

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

**UŽITÍ TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE U KLIENTA  
S POPÁLENINAMI PO AUTOTRANSPLANTACI**

Diplomová práce

Autor: Bc. Lenka Dušátková

2. ročník, magisterský navazující studijní program:

Dlouhodobá ošetřovatelská péče u dospělých

forma studia: prezenční

studijní obor: SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

**OLOMOUC 2010/2011**

## ANOTACE

<b>Název práce v ČJ:</b>	Užití teorie deficitu sebekpěče u klienta s popáleninami po autotransplantaci
<b>Název práce v AJ:</b>	Self-care deficit theory application in patients with burns after autotransplantation
<b>Datum zadání:</b>	9. 12. 2009
<b>Datum odevzdání:</b>	
<b>Datum obhájení:</b>	
<b>Ústav a vysoká škola:</b>	Ústav ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci
<b>Autor práce:</b>	Bc. Lenka Dušátková
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
<b>Oponent práce:</b>	
<b>Klíčová slova v ČJ:</b>	sebekpěče, teorie deficitu sebekpěče, požadavky sebekpěče, situační potřeba sebekpěče, popáleniny, autotransplantace, kožní štěp
<b>Klíčová slova v AJ:</b>	Self-care, Self-care deficit theory, Self-care requirities, Self-care demand, Burn, Autotransplantation, Skin graft
<b>Počet stran:</b>	82
<b>Počet příloh:</b>	12
<b>Místo zpracování:</b>	Olomouc
<b>Místo uložení:</b>	Ošetrovatelské informační a školící centrum, FZV UP v Olomouci - archiv
<b>Rok obhajoby:</b>	2011

## **Abstrakt v ČJ:**

Závěrečná práce se zabývá problematikou využití teorie deficitu sebekpěče u pacientů s popáleninami po autotransplantaci kožního štěpu.

Teoretická část práce popisuje teorii deficitu sebekpěče, popáleniny a jejich transplantační léčbu. V závěru teoretické části je zmíněno vnímání a prožívání pacientů po autotransplantaci.

Praktická část práce je zaměřena na sestavení situační potřeby sebekpěče u pacientů po autotransplantaci. Metodou kvalitativního výzkumného šetření (strukturovaný rozhovor) byly zmapovány pocíťované problémy pacientů, jejich vnímání a prožívání současného zdravotního stavu a případných dlouhodobých následků a také jejich informovanost o následné péči o jizvy a případné dlouhodobé dispenzarizaci.

Výsledky šetření dokládají nezbytnost vytvoření uceleného informačního materiálu, zaměřeného na následnou péči o jizvy a dlouhodobou dispenzarizaci, který je součástí práce.

## **Abstrakt v AJ:**

This final thesis deals with the issue of using a self-care theory in burn patients after autotransplantation of skin graft.

The theoretical part describes the theory of self-care deficit, burns and their autotransplant treatment. In conclusion, the theoretical part is referred to the perception and experience of patients after autotransplantation.

The practical part of the work is aimed to build self-care demand of patients after autotransplantation. Perceived problems of patients, their perception and experience of the current health and possible long-term consequences as well as their awareness of the subsequent care of the scar and a possible long-term follow up treatment were analysed with the method of qualitative research (structured interview).

Survey results show the need to create a comprehensive information-oriented material aimed at the further care of scars and a long-term follow up treatment, which is part of the thesis.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne:..... podpis:.....

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Ráda bych poděkovala Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a její cenné rady.

Další poděkování bych chtěla věnovat všem sestřám z Kliniky popáleninové medicíny FNKV za jejich pomoc při realizaci mé závěrečné práce.

V neposlední řadě děkuji pacientům ze standardního popáleninového oddělení FNKV, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

# OBSAH

<b>1 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>- 10 -</b>
<b>1.1 Teorie deficitu sebedpěče podle D. E. OREM</b>	<b>- 10 -</b>
1.1.1 Dorothea Elisabeth Orem .....	- 10 -
1.1.2 Vývoj teorie deficitu sebedpěče .....	- 11 -
1.1.3 Funkce Teorie deficitu sebedpěče .....	- 11 -
1.1.4 Struktura TSDP .....	- 12 -
1.1.5 Teorie sebedpěče .....	- 13 -
1.1.6 Teorie deficitu sebedpěče .....	- 16 -
1.1.7 Teorie ošetrovatelských systémů.....	- 17 -
1.1.8 Praktické možnosti využití modelu v popáleninové medicíně .....	- 18 -
1.1.9 Srovnání TDSP s modelem M. Gordon, NANDA doménami.....	- 19 -
<b>1.2 Popáleniny</b>	<b>- 21 -</b>
1.2.1 Úvodem k popáleninám.....	- 21 -
1.2.2 Výskyt popálenin.....	- 21 -
1.2.3 Hodnocení závažnosti popálenin .....	- 22 -
1.2.4 Klinický obraz .....	- 24 -
1.2.5 Léčba popálenin.....	- 25 -
1.2.6 Infekční komplikace popáleninového traumatu.....	- 27 -
1.2.7 Ošetrovatelská péče u závažných popálenin .....	- 28 -
<b>1.3 Transplantace a novinky v léčbě popálenin</b>	<b>- 31 -</b>
1.3.1 Autotransplantace .....	- 32 -
1.3.2 Alotransplantace .....	- 32 -
1.3.3 Xenotransplantace .....	- 33 -
1.3.4 Péče o nemocného před a po autotransplantaci .....	- 33 -
1.3.5 Péče o odběrové plochy .....	- 35 -
1.3.6 Novinky v léčbě popálenin .....	- 36 -
<b>1.4 Vnímání a prožívání pacientů po autotransplantaci</b>	<b>- 37 -</b>

<b>2. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>- 39 -</b>
<b>2.1 Cíle práce</b>	<b>- 39 -</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky</b>	<b>- 39 -</b>
<b>2.3 Metodika práce</b>	<b>- 40 -</b>
2.3.1 Zdroje odborných poznatků.....	- 40 -
2.3.2 Metodika tvorby situačních problematik a situační potřeby sebepěče .....	- 40 -
2.3.3 Metodika výzkumného šetření.....	- 40 -
2.3.4 Metodika tvorby edukačního programu a informačního materiálu .....	- 42 -
<b>2.4 Interpretace získaných dat</b>	<b>- 43 -</b>
2.4.1 Interpretace dat k cíli č. 1(Výčet SIP u pacientů po autotransplantaci).....	- 43 -
2.4.2 Interpretace dat k cíli č. 2 .....	- 44 -
2.4.3 Interpretace obecných dat z interview .....	- 53 -
2.4.4 Interpretace dat z interview k cíli č. 3 .....	- 57 -
2.4.5 Interpretace dat z interview k cíli č. 4 .....	- 60 -
2.4.6 Interpretace dat z interview k cíli č. 5 .....	- 63 -
2.4.7 Interpretace dat k cíli č. 6 .....	- 68 -
<b>3. DISKUZE</b> .....	<b>- 71 -</b>
<b>4. ZÁVĚR</b> .....	<b>- 80 -</b>
<b>5. POUŽITÉ ZDROJE</b> .....	<b>- 83 -</b>
<b>6. PŘEHLED TABULEK</b> .....	<b>- 89 -</b>
<b>7. PŘEHLED GRAFŮ</b> .....	<b>- 90 -</b>
<b>8. SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>- 90 -</b>
<b>9. PŘEHLED ZKRATEK</b> .....	<b>- 91 -</b>
<b>10. PŘEHLED PŘÍLOH</b> .....	<b>- 92 -</b>
<b>11. PŘÍLOHY</b> .....	<b>- 93 -</b>

## ÚVOD

Úvodem je třeba říci, že hluboké popáleninové trauma je velice závažné postižení, které jen velmi zřídka pacienta zanechá bez následků do jeho dalšího života. I když v celkovém množství nedosahují počtu jiných závažných onemocnění či poranění, nelze tuto závažnou problematiku přehlížet.<sup>1</sup>

Péče o popálené pacienty je velice traumatická nejen z pohledu nemocného, ale i z pohledu zdravotnického personálu, který je rovněž vystaven velké jak fyzické, tak i psychické zátěži.<sup>2</sup>

Z historických zdrojů je známo, že zmínky o léčbě popálenin jsou patrné již ze starověku a její vývoj pokračuje dodnes. Jelikož popáleninová medicína stále prochází prudkými změnami, nelze opomenout také psychologické a sociální aspekty tohoto závažného postižení.<sup>3</sup>

Není pochyb o tom, že péče o popálené je péčí dlouhodobou a vyžaduje komplexní přístup. Dnes je za nejlepší možnou terapii, která dosahuje nejlepších výsledků a zkrácení doby hospitalizace, považována časná nekrektomie s následnou transplantací. Proto je zcela zásadní věnovat se tématu následné péče po transplantaci popálených ploch.<sup>4</sup>

Tato závěrečná diplomová práce je tedy zaměřena na tematiku péče o dospělé pacienty po autotransplantaci v popáleninové medicíně a na možnost využití teorie deficitu sebezpečí D. E. Orem pro tuto specializovanou oblast.

V teoretické části práce je popsána tato teorie podrobněji pro pochopení významu pro ošetrovatelskou praxi. Dále se tato práce věnuje celkově problematice popálenin u dospělých a následně popisuje transplantační léčbu se všemi jejími aspekty. V závěru teoretické části je zmínka o celkovém prožívání a vnímání pacientů během léčby popáleninového traumatu a jeho dopadu na psychiku pacienta.

---

<sup>1</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 23

<sup>2</sup> ŠIMEK, J., Popáleninové trauma, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 4, s. 150

<sup>3</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 21

<sup>4</sup> Tamtéž, s. 124



Praktická část práce je zaměřena na zpracování výčtu situačních problematik, které jsou přítomny u pacientů po autotransplantaci, rozpracování situační potřeby sebeděže, která může být rámcem pro plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestřím, pracujícím v popáleninových centrech. Další oblastí, která je rozpracována v praktické části je vnímání pacientů v průběhu léčby, jak na ně dopadají důsledky a omezení související s transplantací a následným jizvením. Dále zjišťuje, které problémy pacienti během hospitalizace pocítují. V následující kapitole se závěrečná práce zaměřuje na informovanost pacientů o následné péči po propuštění, a kterými kompetencemi sebeděže/dependentní péče ji zvládají. V závislosti na tuto problematiku je v závěrečné práci zpracován edukační program a informační brožura pro pacienty po autotransplantaci, která jim pomůže zvládnout péči o jizvy v domácím prostředí a následnou dispenzarizaci v popáleninové ambulanci.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Teorie deficitu sebekpěče podle D. E. OREM

Během života získávají lidé znalosti a dovednosti v oblasti péče o vlastní zdraví. Tyto činnosti obvykle provádíme tak, jak se je naučíme v rodinách nebo v jiných sociálních skupinách. Pokud dojde ke změnám v oblasti péče o zdraví (akutní či chronické onemocnění), musíme se naučit jiným formám sebekpěče.<sup>5</sup> Podle D. E. Oremové (Orem, 1991, s. 64) je sebekpěče: „*naučená, cíleně orientovaná činnost, soubor praktických aktivit individua, které provádí pro udržení vlastního života, zdraví a pohody.*“

Sestry by měly pomáhat v sebekpěči jak zdravým, tak i nemocným. Hlavním cílem sestry je dosáhnout maximálně možné úrovně sebekpěče jedince (nezávislosti).<sup>6</sup>

### 1.1.1 Dorothea Elisabeth Orem

Narozena v Baltimore ve státě Maryland (USA) v roce 1914. Úspěšně ukončila základní ošetřovatelské vzdělání ve Washingtonu (1930). Dále pokračovala ve studiu na katolické univerzitě ve Washingtonu v oblasti edukace, kde získala bakalářský i magisterský diplom (1945) v této oblasti.<sup>7</sup> Působila jako sestra v nemocnici, privátní sestra a sestra konzultantka. Stala se také ředitelkou ošetřovatelské školy v Detroitu. Její nejznámější publikací je *Nursing: Concept of practise* z roku 1971. Získala několik čestných doktorátů (Georgetown University, Washington, Catholic University of America). Roku 2007 D. E. Orem umírá.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> ŽIAKOVÁ K. a kol., *Ošetřovatelství – konceptuální modely a teorie*, 2005, s. 79

<sup>6</sup> JAROŠOVÁ, D., *Vybrané ošetřovatelské modely a teorie*, 2003, s. 23

<sup>7</sup> PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetřovatelství v kostce*, 2006, s. 52

<sup>8</sup> JAROŠOVÁ, D., *Vybrané ošetřovatelské modely a teorie*, 2003, s. 23

### **1.1.2 Vývoj teorie deficitu sebeděže**

Během své sesterské činnosti si D. Orem všimla, že lidé, kteří potřebují lékařskou péči, ne v každém případě potřebují ošetrovatelskou péči.<sup>9</sup> Poznala, že ošetrovatelskou péči potřebují lidé, kteří nejsou schopni řídit a vykonávat sebeděže v takovém rozsahu, kterou vyžaduje jejich aktuální stav.<sup>10</sup> Proto začala v polovině 60. let minulého století zpracovávat vlastní ošetrovatelskou teorii. Později rozšířila teorii o rozvoj aktivit péče. V roce 1973 uvedla svou teorii do praxe. Neustále pracovala na upřesnění teorie v knize *Family Health: A Teoretical Approach the Nursing Care*, kde zpracovala kapitolu *The Selfcare Deficit Theory of Nursing*.<sup>11</sup>

### **1.1.3 Funkce Teorie deficitu sebeděže**

Bylo definováno osm funkcí Teorie deficitu sebeděže (dále TDSP):

1. Pochopit člověka v rámci ošetrovatelství;
2. Vyjádřit specifické zaměření a charakteristický předmět ošetrovatelství v lidské společnosti;
3. Představit klíčové koncepty ošetrovatelství, jak v oblasti praktické, tak vědomostní a vytvořit řečový systém (terminologii);
4. Vyznačit hranice a orientovat myšlení a praxi ošetrovatelství na výzkum, vývoj a vzdělávání;
5. Shrnout nové informace pro ulehčení práce lidem, kteří rozumí teorii (mohou vytvářet koncepty ke konkrétním ošetrovatelským situacím);
6. Umožnit vytvořit závěry s ohledem na spojení ošetrovatelství s dalšími obory a každodenním životem jedince a komunity;
7. Podnítit myšlení a komunikační styl v ošetrovatelství u sester i u studentů;

---

<sup>9</sup> PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*, 2006, s. 26

<sup>10</sup> ŽIAKOVÁ, K. a kol., *Ošetrovatelství – konceptuální modely a teorie*, 2005, s. 79

<sup>11</sup> PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*, 2006, 52-53

8. Sdružování sester jako vědeckého společenství při dalším vývoji, strukturování a ověřování ošetrovatelských vědomostí.<sup>12</sup>

#### 1.1.4 Struktura TSDP

Teorie deficitu sebepěče je tvořena ze vztahů a spojení tří teorií, ke kterým patří teorie sebepěče/dependentní péče, teorie deficitu sebepěče a teorie ošetrovatelských systémů (viz níže, tabulka č. 1).<sup>13</sup>

Tab. č.1 - Struktura TDSP<sup>14</sup>

<b>TEORIE OŠETŘOVATELSKÝCH SYSTÉMŮ</b>							
dílčí koncepty:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oš. kompetence</li> <li>▪ Oš. systémy</li> <li>▪ Prof.- technické postupy</li> <li>▪ Interakce</li> <li>▪ Oš. situace</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE</b></td> </tr> <tr> <td>dílčí koncepty:</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deficit sebepěče</li> <li>▪ Situační potřeba sebepěče</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>TEORIE SEBEPÉČE</b></td> </tr> <tr> <td>dílčí koncepty:</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sebpěče</li> <li>▪ Kompetence sebepěče</li> <li>▪ Požadavky sebepěče</li> <li>▪ Základní podmíněčné faktory</li> </ul> </td> </tr> </table>	<b>TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE</b>	dílčí koncepty:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deficit sebepěče</li> <li>▪ Situační potřeba sebepěče</li> </ul>	<b>TEORIE SEBEPÉČE</b>	dílčí koncepty:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sebpěče</li> <li>▪ Kompetence sebepěče</li> <li>▪ Požadavky sebepěče</li> <li>▪ Základní podmíněčné faktory</li> </ul>
<b>TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE</b>							
dílčí koncepty:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deficit sebepěče</li> <li>▪ Situační potřeba sebepěče</li> </ul>							
<b>TEORIE SEBEPÉČE</b>							
dílčí koncepty:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sebpěče</li> <li>▪ Kompetence sebepěče</li> <li>▪ Požadavky sebepěče</li> <li>▪ Základní podmíněčné faktory</li> </ul>							

<sup>12</sup> TAYLOR, S., G., REMPENNING, K., M., *Nursing concepts of practise*, 2001, s. 137

<sup>13</sup> HALMO, R., *Mostecké dny sester: sborník přednášek*, 2006b, s. 51

<sup>14</sup> Tamtéž.

### ***1.1.5 Teorie sebepěče***

Jedná se o jádro konceptu, bez kterého nelze pochopit teorii deficitu sebepěče jako celek. Skládá se z dílčích konceptů: sebepěče, kompetence sebepěče, požadavky sebepěče a základní podmíněčné faktory.<sup>15</sup>

#### *Sebepěče (SP)*

Sebepěče je chápána jako lidská, regulatorní funkce, kterou pro sebe člověk vědomě vykonává nebo pro sebe nechává vykonat (dependentní péče), aby zajistila a udržela podmínky pro zachování života, pocitu pohody a zdraví. Sebepěče nabývá dvojího významu – *péče o sebe sama, péče prostřednictvím sebe sama*. Sebepěče je naučená, tedy rozdílná od instinktů, lidé ji získávají během svého života. Způsoby vykonávání sebepěče závisí na sociokulturním kontextu, individuálních schopnostech jedince a životních okolnostech. Pokud se lidé začnou starat o osoby, které nemohou sebepěči vykonávat vůbec nebo pouze částečně, jedná se o dependentní péči.<sup>16</sup>

#### *Kompetence sebepěče (KSP)*

Jedná se o schopnost jedince provádět péči o sebe sama, tedy specifické schopnosti pro vykonání potřebných činností, v závislosti na určité potřebě sebepěče. Tato schopnost je zcela individuální.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sebepěče*, 2004, s. 23

<sup>16</sup> Tamtéž, s. 25

<sup>17</sup> BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sebepěče*, 2004, s. 30

Orem rozdělila kompetence sebepěče do tří dílčích konceptů (viz níže, tabulka č. 2):

**Tab. č.2 - Dílčí koncepty**<sup>18</sup>

<b>A) ČINNOSTI SEBEPÉČE (ČSP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jednotlivé operace při provádění sebepěče</li> <li>- činnosti, které pomáhají člověku zvládat péči o sebe sama (získané vědomosti, schopnost se rozhodnout atd.)</li> </ul>
1. Činnosti, které jsou směřovány na hodnocení a pochopení situace (odhad situace)	
2. Činnosti, které představují přechodnou fázi (transitivní funkce)	
3. Činnosti, které způsobují přímé praktické provedení (produktivní funkce)	
<b>B) POTENCIÁLNÍ KOMPONENTY (PK)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- specifické schopnosti sebepěče, které umožňují vykonávání činností sebepěče</li> </ul>
1. Schopnost zachování pozornosti a potřebné bdělosti	
2. Kontrolované užití tělesné energie pro činnosti sebepěče	
3. Schopnost kontrolovaného držení těla	
4. Schopnost logického myšlení	
5. Motivace	
6. Schopnost učinit rozhodnutí ve smyslu sebepěče a uskutečnit je	
7. Získat technické vědomosti o sebepěči, zachovat a uskutečnit je	
8. Způsobilost kognitivní, manipulativní, komunikativní a interpersonální, které jsou přizpůsobeny provedení činností sebepěče	
9. Stanovení priorit v rámci systému sebepěče	
10. Způsobilost k integraci činností sebepěče do denního života	
<b>C) ZÁKL. DISPOZICE A SCHOPNOSTI (ZDaS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jedinec získává v průběhu života a využívá pro zvládnutí problémů</li> <li>- základ pro vědomé jednání člověka</li> <li>- kompetence sebepěče závisí na stupni těchto faktorů:</li> </ul>

<sup>18</sup> BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sebepěče*, 2004, s. 30-32; HALMO, R., *Mostecké dny sester: sborník přednášek*, 2006b, s. 53

1. Schopnost orientace
2. Schopnost vnímání
3. Schopnost regulace držení těla a pohybu
4. Schopnost učení
5. Obraz sebe sama/sebepojetí
6. Paměť
7. Kulturní zkušenost
8. Regulace motivačních procesů

### Požadavky sebepěče (PSP)

Vysvětlují, proč se má někdo o sebe starat. V každém věku existují PSP, avšak jsou rozdílné svou intenzitou, trváním atd. Typy požadavků sebepěče jsou rozebrány podrobněji v tabulce č. 3, níže.<sup>19</sup>

**Tab. č.3 - Typy požadavků sebepěče<sup>20</sup>**

<p><b>A) OBECNÉ PSP</b> - důležité pro základní životní procesy a funkce</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dostatečný přívod vzduchu, vody, potravy</li> <li>▪ dobrá funkce vylučování</li> <li>▪ rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem</li> <li>▪ rovnováha mezi samotou a sociální interakcí</li> <li>▪ prevence nebezpečí, fyzická rovnováha</li> <li>▪ podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny</li> </ul>
<p><b>B) VÝVOJOVĚ PODMÍNĚNÉ PSP</b> - spojené s růstem a vývojem jedince</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zajištění podmínek podporujících vývoj</li> <li>▪ angažovanost ve vývoji sebepěče</li> <li>▪ vývojové poruchy způsobené životním prostředím nebo nemocí</li> </ul>
<p><b>C) ZDRAVOTNĚ PODMÍNĚNÉ PSP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nárokovat a zajistit vhodnou zdravotní péči</li> <li>▪ uvědomit si a rozpoznat důsledky</li> </ul>

<sup>19</sup> BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sebepěče*, 2004, s. 27

<sup>20</sup> BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sebepěče*, 2004, s. 27-29; JAROŠOVÁ, *Vybrané ošetřovatelské modely a teorie*, 2003, s. 24

- požadavky při poruchách zdraví	patologických stavů <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ efektivně dodržovat a provádět ordinovaná zdravotnická opatření</li> <li>▪ uvědomit si, znát a regulovat vedlejší účinky zdravotnických intervencí</li> <li>▪ akceptovat změnu sebe sama v souvislosti se zdravotním stavem</li> <li>▪ integrovat nemoc a její léčbu do života, další osobní rozvoj</li> </ul>
----------------------------------	---

***Pokud kompetence sebeděže jsou v rovnováze s požadavky sebeděže, deficit nevzniká. Jestliže požadavky sebeděže převyšují kompetence sebeděže, deficit sebeděže vzniká.<sup>21</sup>***

#### *Základní podmíněčné faktory (ZPF)*

Faktory, které působí na jednání člověka a ovlivňují ho, jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Jedná se o: věk, pohlaví, trvání oš. situace, zdravotní stav, vývojový stupeň, systém zdravotní péče, socio-kulturní faktory, socio-ekonomické faktory, životní struktury, okolí, rezervy (potenciál klienta).<sup>22</sup>

#### ***1.1.6 Teorie deficitu sebeděže***

Je nejdůležitější, centrální součástí celé teorie D. E. Orem. Vysvětluje v jakém případě je potřebná ošetrovatelská péče, proč se v určitých situacích nemohou lidé o sebe starat. Tato teorie je rozdělena do dvou dílčích teorií: deficit sebeděže, situační potřeba sebeděže.<sup>23</sup>

#### *Deficit sebeděže (DSP)*

Deficitem sebeděže/dependentní péče rozumíme vztah mezi kompetencí sebeděže (KSP) a situační potřebou sebeděže (SiPoSP), kdy na základě omezení není člověk

<sup>21</sup> BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sebeděže*, 2004, s. 32

<sup>22</sup> HALMO, R., *Mostecké dny sester: sborník přednášek*, 2006b, s. 52

<sup>23</sup> OREM, D., E., *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*, 1997, s. 189



schopen splnit některé nebo všechny komponenty SiPoSP. Deficit může být právě přítomný (aktuální), nebo můžeme předpokládat, že do budoucna vznikne (potenciální deficit sebepéče/dependentní péče). Deficit můžeme dále dělit na trvalý nebo přechodný. U jedince se může jednat o *částečnou* nebo *úplnou* neschopnost porozumět nebo splnit situační potřebu sebepéče.<sup>24</sup>

#### *Situační potřeba sebepéče (SiPoSP)*

Jedná se o lidmi vytvořenou strukturu opatření nebo činností sebepéče (shrnutí všech ČSP), která je pro daného jedince potřebná v určitém čase, po určitou dobu a na určitém místě k vyplnění individuální potřeby sebepéče v dané situaci. Je to popis jednání, který bude mít pozitivní vliv na danou situaci. Je zaměřen na jednu nebo více PSP. Oremová uvádí, že všechny problémy, které vyplývají z nesplněných PSP a jedinec je může kontrolovat, se nazývají situační problematiky (SIP).<sup>25</sup>

#### **1.1.7 Teorie ošetrovatelských systémů**

Teorie ošetrovatelských systémů se zabývá činností ošetrujícího personálu. Určuje tedy strukturu a obsah ošetrovatelské praxe. Odborníci v ošetrovatelství by měli být schopni rozeznat jedince s deficitem sebepéče/dependentní péče, určit rozsah deficitu a podle toho poskytnout odpovídající péči za pomoci vhodného ošetrovatelského systému. Jejich cílem by mělo být splnění SiPoSP, ochrana nebo vývoj stávajících kompetencí sebepéče/dependentní péče, dále také podpora při provádění KSP tak, aby byly splněny požadavky sebepéče.<sup>26</sup>

Tato teorie se skládá z pěti dílčích konceptů: ošetrovatelské kompetence, ošetrovatelské systémy, profesionálně-technologické postupy, interakce a situace ošetrovatelské praxe.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> HALMO, R., *Mostecké dny sester: sborník přednášek*, 2006b, s. 52

<sup>25</sup> HALMO, R., *Mostecké dny sester: sborník přednášek*, 2006b, s. 3-7

<sup>26</sup> OREM, D., E., *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*, 1997, s. 270

<sup>27</sup> HALMO, R., *Mostecké dny sester: sborník přednášek*, 2006b, s. 54

Rozlišujeme tři ošetrovatelské systémy:

- **ÚPLNĚ KOMPENZAČNÍ SYSTÉM** – sestra vykonává ošetrovatelskou péči za klienta, jelikož není schopen zvládnout deficit samostatně;
- **ČÁSTEČNĚ KOMPENZAČNÍ SYSTÉM** – zde vykonává pacient spolu se sestrou činnosti sebedpěče, nebo zvládá deficit sebedpěče s pomocí;
- **PODPŮRNÝ A EDUKAČNÍ SYSTÉM** – pacient vykonává sebedpěči samostatně, ale potřebuje pomoc sestry v oblasti získávání vědomostí, rozvíjení schopností a nabývání zručnosti při některých činnostech sebedpěče.<sup>28</sup>

### *1.1.8 Praktické možnosti využití modelu v popáleninové medicíně*

Teorie deficitu sebedpěče neposkytuje pouze teoretický základ, ale i pracovní rámec pro pomoc jedincům i rodinám v oblasti popáleninové medicíny. TSDP umožňuje zabezpečit rovnováhu mezi schopnostmi postarat se o sebe a požadavky na tuto schopnost kladenými.<sup>29</sup>

Je zřejmé, že podpora sebedpěče znamená velkou změnu v poskytování ošetrovatelské péče. V běžné praxi sestra říká pacientům, co mají dělat nebo dělala věci pro něho, podle TSDP sestra dělá všechno pro to, aby se pacient sám rozhodoval a dělal věci pro sebe (někdy to však není v důsledku zdravotního stavu možné). Uplatnění tohoto modelu však naráží na mnoho problémů např. struktura zdravotní péče, nejednotnost názorů, zda je ošetrovatelská teorie obecně pro praxi přínosná atd.<sup>30</sup>

Možnost využití modelu TSDP v praxi v popáleninové medicíně ukazuje studie autorů Gramlinga a Wilsona z roku 2009. Studie popisuje využití TSDP v závislosti na jeho dělení na tři ošetrovatelské systémy, což je jádrem k pochopení využití TSDP v popáleninové medicíně. Plně kompenzační systém využívá sestra při příjmu závažně

---

<sup>28</sup> ŽIAKOVÁ, K., a kol., *Ošetrovatelství – konceptuální modely a teorie*, s. 83

<sup>29</sup> ŽIAKOVÁ, K., a kol., *Ošetrovatelství konceptuální modely a teorie*, 2003, s. 90

<sup>30</sup> HALMO, R., ZVONÍČKOVÁ, M., *Ošetrovatelství – perpektivní věda a umění*, 2004, s. 92-93

popáleného nemocného, který není schopný se o sebe postarat (odsávání z DC, podávání parenterální výživy aj.). Částečně kompenzační systém využívá sestra tehdy, pokud dojde ke zlepšení stavu závažně popáleného nemocného nebo při méně závažných popáleninách na standardním oddělení. Sestra zde pomáhá nemocnému v sebedpěči (hygienická péče, vyprazdňování aj.). Poslední tedy podpůrně edukační ošetrovatelský systém využíváme nejčastěji u pacientů již po propuštění (edukace v péči o jizvy). Studie tedy předkládá TSDP jako logický rámec využitelný v praxi v oblasti popáleninové medicíny.<sup>31</sup>

### *1.1.9 Srovnání TDSP s modelem M. Gordon, NANDA doménami*

Modely se často srovnávají (viz tabulka č. 4, s. 20), je to tradice, která má snahu zjistit, které modely vyhovují danému záměru, jaké mají odlišnosti, v čem se shodují.<sup>32</sup>

G. Bekel a R. Halmo uvádí rozdíl mezi vnímáním deficitu sebedpěče Gordon a Orem.

MÁ ZLOMENÉ RUCE – NEMŮŽE PÍT ČAJ 

DSP dle Orem – je ten pociťovaný deficit, ne jen přítomnost postižení! (I takto zraněný člověk se může obsloužit sám, může pít čaj slámkou, či jiným způsobem.)<sup>33</sup>

DSP dle Gordon, NANDA představuje např. neschopnost přijímat potravu (**nedostatečná výživa – 00002**), jít na toaletu (**deficit sebedpěče při vyprazdňování – 00110**), zaujímá tedy jednoduché vysvětlení DSP zaměřující se na biologické znaky.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> GRAMLING, L., WILSON, J., The Application of Orem's Self-care Model to Burn care, *Journal of Burn Care & Research*, 2009, č. 5, <<http://ovidsp.tx.ovid.com>>.

<sup>32</sup> BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sebedpěče*, 2004, s. 18

<sup>33</sup> Tamtéž, s. 34

<sup>34</sup> Tamtéž; MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 2006, s. 42-43

**Tab. č.4 - Srovnání: Gordon/NANDA a Orem** <sup>35</sup>

Biologické hledisko	Hledisko jednání
<p><b>GORDON, NANDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zakládá se na biologickém vysvětlení, pro mnohé pochopitelnější a jednodušší</li> <li>- zevrubný diagnostický systém, možnost využití pro různé specializace</li> <li>- je uvedeno přesně, jak využít do praxe (diagnostický algoritmus dysfunkčních potřeb)</li> </ul>	<p><b>OREM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- komplexnější, objemnější, zahrnuje perspektivu jednání</li> <li>- složitější terminologie, dává větší možnost pro vlastní rozhodování sester při aplikaci do praxe, není přesně definováno, jak ji aplikovat</li> </ul>
<p><b>NEDAJÍ SE SROVNÁVAT</b></p>	

<sup>35</sup> BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sepeče*, 2004, s. 34; BUBAN-ASERON, M., L., *Strenghts and Limitations of Orem's Theory*, 2010, <<http://issuu.com/russeldelara/docs>>; MAREČKOVÁ, J., *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesy, NIC a NOC klasifikace*, 2006, s. 35

## 1.2 Popáleniny

### 1.2.1 Úvodem k popáleninám

Popáleniny (combustiones) řadíme mezi tepelná poranění tkáně, kam patří také přehřátí, úpal, prochladnutí a omrzliny. Vznikají vnějším působením tepla nebo světla na lidské tělo.<sup>36</sup> Mohou být způsobeny přímým dotykem (vroucí tekutiny a páry, žhavé kovy, plameny, chemické látky), dále elektrickým proudem, sálající energií ze slunečního záření či ionizujícího záření.<sup>37</sup>

Popáleninové trauma patří k nejbolestivějším traumatům, vede nejen k poškození buněk kůže, ale i k systémové reakci. U nejzávažnějších popálenin je nemocný ohrožen multiorgánovým selháním až smrtí.

Postižení mohou být dospělí i děti. V této diplomové práci je pojednáváno o problematice popálenin u dospělých, které vyžadují transplantační terapii (tedy stupeň II. b a III. viz dále).

Prognóza takto postižených nemocných závisí především na správně poskytnuté laické i profesionální první pomoci a také na včasném transportu do specializovaného popáleninového centra.<sup>38</sup>

### 1.2.2 Výskyt popálenin

Ve vyspělých zemích utrpí každý rok popáleniny asi 1% obyvatelstva. Z toho je 97% nemocných ošetřeno ambulantně a 3% vyžadují hospitalizaci. O výskytu popálenin se v České republice nevede samostatná statistika. Popáleniny jsou zahrnuty celkově do skupiny úrazů. Jelikož jsou popáleninová traumata podstatně méně častá, byla důvodem častého nezájmu.<sup>39</sup> Nyní jsou v republice tři specializovaná centra Praha, Brno, Ostrava a také popáleninová jednotka chirurgické kliniky v Hradci Králové.

---

<sup>36</sup> MOROVICSOVÁ, E., Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami, *Sestra*, 2009, č. 9, s. 40

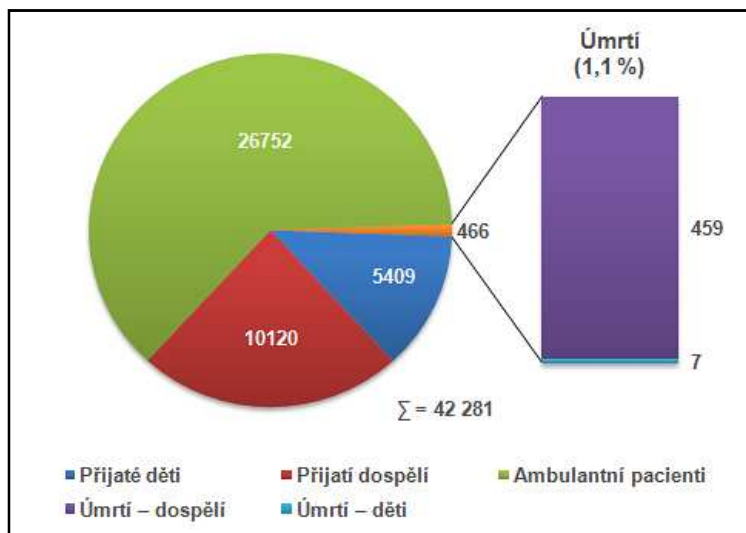
<sup>37</sup> GARDEN, J., BRADBURY, W., FORSYTHE, J., *Principles and practise of Surgery*, 2002, s. 379

<sup>38</sup> KLEIN, L., Úvod do problematiky léčby popálenin, *Diagnóza v ošetrovatelství*, č. 4, s. 152

<sup>39</sup> KÓNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 23

V následujícím grafu jsou znázorněny termické úrazy v České Republice v letech 2000-2009 ze všech tří specializovaných popáleninových center.

**Graf č. 1 - Popáleninové úrazy v ČR 2000-2009**



(<http://www.epomed.cz/rubriky/vyuka/epidemiologie/>)

### 1.2.3 Hodnocení závažnosti popálenin

Celosvětově jsou stanovena kritéria pro zhodnocení

- mechanismus úrazu
- rozsah postižení
- věk
- hloubka postižení
- lokalizace
- anamnéza

**Mechanismem úrazu** posuzujeme, zda se jedná o popáleniny termální, způsobené ohněm, opařením nebo kontaktem s horkým předmětem. Dále chemické popáleniny, elektrotraumata či inhalační popáleniny. Velmi závažné jsou pády do vřelé tekutiny a

výbuchy a hoření v uzavřeném prostoru, kde dochází kromě velmi závažného inhalačního traumatu také k otravě oxidem uhelnatým.<sup>40</sup>

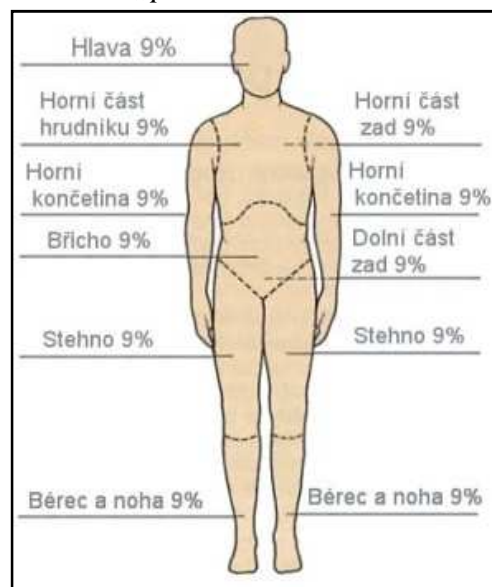
**Rozsah postižení** se u velkých dětí a dospělých určuje orientačně v procentech celkového tělesného povrchu (dále TBA) za pomoci tzv. „pravidla devíti“. Tělesný povrch je rozdělen na oblasti, které představují 9% nebo násobek devíti např. hlava a krk jsou 9%, horní končetina je 9%, avšak genitál je 1% (viz obr. 2). Při určování menších popálených ploch je možno využít palmární plochu ruky s prsty u sebe, která představuje 1% TBA.<sup>41</sup>

**Věk postiženého** je dalším základním faktorem určujícím závažnost traumatu. Nejvíce ohroženi jsou děti a lidé starší než 60 let.

Kde za závažné popálení s rizikem vzniku popáleninového šoku se považuje 20% TBA u dospělých. U starších popálených nemocných se zvyšuje riziko mortality s výskytem dalších přidružených onemocnění (kardiální, metabolická, renální atd.).<sup>42</sup>

**Hloubka postižení** je důležité zhodnotit z hlediska následné léčby. Popáleniny se dělí do tří stupňů, kde II. stupeň dále rozdělujeme na II. a a II. b (viz příloha č. 3, s 96-97). Podle mezinárodní klasifikace se nyní užívá rozdělení na povrchní a hluboké popálení. Povrchní popálení znamená částečné postižení kůže, kde jsou zachovány kožní adnexa (potní, mazové žlázy, vlasové folikuly). Zde nastává spontánní epitelizace. Hluboké postižení představuje ztrátu kůže v celé síle, případně postižení i hlubších vrstev (podkoží, fascie, svaly, kosti). Hluboké popálení vždy vyžaduje chirurgické řešení.

obr. 1 „pravidlo devíti“



(<http://www.prvnipomoc.com/view.php?cislocclanku=2006040005>)

<sup>40</sup> KLEIN, L., Úvod do problematiky léčby popálenin, *Diagnóza v ošetrovatelství*, č. 4, s. 152-153

<sup>41</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 68

<sup>42</sup> KLEIN, L., Úvod do problematiky léčby popálenin, *Diagnóza v ošetrovatelství*, č. 4, s. 153

Hodnocení hloubky je orientační, jelikož se může změnit.<sup>43</sup> V této diplomové práci je pojednáváno o hlubokých popáleninách, které vyžadují transplantační terapii.

**Lokalizace postižení** je faktorem pro určení, zda pacient vyžaduje hospitalizaci. Nejzávažnější je postižení obličeje, krku, rukou, plosek nohou perinea a genitálu. Tyto oblasti jsou zvláště náchylné ke komplikacím, proto je často nutná hospitalizace. Při poranění hlavy a krku musíme myslet na možné inhalační postižení, které nemocného závažně ohrožuje na životě.<sup>44</sup>

**Osobní anamnéza** pacienta je důležitá pro zjištění probíhajícího nebo minulého onemocnění, které by mohlo ovlivnit průběh léčby popálenin.<sup>45</sup>

#### **1.2.4 Klinický obraz**

Klinický obraz popálenin se liší dle rozsahu, hloubky, věku, lokalizace, mechanismu vzniku popálení a samozřejmě také dle osobní anamnézy poraněného. Skupina příznaků, které provázejí rozsáhlejší popáleniny, se nazývá nemoc z popálení. Probíhá v následujících obdobích. Podle nichž také probíhá adekvátní terapie.

- období šokové (neodkladné);
- období akutní;
- období rehabilitační a rekonstrukční.<sup>46</sup>

**Období šokové** vzniká v okamžiku úrazu a trvá kolem 72 hodin i déle, pokud dojde k protrahovanému šoku. Popáleninový šok vzniká při postižení více jak 20% TBA u dospělého. Jedná se o závažný stav charakterizovaný hypoperfúzí tkání bez dostatečné reakce na hrazení ztrát tekutin.<sup>47</sup> Plazma ve zvýšeném množství uniká v důsledku zvýšené permeability kapilár, tvoří se otok jednak v popálené ploše, ale i tzv. generalizovaný otok. Zmenšený objem plazmy tedy vede k cirkulačnímu selhání se sníženým průtokem životně

<sup>43</sup> KLEIN, L., Úvod do problematiky léčby popálenin, *Diagnóza v ošetrovatelství*, č. 4, s. 153

<sup>44</sup> GARDEN, J., BRADBURY, W., FORSYTHE, J., *Principles and practise of Surgery*, 2002, s. 381

<sup>45</sup> KLEIN, L., Úvod do problematiky léčby popálenin, *Diagnóza v ošetrovatelství*, č. 4, s. 155

<sup>46</sup> Tamtéž, s. 153

<sup>47</sup> KLEIN, L., Popáleninový šok, *Epomed e-learning popáleninové medicíny*, <<http://www.epomed.cz/rubriky/vyuka/popáleninový-sok/>>.



důležitými orgány: ledviny (renální insuficience), plíce (riziko ARDS), poškození jater, mozku, myokardu (snížení minutového výdeje) aj. Dochází ke vzniku metabolické acidózy, příp. v kombinaci s respirační acidózou.<sup>48</sup>

Akutní období začíná odezněním popáleninového šoku a končí až úplným zhojením všech ploch včetně ploch odběru kožních štěpů. Pacient je v tomto období ohrožen nástupem infekčních komplikací. Toto období může trvat mnoho týdnů i měsíců.

Posledním obdobím je období rehabilitační a rekonstrukční, které začíná po obnovení tělesného povrchu a zhojení odběrových ploch. V tomto období pacient pokračuje v započaté rehabilitaci, pečuje o jizvy a případně podstupuje další rekonstrukční chirurgické výkony. Toto období může trvat často několik let, někdy i doživotně.<sup>49</sup>

Specifické projevy se vyskytují při elektrotraumatu (fibrilace komor) a inhalačním traumatu (přesahuje rámec této publikace).<sup>50</sup>

### **1.2.5 Léčba popálenin**

Terapie závažných popálenin je dlouhodobá, nákladná a náročná. Důležité pro prognózu popáleného je zvládnutí laické první pomoci, následné profesionální pomoci a včasný transport na specializované pracoviště. Léčba se samozřejmě liší dle závažnosti popálení. Pokud se jedná o popáleniny menšího rozsahu, je pacient hospitalizován na standardní oddělení, pokud ale dojde k ohrožení základních životních funkcí je nutná hospitalizace na JIP, nejlépe v popáleninovém centru.

Terapie je rozdílná v jednotlivých obdobích popáleninové nemoci, rozděluje se na léčbu celkovou a místní. Léčba je komplexní a důležitá je spolupráce multidisciplinárního týmu s pacientem a jeho rodinou. Cílem v péči o popálené nemocné je jejich úplná fyzická, pracovní a sociální rehabilitace.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> KLEIN, L., Popáleninový šok, *Epomed e-learning popáleninové medicíny*, <<http://www.epomed.cz/rubriky/vyuka/popáleninový-sok/>>.

<sup>49</sup> KLEIN, L., Úvod do problematiky léčby popálenin, *Diagnóza v ošetrovatelství*, č. 4, s. 153

<sup>50</sup> ŠECLOVÁ, S., *Klinické použití krve*, 2002, s. 199

<sup>51</sup> KLEIN, L., Úvod do problematiky léčby popálenin, *Diagnóza v ošetrovatelství*, č. 4, s. 153

Akutní terapie zahrnuje:

- zajištění 2 periferních žilních vstupů, CŽK později pro zavedení parenterální výživy
- volumoterapie krystaloidními i koloidními roztoky a jejich kombinacemi (transfuze výjimečně), v současnosti se doporučuje první den dospělým podávat pouze elektrolyty - Ringerův, Hartmannův roztok v množství dle vzorce: 3-4 ml x hmotnost v kg x % popálení (množství se pak rozdělí na poloviny, první se podá během prvních 8 hodin, a druhá během následujících 16 hodin), druhý den přidáme koloidní roztoky (dextran, albumin) Kritériem pro náhrady tekutin je hodinová diuréza nemocného (50 ml/h).<sup>52</sup>
- podávání elektrolytů, proteinů i. v. (lidský albumin), nutriční podpora
- oxygenoterapie při poškození plic (aplikace 100% O<sub>2</sub>), nadýchání kouřem, endotracheální intubace, umělá plicní ventilace při inhalačních popáleninách, bronchodilatancia i. v.
- analgetizace (opiáty i. v.), příp. uvedení nemocného do umělého spánku
- hospitalizace vždy u dětí, starších nemocných nad 60 let (při popálení již 5% TBA), dospělých nad 20% TBA, dále při popálení obličeje, rukou, nohou, oblasti genitálu, kloubů, inhalační popáleniny, elektrotrauma, chemické popáleniny a komplikované popáleniny<sup>53</sup>
- chirurgická léčba - uvolňující nářezy kůže tzv. escharotomie (prevence kompartment syndromu), nekrektomie (odstranění nekrotické tkáně u IIb. a III st.)
- profylaxe tetanu (aktivní i pasivní imunizace)
- sterilní lůžko, teplota izolovaného boxu 30-32°C, 60-95% vlhkosti vzduchu (ztráty tepla, odpařování tekutin)<sup>54</sup>
- katetrizace močového měchýře (při popálení genitálu suprapubicky<sup>55</sup>), sledování hodinové diurézy
- prevence tromboembolických komplikací (heparinizace)

---

<sup>52</sup> MOROVICSOVÁ, E., Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami, *Sestra*, 2009, č. 9, s. 45

<sup>53</sup> SLEZÁKOVÁ, L., *Ošetrovatelství v chirurgii I*, 2010, s. 134-135

<sup>54</sup> SLEZÁKOVÁ, L., *Ošetrovatelství v chirurgii I*, 2010, s. 135

<sup>55</sup> KÖNIGOVÁ, R. A KOL., Burns of the perineum and anus, *Acta chirurgicae plasticae*, 2001, č. 43, s. 93

- prevence stresových vředů H<sub>2</sub> blokátory, anticholinergika
- aplikace ATB dle citlivosti
- povrchové ošetření popáleniny - převazy ran (otevřené, uzavřené ošetřování), aseptický přístup

#### léčba po stabilizaci stavu nemocného:

- operační nekrektomie a krytí kožními stěpy, 2. až 4. den po úrazu (autotransplantáty, xenotransplantáty), využití dočasného a trvalého krytí
- upřednostňuje se primární tangenciální excize (seřiznutí nekrotické tkáně) u popálenin II. b a III. stupně 3. - 5. den po úrazu, poté krytí autotransplantátem nebo xenotransplantátem
- časná rehabilitace, polohování, využití vzdušného lůžka, hydroterapie (viz příloha č. 4, s. 98-101)
- hemodialýza při selhání ledvin
- psychoterapie

#### následná terapie v období rehabilitačním a rekonstrukčním:

- pokračování rehabilitace
- péče o jizvy (viz příloha č. 5, s. 102-107)
- následné rekonstrukční chirurgické výkony
- následná psychoterapie<sup>56</sup>

### ***1.2.6 Infekční komplikace popáleninového traumatu***

I přes neustálý pokrok v léčbě popálenin zůstávají infekce stále nejdůležitější komplikací v ošetřování popálených.

Rozlišujeme infekci místní a celkovou (sepsy). Důležité je dodržovat pravidla asepsy (aseptické převazy ran). Pokud dojde k místní infekci, opožděje se hojení,

---

<sup>56</sup> SLEZÁKOVÁ, L., *Ošetřovatelství v chirurgii I*, 2010, s. 135-136

prohlubuje se ztráta kůže, je ohroženo přihojování transplantátů a hrozí přestup bakterií a jejich toxinů do celého těla (riziko sepse).<sup>57</sup>

Celková infekce může vyústit až v septický šok, multiorgánové selhání a smrt. Příčinou sepse může být také katéetrová infekce.<sup>58</sup>

Nejčastějšími původci v popáleninové medicíně jsou: *Staphylococcus aureus*, koaguláza-negativní stafylokoky, *Staphylococcus pyogenes*, enterokoky, *E. Coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas aeruginosa* aj.<sup>59</sup>

### **1.2.7 Ošetrovatelská péče u závažných popálenin**

Kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče je jedním ze základních pilířů účinné léčby popálených nemocných. Při poskytování péče klademe důraz na člověka jako celek (holistické pojetí člověka). Zaměřujeme se tedy nejen na jeho biologické potřeby, ale také na potřeby psychické, sociální a spirituální a kulturní.<sup>60</sup>

Ošetrovatelská péče je poskytována metodou ošetrovatelského procesu: zhodnocení nemocného, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování, realizace a zhodnocení poskytnuté péče.<sup>61</sup> Tato diplomová práce má nabídnout pohled na možnost vykonávání ošetrovatelské péče o pacienty po autotransplantaci pomocí teorie deficitu sebepéče autorky D. E. Orem.

Péče se dělí dle na péči celkovou a místní a závisí opět na fázi, které se pacient nachází.

V rámci celkové péče se sestra zaměřuje na:

- intenzivní monitoring nemocného (FF, P+V tekutin);

---

<sup>57</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 95-96

<sup>58</sup> DOHERTY, G., M., *Current surgical diagnosis & treatment*, 2006, s. 251

<sup>59</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 305

<sup>60</sup> PÍBILOVÁ, A., Ošetrovatelská péče na klinice popáleninové medicíny, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 4, s. 160

<sup>61</sup> Tamtéž.

- plnění diagnosticko-terapeutického plánu (plnění ordinací lékaře, odběry biologického materiálu, zabezpečení vyšetření, vedení záznamů);<sup>62</sup>
- péče o invazivní vstupy (CŽK, PŽK, PMK aj.);
- sledování rizika vzniku compartment syndromu při postižení končetin (měření obvodu končetin, bolest, parestezie, bledost, absence pulzu nebo parézy končetin);<sup>63</sup>
- v případě intubace - péče o DC;
- péče o prostředí a lůžko - vhodná teplota a vlhkost prostředí (30-32°C, 60-95% vlhkost), izolace nemocného, využití vhodného lůžka (resuscitační lůžko, vzdušné lůžko, otáčecí lůžko);
- prevence dekubitů (nejdůležitější součástí je vhodné polohování nemocného);
- hygienická péče - důkladná péče alespoň 1x denně, dále dle potřeby, upřednostnění sprchování, při koupeli je sestra ve sterilním oblečení, využití ochranných pomůcek, na mytí užití sterilních roušek, sterilní nástroje na odstranění obvazu, myjeme např. Betadine mýdlem, dětským mýdlem aj., zvláštní péče o DÚ, sledování a péče o predilekční místa a místa se zvýšenou potivostí, prevence mykotický infekcí (mezi prsty DK);
- péče o prádlo - třídění prádla, péče o čistotu prádla nemocného;<sup>64</sup>
- péče o výživu a hydrataci nemocného - dle stavu per os, EV, parenterální výživa (sledovat nutriční stav nemocného - albumin, dochází k hypermetabolismu, zvýšené energetické nároky, správný poměr makro a mikronutrientů);<sup>65</sup>
- péče o pravidelné vyprazdňování;
- péče o spánek;
- péče o psychické potřeby nemocného - navázání kontaktu s nemocným, získání nemocného ke spolupráci, respektování osobnosti nemocného, zabezpečení pocitu jistoty a bezpečí, snižování dopadu prožívání bolesti a jiných problémů, příp. zajištění odborné pomoci;

---

<sup>62</sup> MOROVICSOVÁ, E., Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami, *Sestra*, 2009, č. 9, s. 45

<sup>63</sup> ADAMS, B., HAROLD, C., E., *Sestra a akutní stavy od A do Z*, 1999, s. 352

<sup>64</sup> MOROVICSOVÁ, E., Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami, *Sestra*, 2009, č. 9, s. 45

<sup>65</sup> SOPKO, K., Poruchy metabolismu a výživa u rozsáhle popálených pacientů, *Sestra*, 2010, č. 4, s. 70-71

- péče o sociální potřeby nemocného - spočívá v zajištění kontaktu s rodinou a přáteli nemocného, péče o příjemné prostředí, zapojení rodiny do terapeutického plánu, edukace rodiny;
- péče o spirituální a kulturní potřeby - respektování duchovních potřeb nemocného, zajištění duchovního dle přání nemocného příp. rodiny, umožnění sledování TV, tisku atd.

Místní péče je zaměřena na péči o vlastní popáleninu (viz příloha č. 7, s. 110-111) a na následnou péči o jizvy (viz příloha č. 5, s. 102-107).<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> MOROVICSOVÁ, E., Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami, *Sestra*, 2009, č. 9, s. 45-46

### 1.3 Transplantace a novinky v léčbě popálenin

Transplantace znamená přenesení tkáně nebo celého orgánu. V rámci popáleninové medicíny využíváme přenos tkáně (kožní transplantace). Transplantace dělíme podle dárce na:

- **autotransplantace** (odběr tkáně z téhož jedince),
- **alotransplantace** (odběr tkáně z jiného jedince téhož druhu),
- **xenotransplantace** (tkáňový odběr z jedince jiného druhu),
- **izotransplantace** (odběr tkáně od jednovaječného dvojčete, rovná se autotransplantaci),
- **smíšené transplantace** (kombinace alograftů a autograftů).<sup>67</sup>

Časná excize a transplantace hraje významnou úlohu v léčbě popálených nemocných. Obecně lze říci, že zkracuje dobu hospitalizace a snižuje výskyt rané sepse.<sup>68</sup>

Kožní kryty rozdělujeme na kryty konvenční (gáza, sterilní mul a další textilní krytí), biologické (autograft, xenograft), polosyntetické (Integra) a syntetické (algináty, kryty s aktivním uhlím, gely aj.). Dále rozdělujeme kožní kryty na **dočasné a definitivní**.<sup>69</sup>

U popálenin III. stupně je ztráta kožního krytu definitivní, proto tkáňové inženýrství vyvíjí kožní náhrady. Dělíme je na:

- **epidermální náhrady** - kultivace keratinocytů (dermoepidermální štěpy);
- **dermální náhrady** - podpůrné struktury pro vytvoření nového coria (Integra), nebo jsou schopny nahradit dermis i epidermis (Apligraf).<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> MĚŠTÁK, J. et al., *Úvod do plastické chirurgie*, 2005, s. 16-17

<sup>68</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 124

<sup>69</sup> KLEIN, L., MĚŘIČKA, P. et al., *Příprava a využití biologických krytů v léčbě popálených z pohledu válečné chirurgie a medicíny katastrof*, 2000, s. 14-15

<sup>70</sup> BROŽ, L. et al., Umělé kryty a jejich užití, *Postgraduální medicína*, 2003, č. 2, s. 158

### ***1.3.1 Autotransplantace***

Její úloha spočívá v definitivním krytí popálených ploch vlastní tkání jedince. Odběr zdravé kožní tkáně (autotransplantát - autograft) je proveden pomocí transplantančních nožů nebo dermatomů (přístroj pro odběr tkání s elektrickým nebo vzduchovým pohonem). Nejčastější místa odběru jsou rovné plochy, tedy hýždě, stehna, lýtka, paže nebo předloktí.<sup>71</sup>

Odebraný dermoepidermální štěp je přiložen na popálené plochy po nekrektomii. Pokud si nejsme jisti, zda je provedená excize dostatečná, můžeme nejdříve přiložit provizorní biologický kryt (xenograft) a po 2-4 dnech teprve autotransplantovat. Předcházíme tak riziku nepřihojení štěpu na nedostatečně excidovanou tkáň.<sup>72</sup>

Pacient je po autotransplantaci vždy ohrožen nepřihojením štěpu, poškozením transplantátu, nejčastěji na podkladě bakteriální infekce, nebo jeho posunu v důsledku nedostatečné nebo chybné ošetrovatelské péče.<sup>73</sup>

Dermodepidermální štěpy se mohou odebírat v různé šířce (tenké, střední a silné). Nejvýhodnější jsou tenké štěpy (0,2 mm), které jsou nejméně náročné na kvalitu spodiny a zároveň dochází k rychlejšímu hojení odběrových ploch.<sup>74</sup>

Ke krytí rozsáhlých ploch využíváme síťového kožního štěpu (mesh grafting). Transplantát je protažen speciálním přístrojem (mesh-dermatomem), tím se dosáhne zvětšení původního transplantátu. Síťová struktura také umožňuje drenáž, dochází tedy ke snížení rizika hematomu a pooperační infekce. Negativním efektem však zůstává přetrvávající kresba mřížky, která přináší nepříznivé kosmetické důsledky.<sup>75</sup>

### ***1.3.2 Alotransplantace***

Je nejlepším dočasným biologickým krytem. Alotransplantáty snižují ztráty tekutin, bílkovin a elektrolytů z rány, podporují regeneraci epitelu u neúplné kožní ztráty,

---

<sup>71</sup> BROŽ, L. et al., Chirurgické řešení kožních defektů, *Postgraduální medicína*, 2003, č. 2, s. 157

<sup>72</sup> BROŽ, L., Chirurgické řešení rozsáhlých popálenin, *Zdravotnické noviny*, 2001, č. 24, <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/chirurgicke-reseni-rozsahlych-popalenin-136677>>.

<sup>73</sup> PÍBILOVÁ, A., Specifika ošetrovatelské péče v popáleninové medicíně, *Sestra*, 2008, č. 7-8, s. 51

<sup>74</sup> BROŽ, L. et al., Chirurgické řešení kožních defektů, *Postgraduální medicína*, 2003, č. 2, s. 157

<sup>75</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 135



zabraňují vstupu infekce. Do 5 dnů se alotransplantáty vyměňují, aby nedošlo k přihojení.<sup>76</sup> Mohou se odebírat jak z živých (především rodinných příslušníků), tak z mrtvých dárců. Alotransplantáty jsou využívány jen výjimečně.<sup>77</sup>

### ***1.3.3 Xenotransplantace***

Je dostupným provizorním krytem, který má široké využití. Nejbližší svými vlastnostmi lidské kůže je kůže z prasat.<sup>78</sup> Xenotransplantáty se užívají jako biologický kryt, výměna probíhá každé 3-4 dny. Využívají se pro dočasné krytí nekrektomovaných ploch před autotransplantací, k léčbě popálenin II. stupně a ke krytí uvolňujících nářezů.<sup>79</sup>

### ***1.3.4 Péče o nemocného před a po autotransplantaci***

V předoperačním období, provedeme základní přípravu pacienta jako při běžné operaci. Dále provedeme přípravu odběrové plochy. Důsledně omyjeme a oholíme ochlupení nebo vlasy, odmastíme kůži (benzínem, etérem). Následně přistupujeme k desinfekci (provedeme 3x jodalalkoholem) a pevnému zarouškování. Při holení a desinfekci vždy zachováváme lem alespoň 10 cm.

V pooperačním období dochází k imobilizaci nemocného (5-7 dní) jako prevenci posunutí transplantátu a podpořit jeho přihojení. Nutné je dbát na správné polohování nemocného. Pokud se jedná o postižení končetin, využíváme elevaci končetin (závěsy). Často je nemocný uložen na vzdušném lůžku, je tedy nutné podkládat transplantovaná místa sterilní látkové podložky a střídavě zapínat a vypínat lůžko, předejdeme tak vysušení transplantátu. Snažíme se dodržovat klidový režim, tudíž omezíme některé ošetrovatelské činnosti (např. výměnu prádla) až do prvního převazu.<sup>80</sup>

<sup>76</sup> MĚŠŤÁK, J. et al., *Úvod do plastické chirurgie*, 2005, s. 16-17

<sup>77</sup> KÖNIGOVÁ, R. et al., Funkce kožní banky v léčbě popálených pacientů, *Acta chirurgicae plasticae*, 2004, č. 2, s. 52

<sup>78</sup> MĚŠŤÁK, J. et al., *Úvod do plastické chirurgie*, 2005, s. 16

<sup>79</sup> KLEIN, L., MĚŘIČKA, P. et al., *Příprava a využití biologických krytů v léčbě popálených z pohledu válečné chirurgie a medicíny katastrof*, 2000, s. 13,21

<sup>80</sup> PÍBILOVÁ, A., Specifika ošetrovatelské péče v popáleninové medicíně, *Sestra*, 2008, č. 7-8, s. 51

Transplantované plochy lze ošetřovat dvojitým způsobem. První možností je ošetřování ploch zavřenou metodou, tedy pod obvazem, nebo otevřenou metodou, tj. pod neustálou kontrolou.<sup>81</sup>

Následná péče zahrnuje důslednou rehabilitaci a péči o jizvy a případné další rekonstrukční operační výkony.

### ***Zavřená metoda převazování***

Jedná se o metodu, kdy je transplantovaná plocha kryta obvazem. Na klinice ve FNKV jsou aplikovány obvazy s ohřátým furantoinem (20 tbl. na 500 ml destilované vody) nebo borovou vodou.

Frekvence převazu se řídí typem použitého obvazu. Pokud krytí prosákne, je nutno provést první pooperační převaz (někdy již za 24 hod.). Převaz je nutné provádět ve sterilním prostředí za přísných aseptických podmínek (na operačním sále). Další převazy se pak provádějí většinou obden, pokud je nemocný na vzdušném lůžku, lze frekvenci obvazů ještě více prodloužit.

Po přihojení transplantátu probíhají další převazy na převazovně oddělení. Pokračuje se ve sterilním krytí ploch. Lze využít vlhké terapie v péči o transplantované plochy např. Bactigras, Aquacel Ag, Grisolind neutral aj.

Při převazech musíme dbát na důslednou analgetizaci pacienta, jelikož může být převaz někdy velice bolestivý. Při rozsáhlých popáleninách se využívá u převazů celková anestezie (často mnohokrát opakovaná).

Pokud pacient leží na transplantovaných plochách na běžném lůžku, vzniká vlhké prostředí, které vede k možnosti vzniku gramnegativní infekce s produkcí hojného sekretu, což vede k riziku odplavení transplantátů.

Na vzdušném lůžku existuje riziko vysušení transplantátů a jejich odumření. Důležité je důsledné podkládání transplantovaných ploch.<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 138

<sup>82</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 138-139

### ***Otevřená metoda převazování***

Jedná se o ošetřování transplantátů bez obvazu. Lze ji použít u dobře spolupracujících pacientů, tedy obvykle se nevyužívá u dětí a starých lidí.

Otevřená metoda je přednostně indikována při ošetřování infikovaných ploch s převládající gramnegativní flórou. Častá lokalizace je krajina perinea, hýždí a gluteofemorální rýha. Další indikací jsou krajiny, které jsou obtížně imobilizovat např. krk (pohyby hlavy, polykání). Dobré je na otevřené plošky aplikovat např. Aquacel Ag a nechat bez sekundárního krytí.<sup>83</sup>

Na Klinice popáleninové medicíny ve FNKV se užívá především uzavřená metoda ošetřování transplantovaných ploch.

#### ***1.3.5 Péče o odběrové plochy***

Doba hojení odběrových ploch závisí na typu odběru štetpu, pokud je štěp tenký, může se odběrová plocha zhojit do 7-10 dnů. Pokud se jedná o štěp středně silný a silný, trvá hojení déle (2-3 týdny)

Možnosti ošetření odběrové plochy jsou dvě. Standardním způsobem aplikujeme na odběrovou plochu mastný tyl, dále vrstvu mulového krytí (toto krytí lze fixovat přiřítím ke zdravému okraji silonovými stehy nebo pomocí speciálních svorek - staple) a komprimujeme elastickým obinadlem na 24 hodin. Po jeho sejmutí jsou obvykle mulové vrstvy prosáklé, proto je nutné je za aseptických podmínek vyměnit za suché. Za 2-3 týdny (dle hloubky odběru) je možné zkusit odstranit vnitřní vrstvu obvazu, pokud se epitel zatrhává, ponecháme v klidu.<sup>84</sup>

Důležité v péči o odběrové plochy je udržet plochy suché. Dobré je nechat odběrové plochy větrat, tedy nepřikrývat. Pokud jsou odběry na končetinách, používáme závěsy končetin nebo alespoň podkládáme molitanovými polštáři. Pokud se jedná o záda nebo

---

<sup>83</sup> Tamtéž, s. 139-140

<sup>84</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 141

zadní část stehen je nejvýhodnější využití vzdušného lůžka, které pomůže k vysušení odběrových ploch.

Při hojení odběrové plochy je nutné také myslet na možné riziko vzniku bakteriální infekce. Proto ránu důsledně sledujeme, až do doby, kdy se rána zhojí.<sup>85</sup>

### ***1.3.6 Novinky v léčbě popálenin***

Novinkou v léčbě popálenin ve Fakultní nemocnici v Ostravě je využití trombocytů vyseparovaných přímo z krve nemocného. Trombocyty a jejich růstové faktory, po přiložení na transplantovanou plochu urychlí přihojení transplantátu a snižuje riziko hypertrofických jizev. Aplikace krevních destiček také snižuje riziko infekce, jelikož mají i protizánětlivé účinky.<sup>86</sup>

Další novinkou je sprej s kožními buňkami. Britská společnost Avita Medical vyvinula řadu ReCell. Sprej bude plnit úlohu u popálenin II. stupně. Technologii vyvinula australská lékařka Fiona Wood, pracuje s kožními kmenovými buňkami a melanocyty. Zprvu se musí provést biopsii kůže, co nejbližší popálenému místu (odpovídá lépe barvou a strukturou) a následně se vzorek umístí do malého inkubátoru. Vzniklý roztok se pak pomocí spreje aplikuje na popáleninu. Příprava roztoku trvá přibližně 30 minut. V USA se připravují studie, které budou srovnávat účinek ReCell se spontánním hojením popálenin. Sprej ReCell urychluje hojení, minimalizuje tvorbu jizev, snižuje odmítnutí tkáně a zlepšuje pigmentaci pokožky.<sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> PÍBILOVÁ, A., Specifika ošetrovatelské péče v popáleninové medicíně, *Sestra*, 2008, č. 7-8, s. 51

<sup>86</sup> CRKVENJAŠ, Z. Popáleninové centrum FNO využívá s úspěchem při léčbě krevní destičky, 2010, <<http://www.fno.cz/novinky/popaleninove-centrum-fno-vyuziva-jako-jedine-v-cr-a-jedno-s-uspechem-pri-lecbe-krevni-desticky-vyseparovane-primo-z-krve-pacienta>>.

<sup>87</sup> GRAVITZ, L., Spraying on skin cells to heal burns, *Technology review*, 2009, č. 5 <<http://www.technologyreview.com/biomedicine/23876/page1/>>.

## 1.4 Vnímání a prožívání pacientů po autotransplantaci

Každé onemocnění či poranění ovlivňuje pacienta nejen na úrovni somatické, ale také na úrovni psychické, sociální a spirituální.

Závažné popálení působí různou měrou na prožívání a chování pacienta. Jeho důsledky pak mohou zapříčinit poruchy komunikace či vznik interpersonálních konfliktů. Toto subjektivní prožívání nemoci/poranění a následné chování je označováno jako autoplastický obraz nemoci, který je podmíněn celou řadou faktorů (závažností a lokalizací popáleninového traumatu, dalšími okolnostmi, premorbidní osobností pacienta aj.).<sup>88</sup>

Postoj k popálení může být u pacientů různý (normální, heroický, bagatelizující, repudiační, nosofobní, hypochondrický, nozofilní, účelový).<sup>89</sup>

Častým fenoménem na klinikách popáleninové medicíny je, že hospitalizovaní pacienti často již přichází do nemocnice s premorbidní psychopatií (časté hospitalizace pacientů s nižší sociální sféry, drogové závislosti aj.)<sup>90</sup>

Jakožto každé onemocnění, tak i popáleniny ovlivňují psychiku pacienta v několika oblastech:

- **změny v oblasti emotivity** - většinou prvotní signál, že jedinec prožívá stav somatické či psychické nepohody, nejčastěji to bývá strach, úzkost, psychická labilita, deprese či apatie, změny emocí jsou často patrné při uvědomění si důsledků nemoci;
- **změny v chování** - můžeme pozorovat přecitlivělost na určité podněty, zvýšenou popudlivost, dráždivost a zhoršené sebeovládání, agresivita, regrese, z hlediska sociálního pozorujeme stažení se ze sociálních kontaktů nebo naopak zvýšené nároky na péči;<sup>91</sup>
- **změny osobnosti** - jsou časté u závažných popálenin, kde dochází k výrazným deformacím tělesného vzhledu, jedná se o pocit méněcennosti, ztrátu zájmu, pokles

---

<sup>88</sup> ŠPATENKOVÁ, N., *Problematika zdraví a nemoci*, 2003, s. 47

<sup>89</sup> ZACHAROVÁ, E., *Úvod do studia zdravotnické psychologie*, 2003, s. 38

<sup>90</sup> MAUER, M., *Psychologická podpora u popálených, Diagnóza v ošetřovatelství*, 2006, č. 4, s. 166

<sup>91</sup> Tamtéž, s. 166

sebevědomí, změny ve vnímání vlastního těla (až DF-syndrom viz příloha č. 4, s. 101), ztráta identity, pocity nicotnosti, vznik posttraumatické stresové poruchy, poruchy přizpůsobení aj.<sup>92</sup>

Pacient se v době hospitalizace dostává do nové role (role pacienta) a musí se vyrovnat s mnoha změnami (nové prostředí, ztráta soukromí, změna tělesného vzhledu, odloučení od rodiny a přátel, často pohybová omezení a samozřejmě s negativními pocity, především s bolestí).<sup>93</sup> Proto je během hospitalizace, a především u závažných popálení výrazně deformujících vzhled pacienta, indikován psychoakomodační rozhovor s psychologem. Ten by měl zmapovat psychosociální možnosti, postoje k propuštění, zařazení do života, plány do budoucna, zájmy nemocného a samozřejmě podmínky jeho další existence (rodinná podpora, další rehabilitační služby, jiné zázemí aj.). Následně dle potřeby následuje krizová intervence tj. krátkodobé působení psychologa, které je zaměřené na aktuální prožívání pacienta v zátěžové situaci (krizi). Po krizové intervenci může následovat podpůrná psychoterapie.<sup>94</sup>

Po propuštění stále pacient bojuje za své místo v životě, které měl (rodina, práce). Bohužel je stále středem pozornosti okolního prostředí, díky mnohdy viditelným a omezujícím jizvám, není tedy pro něj lehké se s tímto stavem jak psychicky, tak fyzicky vyrovnat. Opora rodiny a následná rehabilitace (a v případě potřeby pomoc psychologa) je pro nemocné stěžejním pilířem v jejich návratu do života.<sup>95</sup>

---

<sup>92</sup> ŠPATENKOVÁ, N., *Problematika zdraví a nemoci*, 2003, s. 46

<sup>93</sup> Tamtéž, s. 36-37

<sup>94</sup> MAUER, M., Psychologická podpora u popálených, *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2006, č. 4, s. 166

<sup>95</sup> ALTMANOVÁ, M., Popálený pacient - a co dál? *Sestra*, 2009, č. 9, s. 53

## **2. Praktická část**

### **2.1 Cíle práce**

- 1) Sestavit výčet situačních problematik (SIP) u pacientů po autotransplantaci.
- 2) Rozpracovat situační potřebu sebeděče (SiPoSP) u pacientů po autotransplantaci.
- 3) Zjistit, které problémy (SIP) pacienti po autotransplantaci pociťují během hospitalizace.
- 4) Zmapovat, jak vnímají pacienti po autotransplantaci své poranění, omezení a důsledky v průběhu hospitalizace.
- 5) Zmapovat informovanost pacientů po autotransplantaci o následné péči po propuštění a zjistit, jaké znalosti o KSP/KDP (kompetence sebeděče/dependentní péče) mají v souvislosti se zvládnutím následné péče.
- 6) Vypracovat edukační program a informační materiál zaměřený na SIP č. 4 (Problematika následné péče o jizvy a dispenzární péče) u pacientů po autotransplantaci.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- 1) Které situační problematiky můžeme určit u pacientů po autotransplantaci?
- 2) Jaká bude situační potřeba sebeděče u pacienta po autotransplantaci?
- 3) Které problémy se u pacientů nejčastěji vyskytují v souvislosti s autotransplantací?
- 4) Jak vnímají pacienti po autotransplantaci svůj zdravotní stav a důsledky, které z něj vyplývají?
- 5) Jaká je informovanost pacientů po autotransplantaci o následné péči po propuštění?
- 6) Jaké znalosti o KSP/KDP (kompetencích sebeděče/dependentní péče) mají v souvislosti se zvládnutím následné péče?

## **2.3 Metodika práce**

### ***2.3.1 Zdroje odborných poznatků***

Odborné poznatky o komplexní problematice popáleninového traumatu a teorii deficitu sebeděče (TDSP) byly získány z odborné literatury, nastudováním odborných časopisů a zdrojů získanými z internetových stránek. Všechny literární prameny a internetové zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury. K získaným vědomostem byly však také připojeny zkušenosti z odborné praxe v popáleninovém centru FNKV. Všechny tyto poznatky byly nutné k zpracování otázek ke strukturovanému rozhovoru a následně vyhodnoceny.

### ***2.3.2 Metodika tvorby situačních problematik a situační potřeby sebeděče***

Po prostudování literatury, internetových stránek a odborných databází, týkající se transplantační terapie v popáleninové medicíně a TDSP, jak z českých, tak ze zahraničních zdrojů, bylo možné přistoupit k odvozování jejího vlivu na obecné a zdravotně podmíněné požadavky sebeděče (PSP) pomocí analýzy, srovnání a dedukce. Z tohoto vlivu vyplynuly jednotlivé situační problematiky (SIP).

Následně byla rozpracována situační potřeba sebeděče (SiPoSP) u pacientů po autotransplantaci. SiPoSP tedy znamená výčet všech činností sebeděče, které mohou pomoci při řešení problémů.

Dalším krokem po vytvoření SiPoSP bylo sestavení strukturovaného rozhovoru zaměřeného na cíle (č. 3,4,5) této diplomové práce.

### ***2.3.3 Metodika výzkumného šetření***

Pro výzkumné šetření a dosažení cílů č. 3, 4, 5 diplomové práce byla využita metoda kvalitativního výzkumu, tedy individuálního strukturovaného rozhovoru s pacienty po autotransplantaci.



Rozhovor byl sestaven do čtyř částí. V úvodu se věnuje všeobecným údajům o pacientech po autotransplantaci. Druhá část je zaměřena na problémy, které pacienti v průběhu hospitalizace pociťují. Třetí část se zabývá vnímáním poranění, důsledků a omezení z něj plynoucí pro pacienty po autotransplantaci. Poslední část byla zaměřena na informovanost pacientů o následné péči po propuštění a na znalosti KSP/KDP, které jsou nutné pro zvládnutí následné péče. V závěru strukturovaného rozhovoru bylo pacientovi umožněno se volně vyjádřit k tématu. Rozhovor byl nahráván na záznamové medium (diktafon) a následně přepsán do písemné podoby (viz příloha č. 12, s. 121-125). Pro lepší přehlednost byly otázky rozhovoru zpracovány do tabulky (viz příloha č. 2, s. 94-95).

Rozhovory s pacienty byly uskutečněny na standardním oddělení pro dospělé Kliniky popáleninové medicíny ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Kritéria výběru respondentů:

- dospělí (nad 18 let);
- hospitalizovaní na standardním oddělení popáleninové kliniky;
- s popáleninami většími než 10% TBA;
- po autotransplantaci déle než 7 dní.

Srozumitelnost otázek strukturovaného rozhovoru bylo nutno ověřit v praxi, pomocí tzv. předvýzkumu. Náhodně byl vybrán potenciální respondent, se kterým byl proveden po jeho ústním souhlasu strukturovaný rozhovor. Poté došlo k úpravě položek v rozhovoru a následovala vlastní realizace výzkumného šetření. Každý strukturovaný rozhovor byl proveden po souhlasu nemocného v souladu s etickými zásadami kvalitativního výzkumu. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 10 respondentů v termínu 24. - 28. 3. 2011. Respondenti odpovídali na jednotlivé otázky strukturovaného rozhovoru. Některé odpovědi byly výčtem, tudíž v některých tabulkách nesouhlasí počet respondentů s počtem odpovědí, kterých je více.

Pro třídění dat byla zvolena metoda vytváření trsů. Jedná se o metodu, která má za úkol seskupit a konceptualizovat určité výroky do skupin (např. podle určitých jevů). Tedy skupiny (trsy) v závěrečné práci vznikaly na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami (jednotlivé odpovědi respondentů).<sup>96</sup>

Následně, pro přehlednost sumarizace dat, bylo využito tabulek a grafů v programech Microsoft Word a Microsoft Excel. V tabulkách byly uváděny odpovědi respondentů a zařazeny do významově stejných kategorií (trsů). Některé odpovědi respondentů bylo možno zařadit do více kategorií, tudíž je často absolutní počet odpovědí větší než celkový počet respondentů.

#### ***2.3.4 Metodika tvorby edukačního programu a informačního materiálu***

Edukační program byl tvořen v návaznosti na získané informace ze strukturovaného rozhovoru s pacienty hospitalizovanými na Klinice popálenin. Dále bylo pracováno se znalostmi z oblasti zdravotnické edukace (odborná literatura, internetové zdroje).

Pro splnění cíle č. 6 byl vytvořen edukační program s názvem Péče o jizvy, zaměřený na SIP č. 4 (Problematika následné péče o jizvy a dispenzární péče) u pacientů po autotransplantaci popálených ploch. V jehož rámci byla zpracována edukační brožura na toto téma (viz příloha č. 11, s. 120).

---

<sup>96</sup> MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, 2006, s. 221

## 2.4 Interpretace získaných dat

### 2.4.1 Interpretace dat k cíli č. 1 (Výčet SIP u pacientů po autotransplantaci)

Před samotným sestavením výčtu situačních problematik u pacientů po autotransplantaci, bylo důležité popsat vliv transplantační léčby popálenin na obecné a zdravotně podmíněné požadavky sebepěče (viz přílohy č. 8, 9, s. 112-114).

Po zpracování vlivu transplantační léčby popálenin na obecné a zdravotně podmíněné požadavky sebepěče, bylo důležité důsledně sestavit výčet situačních problematik (SIP), které by se mohly u pacientů po autotransplantaci vyskytovat (viz tabulka č. 5, níže).

**Tab. č.5 - Výčet situačních problematik u pacientů po autotransplantaci**

SIP č. 1	Problematika informovanosti v oblasti popálenin, transplantační léčby a jejích komplikací
SIP č. 2	Problematika bolesti
SIP č. 3	Problematika psycho-socio-spirituální
SIP č. 4	Problematika následné péče o jizvy a dispenzární péče

## 2.4.2 Interpretace dat k cíli č. 2

Po splnění předcházejícího cíle bylo možno přistoupit k rozpracování situační potřeby sebezpečí (SiPoSP) s výčtem kompetencí (KSP) u pacientů po autotransplantaci.

### SIP č. 1 PROBLEMATIKA INFORMOVANOSTI V OBLASTI POPÁLENIN, TRANSPLANTAČNÍ LÉČBY A JEJÍCH KOMPLIKACÍ

**Projevy:** nedostatek znalostí o popáleninách, jejich možných příčinách, o rizikovém chování, o projevech souvisejících s popálením, nedostatek znalostí o transplantační léčbě popálenin, projevy špatného pochopení, strach, úzkost, kladení otázek, možnost výskytu vegetativních projevů, nedostatek informací o časných a pozdních komplikacích v časném pooperačním a následném období, projevy chybného pochopení, nepřiměřená reakce při objevení komplikací, nedodržování doporučení, rozvoj komplikací

#### **Druh požadavku**

1.1 Pacient/rodina (dále P/R) zná základní pojmy, příčiny a základní projevy popálenin a vyvíjí strategie pro jejich zvládnutí.

#### **KSP/KDP**

- A) P/R je schopen vysvětlit pojem popálenina a zná její dělení na III stupně.
- B) P/R dokáže vyjmenovat základní příčiny popálenin.
- C) P/R zná rizikové chování, které vede k popáleninám.
- D) P/R zná základní projevy popálenin a dokáže je popsat.
- E) P/R zná stručně problematiku popáleninového šoku a strategie jeho zvládnutí.
- F) R ví o riziku vzniku inhalačního traumatu a strategiích jeho zvládnutí.

#### **Druh požadavku**

1.2 P/R zná problematiku celkové a místní léčby popálenin a umí ji popsat.

## **KSP/KDP**

- A) P/R zná strategii místní léčby popálenin a dokáže popsat její význam.
- B) P/R zná význam nejučinnější léčby popálenin (časné nekrektomie a autotransplantace)
- C) P/R ví o možnosti podání transfuzní léčby při provedení časné nekretomie.
- D) P/R ví o nutnosti podání celkové anestezie při nekrektomii a zná její komplikace.
- E) P/R zná strategii celkové léčby popálenin.
- F) P/R ví, jakým způsobem a proč je ovlivněna jeho soběstačnost (hygienická péče, stravování, vyprazdňování, pohybový režim aj.).
- G) P/R zná základní principy monitoringu na JIP a funkcemi přístrojů s tím spojenými.
- H) P/R ví o případném příjmu potravy parenterální cestou, enterální cestou (NGS, PEG).
- CH) R ví o možném zajištění DC cestou ET, TSK a následným odpojováním.
- I) P/R ví, proč je nutné ošetřovat pacienty s popáleninami v popáleninovém centru.
- J) P/R ví o návaznosti péče o popálené pacienty (nejdříve JIP, standardní oddělení, následná dispenzární péče).

## ***Druh požadavku***

1.3. Pacient/rodina zná základní pojmy v oblasti transplantační léčby popálenin a její základní strategie.

## **KSP/KDP**

- A) P/R zná pojem transplantace a umí ho vysvětlit.
- B) P/R zná jednotlivé typy transplantací (autotransplantace, alogenní transplantace, xenotransplantace).
- C) P/R zná možnosti dočasného a trvalého krytí.
- D) P/R zná podrobně problematiku léčby u něj užit (autotransplantace).
- E) P/R zná problematiku odběru kožního štěpu při autotransplantaci (odběrová místa) a podílí se případně na výběru plochy pro odběr.
- F) P/R ví, že před odběrem kožního štěpu je nutné operovanou plochu oholit, následně odmastit benzínem a několikrát desinfikovat.

G) P/R ví o nutnosti anestezie při provedení transplantace a někdy i následně při převazech a jejich komplikacích (příp. analgosedace u převazů).

### ***Druh požadavku***

1.4. Pacient/rodina je seznámen s následným léčebným režimem po transplantaci.

### **KSP/KDP**

A) P/R ví, proč je uložen po transplantaci na sterilním boxu v ideálních podmínkách pro hojení transplantátu (pouze při hospitalizaci na JIP, jinak běžný pokoj).

B) P/R ví, jak a proč bude změněn pohybový režim po operaci a je to schopen akceptovat.

C) P/R zná důležitost využití vzdušného lůžka po transplantaci (hl. v oblasti zad).

D) P/R zná problematiku převazů transplantovaných i odběrových ploch.

E) P/R je seznáme/a s důležitostmi větrání odběrových ploch (nepřikrývat pokrývkou).

F) P/R zná farmakologickou terapii doprovázející transplantační léčbu popálenin a její možné NVÚ (heparinizace, antiulcerózní léčba, infúzní terapie atd.).

G) P/R ví, jakým způsobem a proč je změněna jeho soběstačnost v základních činnostech sebezpeče (vyprazdňování, hygienická péče, najezení se, oblékání aj.).

H) P/R ví, že po celkové anestezii (transplantace, převaz) nesmí 2 hodiny jíst ani pít.

CH) P/R je seznámen/a se stravováním po transplantaci (dieta nejčastěji transplantační, tedy výživná).

I) P/R ví o postupu rehabilitace a její nutnosti pro zvládnání pooperačního hojení (polohování - závěsy končetin, podkládání transplantovaných ploch, dlahování, mobilizace, vertikalizace, aj.).

J) P/R zná a umí provádět specifické techniky v péči o přihojené transplantáty (tlakové masáže, kompresivní terapie aj.).

K) P/R ví o následném přeložení z JIP na standardní oddělení po stabilizaci stavu (pouze při hospitalizaci na JIP).

L) P/R ví, že pokud dojde k přihojení transplantátu a celkový stav je stabilizovaný, lze přistoupit k propuštění a pokračovat ambulantní formou (popáleninová ambulance).

### ***Druh požadavku***

1.5 P/R zná obecné a specifické pooperační komplikace a vyvíjí strategii k jejich zvládnání.

### **KSP/KDP**

- A) P/R zná výčet a charakteristiky nejčastějších obecných časných pooperačních komplikací a je schopen na ně případně upozornit (poruchy vědomí, selhávání dýchání a oběhu, nauzea a zvracení po anestezii, nepříjemné pocity v krku po intubaci aj.).
- B) P/R zná výčet a charakteristiky nejčastějších obecných pozdních pooperačních komplikací a je schopen na ně případně upozornit (TEN, poruchy funkce zažívacího traktu, močového traktu, katérová seps aj.).
- C) P/R zná charakteristiky nejčastějších specifických časných pooperačních komplikací a je schopen na ně případně upozornit (krvácení z transplantovaných ploch, odběrových ploch, výrazná bolestivost).
- D) P/R zná charakteristiky nejčastějších specifických pozdních komplikací (infekce štěpu, odběrových ploch, nepřijetí a odloučení transplantátu, nehojící se rána, komplikované jizvení, vysušení transplantátu a jeho odloučení).
- E) P/R ví o nutnosti pravidelného navštěvování lékaře v následné péči a ví, že v případě komplikací se musí na lékaře obrátit okamžitě.

### ***Druh požadavku***

1.6 P/R zná problematiku celkové i místní infekce, preventivní opatření a uplatnění strategie jejího zvládnání.

### **KSP/KDP**

- A) P/R zná příčiny a počínající projevy místní infekce.
- B) P/R ví o možnosti preventivních opatření proti vzniku místní infekce (bariérová oš. péče, důsledná hygienická péče, aseptický přístup k ráně, umístění ve sterilním boxu aj.).
- C) P/R je seznámen se zásadami péče o transplantovanou a odběrovou plochu.

- D) P/R zná frekvenci převazů operační rány (při prvním prosáknutí - někdy už za 24 hod. a dále obden).
- E) P/R zná možnosti léčby místní infekce (topické antibakteriální prostředky, ATB).
- F) P/R ví o riziku možného odloučení transplantátu v souvislosti s jeho místní infekcí.
- G) P/R zná příčiny a počínající projevy celkové infekce organismu a je schopen na ně případně upozornit.
- H) P/R zná preventivní opatření a možnosti léčby celkové infekce (ATB).

### ***Druh požadavku***

1.7 P/R zná problematiku nepřihojení a odloučení transplantátu a vyvíjí strategie k jejímu zvládnutí.

### **KSP/KDP**

- A) P/R ví, jaké jsou nejčastější příčiny nepřihojení transplantátu (infekce v ráně, nedostatečně provedená nekrektomie, vysušení transplantátu aj.).
- B) P/R zná preventivní opatření, které brání odhojení transplantátu (např. podkládání transplantované plochy na vzdušném lůžku - nedojde k vysušení, obrana proti místní infekci aj.).
- C) P/R ví, že u dočasných kožních krytů je odhojení očekávané a následuje zpravidla autotransplantace.
- D) P/R zná následná opatření po případném odhojení transplantátu.

### ***Druh požadavku***

1.8 P/R zná problematiku tromboembolické nemoci, preventivní opatření a uplatnění strategie jejího zvládnutí.

### **KSP/KDP**

- A) P/R zná rizikové faktory a projevy tromboembolické nemoci (dále TEN).
- B) P/R zná možné komplikace, které se pojí s TEN.
- C) P/R zná preventivní opatření, které zmenšují riziko vzniku TEN.



- D) P/R ví, proč a jak se provádějí bandáže DK.
- E) P/R zná účinky a důvod pro nasazení antikoagulační terapie a její NVÚ (např. epistaxe).
- F) P/R ví, jak důležitá je časná mobilizace pro prevenci vzniku TEN.

## SIP č. 2 PROBLEMATIKA BOLESTI

**Projevy:** bolestivý výraz v obličeji, slovní vyjádření bolesti, označení intenzity a charakteru bolesti, označení místa bolesti, vyhledávání úlevové polohy, poruchy spánku, soustředění, žádost o analgetika, vegetativní projevy, nespolupráce, únava, svalový třes, podrážděnost, projevy špatného pochopení, rozladěnost až depresivní nálady, strach, úzkost

### ***Druh požadavku***

1.9 P/R zná problematiku bolesti a strategie jejího zvládnání.

### **KSP/KDP**

- A) P/R zná význam bolesti a její základní dělení (akutní, chronická).
- B) P/R zná faktory, které mohou ovlivňovat bolest a její vnímání.
- C) P/R zná nefarmakologické postupy pro zvládnání bolesti (využití relaxace, úlevové polohy, zaměstnání pozornosti aj.).
- D) P/R zná farmakologické možnosti zvládnání bolesti a její NVÚ.
- E) P/R ví, že v případě velké bolestivosti, je nutno informovat lékaře.

### ***Druh požadavku***

1.10 P/R ví jak správně hodnotit bolest pomocí vhodných metod.

### **KSP/KDP**

- A) P/R zná a umí využívat škály bolesti (VAS, mapy bolesti aj.).

- B) P/R dokáže správně určit intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti.
- C) P/R umí zhodnotit časový průběh bolesti.
- D) P/R ví, že v případě velkých bolestí může informovat zdravotnický personál.

### **SIP č. 3 PROBLEMATIKA PSYCHO - SOCIÁLNÍ - SPIRITUÁLNÍ**

**Projevy:** strach, úzkost, vegetativní projevy, pocity nejistoty, snížené sebedůvěry, snížené sebeúcty, pláč, smutný výraz obličeje, depresivní ladění, sociální izolace, strach ze ztráty zaměstnání, sociálních kontaktů, strach z budoucnosti, problémy s přijetím vlastního vzhledu, vnitřní napětí, posttraumatická stresová porucha, duchovní nouze, bezmocnosti a beznaděje

#### ***Druh požadavku***

1.11 P/R zná působení nemoci jako stresoru na člověka (v psycho-sociální-spirituální oblasti) a snaží se uplatnit strategie jeho zvládnání.

#### **KSP/KDP**

- A) P/R ví, co je to stres a jak působí nemoc na jeho psycho-sociální a spirituální oblast osobnosti.
- B) P/R zná základní postupy pro zvládnání stresu po stránce psychické (relaxace, imaginace, rozhovor s blízkým, s odborníkem aj.).
- C) P/R zná základní postupy pro zvládnání dopadu nemoci na jeho sociální složku osobnosti (snaha o udržení zaměstnání, navazování nových vztahů, kontakty se stejně postiženými lidmi, soudržnost rodiny).
- D) P/R zná základní postupy pro zvládnání dopadu nemoci na jeho spirituální složku osobnosti (návštěva kněze, náboženská literatura, dodržování náboženských rituálů, dle možností oddělení, bohoslužby aj.).

### ***Druh požadavku***

1.12 P/R ví, že onemocnění ovlivnilo jeho vzhled a snaží se o jeho přijetí.

### **KSP/KDP**

- A) P/R ví, že při postižení obličeje, je zde riziko DF syndromu (dysfigured-face syndrome) a umí ho popsat.
- B) P/R je schopen se dívat na své tělo bez odporu.
- C) P/R ví, že je nutné o svých pocitech mluvit nahlas (rodina, přátelé, ošetřovatelský personál).
- D) P/R ví, že v případě nutnosti má možnost vyhledat příslušného odborníka (psycholog).
- E) R podporuje pacienta v jeho přijímání vlastního těla.

## **SIP č. 4 PROBLEMATIKA NÁSLEDNÉ PÉČE O JIZVY A DISPENZÁRNÍ PÉČE**

***Projevy:*** kladení otázek, projevy chybného pochopení, nedodržování doporučení, neznalost dispenzární péče v popáleninové ambulanci, nutnosti kontrol v pravidelných intervalech

### ***Druh požadavku***

1.13 P/R zná a umí provádět příslušná režimová opatření a speciální rehabilitační techniky v péči o jizvy.

### **KSP/KDP**

- A) P/R se orientuje v problematice jizvení (definice, dělení a příčiny poruch jizvení, projevy spojené s jizvením).
- B) P/R zná nepříjemné pocity, které mohou být průvodním jevem hojení jizvou (pálení, píchání, svědění, bolestivost, praskání a ekzémy aj.) a umí je zvládat.
- C) P/R zná a umí popsat základní opatření v péči o jizvu (neslunit se, vyvarovat se náročným sportům, spíše se sprchovat aj.).
- D) P/R zná význam a frekvenci častého promazávání transplantované plochy vhodnými

mastmi a krémy (2x denně).

- E) P/R zná a umí provést specifické techniky v péči o jizvu (izometrická cvičení, strečink, tlakové masáže, nošení kompresivních nápleků, dlahování aj.).
- F) P/R zná další techniky pro zvládnání nepříznivého jizvení (laser, magnetoterapie, hydroterapie, přikládání silikonových gelů aj.).
- G) R ví, že hojení jizvou nepříznivě ovlivňuje život pacienta a snaží se ho podpořit.
- H) P ví, že popálenina je teď součástí jeho života a snaží se jí akceptovat.

### ***Druh požadavku***

1.14 P/R zná a ví, co je myšleno pojmem dispenzarizace a vyvíjí strategie k jejímu zvládnání.

### **KSP/KDP**

- A) P/R zná význam slova dispenzarizace a umí ho popsat.
- B) P/R ví o významu pravidelných návštěv v popáleninové ambulanci a je schopen je provést.
- C) P/R zná časové úseky kontrol v popáleninové ambulanci a je schopen je provést.
- D) P/R zná oblasti, čeho se dispenzarizace bude týkat (kontrola transplantované plochy, reedukace v oblasti péče o jizvy, zajištění vhodných pomůcek aj.).

### 2.4.3 Interpretace obecných dat z interview

V obecné části strukturovaného rozhovoru (položky č. 1 - 10) byly zjišťovány základní údaje o věku, pohlaví, rodinném stavu a zaměstnání respondentů. Dalšími zjištěnými informacemi byly údaje o příčině, rozsahu, hloubce a lokalizaci popálení. Významným ukazatelem pro tuto závěrečnou práci jsou údaje o místě transplantace a odběrovém místě, stejně tak jako informace o době po autotransplantaci u jednotlivých respondentů.

Tab. č.6 - Obecná data

	<b>Respondent</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Zaměstnání</b>
	R1	M	62	rozvedený	invalidní důchodce
	R2	M	52	ženatý	invalidní důchodce
	R3	M	27	svobodný	vedoucí autoservisu
	R4	M	61	ženatý	zemědělec
	R5	Ž	55	vdaná	technik
	R6	M	50	ženatý	dělník
	R7	M	53	rozvedený	nezaměstnaný
	R8	M	74	ženatý	starobní důchodce
	R9	Ž	39	vdaná	účetní
	R10	M	43	rozvedený	elektrikář
<b>N</b>	<b>10</b>	<b>8 M</b> <b>2 Ž</b>	<b>51,6</b> <b>průměrný</b> <b>věk</b>	<b>3 RV</b> <b>1 S</b> <b>6 V, Ž</b>	<b>6 Z</b> <b>3 D</b> <b>1 NZ</b>
<b>f<sub>i</sub></b>	<b>100%</b>	<b>80% M</b> <b>20% Ž</b>		<b>30% RV</b> <b>10% S</b> <b>60% V, Ž</b>	<b>60% Z</b> <b>30% D</b> <b>10% NZ</b>

**Vysvětlivky:**

R- respondent, M- muž, Ž - žena

N - absolutní četnost, f<sub>i</sub> . relativní četnost

RV - rozvedený, Ž - ženatý, V - vdaná, S - svobodný

Z-zaměstnaný, D - důchodce, NZ- nezaměstnaný

Z celkového počtu 10 respondentů bylo 8 (80%) mužů a 2 (20%) žen. Věkový průměr respondentů činil 51,6 let (věkové rozložení respondentů v grafu č. 2 v příloze č. 10, s. 115). Nejvyšší počet respondentů vdaných či ženatých bylo celkem 6 (60%). V oblasti zaměstnání respondenta byl nejvyšší počet zaměstnaných (60%) a následoval

počet důchodců invalidních či starobních (30%). Přehledné zpracování lze vidět v tabulce č. 6 výše.

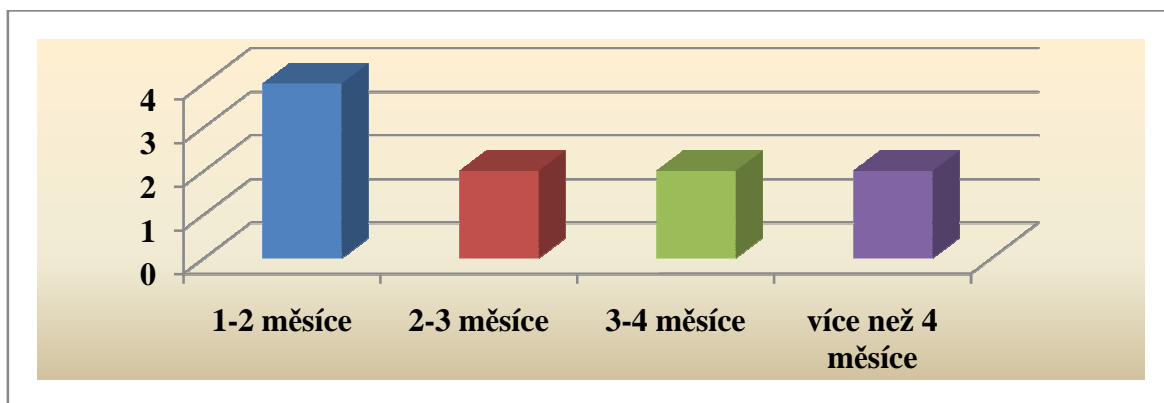
**Tab. č.7 - Obecná data (popáleninové trauma)**

<b>Resp.</b>	<b>Příčina popálení</b>	<b>Rozsah % TBA</b>	<b>Hloubka</b>	<b>Délka hospitalizace</b>
R1	pokus o sebevraždu (výbuch propanbutanu)	56	II. b-III. st.	228 dní (7,6 měsíce)
R2	vzplanutí technického benzínu	12	II. b st.	47 dní (1,6 měsíce)
R3	pracovní úraz (požár v autodílně)	60	II. a,b - III. st.	105 dní (3,5 měsíce)
R4	přilévání benzínu do kotle	35	II. b - III. st.	116 dní (3,9 měsíce)
R5	horká voda z prasklé vodovodní trubky	22	II. b - III. st.	51 dní (1,7 měsíce)
R6	pracovní úraz (popálení tekutým hliníkem)	32	II. b - III. st.	84 dní (2,8 měsíce)
R7	vzplanutí oděvu při přikládání a ohřívání se u ohně	16	II. b - III. st.	68 dní (2,3 měsíce)
R8	pád do betonové směsi, poleptání	11	III. st.	54 dní (1,8 měsíce)
R9	přilévání benzínu do kotle	17	I. - II. a, b st..	39 dní (1,3 měsíce)
R10	pracovní úraz - elektrotrauma	49	II. a,b - III. st.	132 dní (4,4 měsíce)
<b>N 10 f<sub>i</sub> 100%</b>	<b>modus - pracovní úraz f<sub>i</sub> (30%)</b>	<b>průměr 31 % TBA</b>	<b>modus II. b - III. st. f<sub>i</sub> (50%)</b>	<b>průměr 92,4 dne (3,1 měsíce)</b>

Z tabulky č. 7 vyplývá, že z celkového počtu 10 respondentů, nejčastější příčinou popálenin byl pracovní úraz. Co se týče rozsahu popálených ploch, průměrnou hodnotou bylo 31% TBA. Nejvíce byl popálen R3, a to na 60% TBA z důvodu výbuchu benzínu a následného hoření v autodílně. Nejmenší rozsah popálené plochy měl R8 (11% TBA), který byl poleptán betonovou směsí. V 50%, tedy u poloviny respondentů, se jednalo o kombinaci popálenin II. b a III. stupně. Průměrně byli respondenti na Klinice popáleninové medicíny FNKV v Praze hospitalizováni 92,4 dne (tj. 3,1 měsíce). Nejdéle

hospitalizován byl R1 228 dní (7,6 měsíce). Délku hospitalizace znázorňuje následující graf č. 3.

**Graf č.3 - Délka hospitalizace na Klinice popálenin**



#### ***Lokalizace popálených ploch***

Z tabulky č. 8 (viz příloha č. 10, s. 115) vyplývá, že nejčastěji, tedy v celých 100%, byli respondenti popáleni na dolních končetinách v různém rozsahu. Druhou nejčastější lokalizací byly horní končetiny, což bylo pozorováno v 8 případech (80%). Popálení hlavy a krku bylo zaznamenáno u 4 respondentů (40%). Toto postižení může následně s sebou přinášet viditelnou změnu vzhledu, což může negativně ovlivnit psychiku pacientů. Nejobtížnějším místem pro hojení je genitál, který byl popálen ve 2 případech (20%).

**Tab. č.9 - Obecná data (autotransplantace a odběrová místa)**

Místo autotransplantace												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
hrudník			1							1	2	20%
břicho	1		1			1					3	30%
záda			1		1					1	3	30%
horní končetiny		1	1		1			1	1	1	6	60%
dolní končetiny	1	1	1	1		1	1	1	1	1	9	90%
hýždě	1			1	1					1	4	40%
Odběrová místa												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
záda	1			1							2	20%
horní končetiny	1			1						1	2	20%
stehna		1	1		1		1	1		1	6	60%
hýždě			1			1			1		3	30%

Nejčastěji prováděné autotransplantace byly na dolních končetinách u 90 % respondentů. Dalšími často transplantovanými místy byly horní končetiny (60%), především tedy dlaně a dále také hýždě (40%).

Nejčastěji volenými místy pro odběr kožního štěpu byly dolní končetiny v oblasti stehen (60%). Druhým nejčastějším místem byly hýždě u 3 respondentů (30%). Tato odběrová místa jsou nejvhodnější jak z hlediska rozsahu vhodné kůže k odběru kožního štěpu, ale také z kosmetických důvodů (viz výše, tabulka č. 9).

### **Počet dní po autotransplantaci**

Z výzkumného šetření u 10 respondentů vyplývá, že průměrný počet dní po transplantaci činil 14,9 dne (počty dní po ATR u jednotlivých respondentů viz tabulka č. 10 v příloze č. 10, s. 116). Nejmenší počet dní po autotransplantaci byl R9, tedy 8 dní. Nejdéle po autotransplantaci byl R1 35 dní.



#### 2.4.4 Interpretace dat z interview k cíli č. 3

Třetím cílem bylo zjistit, které problémy pociťují pacienti po autotransplantaci kůže během hospitalizace. Pro splnění tohoto cíle byly navrženy položky ve strukturovaném rozhovoru č. 11 - 15.

Ot. č. 11 - Vnímáte nějaké problémy v souvislosti s transplantací? (Které to jsou?)  
 Ot. č. 12 - Jaký problém v souvislosti s transplantací považujete pro Vás za nejvíce zatěžující?

Tab. č.11 - Pociťované problémy pacientů během hospitalizace

Pociťované problémy												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
bolest (hl. při převazech)	1	1	1	1		1	1	1	1	1	9	90%
svědění	1		1		1	1				1	5	50%
zátěž pro okolí		1									1	10%
dlouhé ležení			1	1		1	1				4	40%
závratě po převazech				1							1	10%
ležení v závěsech			1	1			1	1			4	40%
snížená pohyblivost								1			1	10%
snížená soběstačnost		1							1	1	3	30%
zvracení po opak. anesteziích					1						1	10%
Nejvíce zatěžující problémy												
	bolest při převazech	pobyt ve vzdušném lůžku	dlouhé ležení	závratě po převazech	snížená soběstačnost	Celkem						
N	6	1	1	1	1	10						
f <sub>i</sub>	60%	10%	10%	10%	10%	100%						

Nejčastěji pociťovaným problémem během hospitalizace, který respondenti uváděli, byla bolest nejčastěji při převazech, která se objevila u 9 respondentů (90%). Svědění pod obvazy byl druhý nejčastější problém, který se vyskytl u poloviny respondentů (50%). Dalšími velice častými problémy bylo dlouhé upoutání na lůžko (40%), ležení se

zavěšenými HKK nebo DKK v závěsech (40%) a samozřejmě velkým handicapem pro nemocné byla snížená soběstačnost v běžných úkonech sebedpěče (30%).

Za nejvíce zatěžující problém během hospitalizace byla považována bolest při převazech, kterou uvádělo 60% respondentů (viz tabulka č. 11 výše a graf č. 4 v příloze č. 10, s. 116).

**Ot. č. 13 - Vyskytly se u Vás nějaké komplikace v souvislosti s léčbou? (Jaké?)**

*Tab. č.12 - Výskyt komplikací*

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
infekce odběrových míst	1									1	2	20%
infekce transplantátů			1	1			1				3	30%
nepřihojení transplantátu	1										1	10%
dekompenzace diabetu		1									1	10%
psychiatrické symptomy z pobytu ve vzdušném lůžku			1								1	10%
žádné					1	1		1	1		4	40%

Ve 40 % případů, tedy u 4 respondentů se neobjevily žádné komplikace, což je pozitivním zjištěním. Nejčastěji se vyskytovala infekce, jak transplantovaných míst (30%), ale také odběrových ploch (20%). Dalším pozitivním zjištěním bylo, že nepřihojení autotransplantátu (odloučení) se vyskytlo pouze u jednoho respondenta, a to z důvodu jeho vysušení na vzdušném lůžku (viz výše, tabulka č. 12).

**Ot. č. 14 - Jak byste popsal/a spánek v průběhu hospitalizace?**

**Ot. č. 15 - Pokud u Vás bylo/je během hospitalizace použito vzdušné lůžko, jaké máte zkušenosti s jeho využitím?**

Celkem 4 respondenti (40%) udávají bezproblémový spánek. Pouze jeden respondent uvádí, že dobrý spánek je neslučitelný s pobytem ve vzdušném lůžku. Dva

respondenti užívají pravidelně hypnotika. Nejčastějšími problémy byl výskyt přerušovaného spánku (20%) a brzkého probouzení, které se vyskytovalo také ve 20 %.

Co se týče zkušeností s využitím vzdušného lůžka, u 3 respondentů byly zaznamenány pozitivní zkušenosti a 3 respondenti si na pobyt v něm zvykli. Tři respondenti (30%) nemají žádné zkušenosti s jeho využitím. Zajímavým zjištěním bylo, že u jednoho respondenta se ze začátku jeho pobytu ve vzdušném lůžku, vyskytly psychiatrické symptomy, tedy halucinace a noční děsy, později ho provázely zvláštní pocity, ale nakonec si na pobyt v něm zvykl. Výskyt zvláštních pocitů udává i další z respondentů, tedy celkově se vyskytoval ve 20 % případů (viz tabulka č. 13, příloha č. 10, s. 117).

#### 2.4.5 Interpretace dat z interview k cíli č. 4

Čtvrtým cílem této závěrečné práce bylo zmapovat, jak vnímají pacienti po autotransplantaci své poranění, omezení a důsledky v průběhu hospitalizace. Ke splnění tohoto cíle byly navrženy položky č. 16 - 21 ve strukturovaném rozhovoru.

**Ot. č. 16 - Co pro vás znamená, vrátit se do běžného života v souvislosti s Vaším zdravotním stavem?**

**Ot. č. 17 - Myslíte si, že po propuštění nastanou ve vašem životě nějaké změny?**

Polovina respondentů (50%) udává, že se velice těší na návrat a na shledání s rodinou. Stejně tak 50 % respondentů udává, že návrat do běžného života pro ně bude znamenat velkou změnu v životě a vysvětlují, že se jim změnil pohled na svět a na životní hodnoty. Tři respondenti (30%) popsali, že po návratu domů budou opatrnější.

Očekávané změny po propuštění popisuje 70% respondentů. Tři respondenti (30 %) si myslí, že k žádným změnám nedojde. Nejčastějšími očekávanými změnami byly: časté kontroly u lékaře (20%), péče o jizvy (20%), zhoršení pohyblivosti a strach z reakcí okolí na jizvení také ve 20 % (viz tabulka č. 14, v příloze č. 10, s. 117-118).

**Ot. č. 18 - Jak vnímá Vaše poranění a následnou léčbu Vaše rodina/přátelé?**

*Tab. č.15 - Vnímání rodiny a přátel*

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
vyrovnání se stavem a léčbou respondenta	1	1		1							3	30%
nevyrovnání se stavem a léčbou respondenta						1					1	10%
podpora rodiny	1	1	1		1	1			1	1	7	70%
podpora přátel		1				1	1		1		4	40%
časté návštěvy		1	1	1		1					4	40%
méně časté návštěvy	1										1	10%
posílení vztahů					1						1	10%
strach o respondenta				1				1			2	20%
nestýká se s rodinou							1				1	10%

Plnou podporu rodiny popsalo 7 respondentů (70%). Ukázalo se, že i přátelé ve velkém měříku podporují respondenty (40%). S rodinou se nestýká pouze jeden respondent. Ve 30 % je rodina vyrovnaná se zdravotním stavem a léčbou respondenta. Čtyři respondenti (40%) uvedli časté návštěvy rodiny a přátel (viz výše, tabulka č. 15).

**Ot. č. 19 - Myslíte si, že Váš zdravotní stav ovlivní po propuštění Vaše zaměstnání?  
Ot. č. 20 - Domníváte se, že Váš zdravotní stav ovlivní vykonávání některých zájmových činností a aktivit, na které jste zvyklý/á? (příp. Které to jsou?)**

**Tab. č.16 - Vliv na zaměstnání a záliby**

Vliv na zaměstnání												
	změna zaměstnání	uvažuje o změně zaměstnání	nástup do předčasného důchodu	nemožnost si přivydělat	NE (důchodce)		NE	Celkem				
N	1	2	1	1	2	3	10					
f <sub>i</sub>	10%	20%	10%	10%	20%	30%	100%					
Vliv na záliby												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
omezení práce jako záliby	1	1									2	20%
omezení sportovních aktivit		1	1			1				1	4	40%
ne				1	1		1	1	1		5	50%

Vliv zdravotního stavu po propuštění si nepřipouští 30 % respondentů. V případě pracovních úrazů 2 respondenti uvažují o změně zaměstnání a jeden je připraven zaměstnání změnit (viz graf č. 5, příloha č. 10, s. 118).

Pět respondentů (50%) si myslí, že nebudou ovlivněny jejich záliby. Celkem 4 respondenti (40%) se obávají, že budou omezeny jejich sportovní zájmové aktivity (viz výše, tabulka č. 16).

**Ot. č. 21 - Jak se vyrovnáváte s Vaším zdravotním stavem? Co Vám v tom pomáhá?**

**Tab. č.17 - Vyrovnanost se zdravotním stavem**

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
vyrovnaný		1		1		1	1	1			5	50%
snaží se vyrovnat			1						1		2	20%
obavy z budoucnosti	1		1								2	20%
nestihl/a si vše uvědomit					1						1	10%
vztek vůči sobě										1	1	10%
nevyrovnaný	1										1	10%
<b>Co respondentům pomáhá s vyrovnáváním?</b>												
rodina	1	1	1		1	1		1	1	1	8	80%
přátelé							1		1	1	3	30%
zdravotnický personál		1									1	10%
psycholog	1		1								2	20%
nemyslet na to				1		1			1		3	30%
zaplnění času aktivitami						1			1		2	20%
víra v boha					1						1	10%
vidina návratu domů				1							1	10%

Polovina respondentů uvádí, že je vyrovnaná se svým zdravotním stavem, dva respondenti (20%) se s tím snaží vyrovnat. Pouze jeden respondent uvádí, že je nevyrovnaný se svým stavem a neví, co bude dál (příčinou jeho popálení byl pokus o sebevraždu). Pomocí při vyrovnávání se, je především pomoc rodiny, a to u 8 respondentů (80%), dále pak podpora přátel (30%). Další důležitou pomocí je pro respondenty nemyslet na to (30%) a zaplnit čas aktivitou (20%). Pouze dva respondenty navštívil klinický psycholog (viz výše, tabulka č. 17).

### 2.4.6 Interpretace dat z interview k cíli č. 5

Pátým cílem bylo zmapovat informovanost pacientů po autotransplantaci o následné péči po propuštění a zjistit, jaké znalosti o KSP/KDP (kompetence sebezpěče/dependentní péče) mají v souvislosti se zvládnutím následné péče. Pro splnění tohoto cíle byly sestaveny položky č. 22-29 ve strukturovaném rozhovoru.

Ot. č. 22 - Byl/a jste seznámen/a s následnou péčí o jizvy v domácím prostředí?  
Pokud ano, můžete ji popsat?  
Ot. č. 23 - Jakým způsobem jste se seznámil/a s péčí o jizvy v domácím prostředí?

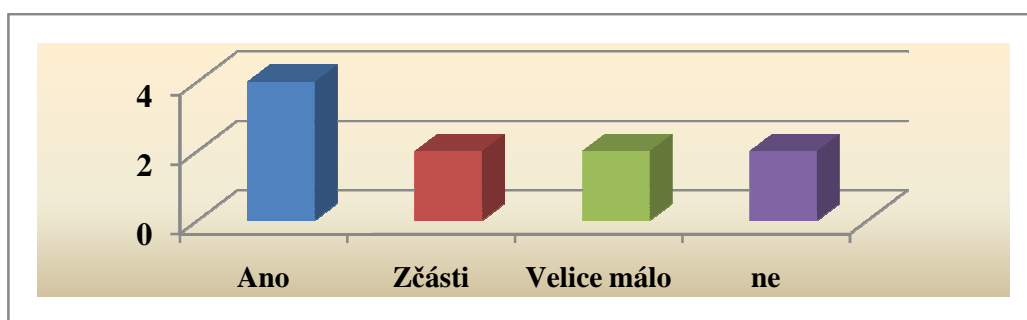
Tab. č.18 - Seznámení s následnou péčí o jizvy

Seznámení s následnou péčí o jizvy												
	Ano		Zčásti		Velice málo		Ne		Celkem			
N	4		2		2		2		10			
f <sub>i</sub>	40%		20%		20%		20%		100%			
Se kterými KSP/KDP byli respondenti seznámeni?												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
tlakové masáže	1		1	1		1			1	1	6	60%
elastické návleky		1	1	1					1	1	5	50%
promazávání jizev		1	1	1		1		1	1	1	7	70%
sprchování jizev						1				1	2	20%
vyvarování se sluníčka		1									1	10%
silikonové gely			1								1	10%
Způsob seznámení s následnou péčí o jizvy												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
zdravotní sestry	1	1	1					1		1	5	50%
lékař/ka			1	1		1				1	3	30%
rehabilitační pracovník			1						1		2	20%
paní, která šije návleky		1									1	10%
edukační materiál									1		1	10%
uvažuje o zakoupení knihy										1	1	10%
internet			1								1	10%
žádným způsobem					1		1				2	20%

Pouze 4 respondenti (40%) uvádějí, že byli informováni v oblasti péče o jizvy. Dva respondenti byli informováni pouze částečně. Dva respondenti (20%) vůbec neslyšeli o následné péči o jizvy. Nejčastějšími KSP/KDP, které respondenti udávají, jsou: promazávání jizev (70%), tlakové masáže (60%) a využití elastických návleků (50%). Většinou však, KSP/KDP, které by měli zvládnout, pouze uvádějí, ale nepopisují je a pokud ano, tak velice stručně.

Způsob seznámení s péčí uvádějí respondenti nejčastěji od zdravotních sester (50%), lékařů (30%) a rehabilitačních pracovníků (20%). Využití internetu bylo zaznamenáno v jednom případě. Jeden respondent uvažuje o zakoupení literatury na toto téma (viz výše, tabulka č. 18 a následující graf č. 6).

**Graf č. 6 - Seznámení s následnou péčí o jizvy**



**Ot. č. 24 - Znáte techniku tlakové masáže a umíte ji provádět? Uměl/a byste ji popsat?**

**Tab. č.19 - Znalost tlakové masáže a její popis**

	<b>ANO umí popsat</b>	<b>ANO částečně popíše</b>	<b>ANO neumí popsat</b>	<b>NE</b>	<b>CELKEM</b>
<b>N</b>	3	1	2	4	10
<b>f<sub>i</sub></b>	30%	10%	20%	40%	100%



Tlakovou masáž neznají celkem čtyři respondenti (40%). Pouze tři respondenti (30%) ji znají a umí ji popsat. U dvou případů (20%) sice metodu tlakové masáže údajně znají nebo o ní slyšeli, ale neumí ji popsat (viz výše, tabulka č. 19 a graf č. 7, v příloze č. 10, s. 119).

**Ot. č. 25 - Víte o využití elastických návleků příp. bandáží v následné péči o jizvy v domácím prostředí?**

**Tab. č.20 - Povědomí o využití elastických návleků/bandáží v domácím prostředí**

	ANO	NE	CELKEM
<b>N</b>	6	4	10
<b>f<sub>i</sub></b>	60%	40%	100%

O využití elastických návleků neví celkem 4 respondenti (40%). Jejich znalost udává 6 respondentů (viz výše, tabulka č. 20).

**Ot. č. 26 - Víte, čeho byste se po propuštění vzhledem k Vaším jizvám měl/a vyvarovat?**

**Tab. č.21 - Nevhodné činnosti/aktivity v následné péči o jizvy**

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
působení slunečního záření na jizvu		1	1	1	1				1		5	50%
návštěva bazénů, koupališť			1						1	1	3	30%
činnosti vedoucí k velkému riziku mechanického poranění				1		1			1		3	30%
návštěva sauny										1	1	10%
oblečení z umělých vláken										1	1	10%
ohní							1				1	10%
nevím	1							1			2	20%

Další položkou ve strukturovaném rozhovoru bylo: Víte, čeho byste se po propuštění vzhledem k Vaším jizvám měl/a vyvarovat? Respondenti v polovině případů

(50%) uváděli nevhodnost přímého působení slunečního záření na jizvu. Dále zmínili vyvarování se návštěvě veřejných koupališť a bazénů (30%). Dva respondenti vůbec netušili, čemu by se měli vyhnout v následné péči o jizvy (viz výše, tabulka č. 21).

**Ot. č. 27 - Jakou máte představu o průběhu a náplni následných kontrol v popáleninové ambulanci?**

Z výzkumného šetření vyplývá, že 7 respondentů (70%) ví o nutnosti následných kontrol v popáleninové ambulanci. Čtyři respondenti (40%) udávají, že nemají představu o frekvenci kontrol. Tři respondenti (30%) vědí o nutnosti kontrol, ale nemají představu o jejich průběhu ani náplni. Dva respondenti uvedli, že vůbec netuší, že budou muset absolvovat kontroly v popáleninové ambulanci. Ve 30 % respondenti uvedli, že náplní kontrol je kontrola jizevnatého hojení. Ve dvou případech (20%) respondenti udávají, že se aktivně budou dotazovat na téma následných kontrol u ošetřujícího lékaře. Jeden respondent ví o nutnosti kontrol, ale odmítá na ně docházet (viz tabulka č. 22, v příloze č. 10, s. 119).

**Ot. č. 28 - Byl Vám poskytnut informační materiál, který by Vás seznámil s péčí o jizvy a následnou péčí v popáleninové ambulanci?**

*Tab. č.23 - Poskytnutí informačního materiálu na oddělení*

	<b>ANO</b> <b>(Pokyny v péči o jizvy)</b>	<b>NE</b>	<b>CELKEM</b>
<b>N</b>	1	9	10
<b>f<sub>i</sub></b>	10%	90%	100%

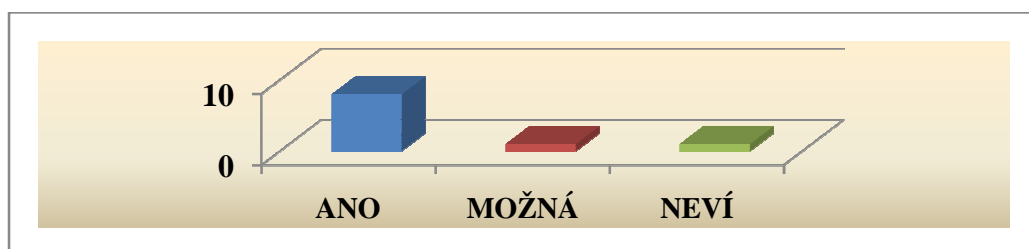
Na oddělení dostupný stručný informační materiál: Pokyny v péči o jizvy (viz příloha č. 6, s. 108-109), byl poskytnut pouze jednomu (10%) respondentovi, ten však nezmiňuje průběh a náplň následných kontrol v popáleninové ambulanci. Ostatních 90 % respondentů informační materiál neobdrželo (viz výše, tabulka č. 23).

**Ot. č.29 - Uvítal/a byste informační materiál, který by vás uceleně seznámil s následnou péčí o jizvy a následnými kontrolami v popáleninové ambulanci?**

*Tab. č.24 - Zájem o informační materiál*

	ANO	MOŽNÁ	NEVÍ	CELKEM
N	8	1	1	10
f <sub>i</sub>	80%	10%	10%	100%

*Graf č. 8 - Zájem o informační materiál*



Respondenti v 80 % uvedli, že by uvítali informační materiál na téma: péče o jizvy a následné kontroly v popáleninové ambulanci. Pouze jeden respondent uvedl, že neví, zda by informační materiál byl pro něj přínosem (viz výše, tabulka č. 24, graf č. 8).

**Ot. č. 30 - Chtěl/a byste ještě k rozhovoru něco dodat?**

Poslední otázkou bylo volné vyjádření respondentů k rozhovoru. Zde respondenti nejčastěji uváděli přání, aby závěrečná práce dobře dopadla.

Doslovné znění odpovědí jednotlivých respondentů je zaznamenáno na CD v příloze č. 12, s. 121 této závěrečné práce.

### **2.4.7 Interpretace dat k cíli č. 6**

Šestým, tedy posledním cílem diplomové práce bylo vytvoření edukačního programu a informační brožury s tématem shrnujícím SIP č. 4 - Problematika následné péče o jizvy a dispenzární péči (viz příloha č. 11. s. 120). Informační brožura byla nazvána: „Péče o jizvy“ a je určena jak přímo pro pacienty po autotransplantaci, tak i pro sestry či jiné zdravotnické pracovníky, kteří následně edukují pacienty po autotransplantaci a jejich rodiny.

### **EDUKAČNÍ PROGRAM „PÉČE O JIZVY“**

#### **TÉMA:**

- seznámení s tématem jizevnatého hojení
- popsání základních opatření a specifických technik v péči o jizvy
- seznámení s následnou dispenzarizací

#### **CÍLOVÁ SKUPINA:**

- pacienti s popáleninami po autotransplantaci a jejich rodiny

#### **EDUKÁTOR:**

- sestra pracující ve specializované popáleninové ambulanci, sestra pracující na oddělení specializovaných popáleninových center, student ošetrovatelství pod dohledem zkušené sestry

#### **CÍL:**

- Pacient/Rodina se orientuje v problematice hojení jizvou, v péči o jizvy a následné dispenzární péči

#### **DÍLČÍ CÍLE:**

- P/R se orientuje v problematice jizvení.

- P/R zná nepříjemné pocity, které mohou být průvodním jevem hojení jizvou a umí je zvládat.
- P/R zná a umí popsat základní opatření v péči o jizvu.
- P/R zná význam a frekvenci častého promazávání transplantované plochy.
- P/R zná a umí provést specifické techniky v péči o jizvu.
- P/R zná další techniky pro zvládnání nepříznivého jizvení.
- R ví, že hojení jizvou nepříznivě ovlivňuje život nemocného a snaží se ho podpořit.
- P ví, že popálenina je teď součástí jeho života a snaží se jí akceptovat.
- P/R zná význam slova dispenzarizace a umí ho popsat.
- P/R ví o významu pravidelných návštěv v popáleninové ambulanci a je schopen je provést.
- P/R zná časové úseky kontrol v popáleninové ambulanci a je schopen je provést.
- P/R zná oblasti, čeho se dispenzarizace bude týkat (kontrola transplantované plochy, reedukace v oblasti péče o jizvy, zajištění vhodných pomůcek aj.).

#### **DOBA TRVÁNÍ:**

- 45 minut

#### **POMŮCKY:**

- pro edukátora - edukační program „Péče o jizvy“
- pro nemocného (příp. rodinu) - psací potřeby, zápisník, informační brožura „Péče o jizvy“

#### **ORGANIZACE PROSTORU:**

- vhodná klidná místnost, dostatečně větraná

#### **PRŮBĚH EDUKACE:**

- poskytnutí informační brožury „Péče o jizvy“
- ponechat dostatek času pro prostudování tématu
- edukovat formou individuální, případně v přítomnosti rodiny nemocného

- projít s P/R jednotlivá témata
- dát P/R prostor pro dotazy

#### **SEBEREFLEXE P/R:**

- zhodnocení edukace
- zodpovězení následujících otázek:
  - Co je to jizva a jak se dělí?
  - Jaké obtíže nejčastěji jizvení přináší?
  - Vyjmenujte základní opatření v péči o jizvu?
  - Jaké znáte další specifické techniky v péči o jizvu?
  - Víte, kde můžete hledat další informace o tomto tématu?
  - Víte, co znamená pojem dispenzarizace a její význam?

#### **VÝSTUP:**

- Pacient (rodina) se orientuje v problematice jizvení, základních opatřeních a specifických technikách užívaných v péči o jizvy. Pacient (rodina) zná pojem dispenzarizace a ví, jak je pro něj důležitá.

### 3. Diskuze

Výzkumná část se věnuje problematice využití teorie deficitu sebeděče D. E. Orem u pacientů s popáleninami po autotransplantaci a mapuje jejich problémy po transplantaci, vnímání jejich zdravotního stavu a v neposlední řadě informovanost těchto pacientů o následné péči o jizvy. V návaznosti na tuto problematiku bylo vytvořeno šest cílů práce, a z nich vyplývající šest výzkumných otázek, které byly zodpovězeny na základě praktického zpracování a vyhodnocení výsledků strukturovaného rozhovoru.

#### *1. Výzkumná otázka: Které situační problematiky můžeme určit u pacientů po autotransplantaci?*

Na základě praktických zkušeností a pečlivého prostudování dostupné literatury byl odvozen vliv autotransplantace u pacientů na obecné (viz příloha č. 8, s. 112-113) a zdravotně podmíněné požadavky sebeděče (viz příloha č. 9, s. 114). Následně byl sestaven výčet 4 situačních problematik (SIP), tedy problémů, které se u těchto pacientů vyskytují, a je důležité, aby pacienti byli schopni tyto problémy zvládnout.

1. Problematika informovanosti v oblasti popálenin, transplantační léčby a jejich komplikací
2. Problematika bolesti
3. Problematika psycho-socio-spirituální
4. Problematika následné péče o jizvy a dispenzární péče

***PRVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA BYLA ZODPOVĚZENA.***

## **2. Výzkumná otázka: Jaká bude situační potřeba sebepéče u pacientů po autotransplantaci?**

K výše uvedeným čtyřem situačním problematikám byla zpracována situační potřeba sebepéče (viz kapitola 2.4.2, s. 44-52). K jednotlivým situačním problematikám byly určeny druhy požadavků sebepéče a kompetence sebepéče/dependentní péče, tedy činnosti, které si musí pacient osvojit během hospitalizace, aby zvládnul uvedené problémy. Regulují tedy situační potřebu sebepéče pacienta. Jednotlivé činnosti sebepéče/dependentní péče jsou zaměřeny na vědomosti pacienta, na schopnost učinit správná rozhodnutí v sebepéči i na jednotlivé praktické dovednosti.

Rozpracovaná situační problematika je významná z hlediska ošetrovatelské péče, tedy může pomoci sestřám, jak rámcově postupovat v péči o tyto pacienty (pomoc se stanovením plánu ošetrovatelského plánu péče). Je stanovena, jak pro pacienty, kteří vyžadují plně či částečně kompenzační systém, ale také pro pacienty v následné péči, kteří vyžadují podpůrně edukační kompenzační ošetrovatelský systém.

V článku autorů Gramlinga a Wilsona z roku 2009 byl uveden přínos teorie deficitu sebepéče v popáleninové medicíně. Autoři předpokládají, že KSP/KDP podle teorie D. E. Orem jednoznačně přispívají ke zvládnutí ošetrovatelské péče o popálené pacienty po autotransplantaci nezávisle na závažnosti zdravotního stavu (zvolení vhodného ošetrovatelského systému).<sup>97</sup>

### **DRUHÁ VÝZKUMNÁ OTÁZKA BYLA ZODPOVĚZENA.**

Zbylé čtyři výzkumné otázky (3, 4, 5, 6) byly zodpovězeny na základě výsledků výzkumného šetření pomocí strukturovaného rozhovoru. Jehož součástí byla taktéž obecná data o jednotlivých respondentech (položky v rozhovoru č. 1-10).

---

<sup>97</sup> GRAMLING, L., WILSON, J., The Application of Orem's Self-care Model to Burn care, *Journal of Burn Care & Research*, 2009, č. 5, <<http://ovidsp.tx.ovid.com>>.



Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 respondentů (2 ženy, 8 mužů). Průměrný věk respondentů činil 51, 6 let. Nejčastější příčinou popálení byl pracovní úraz (30%). Průměrný rozsah popálených ploch byl 31% TBA. Nejčastěji se jednalo o kombinaci popálenin II. b a III. stupně. Průměrná doba hospitalizace činila 92, 4 dne, tedy 3,1 měsíce. Nejčastěji popáleným místem (100%) byly horní nebo dolní končetiny v různém rozsahu. Autotransplantace byla nejčastěji provedena na dolních končetinách (90%), horních končetinách (60%) a na hýždích (40%). Za odběrovou plochu byla nejčastěji zvolena kůže stehen (60%) a hýždí (30%). Průměrný počet dní po autotransplantaci činil 14,9 dne.

### **3. Výzkumná otázka: Které problémy se u pacientů nejčastěji vyskytují v souvislosti s autotransplantací?**

K zodpovězení třetí výzkumné otázky bylo využito otázek ve strukturovaném rozhovoru č. 11-15.

Nejčastěji pocíťovaným problémem během hospitalizace se ukázala jednoznačně bolest, tedy bolest při převazech jak transplantovaných, tak odběrových ploch. Tento problém zmínilo 9 respondentů (90%). Dalším významným problémem pro pacienty bylo svědění pod obvazy, které zmínila polovina respondentů. Dlouhé ležení a uložení končetin v závěsech bylo zmíněno u 4 respondentů (40%).

Za nejvíce zatěžující byla jednoznačně považována opět bolest při převazech ran, která byla pacienty zmiňována v 6 případech (60%).

**Výpověď respondentů č. 10:** „Ty neustálý převazy, to je obden. No někdy si tam fakt člověk vytrpí. Ale mě už hodně krát uspávali, tak už se to snažím přečkat tady. Někdy je to horší, jindy to zase jde vydržet.“

Další položka se zabývala výskytem komplikací u jednotlivých respondentů. Pozitivním zjištěním bylo, že u 40 % respondentů nedošlo k žádným komplikacím. Pokud

k nim došlo, nejčastěji se jednalo o infekci transplantovaných ploch (30%) a odběrových míst (20%). Odloučení, tedy nepřihojení autotransplantátu, se objevilo pouze u jednoho respondenta (vysušení na vzdušném lůžku).

Spánek respondentů se ukázal jako vyhovující u 4 respondentů (40%). Nejčastěji označenými problémy se spánkem respondentů byl přerušovaný spánek a časné probouzení (20%). Pouze 1 respondent udává, že kvalitní spánek je neslučitelný s jeho pobytem ve vzdušném lůžku.

Poslední položkou k této výzkumné otázce bylo zjistit, jaké mají respondenti zkušenosti s využitím vzdušného lůžka. Tři respondenti nemají s jeho využitím žádnou zkušenost. U dalších tří respondentů (30%) byla zaznamenána pozitivní zkušenost s tímto speciálním lůžkem a další 3 udávají, že si na něj po čase zvykli. Zajímavým zjištěním bylo, že ve dvou případech se při dlouhodobém pobytu v tomto lůžku dostavily zvláštní pocity (respondenti je neumí správně označit „pocit nekončícího těla“ apod.).“ V jednom případě se dokonce objevily psychiatrické symptomy (halucinace).

*Výpověď respondenta č. 3 „Jo tak mám s tím zkušenosti, dalo by se říct, že každodenní. Dřív jsem s tím měl problémy, měl jsem z toho nějaký ty halucinace, jakoby divný sny. Prostě jsem nevěděl, co je realita a co ne. Takže to bylo takový zvláštní, ale teďka už je to celkem dobrý, řekl bych, že jsem si zvykl.“*

V článku autorky Píbilové (Sestra, 2008) byla zmíněna diskuze odborných kruhů ohledně využití vzdušného lůžka a jeho možném dopadu na kognitivní funkce pacientů.<sup>98</sup>

Výzkumnou otázkou č. 3 bylo tedy zjištěno, že nejčastějším a nejzávažnějším pocíťovaným problémem pro pacienty po autotransplantaci je SIP č. 4 (Problematika bolesti).

### **TŘETÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA BYLA ZODPOVĚZENA.**

---

<sup>98</sup> PÍBILOVÁ, A., Vzdušné lůžko a jeho využití, *Sestra*, 2008, č. 7-8, s. 54

#### **4. Výzkumná otázka: Jak vnímají pacienti po autotransplantaci svůj zdravotní stav a důsledky, které z něj vyplývají?**

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývá vnímáním zdravotního stavu a jeho případných důsledků u pacientů po autotransplantaci. K jejímu zodpovězení byly navrženy otázky č. 16-21 ve strukturovaném rozhovoru.

Jak pacienti vnímají svůj návrat do běžného života? Nejčastěji respondenti udávali, že se na návrat velice těší a doufají v brzké shledání s rodinou (50%). Jeden respondent uvedl, že se na návrat do života netěší, jelikož nemá kam se vrátit (casus socialis). U poloviny respondentů byl také zaznamenán názor, že toto poranění a následná léčba u nich znamená velkou životní změnu, jiný pohled na svět a na životní hodnoty.

**Výpověď respondenta č. 2:** „Znamená to pro mě moc, už se těším, že budu konečně doma. Určitě si budu víc vážit života, prostě budu úplně jinak na všechno pohlížet.“

Jaké změny respondenti očekávají po reintegraci do běžného života? Tři respondenti si myslí, že žádné změny po propuštění nenastanou. Sedm respondentů (70%) si uvědomuje, že nějaké změny nastanou. Odpovědi respondentů byly velice různorodé, ale nejčastěji se vyskytovaly tyto očekávané změny: časté kontroly u lékaře, péče o jizvy, zhoršená pohyblivost a strach z reakce okolí na jizvení (20%).

Co se týče vnímání poranění a následné léčby rodinou a přáteli respondentů, bylo nejčastější odpovědí plná podpora respondentů rodinou (70%), ale také přáteli (40%). Tři respondenti uvádí, že jsou jejich rodiny s jeho zdravotním stavem plně vyrovnání. Pouze jeden respondent se s rodinou vůbec nestýká.

Další zkoumanou oblastí byl vliv současného zdravotního stavu respondentů na zaměstnání a jejich oblíbené zájmové aktivity. Celkem 30 % respondentů si vůbec nepřipouští vliv současného zdravotního stavu na zaměstnání. Dva respondenti uvažují o změně zaměstnání a jeden respondent se již pro změnu rozhodl (popálení jako pracovní úraz). Vliv na zájmové aktivity si nepřipouští polovina respondentů a 40 % udává, že

zřejmě již nebude moct vykonávat nebo bude muset omezit oblíbené sportovní aktivity (plavání, turistika, běh aj.).

**Výpověď respondentů č. 3:** „Budu dělat něco jinýho, zatím nevím, co přesně, ale určitě ne už tam, kde jsem byl.“

„No nevím, jestli mi ty jízvy dovolí třeba sporty, co jsem dělal dřív. Třeba snowboarding a cyklistiku. Jinak mám rád hory, tak to snad budu moct chodit na túry. Ale asi to bude ještě chvíli trvat, než se celej rozhejbu, abych byl tak jako dřív. Ta rehabilitace bude na dlouho, jak mi říkali.“

Poslední otázkou směřující ke splnění 4 výzkumné otázky bylo: „Jak se vyrovnáváte s Vaším zdravotním stavem? Co Vám v tom pomáhá?“ Polovina respondentů udává, že je již se svým zdravotním stavem plně smířená. Ve dvou případech se respondenti snaží s touto situací vyrovnat. Jeden respondent se obviňuje a má na sebe vztek. Nejčastější pomocnou rukou při vyrovnávání se současnou situací je rodina (80%) a přátelé (30%). Víru v boha jako pomoc uvedl pouze jeden respondent. Klinický psycholog navštívil pouze dva respondenty (20%).

#### **ČTVRTÁ VÝZKUMNÁ OTÁZKA BYLA ZODPOVĚZENA.**

**5. Výzkumná otázka: Zmapovat informovanost pacientů po autotransplantaci o následné péči po propuštění a zjistit, jaké znalosti o KSP/KDP (kompetence sebepéče/dependentní péče) mají v souvislosti se zvládáním následné péče.**

**6. Výzkumná otázka: Jaké znalosti o KSP/KDP (kompetencích sebepéče/dependentní péče) mají v souvislosti se zvládáním následné péče?**

Pro zodpovězení 5. a 6. výzkumné otázky byly navrženy položky ve strukturovaném rozhovoru č. 22-29.

Čtyři respondenti (40%) udávají, že byli seznámeni s následnou péčí o jizvy. Při jejím popisu je však jejich informovanost nedostačující (jsou seznámeni pouze s některými KSP/KDP nebo je neumí popsat). Nejčastěji zmiňovanými zvládnutými KSP/KDP je promazávání jizev (70%) a tlakové masáže (60%). Často, však respondenti nevědí přesně, čím by měli jizvy promazávat, a jaký je správný postup při provádění tlakové masáže. Dva respondenti udávají, že nebyli vůbec seznámeni s následnou péčí o jizvy.

Nejčastěji se o péči o jizvy dozvěděli od zdravotních sester na oddělení (50%) a od ošetřujících lékařů (30%). Pouze jeden respondent měl k dispozici edukační materiál přítomný na oddělení (viz příloha č. 6, s. 108-109).

Nejvýznamnější opatření v péči o jizvu, tedy provádění tlakové masáže vůbec neznali 4 respondenti (40%). Pouze 3 respondenti (30 %) ji znají a umí ji popsat. Ve třech případech sice tlakové masáže znají, ale popíší je jen částečně nebo ji popsat neumí vůbec.

**Výpověď respondentů č. 5:** „Nikdy jsem o tom neslyšela.“

**Výpověď respondentů č. 10:** „No řekl bych, že už celkem dlouho. Myslím, že už skoro můžu zaučovat ostatní pacienty. Každé místo jizvy musíte stlačovat asi tak půl minuty. Musíte tlačit tak moc, aby vám zbělely nehty. Potom posunete prsty zase dál a tak pokračujete, dokud není jizva celá promasírovaná. Říká se, že to ale zabírá, až když to děláte dlouho. Tak jen doufám, že s tím budu mít trpělivost. No a taky to samozřejmě musíte dělat několikrát denně, čím častěji, tím líp prostě.“

Povědomí o využití elastických návleků v následné péči o jizvy má celkem 60 % respondentů, což je velice pozitivní zjištění.

Čeho by se měli respondenti po propuštění vzhledem k jizvení po popálení vyvarovat? V polovině případů bylo zmíněno vyloučení přímého slunečního záření na jizvu. Tři respondenti zmínili, že po propuštění nebudou dočasně navštěvovat bazény a koupaliště a další tři respondenti se budou vyvarovat aktivitám, kde by mohlo dojít

k mechanickému poranění jizvy. Dva respondenti nemají vůbec představu, čemu by se po propuštění měli vyhnout.

Další otázka zjišťovala informovanost respondentů o průběhu a náplni následných kontrol v popáleninové ambulanci. Sedm respondentů (70%) ví o nutnosti kontrol, ale ve většině případů neznají jejich frekvenci a náplň. Dva respondenti udávají, že vůbec nevěděli, že budou muset docházet do specializované ambulance.

**Výpověď respondenta č. 3:** „,„Tak budu tam chodit, ale nevím ještě, jak často, na to se musím zeptat. Budou mi kontrolovat jizvy, jak vypadají a tak. Vím, že se to často zkracuje, ty jizvy, a pak třeba můžu mít omezenej pohyb, třeba tady na rukou. Tak kdo ví, jestli nebudu jednou muset zase na nějakou operaci.“

Informační materiál o následné péči o jizvy dostupný na oddělení (viz příloha č. 6, s. 108-109), obdržel pouze jeden respondent a to na požádání. Informační materiál však zmiňuje pouze stručně péči o jizvy, ale neseznamuje nemocné s následnými kontrolami v popáleninové ambulanci. Zbytek respondentů (90%) informační materiál neobdrželo.

Celkem 8 respondentů (80%) by uvítalo ucelený informační materiál o následné péči o jizvy a o kontrolách v popáleninové ambulanci.

**Výpověď respondenta č. 2:** „Určitě jo, nejenom o ty jizvy, ale o celou tu problematiku. Třeba včera, jak tu byla paní profesorka, sáhodlouze to vysvětlovala těm medikům. Tak jsem jenom tak něco zaslechl o transplantacích. Tak pro mě to bylo velice přínosný. Jako velice rád se zajímám o tyhle věci.“

Informovanost pacientů o následné péči je velice různorodá. Na oddělení není přesně stanoveno kdy, kdo a jakým způsobem bude pacienty po autotransplantaci o této problematice edukovat.

**PÁTÁ A ŠESTÁ VÝZKUMNÁ OTÁZKA BYLA ZODPOVĚZENA.**

Z výzkumného šetření vyplývá potřeba zdokonalení edukace pacientů v následné péči o jizvy a v oblasti kontrol v popáleninové ambulanci. Proto byl v rámci šestého cíle této závěrečné práce, vytvořen edukační program (viz kapitola 2.4.7, s. 68-70) a informační materiál (brožura, viz příloha č. 11, s. 120) na toto téma.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro praxi plynoucí z této diplomové práce jsou následující:

- Seznámit zdravotní sestry na klinikách popálenin s teorií deficitu sebepéče, jako vhodným rámcem pro sestavování plánu ošetrovatelské péče u pacientů s popáleninami po autotransplantaci;
- Zdokonalit edukaci o následné péči o jizvy a v oblasti následných kontrol v popáleninové ambulanci (vytvoření edukačního záznamu na oddělení, aktivní nabízení edukačních materiálů pacientům, určit odpovědnost pracovníka za edukaci, edukace v průběhu hospitalizace nejen při propuštění aj.);
- Využít větší integrace rodinných příslušníků v následné péči o jizvy;
- Využít edukačního programu (viz kapitola 2.4.7, s. 68-70) a informačního materiálu (viz příloha č. 11, s. 120), který byl vytvořen v rámci této závěrečné práce.

## 4. Závěr

Diplomová práce se zabývá problematikou využití teorie deficitu sebekpěče u pacientů s popáleninami po autotransplantaci. I když je téma práce úzce specifické, lze ho uplatnit ve specializovaných popáleninových centrech (Praha, Brno, Ostrava). Pacienti s popáleninami, i když je jich malé procento oproti jiným úrazům či onemocněním, zasluhují naši plnou pozornost, jelikož následná léčba popálenin je velice náročná jak z hlediska somatického, tak i z hlediska psychiky pacienta.

**V závěrečné práci bylo stanoveno celkem 6 cílů a 6 výzkumných otázek.**

Výzkumné otázky (*1. Které situační problematiky můžeme určit u pacientů po autotransplantaci? 2. Jaká bude situační potřeba sebekpěče u pacientů po autotransplantaci? 3. Které problémy se u pacientů nejčastěji vyskytují v souvislosti s autotransplantací? 4. Jak vnímají pacienti po autotransplantaci svůj zdravotní stav a důsledky, které z něj vyplývají? 5. Jaká je informovanost pacientů po autotransplantaci o následné péči po propuštění? 6. Jaké znalosti o KSP/KDP (kompetencích sebekpěče/dependentní péče) mají v souvislosti se zvládnutím následné péče?*) byly zodpovězeny v praktické části práce.

**Prvním cílem závěrečné práce bylo sestavit výčet situačních problematik (SIP) u pacientů po autotransplantaci.** Nejdříve byl odvozen vliv autotransplantace na obecné a zdravotně podmíněné požadavky sebekpěče a následně se podařilo vyčlenit čtyři situační problematiky (viz kapitola 2.4.1, s. 43), tedy problémy, které se objevují u pacientů po autotransplantaci, a je důležité, aby je pacienti zvládali v rámci sebekpěče (*1. Problematika informovanosti v oblasti popálenin, transplantační léčby a jejích komplikací, 2. Problematika bolesti, 3. Problematika psycho-socio-spirituální, 4. Problematika následné péče o jizvy a dispenzární péče*).



***CÍL Č. 1 BYL SPLNĚN (viz kapitola 2.4.1, s. 43)***

**Druhým cílem práce bylo rozpracovat situační potřebu sebeděče (SiPoSP) u pacientů po autotransplantaci.** Tato situační potřeba byla rozpracována v návaznosti na výše uvedené čtyři situační problematiky (viz kapitola 2.4.2, s. 44-52). Byly stanoveny jednotlivé požadavky sebeděče a KSP/KDP, kterými dochází k regulaci situační potřeby sebeděče. Rozpracovaná situační potřeba sebeděče se zaměřuje na vědomosti pacientů, na schopnost se správně rozhodnout v rámci sebeděče a na praktické dovednosti, které musí pacienti zvládnout.

***CÍL Č. 2 BYL SPLNĚN (viz kapitola 2.4.2, s. 44-52)***

**Třetím cílem této závěrečné práce bylo zjistit, které problémy (SIP) pacienti po autotransplantaci pocítují během hospitalizace.** Nejčastějším a nejzávažnějším problémem pro pacienty byla jednoznačně bolest, tedy SIP č. 2 (Problematika bolesti).

***CÍL Č. 3 BYL SPLNĚN (viz kapitola 2.4.4, s. 57-59)***

**Čtvrtý cíl byl: Zmapovat, jak vnímají pacienti po autotransplantaci své poranění, omezení a důsledky v průběhu hospitalizace.** Ukázalo se, že polovina pacientů je se svým zdravotním stavem smířená. S vyrovnáním se současným zdravotním stavem pacientům nejčastěji pomáhá rodina a přátelé. Polovina respondentů udává, že návrat do běžného života pro ně bude znamenat změnu pohledu na život a na životní hodnoty. Vliv na zaměstnání si vůbec nepřipouští 30% respondentů. O změně zaměstnání uvažují dva respondenti a jeden se pro změnu již rozhodl (pracovní úrazy). Vliv na zájmové aktivity v podobě omezení při sportovních aktivitách udává 40% respondentů.

***CÍL Č. 4 BYL SPLNĚN (viz kapitola 2.4.5, s. 60-62)***

**Pátým cílem práce bylo zmapovat informovanost pacientů po autotransplantaci o následné péči po propuštění a zjistit, jaké znalosti o KSP/KDP (kompetence sebepéče/dependentní péče) mají v souvislosti se zvládnutím následné péče.** Z výzkumu vyplynulo, že pouze 4 respondenti se domnívají, že byli informováni o následné péči o jizvy a kontrolách v popáleninové ambulanci. Následný popis však ukazuje nedostatky v informovanosti (znají jen některé KSP/KDP, neumí je popsat). Nejvýznamnější technikou v péči o jizvy je tlaková masáž, pouze tři respondenti ji umí popsat, čtyři respondenti tuto techniku vůbec neznají. Dalším významným zjištěním bylo, že většina respondentů neví o průběhu a náplni následných kontrol v popáleninové ambulanci. Dva respondenti vůbec netuší, že tuto specializovanou ambulanci budou muset navštěvovat. Informační materiál o péči o jizvy obdržela pouze jedna pacientka, a to na vyžádání. Osm respondentů by uvítalo ucelený informační materiál, který by je seznámil s následnou péčí o jizvy a průběhem kontrol v popáleninové ambulanci.

***CÍL Č. 5 BYL SPLNĚN*** (viz kapitola 2.4.6, s. 63-67)

**Posledním, tedy šestým cílem práce bylo vypracovat edukační program a informační materiál zaměřený na SIP č. 4 (Problematika následné péče o jizvy a dispenzární péče) u pacientů po autotransplantaci.** Edukační program (viz kapitola 2.4.7, s. 68-70) a informační materiál (viz příloha č. 11, s. 120) byl určen, jak zdravotním sestřám, pracujícím ve specializovaných popáleninových centrech, a studentům ošetrovatelství, pro zkvalitnění edukace pacientů po autotransplantaci, ale také přímo pro pacienty po autotransplantaci, kterým vypracovaná edukační brožura může pomoci zvládnout toto obtížné životní období.

***CÍL Č. 6 BYL SPLNĚN*** (viz kapitola 2.4.7, s. 68-70 a příloha č. 11, s. 120)

## 5. Použité zdroje

ADAMS, B., HAROLD, C., E. (ed.), *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Přel. I. Suchardová, Praha: Grada Publishing a.s., 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2009. 183 s. ISBN 978-80-7013-467-2

BEKEL, G., HALMO, R., *Teorie deficitu sebeděče*. 1. vyd. Olomouc:UP LF, 2004. 60 s. ISBN 80-244-0794-9

ČECHOVÁ, H., HALMO, R., Mapování problémů a kompetence sebeděče u HIV/AIDS nemocných. In KUDLOVÁ, P. et al. (ed.). *Ošetřovatelství - perspektivní věda a umění*. 1. vyd. Olomouc: UP LF, 2004. 40-45 s. ISBN 80-247-1156-7

ČEVELOVÁ, L., *Sebeděče u pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře - po cystektomii*: bakalářská práce. Olomouc: UP FZV. 2009. 159 s., 12 příl.

DEMLING, R., H., *Curent surgical diagnosis & treatment*. 12th edition. McGraw: Hill Medical, 2006. 1490 s. ISBN 0-07-110510-7

GARDEN, O., J., BRADBURY, W., A., FORSYTHE, J., *Principles and practise of surgery*. 4th edition. Churchill: Livingstone, 2002. 606 s. ISBN 0-44306492-X

HALMO, R., Teorie deficitu sebeděče v ošetřovatelské praxi. In URBÁNKOVÁ, Š., VLASÁKOVÁ, D. (ed.) *I. Mostecké dny sester: sborník přednášek*. Most: K&B, 2006. s. 49-56. ISBN 80-239-6603-0

HALMO, R., PAVELKOVÁ, M., Užití teorie deficitu sebeděče u onemocnění astma bronchiale. In KUDLOVÁ, P. et al. (ed.). *Ošetřovatelství - perspektivní věda a umění*. 1. vyd. Olomouc: UP LF, 2004. 280-283 s. ISBN 80-247-1156-7

HALMO, R., ZVONÍČKOVÁ, M., Zkušenosti s implementací teorie deficitu sebeděče (TDSP) D. E. Orem v České Republice. In KUDLOVÁ, P. et al. (ed.). *Ošetřovatelství - perspektivní věda a umění*. 1. vyd. Olomouc: UP LF, 2004. 91-97 s. ISBN 80-247-1156-7

HERNDORN, D., N., *Total burn care*. 3rd edition. Saunders: Elsevier, 2007. 880 s. ISBN 978-1-4160-3274-8

JAROŠOVÁ, D. et al. *Ošetřovatelství: konceptuální modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně Sociální fakulta, 2005. 234 s. ISBN 80-7368-068-8

JOUKLOVÁ, M., HALMO, R., Užití teorie deficitu sebeděče u hemodialyzovaných pacientů. In KUDLOVÁ, P. et al. (ed.). *Ošetřovatelství - perspektivní věda a umění*. 1. vyd. Olomouc: UP LF, 2004. 128-134 s. ISBN 80-247-1156-7

JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2

JUŘÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vyd. Olomouc: UP LF, 2005. 93 s. ISBN 80-244-0992-5

KLEIN, L., MĚŘÍČKA, P. et al., *Příprava a využití biologických krytů v léčbě popálených z pohledu válečné chirurgie a medicíny katastrof*. 1. vyd. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 2000. 84 s. ISBN 80-85109-33-6

KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 430 s. ISBN 978-80-246-1670-4

KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum ve zdravotnictví: Metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. UP LF Olomouc, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3

MĚŠŤÁK, J., et al., *Úvod do plastické chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 125 s. ISBN 80-246-1150-3

MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4

REMPENING, K., L., TAYLOR, S., G. (ed.), *Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem*. 1st edition. Broadway NY: Springer Publishing company, 2003. 374 s. ISBN 0-8261-1725-2

SLEZÁKOVÁ, L. et al., *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 268 s. ISBN 978-80-2473-129-2

ŠPATENKOVÁ, N., *Problematika zdraví a nemoci*. 1. vyd. Olomouc: UP LF, 2003. 145 s. ISBN 80-244-0648-9

TAYLOR, S., G., REMPENING, K., M., *Nursing concepts of practise*. 6th edition. St. Louis: Mosby, 2001. 542 s. ISBN 0-323-00864-X

WHO, *Klinické použití krve*. 1. vyd. Přel. Simona Šeclová. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 232 s. ISBN 80-247-0268-1

ZACHAROVÁ, E., *Úvod do studia zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Ostrava: ZSF Univerzita Ostrava, 2003. 128 s. ISBN 80-7042-333-1

ŽIAKOVÁ, K. et al., *Ošetrovatelstvo, teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003. 323 s. ISBN 80-8063-131-X

## **Odborné články**

ALTMANOVÁ, M., *Popálený pacient - a co dál? Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2009, č. 9, s. 53.

BROŽ, L., Chirurgické řešení rozsáhlých popálenin. *Zdravotnické noviny* [online]. Prosinec 2001, roč. 24, č. 4 [cit. 2011-01-06], s. 6, Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/chirurgicke-reseni-rozsahlych-popalenin-136677>>.

BROŽ, L. et al., Umělé kryty a jejich užití. *Postgraduální medicína*. Praha: Promendation. ISSN 1212-4184. 2003, roč. 5, č. 2, s. 154-156

BROŽ, L. et al., The role of skin bank in the treatment of severely burnt patients. *Acta chirurgicae plasticae* [online]. ČLS JEP. ISSN 1803-6597. 2004, roč. 2, č. 46, s. 51-55.

BRYCHTA, P. et al., Péče o jizevnaté plochy po popálení. *Doporučené postupy pro praktické lékaře* [online]. ČLS JEP. 2001, [cit. 201-12-07], s. 1-7, Dostupné na WWW: <[www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf)>.

CVEJNOVÁ, V., První pomoc a přednemocniční péče u popálených. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 154-156.

GALUŠKOVÁ, S., ŠAŠKOVÁ, L., Bezpečné krytí odběrových ploch. *Florence*. Praha: Ambit media a.s. ISSN 1801-474X, 2010, č. 12, s. 14-15

GRAMLING, L., WILSON, J., The application of Orem's Self-care model to burn care. *Journal of burn care & research* [online]. Semptember/October 2009, roč. 30, č. 5 [cit. 201-12-07], s. 852-858, Dostupné na WWW: <<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-2.3/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=FIBBFPLDALDDIGPLNCELGFJCKBKMAA00&returnUrl=http%3a%2f%2fovidsp.tx.ovid.com%2fsp2.3%2fovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.38%257c1%257c10%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dFIBBFPLDALDDIGPLNCELGFJCKBKMAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCJCGFPLAL00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv025%2f01253092%2f0125309220090900000014.pdf&filename=The+Application+of+Orem%27s+Self-Care+Model+to+Burn+Care>>.

GRAVITZ, L., Spraying on skin cells to heal burns. Technology review [online]. November 2009, č. 5, roč. 12 [cit. 201-12-07], Dostupné na WWW: <<http://www.technologyreview.com/biomedicine/23876/page1/>>.

JANDOVÁ, J., KOPECKÁ, E., Využití vzdušného lůžka v léčbě rozsáhle popálených pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 165.

KLEIN, L., Úvod do problematiky léčby popálenin. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 152-153.

KOLLER, J., ORSÁG, M., Skin grafting options at the burn and reconstructive surgery department of the Faculty hospital in Bratislava. *Acta chirurgicae plasticae*. ČLS JEP. ISSN 1803-6597. 2006, roč. 2, č. 48, s. 66-69.

KÖNIGOVÁ, R. et al., Burns of the perineum and anus. *Acta chirurgicae plasticae*. ČLS JEP. ISSN 1803-6597. 2001, roč. 3, č. 43, s. 91-94.

KŘÍŽEK, T., Rehabilitace popálených. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 163-164.

MAUER, M., Psychologická podpora u popálených, *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 166-169.

MIKŠOVÁ, S., Léčba chronických ran z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 158.

MOROVICSOVÁ, E., Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2009, č. 7-8, s. 54.

MOUDRÁ, J., Laserová terapie v léčbě popálenin. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2008, č. 7-8, s. 59-60.

PÍBILOVÁ, A., Ošetrovatelská péče na klinice popáleninové medicíny. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 160.

PÍBILOVÁ, A., Specifika ošetrovatelské péče v popáleninové medicíně. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2008, č. 7-8, s. 50-51.

PÍBILOVÁ, A., Vzdušné lůžko a jeho využití. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2008, č. 7-8, s. 54.

SOPKO, K., Poruchy metabolismu a výživa u rozsáhle popálených pacientů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2010, č. 4, roč. 20, s. 70-71.

SUCHÁ, B., Péče o jizvu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2010, roč. 6, č. 2, s. 8-9.

ŠIMEK, J., Popáleninové trauma. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 150

TYMONOVÁ, J. et al., Catheter-related infections in burn patients at the burn centre of the University hospital in Ostrava. *Acta chirurgicae plasticae. ČLS JEP*. ISSN 1803-6597. 2008, roč. 1, č. 50, s. 23-26.

ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., Konference Hojení ran II. - Popáleniny. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promendiamotion. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 4, s. 151.



## 6. Přehled tabulek

Tab. č.1 - Struktura TDSP	s. 12
Tab. č.2 - Dílčí koncepty	s. 14-15
Tab. č.3 - Typy požadavků sebeděče	s. 15-16
Tab. č.4 - Srovnání: Gordon/NANDA a Orem	s. 20
Tab. č.5 - Výčet SIP u pacientů po autotransplantaci	s. 43
Tab. č.6 - Obecná data	s. 53
Tab. č.7 - Obecná data (popáleninové trauma)	s. 54
Tab. č.8 - Obecná data - lokalizace popálených ploch (v příloze č. 10)	s. 115
Tab. č.9 - Obecná data - autotransplantace a odběrová místa	s. 56
Tab. č.10 - Obecná data - počet dní po autotransplantaci (v příloze č. 10)	s. 116
Tab. č.11 - Pociťované problémy pacientů během hospitalizace	s. 57
Tab. č.12 - Výskyt komplikací	s. 58
Tab. č.13 - Spánek a zkušenosti s využitím vzdušného lůžka (v příloze č. 10)	s. 117
Tab. č.14 - Návrat do běžného života a očekávané změny (v příloze č. 10)	s. 117-118
Tab. č.15 - Vnímání rodiny a přátel	s. 60
Tab. č.16 - Vliv na zaměstnání a záliby	s. 61
Tab. č.17 - Vyrovnanost se zdravotním stavem	s. 62
Tab. č.18 - Seznámení s následnou péčí o jizvy	s. 63
Tab. č.19 - Znalost tlakové masáže a její popis	s. 64
Tab. č.20 - Povědomí o využití elastických návleků/bandáží v dom. prostř.	s. 65
Tab. č.21 - Nevhodné činnosti/aktivity v následné péči o jizvy	s. 65
Tab. č.22 - Představy o průběhu a náplni následných kontrol (v příloze č. 10)	s. 119
Tab. č.23 - Poskytnutí informačního materiálu na oddělení	s. 66
Tab. č.24 - Zájem o informační materiál	s. 67

## 7. Přehled grafů

Graf č. 1 - Popáleninové úrazy v ČR 2000-2009	s. 22
Graf č. 2 - Věkové rozložení respondentů (v příloze č. 10)	s. 115
Graf č. 3 - Délka hospitalizace na Klinice popálenin	s. 55
Graf č. 4 - Nejvíce zatěžující problémy (v příloze č. 10)	s. 116
Graf č. 5 - Vliv na zaměstnání (v příloze č. 10)	s. 118
Graf č. 6 - Seznámení s následnou péčí o jizvy	s. 64
Graf č. 7 - Znalost tlakové masáže a její popis (v příloze č. 10)	s. 119
Graf č. 8 - Zájem o informační materiál	s. 67

## 8. Seznam obrázků

Obrázek č. 1 „*Pravidlo devíti*“. [on-line] 2. 1. 11 dostupné na WWW:<<http://www.prvni-pomoc.com/view.php?cislocclanku=2006040005>>.

Obrázek č. 2 *Rozsáhlé popáleniny III.st.* [on-line] 2. 1. 11 dostupné na WWW:<<http://www.epomed.cz/rubriky/vyuka/hodnoceni-zavaznosti/>>.

Obrázek č. 3 *Vzdušné lůžko Skytron.* [on-line] 2. 1. 11 dostupné na WWW:<<http://www.stat-med.net/content/p/9mid/33/catid/31/skytron/>>.

Obrázek č. 4 *Nezralá jizva po transplantaci.* [on-line] 2. 1. 11 dostupné na WWW:<<http://www.bolito.cz/cz/popaleniny/rehabilitace.html>>.

## 9. Přehled zkratk

ARDS	syndrom akutní respirační tísně
ČŽK	centrální žilní katétr
ČSP	činnosti sebekpěče
DC	dýchací cesty
DF-syndrome	dysfigured-face syndrome
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
DK	dolní končetiny
DSP	deficit sebekpěče
EV	enterální výživa
FF	fyzilogické funkce
FIO <sub>2</sub>	frakce kyslíku (%)
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
GIT	gastrointestinální trakt
JIP	jednotka intenzivní péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
KSP	komponenty sebekpěče
PK	potenciální komponenty
PMK	permanentní močový katétr
PP	první pomoc
PSP	požadavky sebekpěče
P+V	příjem a výdej tekutin
PŽK	periferní žilní katétr
SIP	situační problematika
SiPoSP	situační potřeba sebekpěče
SP	sebekpěče
TBA	total body area (celkový tělesný povrch)
TDSP	teorie deficitu sebekpěče
UPV	umělá plicní ventilace
ZDaS	základní dispozice a schopnosti
ZPF	základní podmíněčné faktory

## 10. Přehled příloh

Příloha č. 1 - Kopie žádosti o povolení výzkumného šetření	s. 93
Příloha č. 2 - Strukturovaný rozhovor	s. 94-95
Příloha č. 3 - Hloubka postižení	s. 96-97
Příloha č. 4 - Rehabilitace, využití vzdušného lůžka, hydroterapie	s. 98-101
Příloha č. 5 - Péče o jizvy	s. 102-107
Příloha č. 6 - Pokyny v péči o jizvu	s. 108-109
Příloha č. 7 - Místní péče o popálené plochy	s. 110-111
Příloha č. 8 - Obecné požadavky sebepéče	s. 112-113
Příloha č. 9 - Zdravotně podmíněné požadavky sebepéče	s. 114
Příloha č. 10 - Vybrané tabulky a grafy	s. 115-119
Příloha č. 11 - Edukační materiál „Péče o jizvy“	s. 120
Příloha č. 12 - Doslovný přepis rozhovorů - ukázka rozhovoru, CD	s. 121-125

## 11. Přílohy

### Příloha č. 1 Kopie žádosti o výzkumné šetření

-

Vážená paní  
Mgr. Irena Trpišovská  
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady  
Šrobárova 50  
100 34, Praha 10

Lenka Dušátková  
Druhanov 17  
58291 Světlá nad Sázavou  
tel: 603 598 783  
lenka.dusatkova@seznam.cz

**Věc: Žádost o povolení šetření na Klinice popáleninové medicíny ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady**

Vážená paní náměstkyně,

zpracovávám závěrečnou práci s názvem Užití teorie deficitu sebepečce u klientů s popáleninami po autotransplantaci. Ráda bych Vás touto formou požádala o povolení anonymního výzkumného šetření metodou rozhovorů s pacienty z Kliniky popáleninové medicíny ve FNKV. Rozhovory budou nahrávány na zvukové médium a následně zpracovány. Toto výzkumné šetření je zahrnuto do závěrečné diplomové práce. Cílem této práce je vytvoření edukačního materiálu s tematikou, která bude vyplývat z výzkumného šetření ve FNKV.

Diplomovou práci zpracuji, pod odborným vedením Mgr. Zdeňky Mikšové, Ph.D. Zavazuji se, že práci vypracuji anonymně dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Výsledky výzkumného šetření a vypracovaný edukační materiál Vám ráda poskytnu.

Předem děkuji za brzké sdělení Vašeho rozhodnutí

s pozdravem Lenka Dušátková



studentka 2. ročníku magisterského navazujícího studijního oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých  
prezenční formy studia na Fakultě zdravotnických věd  
Univerzita Palackého v Olomouci

Rozhodnutí o povolení výzkumného šetření:

**Povoleno**

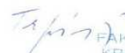
ANO/NE

Odůvodnění případného zamítnutí:

.....  
.....  
.....

v Praze, dne: 24. 3. 11

Razítko a podpis:



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10  
NÁMĚSTKYNĚ PRO OŠETROVATELSKOU PÉČI

**Příloha č. 2 Strukturovaný rozhovor**

<b>Obecné údaje</b>	
1) Respondent, pohlaví	
2) Věk	
3) Rodinný stav	
4) Zaměstnání	
5) Příčina popálení	
6) Rozsah, hloubka a lokalizace popálených ploch	
7) Místo transplantace	
8) Odběrové místo/a	
9) Počet dní po transplantaci	
10) Délka hospitalizace na Klinice popálenin	
<b>Údaje k cíli č. 3</b>	
11) Vnímáte nějaké problémy v souvislosti s transplantací? (Které to jsou?)	
<b>Pokud odpovíte kladně na předešlou otázku:</b>	
12) Jaký problém v souvislosti s transplantací považujete pro Vás za nejvíce zatěžující?	
13) Vyskytly se u Vás nějaké komplikace v souvislosti s léčbou? (Jaké?)	
14) Jak byste popsal/a spánek v průběhu hospitalizace?	
15) Pokud u Vás bylo/je během hospitalizace použito vzdušné lůžko, jaké máte zkušenosti s jeho využitím?	
<b>Údaje k cíli č. 4</b>	
16) Co pro vás znamená, vrátit se do běžného života v souvislosti s Vaším zdravotním stavem?	
17) Myslíte si, že po propuštění nastanou ve vašem životě nějaké změny?	
18) Jak vnímá Vaše poranění a následnou léčbu Vaše rodina/přátelé?	
19) Myslíte si, že Váš zdravotní stav ovlivní po propuštění Vaše zaměstnání?	
20) Domníváte se, že Váš zdravotní stav ovlivní vykonávání některých zájmových činností a aktivit, na které jste zvyklý/á?	

(příp. Které to jsou?)	
21) Jak se vyrovnáváte s Vaším zdravotním stavem? Co Vám v tom pomáhá?	
<i>Údaje k cíli č. 5</i>	
22) Byl/a jste seznámen/a s následnou péčí o jizvy v domácím prostředí? Pokud ano, můžete ji popsat?	
23) Jakým způsobem jste se seznámil/a s péčí o jizvy v domácím prostředí? (např. od zdravotnického personálu, internet aj.)	
24) Znáte techniku tlakové masáže a umíte ji provádět? Uměl/a byste ji popsat?	
25) Víte o využití elastických návleků příp. bandáží v následné péči o jizvy?	
26) Víte, čeho byste se po propuštění vzhledem k Vaším jizvám měl/a vyvarovat?	
27) Jakou máte představu o průběhu a náplni následných kontrol v popáleninové ambulanci?	
28) Byl Vám poskytnut informační materiál, který by Vás seznámil s péčí o jizvy a následnou péčí v popáleninové ambulanci?	
29) Uvítal/a byste informační materiál, který by vás uceleně seznámil s následnou péčí o jizvy a následnými kontrolami v popáleninové ambulanci?	
30) Chtěl/a byste ještě k rozhovoru něco dodat?	

### ***Příloha č. 3 Hloubka postižení***

Popisuje pouze vizuální charakteristiku popálení. V ČR rozdělujeme se do tří stupňů, někteří autoři uvádí stupně čtyři.

#### **I. stupeň (combustio erythematosa)**

Jedná se o erytém (zčervenání) popálené plochy, makroskopicky není epidermis porušena, kapiláry v dermis jsou rozšířené. Hojení trvá několik dní. Toto poranění je reverzibilní

**II. stupeň (combustio bullosa)** je charakteristická tvorbou puchýřů, dále se dělí:

#### **IIa: hluboké částečné poškození kůže**

Epidermis je postižena povrchově, spodina rány je růžová a je zachovaná mikrocirkulace. Jedná se o reverzibilní postižení.

#### **IIb: hluboké částečné poškození kůže**

Dochází k částečnému postižení epidermis. Popálená plocha je sytě červená příp. s místním blednutím. Postižená oblast po vyvinutí tlaku bledne, avšak po čase zase zčervená (pozitivní kapilární návrat). Avšak může dojít časem k prohloubení postižení až do stupně III. (mikrotrombotizace, následná nekróza). Hojení popálenin druhého stupně může trvat dle hloubky popálení dva a více týdnů.

#### **III. stupeň (combustio escharotica)**

Jedná se o nejtěžší postižení, při kterém dochází ke ztrátě kůže v celé síle. Je přítomna nekrotická tkáň s úplným uzávěrem cév na podkladě vazokonstrikce nebo trombózy. Kůže je bělavá až hnědočerná, suchá a tvrdá. Tento stupeň je indikací k nekrektomii a transplantaci kůže.



Někteří autoři uvádí ještě stupeň IV, kde je kromě postižení kůže také přítomno postižení podkožního tuku, svalstva a kosti.<sup>99</sup>

*obr. č. 2 Rozsáhlé popáleniny III. stupně*



(<http://www.epomed.cz/rubriky/vyuka/hodnoceni-zavaznosti/>)

---

<sup>99</sup> MOROVICSOVÁ, E., Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami, *Sestra*, 2009, č. 9, s. 40;

### **Rehabilitace u nemocných po autotransplantaci**

Hlavním cílem rehabilitace u pacientů po transplantaci je prevence vzniku pohybových deficitů a nežádoucího jizvení. Popáleniny mohou ovlivnit schopnost sebeobsluhy nemocného, běžné denní úkony a výrazně změnit i jeho manuální dovednosti. Podmínkou pro úspěšnou rehabilitaci pacientů po autotransplantaci je její časný začátek. Neméně důležité je každodenní a celodenní dodržování základních principů rehabilitační péče.<sup>100</sup> Někdy i přes všechnu rehabilitační péči je nutné využít rekonstrukčních výkonů plastické chirurgie, nejčastěji pro uvolnění vzniklých kontraktur v místech kloubů nebo z kosmetických důvodů.<sup>101</sup>

Rehabilitaci lze rozdělit na časnou a pozdní. Dle fáze popáleninové nemoci, ve které se nemocný nachází.

Časná rehabilitace začíná bezprostředně po úrazu. Zaměřuje se na prevenci vzniku kontraktur, redukci pouřazového edému a udržení rozsahu pohyblivost jednotlivých kloubů, prevenci vzniku dechových komplikací a tromboembolické nemoci. Využívají se hlavně techniky polohování (DK - elevace, podkládáme polyuretanovými hranoly nebo využíváme širokých závěsů, chodidlo polohujeme do pozice stojící nohy, HK - polohování do širokých závěsů v mírném předpažení, hlava - v mírném záklonu, poloha nejčastěji v polosedě, popáleniny zad - poloha na břicho či uložení do vzdušného lůžka), léčebná tělesná výchova - pasivní a aktivní dechová gymnastika, mobilizace (s pomocí kompresivní terapie).<sup>102</sup>

Pacienti po transplantaci musí dodržovat několik dní absolutní klid na lůžku (7-10) a nemohou hýbat s operovanou částí těla. Po zhojení popálených ploch začínáme tlakovými masážemi, využíváme již výše zmíněné metodiky, dále kondiční a posilovací cvičení, nácvik úchopových funkcí ruky, vertikalizace a nácvik chůze.<sup>103</sup>

---

<sup>100</sup> KŘÍŽEK, T., Rehabilitace popálených, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 4, s. 163-164

<sup>101</sup> DOHERTY, G., M., *Curent surgical diagnosis & treatment*, 2006, s. 254

<sup>102</sup> KŘÍŽEK, T., Rehabilitace popálených, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 4, s. 163

<sup>103</sup> ALTMANOVÁ, M., Popálený pacient - a co dál?, *Sestra*, 2009, č. 4, s. 53

Pozdní rehabilitace trvá nejdéle, jelikož následky popálení přetrvávat někdy až několik měsíců až let. Cílem je pozitivní ovlivnění správného hojení rány, tedy předcházet hypertrofii jizev, dále zlepšení pohybových schopností a dovedností, zlepšení kondice nemocného. Využívají se tlakové masáže, dlahování, strečink jizev, kompresivní terapie, přikládání silikonových gelů, manuální lymfodrenáž, fyzikální terapie (sprchování, soft-laser, biolampa). Pacient dochází na rehabilitaci, avšak rehabilitovat je nutné i doma. Proto je v této oblasti velice významná úloha edukace pacienta a jeho rodiny.<sup>104</sup>

Kromě rehabilitace fyzické rozlišujeme také rehabilitaci psychickou, která je neméně důležitá. Jelikož je pacient ohrožen trvalými následky, které mohou vést k psychickým problémům závažného charakteru. Nejvýznamněji psychiku ovlivňují rozsáhlé popáleniny obličeje, krku a horních končetin. Je zde riziko vzniku DF syndromu (dysfigured-face syndrome). Je provázen ztrátou identity a pocitu nicoty. Dalším závažným následkem popálenin jsou ztrátová poranění po elektrotraumatech. Amputace vždy ovlivní psychiku pacienta v důsledku ztráty soběstačnosti a změně vnímání vlastního tělesného obrazu. Klíčovou emocí u rozsáhle popálených pacientů je strach ze smrti, který může vést k depresím a úzkostným stavům. Proto je důležité u pacientů zajistit včasnou pomoc, důležitá je komunikace se zdravotnickým personálem, často je nutná pomoc psychologa.<sup>105</sup>

### **Využití vzdušného lůžka**

Vzdušné lůžko (např. Clinitron, Skytron) je nenahraditelné v péči o pacienty po autotransplantaci. Jedná se o vanu, která je vyplněna křemičitým pískem. Do písku je vháněn vzduch, a ten nadnáší nemocného.

Indikací k použití lůžka jsou hluboké popáleniny III. stupně na zádech, hýždích a zadní straně stehen.<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> KŘÍŽEK, T., Rehabilitace popálených, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 4, s. 163-164

<sup>105</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 400-404

<sup>106</sup> JANDOVÁ, J., KOPECKÁ, E., Využití vzdušného lůžka v léčbě rozsáhle popálených pacientů, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 4, s. 165

Lůžko působí jak antidekubitárně, tak i antibakteriálně. Dalším plusem lůžka je regulovatelnost teploty, brání tedy tepelným a energetickým ztrátám nemocného. Kompresivní účinek vypnutého vzdušného lůžka je využíván při stavění krvácení po nekrektomii, jelikož se přizpůsobuje tvaru těla. Na lůžku lze po vypnutí také provádět KPR bez omezení.

K negativním aspektům užití vzdušného lůžka patří riziko imobilizačního syndromu (snížená možnost polohování, minimální schopnost aktivní rehabilitace), rychlejší tvorba svalových atrofií, dechové obtíže z imobilizace a povrchní dýchání. Proud suchého vzduchu vysušuje, proto zde existuje riziko dehydratace. Je nutné navýšit příjem tekutin nemocného. Dále se diskutuje o možnosti negativního dopadu vzdušného lůžka na kognitivní funkce pacienta.<sup>107</sup>

Péče o pacienta na vzdušném lůžku zahrnuje pravidelnou výměnu sterilního prostěradla a podložky. Po transplantaci se však lůžko nestele až do prvního převazu, jelikož by mohlo dojít k posunu transplantátu. Proti vyschnutí transplantátu se bojuje podložkami transplantátu podložkou nebo kapnou. Nutné je sledování bilance tekutin.<sup>108</sup>

*obr. č. 3 Vzdušné lůžko Skytron*



(<http://www.stat-med.net/content/p/9/pid/33/catid/31/Skytron>)

<sup>107</sup> PÍBILOVÁ, A., Vzdušné lůžko a jeho využití, *Sestra*, 2008, č. 7-8, s. 54

<sup>108</sup> JANDOVÁ, J., KOPECKÁ, E., Využití vzdušného lůžka v léčbě rozsáhle popálených pacientů, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 4, s. 165

## Hydroterapie

Jedná se o sprchování v průběhu akutního období a koupel v průběhu rehabilitačního období. Při hydroterapii je nutné dodržování optimální teploty prostředí 29-31 °C, a aseptický přístup.

Pozitiva hydroterapie lze shrnout do několika bodů:

- snížení bolestivosti při snímání obvazů
- očištění popálených ploch odstraněním nekrotických částí tkáně a produktů infekce
- odstranění krust po přihojení autotransplantátů
- mikromasáž transplantátů
- zvýšení pohyblivosti kloubů (prevence kontraktur)
- omytí celého těla (nepostižených partií, zlepšení komfortu nemocného)<sup>109</sup>
- zmírnění bolestí (relaxace svalů, zmírnění ztuhlosti kloubů)<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 115

<sup>110</sup> KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti*, 2006, s. 99

## Příloha č. 5 Péče o jizvy

Většina popálenin II. b stupně a všechny popáleniny III. stupně se hojí klinicky patrnou jizvou. Může se projevovat jako drobný kosmetický defekt, nebo může znamenat také závažný zdravotní problém.<sup>111</sup>

Jizva běžnou součástí hojivého procesu a je charakterizována jako vazivo velmi bohaté na kolagen. Čím větší a hlubší rána je, tím déle trvá léčba a hojení a zvyšuje se riziko nehezské jizvy.

Rozlišujeme několik typů jizev:<sup>112</sup>

- **atrofické** - měkké, kůže velmi tenká až pergamenová, náchylná k mechanickému traumatu, jizva je někdy pod úrovní okolní zdravé kůže (častá u starších nemocných a jedinců s oslabenou imunitou);<sup>113</sup>
- **hypertrofické** - velké množství vaziva, palpačně tuhé, nepoddajné, často hyperpigmentované a růžově až purpurově zbarvené díky bohaté vaskularizaci, vyčnívají nad povrch zdravé kůže, často zaměňovány s keloidy, ale nešíří se do okolí, vyskytují se častěji;
- **keloidní** - tlusté, nad okolí vystupující, svědící zbytnění jizevnaté tkáně, vybíhající svými cípy do okolí, bývají červené až fialové, organismus nepřestává po zhojení produkovat kolagen.

Jak keloidní, tak hypertrofické jizvy se mohou stahovat a způsobovat kontraktury okolí, což působí estetické i funkční obtíže.<sup>114</sup>

Vytváření jizev ovlivňuje mnoho faktorů např. věk, genetické faktory, typ kůže, umístění jizvy, infekce rány, nedostatečně provedená nekrektomie a další komplikace při hojení, hloubka postižení, průběh rehabilitace, následná domácí péče atd.<sup>115</sup>

---

<sup>111</sup> BRYCHTA, P., Péče o jizevnaté plochy po popálení, *Doporučené postupy pro praktické lékaře* 2001, s. 2, <[www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf)>.

<sup>112</sup> SUCHÁ, B., Péče o jizvu, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, s. 8, č. 2

<sup>113</sup> BRYCHTA, P., Péče o jizevnaté plochy po popálení, *Doporučené postupy pro praktické lékaře* 2001, s. 2, <[www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf)>.

<sup>114</sup> SUCHÁ, B., Péče o jizvu, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, s. 8, č. 2

Problémy pacientů spojené s vytvořením jizevnatých ploch jsou následující:

- **funkční** - ztráta pohyblivosti v kloubech, zhoršení pohyblivosti, svědění, pálení, píchání a někdy i bolest jizvy, které navozují pocit nepohodlí, vysychání povrchu jizev, praskání a ekzémy v důsledku vymizení kožních adnex (potní, mazové žlázy) při hlubokých popáleninách, kožní kontraktury, vyšší citlivost vůči UV záření, druhotné ruptury napjatých jizev, jizvení v oblasti DÚ - omezení pohyblivost dolní čelisti, zúžení ústního otvoru (mikrostoma), zhoršení přijímání stravy, zhoršení výslovnosti, jizvení v oblasti očních víček - vysychání rohovky
- **kosmetické** - počáteční zarudnutí jizvy, vystoupení nad povrch okolní kůže, deformace jednotlivých částí těla, viditelná síťovitá struktura po aplikaci síťového transplantátu, změny pigmentace
- **psychické** - snížení sebedůvěry, ztráta identity až DF syndrom, deprese, úzkostné stavy až sebevražedné myšlenky
- **sociální** - časté opakované návštěvy u lékaře a hospitalizace, sociální izolace, ztráta zaměstnání<sup>116</sup>

Proces vyžrávání jizvy trvá 3-6 měsíců, vzácně i 2 roky. Nejprve jemná jizva po 2-3 týdnech zarudne, zbytní a stane se nápadnou (v důsledku nevyzrálého cévního zásobení). Svou červenou barvou je jednak esteticky nápadná, jednak více vnímavá vůči slunečnímu záření. Postupně dochází k jejímu pozvolnému vyžrávání. Cílem komplexní péče je pozitivně ovlivnit proces vyžrávání jizvy, kde uplatňujeme několik základních pravidel a dalších specifických opatření.<sup>117</sup>

- zvýšená hygiena (1-2x denně), sprchování jizvy - hydroterapie (urychlení vyžrávání, prevence kožních zánětů a ekzémů)

---

<sup>115</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 384

<sup>116</sup> SUCHÁ, B., *Péče o jizvu, Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, s. 8, č. 2

<sup>117</sup> SUCHÁ, B., *Péče o jizvu, Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, s. 8, č. 2

- promazávat jizvu vhodnými krémy (s obsahem 50% vody) a mastmi s neutrálním masťovým základem alespoň 3x denně- krém s vitamínem E, měsíčková mast, Calcium pantothenicum, Indulona (prevence vysychání jizvy), u senzitivních osob - Ambiderman, Synderman, Aquasorb, využití gelu Contractubex (léčba keloidních a hypertrofických jizev)
- chránit jizvu před přímým slunečním zářením - ochranné krémy s UV filtrem 15-20 a více, mechanická ochrana - dlouhé rukávy, čepice (ochrana alespoň 3-6 měsíců a nejlépe do vymizení zarudnutí jizvy, prevence poruch pigmentace kůže)<sup>118</sup>
- ochrana jizvy před mechanickým poraněním - kůže je více náchylná k poraněním
- v případě svědivých projevů - hydroterapie, důkladné promašťování a provádění tlakových masáží (viz dále), event. podávání lokálních antihistaminik
- pravidelné návštěvy lékaře (návštěvy specializované ambulance, doba léčby nejméně 6 měsíců, běžně 12-15 měsíců, individuální postup)<sup>119</sup>

Další specifické techniky užívané pro optimální hojení popálených ploch jizvou jsou:

#### **A) Tlakové masáže**

Je u pacientů po transplantaci základní technikou v péči o jizvy. Masáže slouží ke snížení pooperačního otoku a následně k prevenci hypertrofických jizev. Provádíme ji tlakem špičky prstu na určené místo po dobu 30 vteřin, poté se posuneme o šířku prstu dále a opakujeme. Tlačíme tak silně, aby se odkrvilo nehtové lůžko. Vždy postupujeme od periferie směrem k srdci, čímž vytlačujeme otok do krevního oběhu. Masáž provádíme minimálně 3x denně po dobu 10 minut. Mechanicky působí masáž k oploštění jizvy a ke zlepšení prokrvení.

Z klasické tlakové masáže vychází také kruhová tlaková masáž, ale je doplněna jemným krouživým pohybem špičky prstů. Používá se u jizev, které jsou odolné proti prosté kompresi.<sup>120</sup>

---

<sup>118</sup> Tamtéž.

<sup>119</sup> BRYCHTA, P., Péče o jizevnaté plochy po popálení, *Doporučené postupy pro praktické lékaře* 2001, s. 5-6, <[www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf)>.



### **B) Kompresivní terapie**

Působí preventivně proti tvorbě hypertrofických jizev, urychluje jejich vyvrávání, snižuje počet pozdějších chirurgických úprav a podílí se na snížení nepříjemných pocitů spojených s jizvením (píchání, pálení, bolestivost). Je nutné ji zahájit co nejdříve. Doba využívání kompresivní terapie se udává alespoň 6 měsíců, ale dle potřeby i 2-3 roky. Optimální doba trvání této terapie je 22-23 hodin denně, což je pro nemocné mnohdy velice náročné. Doporučuje se začínat s pomůckami s nižší kompresí a postupně kompresi zvyšovat. Návleky by měly přesahovat jizvy o 5 cm, aby nedocházelo k dráždění jizvy a byla zajištěna optimální komprese. Nyní jsou za ideální považovány elastické návleky šité na míru a elastické kompresivní masky na obličej.<sup>121</sup>

### **C) Dlahování**

Kompresivních dlah využíváme na tvarově komplikovaná místa s tuhými a vysokými jizvami, které jsou odolné vůči elastické kompresi. Nejčastěji tam, kde jizevnatá plocha zasahuje kloub a může následně stahovat a znemožňovat hybnost v kloubu. Dlahu udržuje jizvu nataženou, tudíž zabraňuje vzniku kontraktur. Je možno využít dlah např. na ruku, loket, ramena, kolena a na krk (tlakový límec) Vyrábí se termoplastů např. akryláty, polypropylen, X-lite, které po zahřátí nabudou plasticity. Dlahy se nosí především přes noc.<sup>122</sup>

### **D) Silikonové gely**

Lze je využít na zhojené mladé jizvy, krátce po epitelizaci. Z dostupných materiálů lze využít Topigel, Dermatix, Silipos, Mepiform. Urychlují vyvrávání jizev, zabraňují jejich zbytnění (zvláčňuje a vyhlazuje jizvy). Jedná se o průhledný gel tvořený silikonem nebo obsahující minerální látky, který je zpevněn tkaninou. Přikládá se přímo na kůži a lze ho nosit až 20 hodin denně, dle typu materiálů. Není nutná elastická komprese, ale jejím užitím se efekt zvyšuje. Je zde riziko vzniku kontaktní alergie.<sup>123</sup>

---

<sup>120</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 390-391

<sup>121</sup> Tamtéž, s. 391-392

<sup>122</sup> BRYCHTA, P., Péče o jizevnaté plochy po popálení, *Doporučené postupy pro praktické lékaře* 2001, s. 4, <[www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf)>.

<sup>123</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 392

### ***E) Biostimulační laser***

Je jednou z nejmodernějších metod pro léčbu jizevnatých ploch. Urychluje epitelizaci a dochází ke kvalitativní a kvantitativní optimalizaci vznikající jizvy, působí tedy preventivně proti vzniku možné hypertrofie. Změkčuje a působí pozitivně na zarudlé jizvy, kde urychluje vyblednutí. Laser podporuje hojení raných ploch po autotransplantaci a urychluje přihojení transplantátů. Dále se laserové terapie může využít pro jeho analgetické a regenerační účinky.<sup>124</sup>

Dalšími možnostmi jsou využití fototerapie biolampou (2x denně 10 minut), iontoforéza, magnetoterapie atd.<sup>125</sup>

### ***F) Strečink***

Slouží k získání pružnosti těla a pro zvětšení obsahu kloubní pohyblivosti. Jedná se o šetrné napínání zkrácených svalů a šlach. Cvičení spočívá v protahování postižených míst, ale hraniční pohyb nesmí vyvolat bolest pouze mírné napětí. Např. rozcvičení loketního kloubu provádíme tak, že pacient zaujme takovou hraniční polohu kloubu, aby ucítil mírný tlak, tak setrvá asi 30-40 vteřin, až pocítí, že napětí postupně mizí, poté posune rozcvičovaný kloub opět o kousek, tak aby se pocit tlaku obnovil. Hranicí pro rozcvičování je bolest. Pro jeden kloub je vhodné využít 3-4 postupné změny. Strečink je možno kombinovat s tlakovou masáží protahovaných jizev, čímž se docílí většího efektu. Cvičení by mělo být prováděno 2-3x denně. Také běžná denní aktivita pomáhá kloubům v pohybu a působí proti kontrakturám kůže.<sup>126</sup>

### ***G) Postizometrická relaxace***

Je to vhodná metoda pro uvolnění svalového napětí, tedy dosažení svalové relaxace a pro kloubní mobilizaci. Jedná se o využití reflexního uvolnění při aktivním stahu svalů. Provádí se tak, že rozcvičovaný kloub se uvede do krajní polohy, kde pocítuje pacient tlak, avšak ne bolest. Dále je vyzván k tomu, aby pomalým nádechem zapnul svalové skupiny a tlačil končetinou proti opěrnému předmětu či ruce fyzioterapeuta. Tlak se

---

<sup>124</sup> MOUDRÁ, J., Laserová terapie v léčbě popálenin, *Sestra*, 2008, č. 7-8, s. 59-60

<sup>125</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 394

<sup>126</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 394-395

provádí 5-10 vteřin a déle. S pomalým výdechem se stah svalstva uvolní. Po relaxaci opět po změně polohy dojde k stažení svalových skupin (alespoň 5x změna polohy). Cvičení je dlouhodobou záležitostí a nemocný nemůže očekávat okamžité zlepšení, proto je nutné nemocného motivovat. Délka cvičení je individuální podle rozsahu postižení, ale zpravidla 6-12 měsíců.<sup>127</sup>

#### ***H) Chirurgické řešení jizev***

Nastupuje až po vyčerpání všech konzervativních možností. Jedná se zejména o injekce steroidů do jizvy, vyříznutí (excize), zbroušení jizvy, změna barevnosti jizvy (vaskulární laser), náhrada kožním transplantátem a plastiky jizev. Nejčastěji se k nim přistupuje u jizev bránících pohybu v kloubech, jizvy s chronickými kožními lézemi, jizvy úporně svědící a bolestivé a jizvy deformující vzhled nemocného.<sup>128</sup>

*obr. č. 4 Nezralá jizva po transplantaci*



(<http://www.bolito.cz/cz/popaleniny/rehabilitace.html>)

<sup>127</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 395

<sup>128</sup> BRYCHTA, P., Péče o jizevnaté plochy po popálení, *Doporučené postupy pro praktické lékaře* 2001, s. 4-5, <[www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r048.rtf)>.

## **Příloha č. 6 Pokyny v péči o jizvy**

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady  
Klinika popáleninové medicíny  
Šrobárova 50  
100 34 Praha 10  
tel. : 26716 3370 ambulance  
26716 3365 sekretariát

### **POKYNY PRO PACIENTY**

pro ošetřování zahojených odběrových a transplantovaných ploch po popáleninách

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

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

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

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

#### ***Nyní se budete o své zahojené plochy pečovat sami.***

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

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

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

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

## ***Příloha č. 7 Místní péče o popálené plochy***

V podstatě rozeznáváme tři základní způsoby léčby popálených ploch. Který způsob použijeme u konkrétního nemocného, musíme zvážit dle individuálního stavu. Podobné postupy lze aplikovat i v péči o transplantované plochy.

- otevřená metoda
- polootevřená metoda
- uzavřená metoda

### **Otevřená metoda**

Popálená plocha je po opracování ponechána bez krytí. Jelikož zde není žádná mechanická ochrana proti okolní infekci, vyžaduje tato metoda vysoce kvalitní ošetrovatelský personál a sterilně stlaná lůžka.

Výhodou této metody je možnost stálé observace. Jeho nevýhodou je větší náchylnost nemocného k prochlazení, větší únik tekutin z rány. Nutná je také přísná izolace nemocného v aseptickém prostředí, častější přestýlání lůžka.

Otevřený způsob používáme při postižení obličeje, perinea, při ojedinělých postiženích trupu, při rozsáhlých komplikovaných plochách event. při cirkulárním postižení.<sup>129</sup>

### **Polootevřená metoda**

Její podstatou je krytí raných ploch místními antibakteriálními prostředky s použitím obvazu nebo bez obvazu. Při použití obvazu, napustíme mul místním léčivem a překryjeme ránu nebo jím překryjeme vrstvu krému, aplikovaného přímo na ránu.

Plochy ošetřujeme 1-2x denně, buď na lůžku, ve sprše nebo na operačním sále. Tento způsob využíváme především u rozsáhlých postižení.

Výhodou je ochrana popálené plochy před pomnožením a vstupem infekce až do období před nekrektomií.

---

<sup>129</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 96-97

Nevýhodou je požadavek dostatečného množství kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. Jinak jej může provádět pouze lékařský tým.<sup>130</sup>

### **Zavřená metoda**

Zde využíváme obvazu, jako mechanické bariéry proti infekci, jako vehikulum pro antibakteriální léčiva a pro odsávání exsudátu z rány. Popálené plochy kryjeme několikanásobným obvazem a necháváme ho bez výměny 3-4 dny, podle charakteru rány. Před přiložením obvazu provedeme desinfekci rány např. preparáty s aktivním jodem - Betadine. Největší exsudace z rány je v prvních třech dnech, pokud obvaz prosákne je nutno ho vyměnit.

V současné době je nejvíce využíván mulový obvaz v kombinaci s mastným tylem s antimikrobiálními účinky. Mastný tyl (napuštěn vazelínou, parafínem), zabraňuje přilnavosti obvazu a snižuje bolestivost při převazu. Nejvíce využívaným krytím je nyní např. Bactigras, Hypafix (se zinkem), Bactroban (širokospektré ATB).<sup>131</sup>

Převazování popáleninového traumatu musí vždy být prováděno za všech aseptických podmínek. Na převazovně při výkonech personál používá ústenky, čepice rukavice a mnohdy i sterilní empír.

Indikací k převazu, je prosakování. Nikdy nelze prosakující obvaz pouze navázat! Někdy se ponechává nejspodnější vrstva z důvodu velké bolestivosti.

Na popáleninové klinice ve FNKV je převazováno na operačních sálech týmem lékařů a obvykle se užívá celkové anestezie (hlavně u dětí), u dospělých často stačí neuroleptoanalgezie.

Použití místních antibakteriálních prostředků, je důležitou prevencí pro vstup a pomnožení mikroorganismů. Topické antibakteriální prostředky se využívají především do doby, než je možno přistoupit k nekrektomii a transplantaci.

V současné době se nejvíce užívá Silver-sulfadiazin, který je vyráběn pod různými firemními názvy: Flammazine, Dermazin, Argosulfan, Silvaden.<sup>132</sup>

---

<sup>130</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 97-98

<sup>131</sup> Tamtéž, s. 98-99

<sup>132</sup> KÖNIGOVÁ, R., BLÁHA, J. et al., *Komplexní léčba popáleninového traumatu*, 2010, s. 97-98

**Příloha č. 8 Obecné požadavky sebek péče (PSP)**

Obecné PSP	Vliv popálení po transplantační léčbě
1. Zajištění dostatečného přívodu vzduchu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Léčba příp. inhalačního traumatu</li> <li>▪ Riziko infekce DC</li> <li>▪ Péče o případnou ET, TS kanylu (péče o DC)</li> <li>▪ Aplikace O<sub>2</sub></li> <li>▪ Monitoring (dechová frekvence, SpO<sub>2</sub>, ASTRUP)</li> <li>▪ Odvykání od ventilátoru</li> <li>▪ Dechová rehabilitace</li> <li>▪ Riziko vzniku bronchiektázie a spastické bronchopulmonální poruchy po odeznění inhalačního traumatu</li> </ul>
2. Zajištění dostatečného přívodu tekutin	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontrola příjmu a výdeje tekutin (hodinová diuréza)</li> <li>▪ Podávání tekutin i. v.</li> <li>▪ Kontrola laboratorních hodnot (riziko metabolického rozvratu)</li> <li>▪ Psychické potíže v pooperačním období z náhlé ztráty soběstačnosti při zajištění dostatečného množství tekutin a napití se</li> <li>▪ Následné podávání tekutin per os</li> <li>▪ Řešení vzniku mikrostomatu (RHB, chirurgická terapie)</li> </ul>
3. Zajištění dostatečného přívodu potravy	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hypermetabolismus</li> <li>▪ Podávání parenterální výživy</li> <li>▪ Časné zavedení enterální výživy</li> <li>▪ Podávání doplňků stravy (vitamíny, minerály)</li> <li>▪ Péče o NGS, PEG</li> <li>▪ Sledování parametrů nutrice</li> <li>▪ Psychické potíže v pooperačním období z náhlé ztráty soběstačnosti při zajištění potravy a najezení se</li> <li>▪ Podávání výživy per os (dieta dle stavu 3, 11, tedy výživná - transplantační, 9 atd.)</li> <li>▪ Řešení příp. vzniku mikrostomatu (RHB, chirurgická terapie)</li> </ul>
4. Zajištění správného vylučování moče a stolice	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sledování diurézy</li> <li>▪ Péče o PMK</li> <li>▪ Riziko vzniku infekce MC</li> <li>▪ Sledování frekvence vyprazdňování stolice</li> <li>▪ Dostatečná hygiena při vyprazdňování</li> <li>▪ Psychické potíže v pooperačním období</li> </ul>



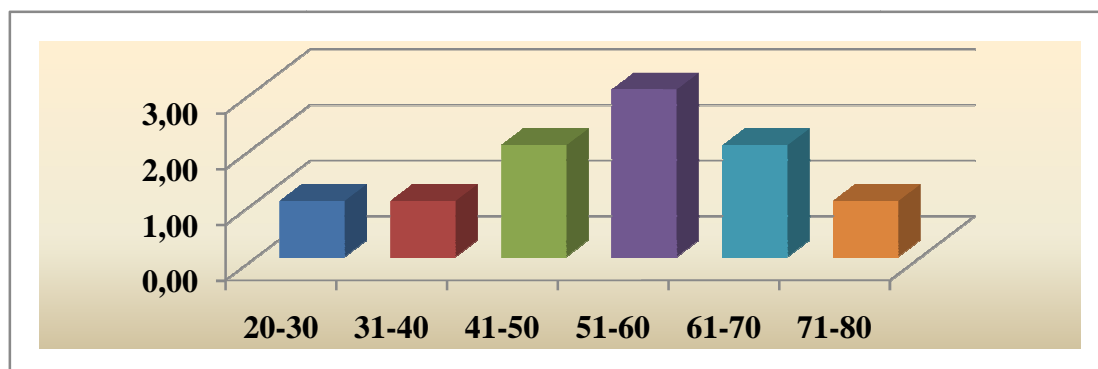
	<p>z náhlé ztráty soběstačnosti v této oblasti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dostatečný příjem tekutin, vhodné stravy a pohybu dle stavu pac.</li> </ul>
5. Zajištění rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Omezení pohybových aktivit (klid na lůžku po transplantaci 5-7 dní)</li> <li>▪ Využití vzdušného lůžka</li> <li>▪ Polohování (elevace končetin - podkládání, využití závěsů)</li> <li>▪ Následná dlouhodobá rehabilitace</li> <li>▪ Edukace na téma specifické rehabilitační techniky</li> <li>▪ Poruchy spánku</li> </ul>
6. Zajištění rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Omezená sociální interakce (strach z přijetí nového vzhledu okolím, dlouhodobá hospitalizace a následná rehabilitace)</li> <li>▪ Strach ze ztráty zaměstnání (časté návštěvy u lékaře, omezení pohybu - jízven)</li> </ul>
7. Prevence nebezpečí (životních rizik), fyzická rovnováha	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Riziko infekce (invazivní vstupy, DC, odběrové a transplantované plochy)</li> <li>▪ Riziko TEN</li> <li>▪ Riziko vzniku specifických komplikací (odloučení transplantátu, krvácení, posunutí transplantátu atd.)</li> <li>▪ Riziko vzniku obecných komplikací po podání anestezie (nauzea, zvracení, dechové potíže aj.)</li> <li>▪ Riziko komplikovaného hojení se vznikem nepříznivého jizvení</li> <li>▪ Velká bolestivost při převazech ran</li> <li>▪ Zajištění adekvátní terapie následných problémů s hojením (bolestivost, svědění)</li> </ul>
8. Podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny, ve vztahu k lidskému potenciálu, známým lidským hranicím a lidské touze být normální	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zapojení rodiny</li> <li>▪ Strach z izolace (od přátel, rodiny, kolegů)</li> <li>▪ Omezená schopnost vykonávat některé činnosti v běžném životě (slunění, plavání, některé sporty v závislosti na omezení rozsahu pohybu některých kloubů)</li> <li>▪ Přijetí změněného tělesného vzhledu</li> <li>▪ Psychické komplikace (deprese, úzkostné stavy)</li> <li>▪ Zajištění kontaktu s dalšími pracovníky (sociální pracovníci, psychologové, psychiatři)</li> </ul>

**Příloha č. 9 Zdravotně podmíněné požadavky sebepéče**

Zdravotně podmíněné PSP	Vliv popálení po transplantační léčbě
1. Nárokování a zajištění vhodné zdravotní péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Znat postup léčby a jeho rizika</li> <li>▪ Dodržovat léčebný režim (rehabilitační, režimová opatření)</li> <li>▪ Dodržovat interval pravidelných návštěv v ambulanci popáleninové kliniky</li> </ul>
2. Uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Znat možné komplikace hojení transplantovaných i odběrových ploch</li> <li>▪ Znat další možné komplikace (psychické)</li> <li>▪ Účastnit se dispenzární péče</li> </ul>
3. Efektivní dodržování a provádění ordinovaných zdravotnických opatření	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provádět pravidelně specifické rehabilitační techniky a techniky v péči o jizvy</li> <li>▪ Využívat pravidelně doporučené rehabilitační pomůcky (dlahy, silikonové gely, kompresivní návleky)</li> <li>▪ Dbát dodržování režimových opatření (zákaz slunění, ochranné krémy, pravidelně promazávat jizvu)</li> <li>▪ Pravidelně navštěvovat lékaře</li> </ul>
4. Uvědomit si, znát a regulovat vedlejší účinky zdravotnických intervencí	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Znat vedlejší účinky případně užívaných analgetik, antihistaminik a příp. dalších léků</li> <li>▪ Znat komplikace chirurgické terapie (odhojení transplantátu, posunutí transplantátu, krvácení, infekce a rozpad operační rány)</li> <li>▪ Znat případná rizika související s nedodržováním léčebného režimu</li> <li>▪ Být informován o průběhu hojení jizev a o komplikacích s nimi spojenými (ekzémy, praskání jizev, bolestivost, svědění atd.)</li> </ul>
5. Akceptování změny konceptu sebe sama v souvislosti se zdravotním stavem	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Přijmout změněný vzhled vlastního těla</li> <li>▪ Akceptovat změny pohybového režimu</li> <li>▪ Přijmout roli pacienta a účastníka následné dispenzární péče</li> <li>▪ Akceptovat možné snížení soběstačnosti (omezení pohybu v kloubech, jizevnaté kontraktury)</li> </ul>
6. Integrace účinku a podmínek nemoci postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zapojit režimová, rehabilitační opatření do běžného života</li> <li>▪ Zapojit komplikace související s hojením transplantovaných ploch do života</li> <li>▪ Vyrovnat se s onemocněním a začít s novou životní etapou</li> </ul>

*Příloha č. 10 Vybrané tabulky a grafy*

*Graf č. 2 - Věkové rozložení respondentů*



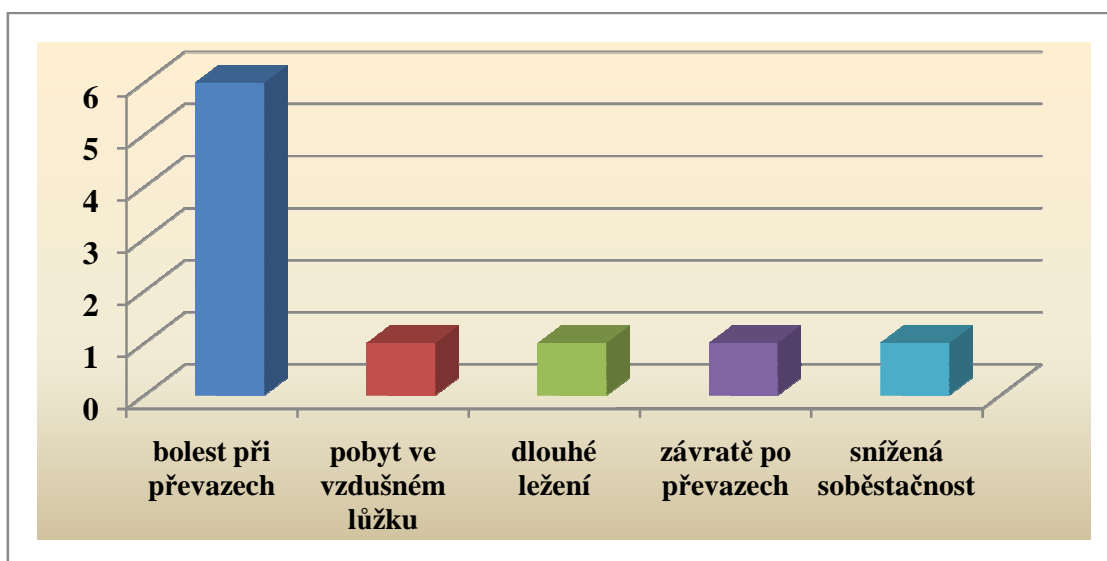
*Tab. č.8 - Obecná data (lokalizace popálených ploch)*

Lokalizace popálených ploch												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
hlava a krk	1			1					1	1	4	40%
hrudník			1						1	1	3	30%
břicho	1		1			1			1		4	40%
záda			1		1					1	3	30%
horní končetiny		1	1	1	1	1		1	1	1	8	80%
dolní končetiny	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%
genitál	1					1					2	20%
hýždě	1			1	1					1	4	40%

Tab. č.10 - Obecná data - počet dní po autotransplantaci

Respondent	Počet dní po autotransplantaci
R1	35
R2	10
R3	17
R4	15
R5	12
R6	14
R7	9
R8	12
R9	8
R10	17
<b>N</b>	<b>10</b>
<b>f<sub>i</sub></b>	<b>100%</b>
	<b>průměr 14,9 dne</b>

Graf č. 4 - Nejvíce zatěžující problémy



**Tab. č.13 - Spánek a zkušenosti s využitím vzdušného lůžka**

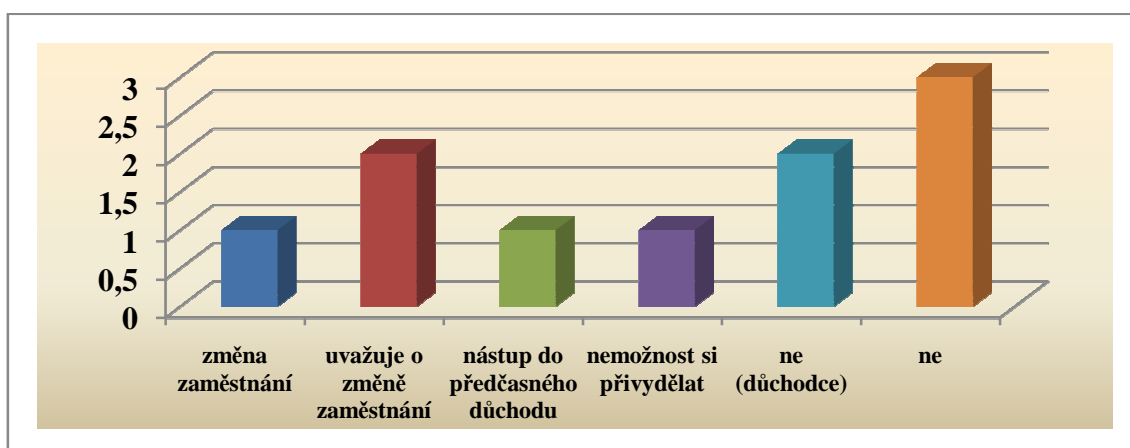
Spánek												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
bez problémů	1			1	1		1				4	40%
užívání hypnotik			1					1			2	20%
přerušovaný		1							1		2	20%
dlouhé usínání						1					1	10%
časné probouzení									1	1	2	20%
špatný ve vzdušném lůžku					1						1	10%
Zkušenosti s využitím vzdušného lůžka												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
pozitivní zkušenosti	1			1					1		3	30%
zvykl/a si			1			1				1	3	30%
dlouhé ležení v jedné poloze					1						1	10%
špatná kvalita spánku					1						1	10%
občas zvláštní pocity			1							1	2	20%
zpočátku výskyt psychiatrických symptomů			1								1	10%
bez zkušeností		1					1	1			3	30%

**Tab. č.14 - Návrat do běžného života a očekávané změny**

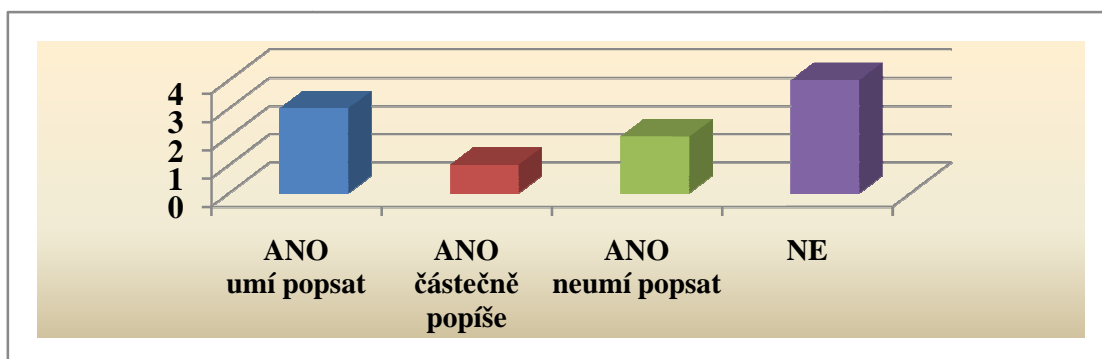
Návrat do běžného života												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
strach z návratu, starosti s hledáním bydlení	1										1	10%
těší se návrat, shledání s rodinou		1		1	1		1	1			5	50%
jiný pohled na život, změna života		1	1			1			1	1	5	50%
strach z budoucnosti			1								1	10%
větší opatrnost				1	1	1					3	30%
strach z omezení jízvy			1			1					2	20%

Očekávané změny po propuštění												
Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
hledání bydlení	1										1	10%
časté kontroly u lékaře			1							1	2	20%
strach ze zvládnutí následné péče			1								1	10%
péče o jizvy			1			1					2	20%
změna zaměstnání			1								1	10%
strach ze změn po sexuální stránce						1					1	10%
zhoršení pohyblivosti				1				1			2	20%
strach z reakce okolí na jizvy			1						1		2	20%
beze změn		1			1		1				3	30%

Graf č.5 - Vliv na zaměstnání



**Graf č.7 - Znalost tlakové masáže a její popis**



**Tab. č.22 - Představa o průběhu a náplni následných kontrol**

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	N	f <sub>i</sub>
ví o nutnosti kontrol	1	1		1			1	1	1	1	7	70%
odmítá docházet na kontroly	1										1	10%
nezná frekvenci kontrol	1	1	1							1	4	40%
nezná náplň kontrol	1									1	2	20%
náplní je kontrola jizev		1	1					1			3	30%
nemá představu o průběhu a náplni				1			1		1		3	30%
neví, že bude muset na kontroly do popáleninové ambulance					1	1					2	20%
uvedl/a, že se informuje o průběhu a náplni			1							1	2	20%

***Příloha č. 11 Edukační materiál „Péče o jizvy“***



***Příloha č. 12 Doslovný přepis provedených rozhovorů - CD, ukázka rozhovoru***

## ROZHOVOR Č.3

<b>DATUM:</b>	24. 3. 2011
<b>MÍSTO KONÁNÍ:</b>	pokoj pacienta
<b>DÉLKA ROZHOVORU:</b>	16 min. 43 sek.
<b>PRŮBĚH ROZHOVORU:</b>	Nemocný je hovorný, odpovídá rozvitými větami. Při rozhovoru je klidný, ale smutný. Je znát, že není smířen se svým zdravotním stavem. Rozhovor probíhal plynule bez přerušení.

OBECNÉ ÚDAJE	
<b>1) Respondent, pohlaví</b>	<i>Respondent č. 3, muž</i>
<b>2) Věk</b>	<i>27 let</i>
<b>3) Rodinný stav</b>	<i>svobodný</i>
<b>4) Zaměstnání</b>	<i>vedoucí autoservisu</i>
<b>5) Příčina popálení</b>	<i>pracovní úraz - výbuch benzínu, požár v autodílně</i>
<b>6) Rozsah, hloubka a lokalizace popálených ploch</b>	<i>- 60% TBA - povrchové i hluboké popáleniny II. a, b st. a III. st. - HKK cirkulárně, hrudník, břicho, záda, čelo, oční víčka, pravý kotník, pravé koleno</i>
<b>7) Místo transplantace</b>	<i>- HKK, dolní břišní segment, záda, hrudník, pravý kotník (celkem autotransplantace 52%)</i>
<b>8) Odběrové místo/a</b>	<i>- obě stehna, hýždě</i>
<b>9) Počet dní po transplantaci</b>	<i>17. den</i>
<b>10) Délka hospitalizace na Klinice popálenin</b>	<i>od 10. 12. 2010 (24. 3. 11 - 105. den), tedy cca 3,5 měsíce</i>
ÚDAJE K CÍLI Č. 3	
<b>11) Vnímáte nějaké problémy v souvislosti s transplantací? (Které to jsou?)</b>	<i>„Tak určitě velký bolesti při převazech, pak to dlouhý ležení tady, je to nuda už. Hrozný jsou závěsy na nohy a ruce, to je hrůza, když v tom máte ležet celý den. No a pak ty rány jako dost svědět a nemůžete se poškrábat pořádně, to je někdy fakt problém, ale tak když to svědí, tak aspoň vím, že se to hojí.“</i>
<b>12) Jaký problém v souvislosti s transplantací považujete pro Vás za nejvíce zatěžující?</b>	<i>„Ty bolesti no. Ty strupy prostě. Jako při tom převazu teďka, jak jste mě převazovaly, to byla asi nejhorší bolest, co jsem kdy v životě zažil. Nakonec zase budu chodit na převazy na sál, tak jsem radši.“</i>

<p><b>13) Vyskytly se u Vás nějaké komplikace v souvislosti s léčbou? (Jaké?)</b></p>	<p>„No tak ty transplantáty, co mi dávali, tak se zahojily hezky, ale mám to tady pod těma strupama zanícený, tak mi to sestřičky čistí, je to příšerná bolest. Pak jsem měl ještě ty divný sny a jakoby halucinace v tom vzdušným lůžku, tak nevím, jestli to je taky komplikace.“</p> <p>(pozn. infekce transplantovaných míst na hrudníku a HKK, nutnost psychiatrické intervence - halucinace a noční děsy ve vzdušném lůžku)</p>
<p><b>14) Jak byste popsal/a spánek v průběhu hospitalizace?</b></p>	<p>„Já jsem teda nikdy nepoužíval prášky na spaní, ale tady si ho беру teda každě den. Musím spát ve vzdušnym lůžku.“</p>
<p><b>15) Pokud u Vás bylo/je během hospitalizace použito vzdušné lůžko, jaké máte zkušenosti s jeho využitím?</b></p>	<p>„Jo tak mám s tím zkušenosti, dalo by se říct, že každodenní. Dřív jsem s tím měl problémy, měl jsem z toho nějaký ty halucinace, jakoby divný sny. Prostě jsem nevěděl, co je realita a co ne. Takže to bylo takový zvláštní, ale teďka už je to celkem dobrý, řekl bych, že jsem si zvykl.“</p>
<p><b>ÚDAJE K CÍLI Č. 4</b></p>	
<p><b>16) Co pro vás znamená, vrátit se do běžného života v souvislosti s Vaším zdravotním stavem?</b></p>	<p>„No tak změnil se mi celý život vlastně. Však vidíte, jak vypadám. Nevím, jak to všechno bude, protože určitě budu pořád muset do nemocnice na další a další kontroly a říkali mi, že je možný, že budu muset znova do nemocnice, když se mi jizvy stáhnou.“</p>
<p><b>17) Myslíte si, že po propuštění nastanou ve vašem životě nějaké změny?</b></p>	<p>„Tak určitě, budu muset chodit na kontroly, spousta práce bude ještě s těma jizvama. Takže se bojím, jak to všechno zvládnou. Taky chci určitě změnit zaměstnání. No, a jako nevím, jestli se nebudu stydět vylézt ven, podívejte se na ty ruce, ještě že v obličejí nejsem spálenej, teda tady na víčkách, jsem trošku byl, ale naštěstí ne nějak vážně.“</p>
<p><b>18) Jak vnímá Vaše poranění a následnou léčbu Vaše rodina/přátelé?</b></p>	<p>„Rodina je skvělá, hlavně teda moje přítelkyně, se kterou žiju, už pět let. Chodí sem za mnou a nevykašlala se na mě.“</p>
<p><b>19) Myslíte si, že Váš zdravotní stav ovlivní po propuštění Vaše zaměstnání?</b></p>	<p>„Budu dělat něco jinýho, zatím nevím co přesně, ale určitě ne už tam, kde jsem byl.“</p>
<p><b>20) Domníváte se, že Váš zdravotní stav ovlivní vykonávání některých zájmových činností a aktivit, na které jste zvyklý/á? (příp. Které to jsou?)</b></p>	<p>„No nevím, jestli mi ty jizvy dovolí třeba sporty, co jsem dělal dřív. Třeba snowboarding a cyklistiku. Jinak mám rád hory, tak to snad budu moct chodit na túry.“</p>

	<i>Ale asi to bude ještě chvíli trvat, než se celej rozhejbu, abych byl tak jako dřív. Ta rehabilitace bude na dlouho, jak mi říkali. “</i>
<b>21) Jak se vyrovnáváte s Vaším zdravotním stavem? Co Vám v tom pomáhá?</b>	<i>„Vyrovnávám no, myslím, že se s tím asi nikdy nevyrovnám. Jako je to fakt tragédie. Ale určitě mi hodně pomáhá přítelkyně a rodina, na ty se můžu spolehnout. No a taky za mnou už byl psycholog. “</i>
<b>ÚDAJE K CÍLI Č. 5</b>	
<b>22) Byl/a jste seznámen/a s následnou péčí o jizvy v domácím prostředí? Pokud ano, můžete ji popsat?</b>	<i>Jo, tak to jsem už byl. Tak určitě je budu muset mazat každé den aspoň dvakrát, říkali, že nejlepší je na to dezinfekční Indulona a myslím ještě kalciová mast. Pak si je budu muset masírovat, co nejčastěji, aby mi moc nevystoupily. No, pak budu muset nosit ty elastický oblečky každé den. Na internetu jsem se dočetl o takových destičkách ze silikonu, který na jizvy můžu přikládat, ale nevím, jestli to tady doporučují, na to jsem se zatím ještě neptal. Myslím, že už to je snad všechno. Jako já se hodně sester vyptávám i doktorky, protože chci opravdu vědět, jak se o ty jizvy mám starat. Nechci, aby se mi to ještě zhoršilo. “</i>
<b>23) Jakým způsobem jste se seznámil/a s péčí o jizvy v domácím prostředí? (např. od zdravotnického personálu, internet aj.)</b>	<i>No tak jako, jak se pořád ptám, tak jsem se tím seznámil hlavně od rehabilitačního, od sestřiček i doktorka mi taky něco říkala, když jsem chodil teďka párkrát na převazovnu. Jak teďka budu zase chodit na sál, tak mi toho doktorka asi moc neřekne, když mě zase budou uspávat. No a jako hodně vím z internetu, protože člověk tu fakt nemá co dělat. Už jsem tu pěknou dobu, tak jsem si to všechno přečetl, co je teda dostupný, ale moc jsem toho nenašel. “</i>
<b>24) Znáte techniku tlakové masáže a umíte ji provádět? Uměl/a byste ji popsat?</b>	<i>„Ano znám, učil mě ji rehabilitační. To si podržíte tady prsty na jizvě, stlačíte, dokud vám nezbělá nehet, a pak pokračujete vedle. Dělam si to tady na břicho, kde to mám zahojený. Jako mám toho hodně spálenýho, tak to nebudu moct dělat po celým těle. Doktorka říkala, že kvůli tomu, že nebudu moct masírovat celý tělo pořád, tak budu mít ty elastický oblečky. Nejvíc mi vadí, že jak mám ty ruce taky popálený, tak je mám takový neohrabaný. Potom až mě pustěj, tak mi s tím masírováním pomůže přítelkyně. “</i>
<b>25) Víte o využití elastických návleků příp. bandáží v následné péči o jizvy v domácím prostředí?</b>	<i>„Jo jak jsem říkal prve, tak něco o tom vím. Říkali mi, že mě přijde paní oměřit, aby mi je mohli ušít. “</i>

<p><b>26) Víte, čeho byste se po propuštění vzhledem k Vaším jizvám měl/a vyvarovat?</b></p>	<p>„Na internetu jsem se dočet, že se nemá chodit do bazénu, tak to bych ani nešel teda. Určitě se nesmím nějak moc přepínat, aby se to hojilo. Na sluníčko se moc nemá chodit ze začátku, nebo jenom s ochranejma krémama. Jinak už si nic nevybavuju.“</p>
<p><b>27) Jakou máte představu o průběhu a náplni následných kontrol v popáleninové ambulanci?</b></p>	<p>„Tak budu tam chodit, ale nevím ještě jak často, na to se musím zeptat. Budou mi kontrolovat jizvy, jak vypadají a tak. Vím, že se to často zkracuje, ty jizvy, a pak třeba můžu mít omezenej pohyb, třeba tady na ruku. Tak kdo ví, jestli nebudu jednou muset zase na nějakou operaci.“</p>
<p><b>28) Byl Vám poskytnut informační materiál, který by Vás seznámil s péčí o jizvy a následnou péčí v popáleninové ambulanci?</b></p>	<p>„Ne, to určitě ne. Já mám tady internet, tak si všechno najdu.“</p>
<p><b>29) Uvítal/a byste informační materiál, který by vás uceleně seznámil s následnou péčí o jizvy a následnými kontrolami v popáleninové ambulanci?</b></p>	<p>„Jo určitě jo, bylo by to dobrý mít něco v ruce. Takhle na internetu nevíte, čemu můžete věřit a čemu ne. Takže by se to určitě hodilo.“</p>
<p><b>30) Chtěl/a byste ještě k rozhovoru něco dodat?</b></p>	<p>„Nevím, co bych dodal. Tak asi nic.“</p>