je duševní pohoda dítěte a jeho rodičů. Myslím si, že prioritně důležitý je také přístup k dítěti samotnému. Já se hodně snažím přistupovat k nim a dávat jim najevo, že pro ně život neskončil a tím, že mají popáleniny nejsou méněcenní.*“ S tímto názorem se ztotožňuje S5 i S3, která ještě konkrétněji uvedla: „*Udržovat dítě v psychické pohodě. Poskytovat nejvyšší péči s ohledem na psychický stav dítěte. Je potřeba se mu hodně věnovat i po komunikační stránce.*“ Tato odpověď se shoduje s odpovědí od S1, která ještě zařadila naslouchání přání dítěte do rámce jeho zdraví a komfortu dítěte. K psychické pohodě lze u dětí pomoci tím, že

se předchází samotě, což ve své odpovědi zmiňuje S5: „Dát dítěti najevo, že na to není samo, vzbudit v něm pocit bezpečí a důvěry v ošetrující personál a připravit dítě na to, jak může okolí reagovat na trvalé následky popálenin.“ Odvrácením pozornosti lze také napomoci k psychické pohodě dítěte. Jednou z forem odvrácení pozornosti, kterou uvedly S1 a S2, je zabavování dětí. S2 ještě doplnila: „V následující péči je podpora v návratu soběstačnosti dítěte, snažíme se děti zabavovat v hernách, kde se setkávají i s jinými popálenými dětmi. U dětí, kteří nemohou do herny, tak se je snažíme zabavovat na pokojích. Samozřejmě je velký rozdíl, pokud je dítě hospitalizováno s rodičem, či bez něj.“ Duševní stránku rodičů lze udržovat dle S2 tím, že ji zapojí do ošetrovatelského procesu: „Snažíme se zapojovat rodinu do ošetrovatelského procesu, pokud jsou ochotni. Setkáváme se často i s rodiči, kteří si úraz dítěte vyčítají, proto je důležité je vyslechnout a pomáhat po psychické stránce i jim.“

Rodič v rámci ošetrovatelské péče

Dle odpovědí sester (S1, S3, S5) lze usoudit, že je důležitá přítomnost rodičů v péči o dítě. Avšak důvody se u sester liší. S1 zastává názor, že výhody jsou v: „trávení času s dítětem, komunikací s ním a uklidňováním. Přítomnost rodičů na oddělení je alespoň trochu vrací do normálního života.“ Ohledně komunikace odpověděla podobně S5, která ale ještě dodala: „Je obrovským přínosem při hospitalizaci. Dítě má pocit bezpečí, jelikož má své rodiče blízko, a sděluje jim tak hned veškeré své potřeby a pocity. Rodiče jsou tzv. „online“ s informací o stavu dítěte a odpadají tak myšlenky typu: Co se s ním asi může zrovna teď dít. Komunikace s dítětem je snazší a celkově jsou děti mnohem otevřenější.“ S3 souhlasí a dodává: „Strašně důležitá je už přítomnost u dítěte, čímž dodávají pocit bezpečí, který sestra nemůže nahradit. Často se setkáváme s tím, že nás rodiče upozorňují na aktuální problémy dítěte (např. na bolest), což nám usnadňuje naši péči.“

Hospitalizace s rodičem napomáhá také k intenzivnější rehabilitaci, což nám uvedla S2: „Rodiče i nám hodně pomáhají, podílí se na intenzivnější rehabilitaci, protože pokud mají čas, cvičí s nimi. Učíme rodiče přikládat gely a masky, promazávat jizvy, aby po propuštění byla péče o jizvy stále intenzivní.“ Dále také uvedla, že se s přítomností rodiče minimalizují problémy dítěte. Oproti tomu S4 odpověděla: „Vše záleží na přístupu rodičů. Někteří rodiče jsou nervózní, ve stresu a to dítě to vycítí a je plačtivé a nervózní také. Ale to neplatí samozřejmě u všech.“

Vytváření vztahu sestry – dítě

Odpovědi sester se od sebe výrazně liší. Názor S1 je takový: „na jednu stranu je to žádoucí, aby si dítě sestru oblíbilo a věřilo jí, na druhou stranu se ale nic nemá přehánět.“ S3 se vyjádřila podobně: „K tomuto dochází často. Myslím si, že je to přirozený jev, když spolu tráví tolik času. Mnohem lépe se potom pracuje s dítětem, když se mezi námi vztah vytvoří.“ S4 označuje vznik vztahu mezi ní a dítětem také jako přirozený jev: „Svou práci se snažím vykonávat na maximum, vím, že zvlášť u dětí se vidí výsledky. Přijde mi přirozené, že se vytváří vztah mezi dítětem a sestrou, obzvlášť pokud není rodič s ním. I já občas docházím mimo mou směnu za dětmi a snažím se je zabavovat a odpoutat od bolesti.“

S2 uvedla, že vztah mezi ní a dítětem vzniká: „U sebe jsem si toho vědoma. Aniž bych chtěla, utváří se vztah mezi mnou a dítětem. Některé případy vás prostě chytanou za srdíčko. Snažím se svou práci dělat dobře. A pokud mám čas, tak místo toho, abych popíjela kávu na sesterně, jdu za dětmi, a snažím se jim zkrátit dlouhou chvíli.“

Pouze S5 zastává názor, že: „Ve své práci nemám moc prostoru, dělat nad rámec svých povinností. Držím se pouze pevně předepsané pracovní doby.“

Duševní stabilita sestry

Důležité v práci na popáleninovém oddělení je zvládnout psychickou zátěž. S1 uvedla, že ji zvládá dobře: „Neberu si to moc osobně, avšak nikomu bych to nepřála, protože to dítě poznamená a změní se tím celý jeho život.“ S5 souhlasí s tímto názorem a dodává: „V našem povolání, při poskytování ošetrovatelské péče, je psychická stabilita velmi důležitá. Nemůžeme si dovolit takový luxus jako jsou emoční výkyvy při poskytování péče, ať už se jedná o péči při ošetřování těla nebo duševna dítěte. Dle mého názoru, pokud bychom nedokázali udržet emoce, mohli bychom se dopouštět chyb, které by se daly v některých případech jen obtížně napravovat.“ S4 v tomto smyslu také popisuje důležitost udržení psychické zátěže: „Občas je to těžší smířit se s osudy dětí, které je poznamenají na celý zbytek jejich života. Každá sestra, která chce pracovat na popáleninovém oddělení musí být psychicky hodně vyrovnaná, protože jinak za pár let vyhoří, a to není dobré ani pro ni, a už vůbec ne pro pacienta a jeho rodinu.“

Problém ve stabilitě emocí uvedla S2 a S3. U S2 se vyskytuje problém: *V případech, kdy se dítěti nedá už více pomoci a vy se dostáváte do bezmocné fáze, je to pro mě těžké, ale snažím se na sobě nedat nic znát.* S3 popsala s jiným problémem:

„Pokud se setkáte s malým dítětem, jež se popálilo z nepozornosti rodičů a rodiče nemají zájem o vlastní dítě, s tím se špatně srovnávám.“

Zajímaly jsme se o způsoby, které využívají sestry k udržení duševní stability. Z analýzy odpovědí vyšlo, že S3 využívá sport a rodinu, S5 se shodla se sportem a dodala: *„Hodně sportuji. Ráda chodím do posilovny, kterou využívám jako svůj ventil a dám do toho všechno.“* Některé sestry (S2, S3) uvedly, že rozdělují osobní a pracovní život. S2 uvedla odpověď: *„Když jsem doma, tak se věnuji svým koníčkům a snažím se nemyslet, na to, co se děje v práci.“* S4 odpověděla podobně: *„Snažím se pracovat takovým způsobem, aby byla poskytována kvalitní péče a tomu dítěti se snažím dát co nejvíc, co je v mých silách. Jinak po práci se snažím na to nemyslet, ale je to těžké. Mám úžasnou a podporující rodinu, které se věnuji na 100 % a pokud je mi ouvej, tak zavolám nějaké kamarádce z oddělení a zajedeme si pročistit hlavu a vylít si navzájem všechno, co nás trápí.“*

Pouze S1 uvedla: *„Myslím, že nejdůležitější je najít si čas pro sebe a také ho hodně trávit s rodinou. Jelikož nemám děti, tak to zatím není moc náročné.“*

5 DISKUZE

Výzkumné šetření bakalářské práce bylo provedeno se sestrami, které pracovaly, či ještě pracují na popáleninové klinice a mají zkušenosti s popálenými dětmi a poté se samotnými popálenými dětmi a jejich rodinnými příslušníky. Jejich poznatky jsou typické pouze pro náš výzkumný vzorek.

Sběr dat proběhl ve dvou fázích. V první fázi byly pořizeny rozhovory s popálenými dětmi a jejich rodinnými příslušníky, v kterých jsme se zajímaly hlavně o psychické rozpoložení dětí po popálení, jakým způsobem změnil úraz jejich život a jaké potřeby braly a berou jako prioritní. V druhé fázi probíhaly rozhovory se sestrami, které mají zkušenosti s popálenými dětmi ve své praxi a pracují nebo pracovaly na popáleninové klinice. U nich jsme zjišťovaly, jakým způsobem se srovnávají po psychické stránce s popálenými dětmi, jaké potřeby dítěte staví ony na první místo a co všechno se snaží u dětí zajistit v rámci ošetrovatelské péče.

Jedním z výzkumných cílů bylo zjistit problémové oblasti u dětí s popáleninami ve věku od 10 do 16 let. Pro dosažení cíle jsme si stanovily výzkumnou otázku: S jakými problémy se potýkají popálené děti? Otázku jsme pokládaly oběma skupinám dotazovaných, avšak u sester byly dotazy směřovány na problémy, s kterými se potýkají děti v nemocnici a u dětí na problémové oblasti, které se objevují v průběhu života, protože úraz se jim stal většinou kolem 3 let, a na to už si dle odpovědí moc nevzpomínají.

Z analýzy odpovědí vyšlo, že D5 uvedlo problém v plavání, skoku do dálky, skoku do výšky a kontaktních hrách. D4 podobně uvedlo míčové hry, jízdu na kolečkových bruslích a jízdu na kole. Lze usuzovat, že za problém s vykonáváním sportu a pohybových aktivit může popálení rukou, které nesnese údery míče a rychlé napínání jizev. Co se týče vykonávání sportu a pohybových aktivit Křištofič (2006) uvádí, že pohyb je jednou ze základních projevů člověka, a kvůli tomu vzniká motorické učení. Jde zároveň o záležitost mozkovou a svalovou. O toto jsou oprostěny děti v akutní fázi popálení, avšak díky intenzivní rehabilitaci a ošetrovatelské péči, se ke sportovním a pohybovým aktivitám brzy vrací. Tuto skutečnost nám potvrzuje i odpověď od D5: „*Hodně mi pomohlo po pár letech se opět vrátit k plavání a dokázat si, že mohu dělat věci, které mě baví, a při kterých jsem to pořád já.*“ Sestry nevedly ve svých odpovědích sport, ale S2 uvedla problém se sebedpěčí. Sebedpěči uvádí Trachtová (2013) jako péči, která je zajištěna vlastními silami. Z odpovědi od S2 jsme se dozvěděli, že

se děti učí znovu jíst, chodit, otáčet stránky a psát. Tento deficit se samozřejmě neobjevuje u všech dětí, záleží vždy na lokalitě popálení. Dalším problémem, ve kterém se shodly sestry (S1, S2, S3), je bolest. Kolektiv autorů (2006) uvádí, že přetrvávající bolest při popáleninách je velmi silná. Je dána pravidlem, že čím je popálenina hlubší, tím je bolest intenzivnější. Někteří pacienti označují bolest za pálivou, jiní až vystřelující. Tuto informaci potvrzuje S2: „*Děti zažívají obrovské bolesti, stává se nám, že dítě přestává kvůli bolesti mluvit, a celé se klepe.*“

Dle odpovědí lze usoudit, že z psychické oblasti děti omezuje strach, na kterém se shodují D2 a D4 společně s S1 a S2. Strach se u dětí objevoval před komunikací s ostatními dětmi a před vykonáním nějaké sportovní aktivity. Sestry popsaly ten druh strachu, který se objevuje u starších dětí a u rodičů s tím, jak budou vypadat vzhledově. Dle kolektivu autorů (2007) je strach emoční stav, jenž se aktivuje s přítomností ohrožení nebo nebezpečí. Pokud jsou přítomné fyzické změny (např. pocení) a změny chování, dochází k vyhýbání se situacím, které vzbuzují strach. Při přetrvávajícím strachu se může objevit patologický stav, při kterém jde o intenzivní strach z určité události, vyhýbání v tomto případě může vést k výraznému omezení v životě jedince a tím jedinec strádá. Dalším problémem objevující se u D4 a D5 je stud. U D5 se objevuje při trávení času v plavkách a dle D4: „*Styděla jsem se za jizvy a nechtěla jsem chodit v létě ven nebo na koupaliště, protože jsem si nechtěla oblékat šortky či šaty. Mrzelo mě, že nejsem jako ostatní.*“ Stud je definován jako psychofyzický jev, který se projevuje ostychem a v rámci tělesna např. zčervenáním v obličeji. Děti prožívají tzv. preventivní stud, který souvisí se strachem, aby se jim někdo nesmál, a aby nedošlo k posuzování od druhých (Nesnídalová, 2015). Jedna sestra (S3) neopomenula zmínit nízkou sebedůvěru a narušený obraz těla, se kterým se ztotožnila i S1. Samo D6 kvůli narušenému obrazu těla změnilo styl oblékání. Sestry se z popáleninové kliniky snaží pracovat na duševní stránce dítěte, připravují ho na změnu vzhledu a dodávají mu pocit, že nejsou míň než ostatní. Nezáleží samozřejmě pouze na roli sestry v psychické podpoře, ale i na rodině (D4, D5, D6, D7) a kamarádech (D2, D4, D5, D7), kteří dokážou adekvátně pomoci ve zvedání sebevědomí a snižování strachu. Někteří (D1, D6, D7) zmínily pouze matku, která jim pomohla v psychické podpoře. Děti (D2, D3, D6) označily i občanské sdružení Bolíto za prostředek, který jim pomohl se snížením strachu a v navyšování sebedůvěry, D5 napomohlo vrácení se k plavání, s čímž úzce souvisí odpověď od D4: „*Zaměřila jsem se na jiné věci, které mohou být na mě krásné, a chtěla jsem vylepšit své tělo.*“ Dětem (D4, D5, D6) pomohlo vykonávání činností,

kteře je baví. D3 společně s D1, D2, D4 a D7 pomohl fakt, že na tom jsou s mírou popálení hůře než jsou oni samy. D2 k psychické podpoře napomáhá přítomnost jiných handicapovaných lidí. Sebedůvěra je dle Nováka (2011) postoj člověka, který zaujímá sám k sobě. V záporném případě se objevuje nízká sebedůvěra, která se projevuje sebedopceňováním a nízkým hodnocením sám sebe. Domníváme se, že narušení obrazu svého těla a nízkou sebedůvěru nepřímo podmiňuje i fakt, že dotazovaní jsou v období puberty a dospívání.

Ze sociální sféry nám dle odpovědí vyšlo, že problémovou oblastí je docházka do školy/ školky (D2, D3, D7) z důvodu opakujících se uvolňovacích operací (D7) nebo strachu (D2), seznamování/ navazování kontaktů (D2, D4, D5) a sestry ještě označily u dětí, které nebyly hospitalizované s rodičem, odloučenost od domácího prostředí (S4, S5), od rodiny (S1, S2, S5) a kamarádů (S5). S tím souhlasí i D2, D3 a D7: *„Pořád musím jezdit do nemocnice na operace. Nemůžu kvůli tomu chodit do školy a být s kamarády.“* Význam školy popisují Gillernová, Krejčová a kolektiv (2012) z pohledu socializace za nezastupitelnou a významnou roli v životě člověka. Díky nárůstu elektronických medií se snižuje potřeba sociálního kontaktu, děti tráví hodně času na sociálních sítích a snižuje se tím i čas, který dítě má strávit s rodičem. Škola ztrácí funkci jedinečného zdroje informací a nestačí pouhé předávání informací. Ve škole se dítě setkává s rozvojem komunikace, vyměňují se zkušenosti mezi žáky a učitelem a jsou vedeni ke společné diskusi (Gillernová, Krejčová a kolektiv, 2012). Ve své odpovědi RP7 zmiňuje možnost nemocničního učitele, kdy jim ze školy učitelé posílají informace o probíhajícím učivu, a tím dítě v této sféře nestrádá a nemá nedostatky v učivu. Co se týká komunikace a interakce s okolím, sestry zajišťují interakci mezi ostatními pacienty v hernách, či na pokoji (S2). K problematice odloučenosti od rodiny a kamarádů Bendl a kolektiv tvrdí, že (2015) rodina a rodinné prostředí má velký význam na utváření samotné osobnosti dětí. Jsou zde přítomny silné emocionální vazby. Rodina určuje míru životního stylu. Dbá se na společné trávení času, předání zkušeností, dovedností. Z tohoto důvodu existuje možnost nechat se s dítětem hospitalizovat, anebo alespoň docházet za dítětem v době návštěv. Z odpovědi sester (S1, S3, S5) vyšlo, že je přítomnost rodiče pro dítě důležitá, S1 přímo uvedla: *„Přítomnost rodiče je výhodná skrze trávení času s dítětem, komunikací s ním a uklidňováním. Přítomnost rodičů na oddělení je alespoň trošku vrací do normálního života.“* Podobný názor zastává i S3 a S5: *„Je obrovským přínosem při hospitalizaci přítomnost rodiče. Dítě má pocit bezpečí, jelikož má své rodiče blízko a sděluje jim tak*

hned veškeré své potřeby a pocity. Rodiče jsou tzv. „online“ s informací o stavu dítěte a odpovídají tak myšlenky typu: Co se s ním asi může zrovna teď dít. Komunikace s dítětem je snazší a celkově jsou děti mnohem otevřenější.“ Rodiče lze zapojit do ošetrovatelského procesu i tím, že se učí správné promazávání jizev a přikládání speciálních masek a gelů (S2). Avšak sestry (S2, S4) podotýkají, že při přítomnosti rodiče dochází i ke zveličování problémů a předávání negativních pocitů: *„Vše záleží na přístupu rodičů. Někteří rodiče jsou nervózní, ve stresu a dítě to vycítí a je plačtivé a nervózní také. Ale to neplatí samozřejmě u všech.“* Pokud rodič nemůže být přítomen, tak roli přebírá sestra. Z analýzy odpovědí vyšlo, že některé sestry (S2, S3, S4) si samy u sebe všimají, že vzniká silný vztah mezi sestrou a dítětem. S2 uvedla: *„Aniž bych chtěla utvářít se vztah mezi mnou a dítětem. Některé případy vás prostě chytanou za srdíčko.“* S4 dochází po své pracovní době za nimi. Dle mého názoru je prospěšné, když vzniká mezi sestrou a dítětem vztah, ale měl by mít nějaké určité hranice a neměl by být za účelem nahrazení rodiče. V problematice navazování nových kontaktů s lidmi a seznamování hraje velkou roli strach dítěte s přijetím okolí. Přijetí okolím byla také oblast, která nás v analýze zajímala. U D1, D2, D3, D5, D7 a D8 okolí akceptovalo skutečnost a zařadilo dítě do kolektivu, RP5 tento názor podpořilo: *„Dodnes vzpomínám na den, kdy jsem dceru vedla do školky a bála jsem se, jak ji přijmou. Je pravda, že děti byly zpočátku zaskočený, ale netrvalo dlouho a už si s ní hrály.“* U spolužáků a přátel se objevovala radost, že dotyčnou osobu vidí (D3, D4). Avšak D4, D5 a D6 se setkala i z prvotním zaskočením od okolí. Po prvotním zaskočení se u D4 objevil i výsměch, s kterým se setkala i D2, D3 a D8. Výsměch dle Fischera (2014) může hrát důležitou roli ve vývoji člověka, zřejmě je to při učení se sociálním pravidlům a rolím. Výsměch je jednou z forem šikany, kterou uvádí Říčan (2010). Posměch, urážení postiženého a jeho rodiny se řadí do přímé šikany. Příčiny šikany jsou různé. Může to patřit z důvodu „bavení“ třídy, předvádění se před ostatními, pocit nadřazenosti nebo např. kompenzace pocitu méněcennosti (Říčan, 2010).

Rodinný příslušník (RP5) také zmínil důležitost v dodržování nejpřísnějších základů hygieny. Zmiňuje, že museli odstraňovat koberce, záclony, aby se v nich neusazoval prach a nedošlo ke vzniku infekce. Sestry (S2, S5) také ve svých odpovědích zmiňují prevenci vzniku infekce a důležitost dodržování aseptických podmínek. Děti by neměly přicházet do kontaktu se zvířaty, kvůli nebezpečí porušení kožní integrity a tím vzniku infekce. Dle Pilného, Slodičky a kolektivu (2017) dochází k pokousání zvířaty nejčastěji psem a kočkou. Rozdíl mezi nimi je v charakteru

poranění. U psa vznikají hnisavé komplikace pouze u jedné třetiny lidí. Avšak u kočky dochází k zanesení infekce hluboko do tkáně, díky tenkým zubům. Rána se rychle zavírá, ale dochází mnohem častěji k hnisajícím komplikacím. Sami se k doporučení omezení styku se zvířaty shodujeme, alespoň v doléčovacích fázích popálenin. Sestry (S2, S5) také ve svých odpovědích zmiňují prevenci vzniku infekce a důležitost dodržování aseptických podmínek.

Další výzkumný cíl byl: Zjistit podíl sestry v podpoře dětí s popáleninami. Výzkumná otázka: Jakým způsobem se podílí sestra na podpoře dětí s popáleninami? Zajímaly nás odpovědi obou skupin dotazovaných. Děti v tomto případě máme jako zpětnou vazbu na poskytování podpory ze strany sestry. Poskytování podpory se odvíjí od problémů, které dítě prožívá.

V tělesné oblasti se všechny sestry soustřeďovaly na tišení bolesti. Avšak kolektiv autorů (2006) popisuje, že tišení bolesti se vždy řadilo do kompetencí lékaře. Dále S1 uvedla, že podpora spočívá v ošetřování ran. Dle mého názoru je při ošetření ran důležité dodržovat zásady asepse a bariérovou ošetrovatelskou péči. Dle Zemana, Kršky a kolektivu (2011) je základní podmínkou úspěšné práce v nemocničním zařízení právě dodržování všech pravidel asepse a antisepte včetně dezinfekce a sterilizace. Mělo by se to brát jako systém práce, ne jako „něco, co po nás někdo vyžaduje“. Lze do těchto podmínek zařazovat způsob oblékání, zacházení s nástroji a materiálem, znalost pravidel práce atp. Bariérovou ošetrovatelskou péči uvádí Slezáková (2012) jako pracovní a organizační systém a provozní opatření, které vedou k zábraně šíření nozokomiálních nákaz. S2 podporuje ještě návrat soběstačnosti u dětí.

Odpovědi sester S2 a S5 se shodly, že poskytují dítěti psychickou podporu. S1 vidí podporu v: „*Odvádění pozornosti dítěte od úrazu, zabavování ho a rozptylování, naslouchání přáním dítěte, samozřejmě v rámci jeho zdraví.*“ Naslouchání není totéž, co poslouchání, při naslouchání dochází k lepšímu porozumění obsahu sdělení společně s prožitky, které jej doprovází a ukazuje se při tom individuální význam pro samotného jedince (Gillernová, Krejčová a kolektiv, 2012). Tyto činnosti nelze provádět bez správné komunikace, kterou uvedla S3 a upozorňuje, že je to někdy opravdu složité. Dle Zacharové (2016) je na komunikaci neobyčejné to, že ji spoluvytváříme a ovlivňujeme, jsme její součástí a také k ní přispíváme. Komunikaci využíváme nepřetržitě. Bez ní by se nedala aplikovat psychická podpora ze strany sester. Dle analýzy odpovědí u dětí vyšlo, že vznesené dotazy od sester byly mířeny, jak na ně, tak i na rodiče (D2, D3, D4, D7). U D1 směřovaly dotazy pouze na rodiče. Domníváme se, že důvodem bude věk

dítěte při popálení. D5, D6 a D8 se shodly, že dotazy byly přímo na ně. Dotazy se týkaly pocíťované bolesti (D4, D5), pocitů (D4), omezení (D8) a potřeb (D8). Dle odpovědi D6 se objevil problém s nevnímavostí sestry: *„Pamatuji si, jak jsem několik dnů i noci brečela kvůli bolesti kolene a místo, aby pořádně zkontrolovaly obvazy, kvůli kterým to nakonec bylo způsobeno (špatně poskládaná vata a moc natěsno obvázané – vznikla další jizva, kterou jsem mít nemusela), mě „zásobovaly“ léky proti bolesti, které akorát zbytečně oslabovaly tělo a nepomáhaly.“* V tomto případě dle mého názoru došlo k pochybení ze strany sestry. Na poskytování psychické pomoci je podstatný také navázaný vztah s dítětem. Děti označily sestru za milou (D2, D5, D6, D7), hodnou (D6, D7), ochotnou (D1, D2, D5), některé (D5, D8) je braly jako náhradní matky a pomocnou ruku (D3). Dle odpovědi D4 se ukázalo, že se sester nejdříve bála, avšak dodnes vzpomíná na popálenou sestru, která o ni pečovala: *„Jedna zdravotní sestra byla také popálená a dost mě uklidňovala, byla soucitná a opravdu mi pomohla.“* O této sestře se zmínilo i D2: *„Nedá se zapomenout na jednu vstřícnou sestřičku, která měla přesně takové popálení jako já. Do teď věřím, že si svojí práci užívá a pro mě, jako malou holčičku, bylo přínosem vidět podobné zranění na někom jiném, zdravém, a tak usměvavém jako byla právě tahle slečna. Už to byla velká psychická podpora.“* Děti potvrdily zabavování ze strany sester ve formě komunikace (D5), hry a dostávání hraček (D3, D6), při čemž D4 přímo popsala: *„Opravdu na zdravotnický personál mohu vzpomínat jen pozitivně. Dostávala jsem hračky, hráli si se mnou. Pouštěli nám pohádky. Zařídili, že i v tom nejhorším období se člověk cítil alespoň trochu šťastně a zapomněl na bolest.“* Podobného názoru je i D7. Sestry uvedly (S3, S4), že se nestarají pouze o psychickou pohodu dětí, ale i jejich rodiny. Rodina, jak jsme již zmínily je velice důležitá pro dítě. S2 uvedla, že se snaží zapojovat rodinu do ošetrovatelského procesu: *„Setkáváme se často i s rodiči, kteří si úraz dítěte vyčítají, proto je důležité je vyslechnout a pomáhat po psychické stránce i jim.“* Kelnarová (2009) uvádí, že ošetrovatelský proces je způsob, kterým se organizuje ošetrovatelská péče a má za cíl prevenci, odstranění nebo zmírnění problémů, které se týkají potřeb klienta. Dle mého názoru, zapojení do ošetrovatelského procesu je velice přínosné pro dítě, rodinu, i pro zdravotní sestru.

Ze sociální oblasti S5 uvedla, že děti připravuje na možné reakce okolí, snaží se zabraňovat pocíťu samoty: *„Dát dítěti najevo, že na to není samo, vzbudit v něm pocíť bezpečí a důvěry v ošetroující personál.“* S touto odpovědí se ztotožňuje i S2: *„Snažíme se děti zabavovat v hernách, kde se setkávají i s jinými popálenými dětmi. U dětí, kteří*

nemohou do herny, se snažíme zabavovat na pokojích.“ Dle Hoskovcové a Suchochlebové Ryntové (2009) je nejdůležitější způsob zprostředkování pocitu bezpečí v opakování známých rituálů.

Třetí a poslední výzkumný cíl byl poukázat na význam občanského sdružení Bolíto. Výzkumná otázka v tomto případě byla: Jaký význam má občanské sdružení Bolíto pro popálené děti?

Dle analýzy odpovědí o.s. napomohlo dětem (D2, D3, D4, D6, D7, D8) se zařazením do společnosti a znovunavrácením do života (D4, D5). Po ozdravných pobytech D3, D5 a D6 dokázaly čelit situacím, které by dříve nezvládly, jako např. D5: *„Trávení většinu času v plavkách.“* Z této odpovědi se lze domnívat, že díky Bolítu se D5 zvýšilo sebevědomí. Tuto domněnku potvrzuje odpověď od D7: *„Různé zájezdy pro všechny popálené děti různého věku, kteří spolu vycházejí a navyšují si sebevědomí, zajišťují že nejsme úplně odlišní.“* Stejného názoru je i D4 a D2. Dle odpovědí pobyty vedly i ke zmírnění strachu a studu (D4, D8), který se u dětí objevoval. Bolíto dětem (D1, D2, D3, D4, D7) napomáhá se zaškolením sebe sama. Děti popsaly situace, při kterých jim došlo, že na tom nejsou se svým zraněním oproti ostatním tak špatně. Příkladem je odpověď D4: *„S uvědoměním, že v tom nejsem sama a že jsou na tom někteří daleko hůř a mohu být ráda, jak vše dopadlo. Když jsem viděla klučinu, který přišel o nohy a neměl ani prsty na ruku, otevřelo mi to oči. Někdo by to vzdal, ale on byl tak moc pozitivní, srandovní a opravdu se snažil. Chodil plavat, zapojil se do všech týmových her. Jsem ráda, že jsem s ním vždy byla v týmu. Dost jsem si skrz něj uvědomila.“* Z odpovědí vyplývá, že děti také navázaly nová přátelství (D1, D2, D5, D6, D7) a získaly spousta zážitků (D3, D4, D5), které fungovaly jako psychická podpora, dle Kukly a kolektivu (2016) jde o pozitivní působení přátel a příbuzných, které obsahují prožitky a informace. Díky ní si je dítě vědomo své role ve společnosti. Dle mého názoru je dobře, že vznikají organizace, které jsou schopné zajistit dítěti podporu, kterou zrovna potřebuje. Dle webových stránek Bolíto (2017) mají ozdravné pobyty funkci psychosociální rehabilitace a fyzioterapie. Program pro děti je připraven ergoterapeutem, v kterém se zaměřují na jemnou motoriku, strečink a posílení některých svalových skupin. Pro děti je připravený bohatý sportovní a kulturní program, při kterém jsou rozděleny do týmů, ve kterých soutěží po celou dobu pobytu a získávají ceny.

Dalším bodem, v kterém bylo prospěšné Bolíto, je že poskytovaly i dětem ze slabších sociálních vrstev možnost ozdravných pobytů u moře (D3). Pro upřesnění

z webových stránek Bolíto (2017) se děti vybírají dle závažnosti trvalých následků a sociální situace rodiny. Na osmidenní ozdravný pobyt jezdí 15 dětí. Dále Bolíto pořádá ještě víkendové pobyty na horách. Já osobně se přikláním ke každému z doporučení.

Překvapením pro nás bylo, že děti označovaly zdravotníky, které s nimi jezdili na pobyty jako součást své rodiny (D1, D4), tety a strýce (D7), rodinné příbuzné (D2), D8 popsalo: *„Ze začátku jsem je vnímala jako osoby, které jedou s námi na pobyt jen, aby nás kontrolovali. Později jsem je vnímala, už ale jako takové tety. Měla jsem je moc ráda a byly to takové moje kamarádky.“* Jako druhou rodinu je bralo D2 a D7 uvedlo, že je bere jako základ všeho. Pouze D5 zdravotníky označilo jako lidi, kteří o něj pečují. Webové stránky Bolíto (2017) uvádějí, že na pobyty s nimi jezdí vždy jeden lékař, čtyři zdravotničtí pracovníci dětského oddělení popáleninové kliniky, jeden zástupce rodičů a jedno místo je vždy volné pro dobrovolníka, který se chce nějakým způsobem realizovat v práci s dětmi po popáleninách. Sama jsem byla součástí organizace Bolíto a dodnes čerpám ze zážitků a zkušeností. Dle analýzy dat je patrné, že organizace má svůj smysl a zařazení.

Lze konstatovat, že sestry na popáleninové klinice jsou dobře obeznámeny problémovými oblastmi, které děti prožívají, je zřejmé, že se sestry moc nezajímají o aktivity, které děti omezují v průběhu jejich života, ale řeší spíše aktuální problémy, se kterými přijdou do styku v nemocnici a mohou je změnit. Podílí se na podpoře dětí, kterou v dané chvíli potřebují, a vznikem občanského sdružení Bolíto se napomáhá k návratu dítěte do běžného života.

6 ZÁVĚR

Pro bakalářskou práci Podpora dětí s popáleninami byly stanoveny 3 výzkumné cíle. První měl za úkol zmapovat problémové oblasti u dětí s popáleninami ve věku od 10 do 16 let. Druhý cíl byl zaměřen na zjištění podílu sestry v podpoře dětí s popáleninami a třetí měl sloužit k poukázání na význam občanského sdružení Bolíto. Ve spojitosti těmito cíli byly položeny výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: S jakými problémy se potýkají popálené děti? Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem se podílí sestra na podpoře dětí s popáleninami? Výzkumná otázka 3: Jaký význam má občanské sdružení Bolíto?

V souvislosti s analýzou získaných dat z naší práce vyplynulo toto: v tělesné oblasti mají děti problémy ve sportu a pohybových aktivitách, v sebedůvěře a trpí bolestmi. V psychické oblasti trpí strachem, studem, nízkou sebedůvěrou a narušeným obrazem těla. V sociální oblasti jde o problém s docházkou do školy/ školky, obtížně se seznamují a navazují kontakty s cizími lidmi a trpí odloučeností od rodiny a známých v případě nutné hospitalizace.

Mezi způsoby, kterými se sestra podílí na podpoře dětí, se ukázalo, že v tělesné oblasti sestra dbá především o tlášení bolesti, ošetřování ran a poskytování bariérové ošetrovatelské péče. V psychické oblasti jde o psychickou podporu dětí i rodičů. Dbá také o to, aby děti vyvíjely co nejčastěji duševní i fyzickou aktivitu. Sociální oblast zahrnuje podporu v komunikaci s rodinou, přípravu na možné reakce okolí a seskupování dětí do společných kolektivů.

Občanské sdružení Bolíto se setkává u rodičů i dětí s pozitivními ohlasy. Dětem pomohlo ve snížení strachu, navýšení sebevědomí, nalezení sebe sama a získání nových přátel. Zdravotníky, kteří s nimi jezdí pravidelně na pobyty, již nevnímají jako nemocniční pracovníky, ale označují je za druhou rodinu. Pouze ve dvou případech byli zdravotníci dětmi označeni jako lidé, kteří o ně jen pečují. Všechny osm dětí se shodlo, že by o.s. Bolíto doporučily ostatním popáleným dětem.

Výstupem této práce je informační materiál určený pro širokou veřejnost, který na občanské sdružení Bolíto poukazuje (viz Příloha 5)

7 SEZNAM ZKRATEK

ARO - anesteziologicko-resuscitační oddělení

JIP - jednotka intenzivní péče

IMP - intermediální péče

O.S. - občanské sdružení

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1 BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
- 2 BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J. a kolektiv, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
- 3 BENDL, S., 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4248-9.
- 4 BLÁHA, J., TOKARIK, M., 2010. *Popáleninové trauma*. [online]. Praha: Karolinum [2018-01-25]. Dostupné z: http://docplayer.cz/14821844-Popáleninove-trauma-j-blaha-m-tokarik.html#show_full_text.
- 5 BOLITO. Copyright © 2017. *Pomoc popáleným dětem* [online]. bolito.cz [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://bolito.cz/>.
- 6 ČIHÁK, R., 2004. *Anatomie 3. 2.*, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1132-X.
- 7 ESTEBAN-VIVES, R., CORCOS, A. a kolektiv, 2017. *Cell-spray auto-grafting technology for deep partial-thickness burns: Problems and solutions during clinical implementation*. [online]. Elsevier [cit. 2018-01-25]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417917305582>.
- 8 FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- 9 FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
- 10 GILERNOVÁ, I., KREJČOVÁ, L., 2012. *Sociální dovednosti ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3472-9.
- 11 HÁJEK, M., 2015. *Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4587-9.
- 12 HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- 13 HOSKOVCOVÁ, S., SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, L., 2009. *Výchova k psychické odolnosti dítěte: silní pro život*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2206-1.

- 14 CHABNER, D.E., 2017. *Medical Terminology: A Short Course*. 8. vydání. St. Louis: ELSEVIER. ISBN 978-0-323-44492-7.
- 15 JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- 16 JAVORKA, K. a kolektiv, 2006. *Lékařská fyziologie: učebnice pro lékařské fakulty*. 3., přepracované a doplněné vydání. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-2331-6.
- 17 KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 18 KELNAROVÁ, J. a kol., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty-2.ročník: 1.díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3105-6.
- 19 KELNAROVÁ, J., 2013. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4200-7.
- 20 KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., a kolektiv, 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty-1. Ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8.
- 21 KITTNAR, O., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
- 22 KLÍMA, J. a kolektiv, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9364-6.
- 23 KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.
- 24 KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2548-2.
- 25 KOLEKTIV AUTORŮ. 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.
- 26 KÖNIGOVÁ, R., 1999. *Komplexní léčba popálenin*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-416-9.
- 27 KRIŠTOFIČ, J., 2006. *Pohybová příprava dětí: koordinační a kondiční gymnastická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1636-4.
- 28 KUBICOVÁ, L., 2005. *Chirurgické ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-049-6
- 29 KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.
- 30 LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

- 31 MÁLEK, J., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.
- 32 MAREK, J. a kolektiv, 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2639-7.
- 33 MASLOW, A. H., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.
- 34 MĚŠŤÁK, J. a kolektiv, 2015. *Základy plastické chirurgie*. Druhé vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2839-4.
- 35 NESNÍDALOVÁ, J., 2015. *Maminko, důvěřuj si!*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5407-9
- 36 NOVÁK, T., 2015. *Psychologie pro každého*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5445-1.
- 37 OREL, M., OBEREIGNERŮ, R., MENDEL, A., 2016. *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4991-3.
- 38 OSAMA, M., 2017. *Use od Nile Tilapia (Oreochromis niloticus) skin in the management of skin burns*. [online]. Journal Of Pakistan Medical Association [cit. 2018-01-13]. Dostupné z: http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=8505.
- 39 PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.
- 40 PETŽELA, M. D., 2016. *První pomoc pro každého*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9084-3.
- 41 PILNÝ, J., SLODIČKA, R., 2017. *Chirurgie ruky*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0180-1.
- 42 PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
- 43 POPÁLKY. Copyright © 2018. *Informačně.preventivní portál* [online]. popaleniny.cz [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <http://www.popaleniny.cz/ambulantni>.
- 44 REDAKCE MLADÁ FRONTA DNES, 7. 4. 2014. *Naděje pro pacienty s popáleninami*. [online]. Zdravotnictví a medicína [cit. 2018-01-16]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/nadeje-pro-pacienty-s-popaleninami-474887?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz.

- 45 REDAKCE ZN, 2017. *Z historie medicíny: Na popáleniny inkoust, na sečná zranění pavučiny*. [online]. Zdravotnické noviny [cit. 2018-01-17]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/zn-plus-72017-chirurgie/>.
- 46 ROKYTA, R., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
- 47 ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9902-5.
- 48 ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P., 2010. *Jak na šikanu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2991-6.
- 49 SALKIND, N. J., 2005. *Encyclopedia of Human Development*. Thousand Oaks: Sage Publications. ISBN 978-1412904759.
- 50 SEDLÁŘOVÁ, P., a kolektiv, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.
- 51 SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
- 52 SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.
- 53 SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví. Onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.
- 54 SLEZÁKOVÁ, L., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II: pediatrie, chirurgie*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3602-0.
- 55 STELZER, J., CHYTILOVÁ, L., 2007. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2144-6.
- 56 STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., a kolektiv, 2015. *Základy dětského lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
- 57 ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-3223-7.
- 58 ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.
- 59 ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

- 60 ŠPAŇHELOVÁ, I., 2009. *Komunikace mezi rodičem a dítětem: styly a techniky komunikace, komunikace rodiče ve vztahu k dítěti, vývojová období dítěte, komunikace v náročných situacích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2698-4.
- 61 ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2016. *Jak přežít svou vlastní pubertu: i s učiteli a rodiči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5395-9.
- 62 TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kolektiv, 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-270-7.
- 63 TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, D., MASTILJÁKOVÁ, D., a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3., nezměněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- 64 VOKURKA, M. a kolektiv, 2014. *Patofyziologie pro nelékařské obory*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2032-9.
- 65 VOKURKA, M., HUGO, J. 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-43-0.
- 66 VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
- 67 ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.
- 68 ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.
- 69 ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie- teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9674-6.
- 70 ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 71 ZEMAN, M., KRŠKA, Z., *Chirurgická propedeutika*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Pravidlo devíti

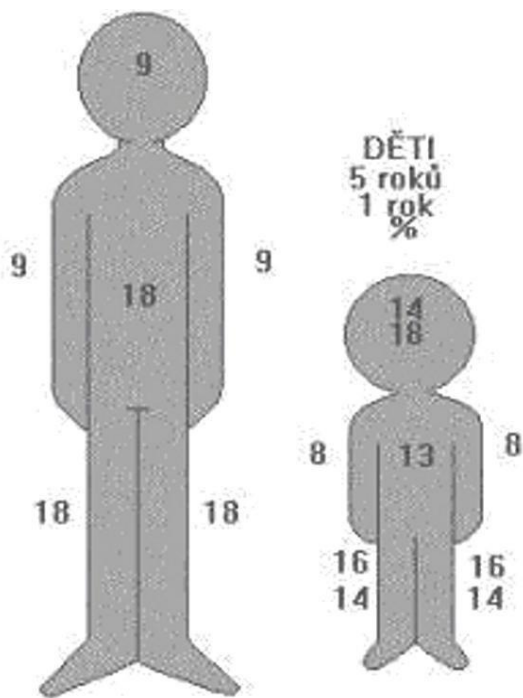
Příloha 2 - Pyramida potřeb

Příloha 3 - Otázky pokládané dětem a rodičům

Příloha 4 - Otázky pokládané sestřám

Příloha 5 - Informační materiál pro širokou veřejnost

Příloha 1 - Pravidlo devíti



Zdroj: <http://www.popaleniny.cz/ambulantni>

Příloha 2 - Pyramida potřeb



Zdroj: Maslow (2014)

Příloha 3 - Otázky pokládané dětem a rodičům

Otázky k rozhovorům

OKRUH Č.1

Otázka č. 1: Pohlaví

Otázka č. 2: Tvůj věk a rozsah popálenin

Otázka č. 3: V kolika letech se stal úraz?

Otázka č. 4 : V jakých aktivitách tě omezoval nově vzniklý úraz?

Otázka č.5: Jak tě přijmuli spolužáci a přátelé ve škole a ve tvém okolí?

Otázka č.6: Jak dlouho ti trvalo smíření se s úrazem?

Otázka č.7: Co ti napomáhalo se smířením se?

OKRUH Č. 2

Otázka č.1: Byl/a jsi hospitalizován/a s rodičem?

Otázka č.2: Jak jsi vnímal/a sestry kolem sebe?

Otázka č.3: Pomohla ti nějak konkrétně po psychické stránce sestra?

Otázka č.4: Když jsi chodil/a na kontroly, jak jsi vnímal sestru?

Otázka č.5: Obracela se sestra s dotazy i na tebe nebo pouze na rodiče?

Otázka č. 6: Máš nějaký zvláštní zážitek z průběhu tvé léčby se sestrou? Popř. jaký?

Otázka č.7 :Všiml/a sis někdy špatného chování k pacientům od strany sestry?

OKRUH Č. 3

Otázka č.1: Pomohlo ti Bolito se začleněním se do společnosti?

Otázka č.2: Co vidíš jako největší přínos od Bolita?

Otázka č.3: V čem konkrétně ti pomohlo Bolito?

Otázka č.4 : Změnila jsi na sebe názor ve vnímání sama sebe po zkušenostech s Bolitem?

Popř. jakým způsobem jsi názor změnila?

Otázka č. 5: Jak dlouho jsi jezdil/a s Bolitem na ozdravné pobyty?

Otázka č.6: Jakým způsobem jsi vnímal/a zdravotní pracovníky, kteří s vámi na pobyty jezdili?

Otázka č.7: Doporučil/a bys Bolito ostatním popáleným dětem?

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

Příloha 4 - Otázky pokládané sestřám

Otázky pro sestry

Otázka č. 1: V čem spočívá vaše podpora při úrazu dítěte s popáleninami?

Otázka č. 2: Jak zvládáte psychickou zátěž v péči o dítě s popáleninami?

Otázka č. 3: Jakým způsobem udržujete duševní hygienu?

Otázka č. 4: Jaké jsou pro vás priority při ošetřování dětí s popáleninami?

Otázka č. 5: S jakými problémy se setkáváte u popálených dětí v nemocnici?

Otázka č. 6: Jak se podílí na snižování problémů dítěte rodiče?

Otázka č. 7: Pozorujete, že v průběhu péče o dítě dochází k vytvoření vztahu sestra-dítě?

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018



Návrat popálených dětí mezi nás



Bolíto:

Bolíto je nezisková organizace, založená v roce 2003. Smyslem práce mnoha dobrovolníků je pomoci dětem s popáleninami překonávat jejich těžký životní úděl.

Jak dětem pomáhá?

Bolíto působí jako psychosociální podpora. Cílem organizace je věnovat se následné péči o psychickou a sociální pohodu dětí. Pořádají víkendové i týdenní pobyty, při kterých dětem nabízejí dobrodružství a nové prožitky. Ozdravné pobyty mají funkci psychosociální rehabilitace a fyzioterapie. Program pro děti, který je připraven ergoterapeutem, se zaměřuje na jemnou motoriku, strečink a posílení některých svalových skupin. Pro děti je připravený bohatý sportovní a kulturní program, při kterém jsou rozděleny do týmů, ve kterých soutěží po celou dobu pobytu a získávají ceny. Tím se dětem otevírá cesta zpět mezi jejich vrstevníky i do společnosti.

Kdo je členem?

Předsedou organizace je přednosta kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, MUDr. Robert Zajíček, Ph.D. a místopředsedkyní je vrchní sestra oddělení popálenin, Mgr. Lenka Šetelíková. Děti se vybírají dle závažnosti trvalých následků a sociální situace rodiny. Na osmidenní ozdravný pobyt jezdí 15 dětí, jeden lékař, čtyři zdravotničtí pracovníci dětského oddělení popáleninové kliniky, jeden zástupce rodičů a jedno místo je vždy volné pro dobrovolníka, který se chce nějakým způsobem realizovat v práci s dětmi po popáleninách.

Bolíto očima dětí

- ✓ Zařazení do společnosti: „Právě to, kolik popálených dětí jsem kolem sebe měla, mi to usnadňovalo nejvíc.“
- ✓ Vyrovnání se s úrazem: „Když jste s Bolítem kdekoliv, tak se cítíte, jako bez svého úrazu. Děkuji jim za všechno“
- ✓ Snížení studu: „Ano, čím jsem starší, tím více si uvědomuji, jakým přínosem tyto pobyty pro mě byly. Dalo mi to sílu se projevit a nebát se. Nestydět se za své jizvy. Pamatuji si, jak jsme všichni byli k sobě otevření, soucitní, svěřili jsme si, co se nám stalo. Všechny nás to spojilo. Nikdy na to nezapomenu a moc si vážím, že jsem toho mohla být součástí a tím poznat tak skvělé lidi.“
- ✓ Zvýšení sebevědomí: „Zvýšilo mi to sebevědomí, přestala jsem se tolik bát. Našla lidi, kteří jsou na "stejně vlně" a opravdu hodně mi to ukázalo. Musím říct, že do dnes z těchto zážitků čerpám. Mám z toho dobrý pocit a jsem na sebe a všechny pyšná, jak jsme to zvládli. Pomohlo mi to si uvědomit, že v tom nikdy nebudu sama a budou tu lidi, kteří mě pochopí.“
- ✓ Získání přátel: „Měli jsme příležitost se seznámit s tak skvělými lidmi a jiné lidi něčemu přiučit. Tím snáz člověk dokázal milovat sám sebe i přes zranění.“
- ✓ Stejný osud: „Zjistil jsem, že nejsem jediný s takovým úrazem a celkově mi to pomohlo. Také jsem našel spoustu dobrých přátel. Nebál bych se i říct, že Bolíto je moje druhá rodina.“
- ✓ Zážitky: „Podívala jsem na místa, kam bych se možná ani nikdy nepodívala. Bolíto mi dodávalo sílu a sebevědomí.“
- ✓ Skvělí lidé: „Určitě bych dětem Bolíto doporučila. Já jsem byla nesmírně spokojená za jejich ochotu nám pomoci. A také to vedou skvělí lidé, kteří mají rádi práci s dětmi. Byla to nejlepší pomoc, kterou jsem do začátku svého života mohla dostat.“

©2017 BOLITO.CZ