

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2017

Bc. Veronika Bednařiková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Veronika Bednaříková

KVALITA ŽIVOTA DOSPĚLÝCH PO TERMICKÉM PORANĚNÍ

Olomouc 2017

Vedoucí práce: **PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Kvalita života dospělých po termickém poranění vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a pramenů.

V Českém Krumlově 23. 11. 2017

.....

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Janě Kvintové Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala.

OBSAH

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 TERMICKÁ PORANĚNÍ.....	10
1.1 Anatomie kůže.....	10
1.1.1 Pokožka.....	10
1.1.2 Škára.....	11
1.1.3 Podkožní vazivo.....	11
1.1.3.1 Kožní žlázy.....	11
1.1.3.2 Mazové žlázy.....	11
1.1.4 Potní žlázy.....	11
1.1.5 Cévní zásobení kůže.....	11
1.1.6 Inervace kůže.....	12
1.2 Poranění teplem.....	12
1.2.1 Faktory určující závažnost popáleninového traumatu.....	12
1.3 Poranění chladem.....	13
1.3.1 Omrzliny.....	13
1.3.1.1 Stupně postižení.....	14
1.4 Elektrotrauma.....	14
1.4.1 Faktory určující závažnost elektrotraumatu.....	14
1.4.2 Mechanismus poškození.....	15
1.4.3 Komplikace elektrotraumatu.....	15
1.5 Prožívání nemoci.....	16
1.5.1 Psychické následky u dospělých po termickém traumatu.....	16
1.5.2 Fyzické následky u dospělých po termickém traumatu.....	17
1.5.2.1 Trvalé následky povrchových popálenin.....	17
1.5.2.2 Trvalé následky středně hlubokých popálenin.....	17
1.5.2.3 Trvalé následky hlubokých popálenin.....	18
2 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	19
2.1 Rozměr kvality života.....	20
2.2 Instituce a organizace.....	20
2.3 Kvalita života, její vývoj a výzkum.....	21

2.4	Definice a pojetí kvality života	23
2.5	Jednotlivé přístupy zkoumání kvality života	24
2.5.1	Kvalita života v psychologii	24
2.5.2	Kvalita života v sociologii	25
2.5.3	Kvalita života v medicíně	25
2.6	Hodnocení kvality života	26
2.6.1	Metody měření kvality života	27
2.7	Faktory ovlivňující kvalitu života	29
2.7.1	Nemoc	30
2.7.2	Stres	30
2.7.3	Deprese	31
2.7.4	Životospráva	32
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	33
3	CÍL VÝZKUMU	34
3.1	Dílčí cíle	34
3.2	Hypotézy práce	34
3.3	Výzkumné otázky	35
3.4	Druh výzkumu a výběr metodiky	35
3.4.1	Metoda	35
3.4.2	Vzorek respondentů	36
3.4.3	Organizace výzkumu	37
3.5	Analýza a interpretace případových studií	38
4	DISKUZE	58
5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	62
6	ZÁVĚR	63
7	SOUHRN	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM PŘÍLOH	71
	PŘÍLOHY	72
	ANOTACE	81
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	82

Motto: „ Je dobré nikoli pouze žít, nýbrž dobře žít. “

(Seneca)

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá kvalitou života dospělých po termickém poranění. V diplomové práci se snažím přiblížit a nastínit, jaký vliv má úraz na osobní a pracovní život dotazovaných respondentů. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií kůže, dále jednotlivými mechanismy úrazu včetně příčin poranění a následnou léčbou i následky termického traumatu. Dále se zabývá kvalitou života z obecného hlediska a samotným prožíváním nemoci. Popisuje vymezení kvality života v různých odvětvích. V této práci se zabýváme tím, jak subjektivně hodnotí respondenti kvalitu svého života po termickém traumatu. Jakou zátěž pro ně léčba představovala, do jaké míry ovlivnila jejich fyzickou kondici a duševní zdraví a jak se s ní vyrovnali. Pokoušíme se zdokumentovat, jak změnil úraz a léčba jejich rodinný, společenský a pracovní život.

Dále jsme se zabývali tím, jak poranění hodnotí kvalitu svého života nyní, s odstupem několika měsíců nebo let. Cílem diplomové práce je zjistit, jak onemocnění ovlivnilo u člověka jeho postoj k životu, jaký mělo vliv na profesní život a rodinné vztahy. Všechny rozhovory proběhly po důkladném vysvětlení respondentům, k čemu budou data sloužit a po jejich souhlasu. Rozhovory probíhaly na neutrálním místě, mimo nemocniční prostředí.

Kvalita života je definována jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace, protože každý člověk prožívá stejné onemocnění odlišně a každý se s ním i rozdílně vyrovnává. Zkoumaní respondenti shodně udávají, že prodělali životní změnu. Nejenom člověk, kterému se úraz stane, ale také jeho rodina prožívá složité životní období. Příbuzní se často o člověka strachují a rádi by převzali část utrpení. Partneři často nevědí, jak vyjádřit svou lásku, cit a podporu. Reakce na onemocnění a vyrovnání se s bolestí, strachem a životní nedotknutelností záleží na mnoha faktorech, mezi které patří osobnostní vlastnosti, životní zkušenosti, rodinné zázemí a mnoho dalších. Po prodělané léčbě a případné velké změně identity způsobené plastikami nebo jen zhojením kůže, není nutné rezignovat a uzavřít se před světem, ale je důležité aktivně bojovat a zachovat si optimistický přístup k životu. Lidé, kteří se umí radovat ze života a dokáží odolávat stresu, mají větší šanci na celkové uzdravení fyzické i psychické. Velmi záleží na věku, kdy k úrazu dojde a s tím souvisí psychická odolnost pacienta.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TERMICKÁ PORANĚNÍ

Termická traumata patří mezi nejzávažnější poranění, která mohou člověka postihnout. Úrazy jsou nebezpečné především pro své dynamické rozvoje. Vlivem působení činitelů na tkáň člověka dochází k poškození především kůže a v hlubších vrstvách k destrukci tkání. Postiženy mohou být i další orgány, mezi nejčastěji poškozené patří dýchací cesty a sliznice. Termická poranění mohou vyvolat celkové reakce organismu a vlivem rozvoje šoku poškozovat další orgány v těle. V dnešní době plné techniky a dopravy jsou termická poranění čím dál častější a závažnější. Léčba termických traumat je nejen velmi finančně nákladná, ale také psychicky náročná pro samotného pacienta. Při studiu následků termických traumat je důležité znát především anatomii kůže.

1.1 Anatomie kůže

Kůže je plošný lidský orgán, který pokrývá celý lidský povrch těla. U dospělého člověka jde o plochu asi 1,7 – 1,8 metru čtverečních. Stavba kožního krytu, který je sám o sobě velmi elastický a přizpůsobivý tvarovým změnám a pohybům člověka, umožňuje především ochrannou funkci před fyzikálními a mikrobiologickými vlivy z okolí. Další důležitou funkcí kůže je termoregulace, která je umožněna především typem uspořádání cévního řečiště. Tloušťka kůže činí 0,5 mm až 4 mm. Obzvláště tenká kůže je na očních víčkách a na genitáliích. Naopak nejsilněji pokrývá oblast zad a šíje. Hmotnost orgánu dosahuje až 3000 g v závislosti na celkové stavbě těla. Kůže má dvě hlavní vrstvy a podkožní vazivo (Čihák, 2004).

1.1.1 Pokožka

Pokožka je povrchová část kůže. Její průměrná tloušťka je 0,2 mm, může však být tenčí nebo tlustší podle místa na těle. Zevní vrstva pokožky se skládá ze zplošťujících se, zrohovatělých, odumírajících buněk s keratinem. Tyto buňky jsou postupně odlupovány a nahrazovány novými buňkami. Zárodečná vrstva má několik typů buněk v závislosti na jejich umístění (Čihák, 2004).

1.1.2 Škára

Škára je bohatě prokrvená elastická vrstva kůže. Vybíhá proti pokožce v papilách, které místy tvoří tzv. kožní lišty. Právě kožní lišty zejména na prstech a dlaních tvoří typické osobité kresby, které se využívají k identifikaci osob. Vrstva je tvořena kolagenním a elastickým vazivem, které je vedeny určitým směrem, čímž se určuje štěpitelnost kůže. Štěpitelnosti se hojně využívá v chirurgii. Řezy vedené podél štěpitelnosti kůže se hojí rychleji a lépe než řezy, které byly vedeny proti (Dylevský, 2000).

1.1.3 Podkožní vazivo

Podkožní vazivo je tvořeno sítí elastických a také kolagenních vláken, mezi nimiž jsou rozprostřeny vazivové buňky. Poměrně řídké podkožní vazivo umožňuje posun kůže po svalech. Množství je ovlivněno stravou a životním stylem. Rozložení tuku závisí jak na věku, tak i na pohlaví. U žen se tuk ukládá především v prsech, hýždích a stehnech. Mužskou problémovou partií je především břicho (Dylevský, 2000).

1.1.3.1 Kožní žlázy

Kožní žlázy jsou deriváty pokožky a dají se rozdělit na dvě hlavní skupiny:

1.1.3.2 Mazové žlázy

Žlázy mazové jsou připojeny k pochvám chlupů a ústí do nich. Odtud přechází jejich sekret na vlasy a povrch kůže. Produktem těchto žláz je kožní maz, který kůži zvláčňuje a chrání (Čihák, 2004).

1.1.4 Potní žlázy

Potní žlázy jsou uloženy v podkožním vazivu a vylučují sekret, který má za úkol kůži chránit, především díky svému pH 6 až pH 4. Největší množství těchto žláz se nachází na dlaních, ploskách nohou a na zádech (Čihák 2004).

1.1.5 Cévní zásobení kůže

Tepny zásobující kůži odstupují z velkých hlubokých tepen. Jen na některých místech leží tepenné větve přímo pod škárou. Přívodné tepny se spojují a vzniká hluboká a povrchová kožní síť. Síť jsou propojeny větvemi kolnými k povrchu kůže (Čihák, 2004).

1.1.6 Inervace kůže

Citlivost je v kůži zajištěna pomocí velkého množství nervových receptorů. Receptory pro vnímání se nazývají senzitivní a existuje několik typů. Například volná nervová zakončení sloužící k vnímání chladu, bolesti i tepla. Dalším typem jsou opouzdřená zakončení zajišťující elasticitu kůže. Třetím typem je zakončení se Schwannovými buňkami, ve kterých se nachází Meissnerova tělíska pro vnímání dotyku a tlaku a Krauseova tělíska pro tah a tlak (Dylevský, 2000).

1.2 Poranění teplem

Popáleniny jsou nejčastější a nejvíce tělo zasahující termická poranění. Pro popálení je v České republice léčeno v průměru 1 % obyvatelstva, z toho 97 % ambulantně a 3 % jsou hospitalizována. V předešlých dobách se popálených pacientů ujímali především lékaři chirurgických oborů, případně dermatologové, avšak s rozvojem společnosti, vědy a techniky se mění i charakter popálenin. A proto vznikl specializovaný chirurgický obor se svými specializovanými centry. Optimální kritéria péče o pacienty v těchto centrech byla určena Mezinárodní společností pro popáleninové úrazy (ISBI) již v 70. letech minulého století. V České republice se nacházejí celkově tři taková centra. Pro spádovou oblast Čech je to pracoviště Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, Klinika popáleninové medicíny, pro Moravu Fakultní nemocnice v Brně, Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie a pro oblast Slezska Fakultní nemocnice s poliklinikou, Ostrava Poruba, Popáleninové centrum. Tato centra zajišťují péči ve všech fázích léčby včetně rekonstrukčních výkonů. Velmi důležitým faktorem pro rozvoj a kvalitní péči o takové pacienty je především kvalifikovaný tým lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků (Königová, 2010).

1.2.1 Faktory určující závažnost popáleninového traumatu

Faktory jsou důležitým ukazatelem a směrodatným činitelem vedoucí ke správné volbě první pomoci a mohou rozhodnout o nutnosti neodkladné přednemocniční péče či směřování pacienta z místa nehody do zdravotnického zařízení. Lepší než do nejbližší nemocnice je transportovat pacienta na specializované pracoviště. Faktory určující závažnost poranění teplem jsou mechanismu úrazu, rozsah postižení, věk pacienta, hloubka a také lokalizace poranění. Další důležitou věcí je osobní anamnéza poraněného. Na

základě zvážení všech těchto faktorů je nutné zvolit správný dopravní prostředek, zda sanitní vůz nebo vrtulník (Pokorný, 2004).

Z výzkumu prováděného v roce 2014 na Urgentním příjmu Fakultní nemocnice v Plzni vyplynulo, že v letech 2010 – 2013 bylo přijato pacientů s termickým traumatem pouze necelá 2 % z celkového počtu ošetřených pacientů. Tento výzkum dále ukázal, že v 60, 87 % případů je nejčastějším mechanismem úrazu poranění horkou tekutinou. Že v 18, 84 % došlo k poranění plamenem. V tomto výzkumném šetření zjistili, že nejvíce ohroženou věkovou skupinou jsou pacienti mladší 5 let. Těchto pacientů bylo ošetřeno celkem 46, 38 %. Dalším zkoumaným jevem byl rozsah poranění. Nejvíce pacientů, 42,48%, bylo poraněno na ploše těla 6 – 10 %. Dále se zjistilo, že nejvíce bylo přijato a ošetřeno pacientů s II. stupněm postižení a to celkem 57, 97% (Bednaříková, 2014).

1.3 Poranění chladem

1.3.1 Omrzliny

Tělo ve snaze zachovat stabilitu teploty raději obětuje končetiny, než by dopustilo pokles tělesné teploty v oblasti trupu, kde se nachází životně důležité orgány. Pokles teploty kůže je výsledek nedostatečného krevního zásobení. Trvá-li smrštění cév příliš dlouho, může dojít k závěru cévy a pozastavení průtoku krve. Následkem nedokrvení dochází k odumírání (Bydžovský, 2008).

Porucha cévní stěny se projevuje především tvorbou otoku, který při zahřívání organismu stále narůstá a utlačuje tkáň. Pacient je také při velkém chladu ohrožen fibrilací síní nebo komor v důsledku metabolických změn na úrovni buněk. Proto je důležité ohlídati zpětné zahřívání pacienta na normální tělesnou teplotu (Königová, 2010).

Nejvíce ohroženy bývají oblasti, které jsou nejméně pokryté tukem, např. nos, ušní boltce nebo brada. Vznik omrzlin je ovlivněn prostředím a nevhodným oblečením. Podstatnou roli hraje také stav cévního zásobení a jeho případné poškození. Například kuřáci mají nikotinem poškozené cévy a může tak dojít ke zpomalení toku v kapilárách a napomoci tak k ischemii ve tkáních (Pokorný, 2004).

1.3.1.1 Stupně postižení

I. Congelatio erythematosa kdy je kůže bledá, bolestivá, necitlivá. Po zahřátí zčervená, vytvoří se dočasný otok, svědění a pálení.

II. Congelatio bullosa při které je kůže pastózní, otok se zvětšuje, vytváří se puchýře, které se mohou po porušení kožního krytu snadno infikovat. Důležité je puchýře evakuovat, aby nedocházelo k útlaku spodních vrstev. Důležitým ukazatelem poškození je kapilární návrat.

III. Congelatio necrotisans- kůže je modrofialová až šedá, studená a necitlivá. Omezená je jemná motorika prstů.

IV. Congelatio gangraneosa při které jsou postižené partie černohnědé, suché a indikována je amputace (Kaloudová, Melicharová, Bezrouková, 2008).

1.4 Elektrotrauma

Evropské instituce v rámci European Electricity Companies (EEC) se zabývají mechanismem elektrického šoku i místním buněčným poškozením, které mohou být způsobeny nejen elektrickým (polarizačním), ale i termickým účinkem. Při hodnocení elektrotraumatu je důležité znát napětí (voltage), které úraz způsobí. Klasifikace úrazů na elektrotrauma vysokým napětím a nízkým napětím, kde za hraniční hodnotu je pokládáno 1000 V není přesná, protože významným faktorem je elektrické pole, kde se uplatňuje množství proudu a místo poraněné tkáně. Velikost napětí bývá obvykle známá, ale hodnota elektrického proudu se dopočítává, protože záleží na odporu v elektrickém okruhu zahrnující nejen místo kontaktu, ale i lidské tělo jako celek a uzemnění (Pokorný, 2004).

1.4.1 Faktory určující závažnost elektrotraumatu

Prvním faktorem je typ proudu. Existují dva typy proudu - střídavý, stejnosměrný. Střídavý proud je při nízkém napětí (pod 1000 V) až trojnásobně více nebezpečný. Proud způsobí fibrilaci komor nebo smrštění dýchacích svalů, což může vést k okamžité smrti. Střídavý proud může způsobit nevědomé pohyby vedoucí k pádům nebo kontaktu s nebezpečnými předměty. Může nastat tzv. přimrznutí k okruhu, kdy oběť není schopná volat o pomoc a trpí velkými bolestmi. Dalším faktorem je množství proudu a napětí a také

odpor tkání. Napětí pod 24 V lze považovat za bezpečné. Odpor lidského těla je součtem odporu kůže v místě vstupu a výstupu proudu a mění se v závislosti na tloušťce, čistotě a vlhkosti. S navyšujícím odporem roste i účinek proudu. Nejmenší odpor kladou nervy. Naopak největší svaly, kosti a tuková tkáň. U všech elektrotraumat je vždy nutné myslet na poškození srdečního svalu (Königová, 2010; Pokorný, 2004).

1.4.2 Mechanismus poškození

Prvním mechanismem je přímé působení v místě kontaktu, kdy vzniká suchá nekróza připomínající kráter. Po několika hodinách vznikají v místě postižení typické známky zánětu. Může dojít k trombóze vzniklé shlukováním trombocytů a leukocytů na nekrotickém endotelu svalových arterií. Druhým mechanismem je elektrický oblouk, který běží vždy cestou nejmenšího odporu k zemi uvnitř nebo po povrchu těla oběti. Může takto způsobit popáleniny i člověku, který není v přímém kontaktu s elektrickým proudem, ale pouze v cestě toho oblouku. Oblouk může postiženého zasáhnout až na vzdálenost 3 m a může dosáhnout teploty až 5000°C. Nelze hovořit o vstupu a výstupu elektrického proudu do těla postiženého z důvodu velmi rychlé změny směru, až 120krát za sekundu, ale hovoří se tedy o kontaktu. Proto poranění elektrickým obloukem nejsou způsobena jen vysokou teplotou ale především energií. Ovlivněna jsou také dobou působení a délkou oblouku. Posledním typem mechanismu je elektrická jiskra, která může přeskočit z požáru a způsobit vznícení oděvu (Ševčík, 2004).

1.4.3 Komplikace elektrotraumatu

Elektrotrauma je samo o sobě těžkým typem poškození zdraví a je s ním spojeno nespočet komplikací. Za zmínku určitě stojí především neurologické komplikace a komplikace kardiovaskulární. Z neurologického hlediska jde o nejmenší odpor, které nervové tkáně tvoří a jsou tedy nejcitlivější k poškození a ničené neuronů. Pokud proud přímo zasáhne mozek, dochází k poruchám vědomí, dechu i pohybu. Při komplikacích kardiovaskulárních jde především o poruchy rytmu srdce, jež elektrický proud způsobuje, jako například fibrilace komor či infarkt myokardu (Ševčík, 2004).

1.5 Prožívání nemoci

Psychosociální zátěž, které jsou nemocní s termickým traumatem vystaveni, lze jen těžko pochopit. V souvislosti s trvalými následky prožívá velká většina nemocných životní krizi. Nemocní se musejí vyrovnat s pocitem nejistoty, který se týká především jejich dalšího života, pocity izolace a stigmatizace. Ke zvládnutí této zátěže potřebují nemocní především čas a neustálou pomoc a podporu okolí. Reakce okolí však nemusí být vždy přiměřená. Málokdo pochopí, co vlastně nemocný prožívá. Důležité je tedy, aby obě strany byly schopny o pocitech mluvit.

Hlavní psychické, sociální i tělesné problémy, které jsou spojeny s nemocí a léčbou:

- Ztráta tělesné nedotknutelnosti, kdy zdravý člověk v zásadě nemyslí na to, že by jeho organismus přestal někdy fungovat nebo byl narušen.
- Ztráta autonomie, kde je dosavadní život otřesen.
- Ztráta aktivit, které onemocnění a trvalé následky znemožňují.
- Sociální izolace, strach ze stigmatizace, kdy dochází ke změnám v obvyklých sociálních vztazích z důvodu změněné reakce nemocného vůči svému okolí a naopak.
- Ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty (Křivohlavý, 2001).

1.5.1 Psychické následky u dospělých po termickém traumatu

Vedle fyzických následků v podobě nevzhledných kontraktur, které doprovází těžké popáleniny, nelze opomíjet následky psychické. Popáleniny působí na organismus člověka a vždy se budou promítat do jeho celé osobnosti. Je nutné si uvědomit, že každý člověk svou nemoc vnímá jinak a odpovídajícím způsobem ji bude i prožívat. Můžeme zaznamenat projevy úzkosti, strachu, nejistoty z důvodu odloučení od rodiny nebo od přátel. Vše může být navíc podpořeno izolačním režimem či omezením pohybu, který je nutno respektovat v rámci léčebného režimu v nemocničním zařízení (Brož, 2008).

Velmi důležitým aspektem je ponechání času na adaptaci, nelze od člověka očekávat, že bude plnit veškeré pokyny ihned a správně. Většinou klient přichází o veškeré soukromí a trpí pocitem méněcennosti. K adaptačním fázím, kterými člověk při příchodu na oddělení či JIP prochází, patří: první fáze aktivního negativismu, druhá fáze rezignace, třetí fáze

přizpůsobení se. Pro první fázi aktivního negativismu neboli fázi zoufalství, je charakteristický nepřátelský postoj k novému prostředí. Člověk je negativistický, nepřátelský odmítá spolupracovat i jíst. Tato fáze může trvat několik hodin, ale i několik dnů (Königová, 2010; Pokorný, 2004).

V druhé fázi rezignace mizí negativní projevy. Ve třetí fázi přizpůsobení člověk projevuje zájem o nové prostředí, hledá si přátele mezi ostatními pacienty. Důležitou skutečností zůstává fakt, že průběh jednotlivých fází se může lišit (Königová, 2010; Pokorný, 2004).

1.5.2 Fyzické následky u dospělých po termickém traumatu

Popáleninové trauma, jak již bylo opakovaně zmíněno, patří mezi častá traumata a svými fyzickými následky zaujímá přední příčky tabulek v souvislosti s častým vznikem trvalé invalidity (Brož, 2010).

1.5.2.1 Trvalé následky povrchových popálenin

Povrchové popáleniny řadíme mezi nejméně závažné, jelikož ve většině případů nezanechávají trvalé následky. Při správném postupu léčby se hojí spontánně, hovoříme tedy o regeneraci nebo o zhojení ad integrum. Po zhojení můžeme zaznamenat přechodnou změnu pigmentace popálené oblasti (erytém, cyanóza), která většinou za několik týdnů nebo měsíců vymizí. Dále je důležité, aby bylo popáleninové trauma ošetřeno lege artis, zejména tam, kde byl narušen epiteliální kryt. Aby nedošlo k prohloubení povrchové popáleniny, je podstatné její okamžité zchlazení a následné ošetření spočívající v aplikaci nejlépe biologického krytu, krytého např. obkladem s borovou vodou. Tento dočasný kryt na určitou dobu nahradí poškozený či chybějící epitel a zabrání vysychání šráry. Velkou výhodou je i ochrana proti infekci a omezení bolestivosti při doteku. Ke vzniku trvalých následků může vést i vyschnutí postižené oblasti, která není kryta bulou ani zvlhčujícím obvazem. V průběhu terapie je nutno respektovat požadavky fázového hojení (Bydžovský, 2008).

1.5.2.2 Trvalé následky středně hlubokých popálenin

Kůže je orgán s poměrně složitou stavbou, který se skládá z několika typů tkání, a ne všechny mají obdobnou schopnost regenerace jako například epitel. Z tohoto důvodu je při poškození hlubších vrstev kůže spontánní hojení nedokonalé a hovoříme o reparaci.

Prohloubení popáleninového traumatu vyššího stupně je tedy vždy spojeno s trvalým následkem – jizvou.

Rozhodujícími faktory, které určí definitivní vzhled jizvy, jsou typ a doba trvání probíhajícího infektu a do jisté míry chemické a mechanické dráždění. V konečném důsledku není důležité, zda-li se popáleninové trauma hojilo spontánní epitelizací či bylo kryto dermoepidermálním štěpem.

Tvorba jizvy s sebou přináší také vznik kontrakčních fibrózních pruhů, které omezují hybnost malých i velkých kloubů. U napjatých jizev můžeme zaznamenat druhotné ruptury. Takto vzniklé defekty je následně nutno řešit opravnými chirurgickými intervencemi a excizí (Kaloudová, 2009).

1.5.2.3 Trvalé následky hlubokých popálenin

U hlubokých popálenin může dojít ke spontánní epitelizaci pouze do průměru přibližně tří cm, jelikož kožní adnexa, která napomáhají uzavřít popáleninový defekt, jsou zcela zničena. V případě velkých defektů je nutná dlouhodobá terapie, při níž dochází k nadměrnému růstu granulační tkáně, která brání epitelizaci z okrajových částí defektu. Je tedy nutné granulace opakovaně odstraňovat, což je pro pacienta značně bolestivé. Takto odstraněné granulace musí být kryty vhodným materiálem, neboť hrozí, že granulace opět dorostou a výkon bude muset být opakován, což znamená pro další psychickou zátěž. Následně se přikládá autotransplantát, který zabraňuje sekundární infekci a jeho kosmetický efekt je nejlepší (Königová, 2010; Pokorný, 2004).

2 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je dle WHO to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (Křivohlavý, 2001).

Kvalita života je velmi široký pojem, který lze těžko jednoznačně popsat pro svou komplexnost a množství různých pojetí. Součástí kvality života je nejen pochopení samotné lidské existence ale také smyslu života a bytí člověka. Zkoumá komplexní podmínky šťastného lidského bytí a života, nejen z pohledu psychologického, medicínského, sociálního nebo duchovního, ale také materiálního. Vše, co vede k sebenaplnění člověka (Payne, 2005).

V současné době je studium kvality života poměrně novým oborem, který zkoumá kvalitu života na různých úrovních. Můžeme najít studie, které hodnotí životní úroveň populace přes zkoumání potřeb specifických skupin obyvatel až po měření individuální spokojenosti. Koncept kvality života je velmi abstraktní a je ovlivněn mnoha často dlouhodobými a rozporupnými faktory. Dodnes nedošlo ke shodě na jednotné vymezující definici. Pojem kvality života je totiž často vysoce subjektivní kategorie (Payne, 2005).

Kvalita života se obvykle popisuje v pojmech jako je soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost, tvořivost, hodnoty, zdraví nebo sebepojetí. Obsah pojmu kvalita zdraví je samozřejmě také podmíněn společenskými normami a hodnotami. Kvalita života ve vztahu ke zdraví je většinou definována v souvislosti se souborem kritérií, které jsou používány k hodnocení výsledků léčby nemocného (Payne, 2005).

Pro koncept kvality života je klíčový pocit pohody, který pramení z tělesné, duševní a sociální vyrovnanosti každého jedince. Z tohoto pojetí vyplývá, že kvalita života je dána subjektivním vnímáním individuální životní reality. Je tedy možné konstatovat, že zdraví je jednou ze základních kategorií kvality života. Právo na zdraví a zdravé životní prostředí je zakotveno v Chartě základních práv Evropské unie. Z hlediska environmentální problematiky je patrná souvislost mezi kvalitou životního prostředí a zdravím. Obecně lze říci, že se pojem kvality života pohybuje někde mezi životní úrovní a spokojeností,

příčemž objektivnímu pólu je blíže v politice, ekonomii a subjektivnímu v medicíně, sociologii a psychologii (Payne, 2005).

2.1 Rozměr kvality života

Kvalita života je vnitřně tvořená z různých činitelů. Rozlišují se vnitřní a vnější činitele a rozděluje se do dvou základních skupin.

Vnitřní činitelé – tělesné a duševní vybavení člověka, které je ovlivněno chorobou, narušením, defektem. Patří sem různá hlediska, která nějakým způsobem působí rozvoj a celistvost osobnosti postiženého jedince.

Vnější činitelé - jsou to podmínky existence. Představují ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tyto podmínky jsou obsahově spojeny s objektivním rozměrem kvality života.

Kvalitu života lze také rozčlenit do čtyř oblastí, které určují rozměr lidského života. Tyto oblasti stanovila Světová zdravotnická organizace:

Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atd.

Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atd.

Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.

Prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí a další (Kula, 2006).

2.2 Instituce a organizace

Tématikou kvality života se zabývá řada organizací a institucí z celého světa. Jde o organizace ze zdravotnického a lékařského prostředí. Jednou z nich je například American Thoracic Society v New Yorku nebo King's College v Londýně. Dále Health and Quality of Life Research Centre na Plymouthské univerzitě. Ve větším rozpětí

zkoumá kvalitu života i Australian Centre of Quality of Life v Melbourne, která se nezaměřuje jen na zdraví a pohodu (Vařurová, Múhlparchr, 2005).

Významnou českou institucí zabývající se kvalitou života je Centrum pro sociální a ekonomické strategie při Fakultě sociálních věd na Univerzitě Karlově v Praze. Dále také Centrum pro výzkum veřejného mínění, jež spadá pod Sociologický ústav akademie věd v Praze. Velký počet studií provádí také Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně a také Český statistický úřad v Praze. Analýzy ohledně kvality života provádí také deník Mladá fronta Dnes (Heřmanová, 2012).

2.3 Kvalita života, její vývoj a výzkum

Výzkum či studium samotného pojmu kvality života by měl brát v úvahu nejen samotný vývoj člověka, ale i jeho proměny. Především v souvislosti s místem, kde žije a se společenskou situací, ve které se pohybuje. Dále je potřeba přihlížet k životné etapě, ve které se člověk nachází. Neméně podstatné jsou také společenské nebo sociální vztahy, historie, kultura nebo víra. Ta ovlivňuje vnímání člověka a jeho hodnoty odjakživa. Kvalita života je velmi široký pojem, který zahrnuje prakticky všechny důležité součásti lidského bytí. V současné době existuje mnoho definic pojmu kvalita života (Gurková, 2011).

O kvalitě života se začalo hovořit již ve 20. letech 19. století, převážně v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu při zajištění materiální podpory nižších společenských vrstev. Řešilo se především, jaký vliv mají státní dotace na kvalitu života chudších lidí. Objevuje se dopad ekonomického růstu, který s sebou nese ohrožení zdraví a lidské existence (Vařurová, Múhlparchr, 2005).

Janečková (in Payne, 2005) ve své práci popisuje první koncept „životních událostí“, který se objevil už v 50. letech spolu s konceptem sociální ekologie. Životními událostmi se myslí takové situace nebo okolnosti v životě člověka, které objektivně znamenají nějakou více či méně zásadní změnu v každodenní rutině. Jsou to jakési životní křižovatky, které mění směr v trajektorii života. Od té doby se objevilo mnoho studií na toto téma, které popisují význam výzkumu stresové zátěže pro zdraví člověka. Bylo zjištěno, že u jedinců, kteří jsou příliš zatíženi stresem, jsou tyto životní události rizikovým faktorem pro nástup organického onemocnění a vedou významně častěji k propuknutí nemoci přes neurohumorální a patofyziologické reakce charakteristické pro stres.

Po válce v 60. letech se začalo mluvit o kvalitě života i v USA. Ukázalo se, že neustálý ekonomický růst nevede ke zlepšení spokojenosti lidí se životem, ale zvyšuje požadavky, které nejdou vždy naplnit.

V 70. letech se termín „kvalita života“ začal objevovat také v sociologii. V tomto směru byl používán k odlišení podmínek života, jako je například politické zřízení, příjem nebo počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Zdůrazňuje, že život lidí v určitém prostředí není možné popsat jen pomocí objektivních ukazatelů, ale že je potřeba přihlížet k celému souboru jiných sociálních ukazatelů. V 70. letech proběhlo v USA první celonárodní šetření obyvatelstva, týkajícího se kvality života. Výsledek šetření ukázal, že zlepšení sociálně-ekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence mají význam jenom do určité míry, a to pokud uspokojení potřeb nedosáhne hranice chudoby (Hnilicová in Payne, 2005).

Hnilica (in Payne, 2005) zkoumal ve své práci souvislost dimenzí subjektivní kvality života s pohlavím a věkem. Po shrnutí studií zjistil, že ve věku nad 70 let jsou muži celkově spokojenější se svými životy a že prožívají méně často záporné emoce. Další průzkum ukázal, že ženy jsou více depresivní, úzkostné a více somatizují své problémy než muži. Ovšem jiné výzkumy dokázaly opačné souvislosti. Také to svědčí o komplexnosti a široké působnosti problematiky kvality života (Kula, 2006).

V roce 2007 proběhl druhý průzkum kvality života v Evropě, který uskutečnila Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek. Výzkum proběhl v 31 evropských zemích a zaměřil se na zjišťování kvality života a životní spokojenosti obyvatel těchto zemích ve všech důležitých oblastech jejich života. Jak zpráva vypověděla, kvalita života jednoznačně zahrnuje velmi široké oblasti zájmu jednotlivých zemí a zvláště se soustředí na potřebu zmapovat a pochopit rozdílnosti vyplývající z věku, pohlaví, zdravotního stavu, příjmu, zařazení do sociální třídy a dále odlišnosti mezi jednotlivými regiony. Zdůrazňuje také potřebu vytvořit spojitost mezi posuzováním kvality života na jedné straně, a měnící se povahou zaměstnání, rovnováhou mezi pracovním a soukromým životem, sociální soudržností a modernizací sociální ochrany a sociálního zabezpečení na druhé straně (Payne, 2015).

2.4 Definice a pojetí kvality života

V dnešní době neexistuje přesná definice kvality života. Hartl (2004) definuje kvalitu života jako vyjádření pocitu životního štěstí. K jejím znakům patří soběstačnost, pohyblivost, míra seberealizace a duševní harmonie.

Vzájemným vztahem kvality života a životní spokojenosti se zabývá Křivohlavý (2002). Uvádí, že kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen. Současně dodává, že spokojen je ten, komu se daří dosahovat cílů, které si předsevzal. Etcheld (in Křivohlavý, 2002) říká, že uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji. Na tomto základě je možné kvalitu života zřejmě definovat jako prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu. Je-li tomu tak, pak člověk žije v pohodě (well-being) a tato životní pohoda (wellness) má blízko k tomu, co se rozumí psychologickou kvalitou života.

Na obecné úrovni je dle Hodačové (2007) kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, např. sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních. I u této autorky má koncept kvality života dvě dimenze – objektivní a subjektivní. Podle této teorie se subjektivní kvalita života týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života se potom dotýká sociálních a materiálních podmínek, sociálního statusu a také fyzického zdraví.

Při vymezování pojmu kvality života v množství vycházejících publikací a článků, které postihují jak existencionální a sociální, subjektivní a objektivní stránky tohoto pojmu, panuje nejednotnost a nejednoznačnost. Zcela zřetelně v této oblasti chybí obecně přijímaný a teoreticky propracovaný model, všeobecně platná definice, metodologický rámeček. I přesto se pojem kvalita života stává celostním a jsou zaznamenávány vzrůstající intenzivní snahy o definování jejího obsahu (Hodačová, 2007).

Kvalitu života lze tedy shrnout například jako důsledek interakce několika různých faktorů. Mezi ně patří mimo jiné faktory sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky. Zjednodušeně lze říci, že v rámci všech těchto přístupů má koncept dimenzi objektivní a subjektivní. Není ale možné tvrdit, že dobré životní podmínky znamenají dobrou kvalitu života a naopak. U některých osob, které nemají ideální životní podmínky, je možné pozorovat pozitivní ladění, dobrou životní pohodu

a spokojenost. Naopak u některých lidí, kde jsou objektivně životní podmínky více než dobré, převládá nespokojenost s vlastním životem. Co pro jednoho znamená vrchol spokojenosti, je u jiného nedostatečné nebo neuspokojující (Křivohlavý, 2001).

S pojmem kvalita života také úzce souvisí primární prevence. Cílem této prevence je potlačení příčin nemocí, snížení jejich výskytu, a tím zlepšení délky a především kvality života lidí (Payne, 2002).

Sociologické hledisko zmiňuje mimo jiné Křížová (in Payne, 2005), která se domnívá, že pojem kvalita života je historicky i socio-kulturně podmíněn a je odlišně interpretován v závislosti na výchově a socializaci.

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

2.5 Jednotlivé přístupy zkoumání kvality života

Ve většině publikací pojednávající o kvalitě života, se uvádějí tři základní přístupy, kterými se zkoumá kvalita života. Sociologie, psychologie i medicína zdůrazňují jiné aspekty a kvalitu života posuzují jiným způsobem.

2.5.1 Kvalita života v psychologii

Spokojenost člověka s vlastním životem, zjišťování spokojenosti a subjektivní pohody je předmětem výzkumu v psychologii ve vymezení pojmu kvalita života.

Podle Hnilicové (in Payne, 2005) má termín subjektivní pohoda tyto oblasti:

- **kognitivní** - jak lze subjektivně hodnotit svůj život a jak jsme s ním spokojeni,
- **emociální** - postihuje citové prožívání, zjišťují se emoce určitého člověka,
- **zkoumání převahy** - pozitivní nebo negativní citové reakce.

Někteří autoři také uvádějí, že může být subjektivní pohoda rozdělena dále na aktuální či habituální. *Aktuální subjektivní pohodu* lze charakterizovat momentálním prožíváním člověka a závisí na krátkodobě působících faktorech. Mezi tyto faktory řadíme

emoce, nálady a tělesné prožitky. *Habituaální subjektivní pohoda* je pro člověka výsledkem emocionálních zkušeností, které vznikly hlavně na základě kognitivních úsudků. Tyto úsudky se většinou vztahují k delšímu časovému období, někdy i k celému životu (Hnilicová, 2005).

2.5.2 Kvalita života v sociologii

Sociologie zase zdůrazňuje atributy sociální úspěšnosti. Hnilicová (in Payne, 2005) uvádí, že především postavení, majetek, vybavení domácnosti, rodinný stav nebo dosažené vzdělání jsou faktory, které ovlivňují kvalitu života z pohledu sociologie. Dále zkoumá jejich vztah ke kvalitě života. Mezinárodní společnost pro studium kvality života chápe kvalitu života jako produkt souhry sociálních, ekonomických, zdravotních a enviromentálních podmínek, které ovlivňují rozvoj lidí. Životní úroveň se definuje jako měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, které jsou lidem nabízeny (Hnilicová in Payne, 2005).

2.5.3 Kvalita života v medicíně

V medicíně se termín kvalita života začal užívat v sedmdesátých letech. Dnes je kvalita života velmi zdůrazňována, i když se stále jedná o problematiku poměrně novou. Pro lékaře by mělo být důležité od pacienta získat nejen anamnézu farmakologickou, ale také se zajímat o anamnézu sociální, osobní a pracovní. Hlavní zkoumání kvality života v medicíně a ve zdravotnictví je ale stále zaměřeno pouze na oblasti fyzického a psychosomatického zdraví (Slováček, 2004).

Nejčastěji se používá pojem kvalita života ovlivněná zdravím. Jde vlastně o subjektivní pocit životní pohody spojený s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Kromě klinických ukazatelů je pozornost zaměřena na úspěšnost či neúspěšnost terapie, subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta. Sem lze zařadit míru soběstačnosti, přítomnost bolesti, intenzitu únavy, převažující typ emocí, napětí, prožívanou míru úzkosti (Hnilicová in Payne, 2005).

U každého pacienta je vždy potřeba zvolit jiný, individuální přístup. Přístup k onkologickému nebo psychiatrickému pacientovi bude odlišný od přístupu k nevléčitelnému či duševně nemocnému pacientovi. S nasazenou terapií by měla souviset také snaha o zlepšení kvality života pacientů.

Měření kvality života v nové době lékařům přineslo spoustu nových velmi důležitých informací, které se běžně u pacientů nezjišťují. Kontinuální sledování kvality života pacientů začalo být využíváno především u onkologicky nemocných pacientů vzhledem ke skutečnosti, že prodlužující se terapie je agresivní a zhoršuje kvalitu života nemocných více než samotná nemoc. U nemocných je nutné posuzovat nejen výsledky terapie na fyzické zdraví ale především následky terapie na kvalitu života nemocného. Důležitou součástí medicínského přístupu k pacientovi by měla být také spolupráce odborníků z různých oborů. Pacient, který je léčen po stránce somatické, jistě v určité fázi léčby potřebuje také péči psychologů. Především u pacientů, kteří trpí nevléčitelnou, chronickou nemocí nebo onemocněním s dopady na zevnějšek pacienta, by neměla chybět péče o duševní pohodu nebo pomoc při smířování se s nepříjemnou diagnózou. Bohužel v ojedinělých případech se lékaři musí vyrovnávat s myšlenkami pacienta na konec života. Somatické obtíže jsou také často spojené s bolestmi, různými omezeními a zásadními životními změnami. Proto, pokud si má nemocný udržet vysokou kvalitu života, je nutná pomoc nejen lékařská, ale také pomoc psychologická (Šolcová, Kebza, 2004).

2.6 Hodnocení kvality života

Při hodnocení kvality života se berou v úvahu složky chování a celkového stavu. Ty tvoří čtyři velké tematické skupiny:

- **Tělesné potíže podmíněné nemocí** – do této skupiny patří potíže, které jsou způsobené onemocněním, a které bývají příčinou snížené kvality života. Dále sem patří potíže způsobené léčbou.
- **Psychický stav a výkonnost** – sem se řadí nálada, životní spokojenost a dobrý životní pocit. Dále také paměť, otupělost, pozornost. Souhrnně lze tedy říci, že vše co zlepšuje psychický stav a výkonnost, zvyšuje zároveň kvalitu života.
- **Výkonnost v oblastech každodenního života** – zahrnuje povolání, volný čas a domácnost. U všech nemocných po termickém traumatu s následky, dochází k omezení v této oblasti.
- **Sociální vztahy** - Do této kategorie můžeme zařadit především vztahy v rodině, přátele, vztahy na pracovišti (Křivohlavý, 2002).

2.6.1 Metody měření kvality života

Existují metody měření, které Křivohlavý (2002) rozděluje na 3 základní skupiny:

- **Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.**

Za předchůdce toho způsobu měření kvality života lze považovat Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta (HS– Health State) a následně jejich propracovanější formu Profily zdravotního stavu pacienta (HSP– Health State Profiles). Jednalo se o způsob, který zohledňoval pouze fyziologické aspekty stavu pacienta.

Příkladem dnešního přístupu, který se zajímá pouze o fyziologickou stránku nemoci pacienta, je metoda APACHE (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Tento systém je používán na jednotkách intenzivní péče. Podstata této metody spočívá v názoru, že vážnost pacientovy choroby lze hodnotit také podle toho, do jaké míry se odlišuje jeho stav od fyziologické normy.

Dalšími metodami, méně využívanými, jsou například slovní vyjádření kvality života anebo hodnocení kvality života pomocí symbolů (Křivohlavý, 2001).

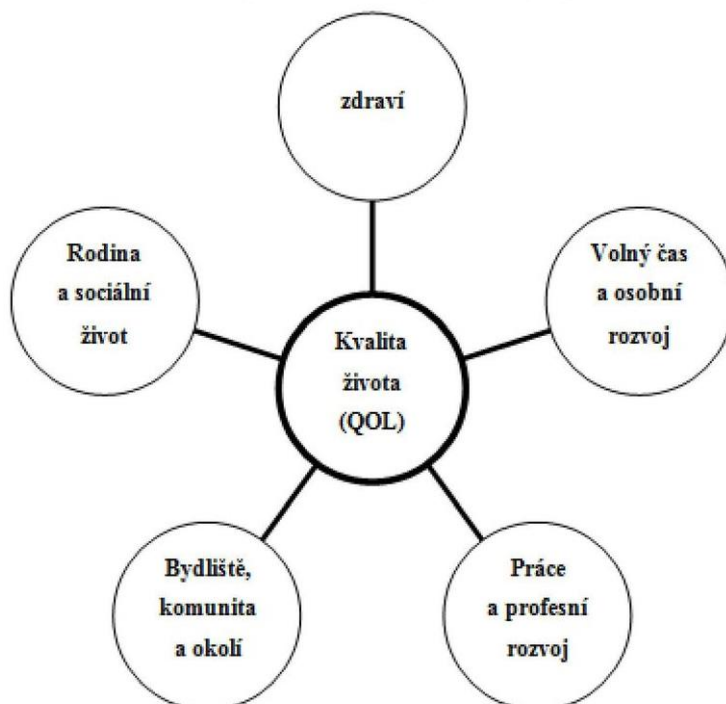
- **Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.**

Mezi metody, kdy je hodnotitelem sám dotazovaný jedinec, lze zařadit DDRS - Distress and Disability Rating Scale (Posuzovací škála stresu a neschopnosti). SWLS (Satisfaction With Life Scale – Stupnice spokojenosti se životem) a SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života) (Křivohlavý, 2001).

- **Smišené metody zjišťování kvality života**

Metody smíšené vznikly kombinací obou předchozích typů metod. Jako příklad lze uvést metodu MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Jedná se o způsob měření kvality života vyvinutý na universitě v Manchesteru. Cílem této metody je postihnout celkový obraz kvality života tak, jak se jeví pacientovi samotnému. Ze zjištěného pohledu pacienta je pak třeba vycházet při stanovení nejvhodnějšího způsobu pomoci a péče o jeho osobu (Křivohlavý, 2001).

Je dokázáno, že v praktickém životě jsou používání spíše jednodušší modely měření. Například kanadské ozbrojené síly používají model (graf č. 1), který se skládá z pěti základních domén (Svobodová, 2008).



Graf č. 1 - Model kvality života kanadských ozbrojených sil
(Review of Quality of Life Project Management. Chief Review Services, Canada 2004, in Svobodová, 2008, s. 12)

K dalším známým modelům patří model kvality života, který vytvořil Damián Kováč. Tento model (graf č. 2) je rozdělen na tři úrovně: bazální = všelidskou, civilizační = individuálně specifickou, elitní = kulturně duchovní. Jednotlivé úrovně obsahují šest dílů, které mají rozlišný význam a důležitost. Hlavní roli v tomto modelu hraje smysl života, který je zde chápán jako celkový psychický usměrňovač lidského chování.

<p>Axiologické styly (dionýsovský, apolonský) životní styly (celibát, workoholismus) ideové styly (dogmatismus, liberalismus), kognitivní styly</p>	Bezproblémové stárnutí	<p>Vášeň (sexuální, hráčeká, cestování), koničky (sport, tvořivost) zájmy (o věci, lidi, ideje)</p>
	Úroveň kultivace osobnosti	
	Společenské uznání	
	Podpora závislým	
	Podpora života	
	Univerzální altruismus	
	Pevné zdraví	
	Prožívání životní spokojenosti	
	Uspokojivé sociální prostředí	
	Úroveň společenského vývoje	
	Přátelské prostředí	
	Úroveň znalostí a kompetencí	
	Dobrý fyzický stav	
	Normální psychický stav	
	Vyrůstání ve funkční rodině	
	Odpovídající materiální a sociální zabezpečení	
	Život chránící životní prostředí	
	Získání schopností a návyků pro přežití	

Graf č. 2 – Model kvality života dle Kováče

(Kováč, D. Kultivace integrované osobnosti. Psychologie Dnes, 2004, č. 2, s. 12 – 14)

2.7 Faktory ovlivňující kvalitu života

Kvalita života je velmi široký pojem, který má určitou strukturu skládající se z jednotlivých částí našeho života. Život každého z nás je složen z psychických, fyzických, sociálních, materiálních a duchovních potřeb. Každá z těchto potřeb musí být postupně uspokojena podle osobnosti a individuality člověka tak, aby byl naplněn smysl života. Neuspokojení těchto potřeb může mít na člověka neblahé důsledky. Mezi hlavní činitele řadíme nemoc, stres, deprese, nesprávná životospráva, osobní a vztahové problémy a další neméně důležité faktory (Svobodová, 2008). V této kapitole se stručně zaměříme na nejdůležitější z nich, což jsou nemoc, stres, deprese a životospráva.

2.7.1 Nemoc

Základní podmínkou pro dobrou kvalitu života je zdraví. Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví takto: Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Zdraví je fyzické, psychické a sociální prospívání (WHO, 1948, online).

Toto prospívání je tedy narušeno v důsledku přítomnosti nemoci. Tu definujeme jako porušení rovnováhy organismu, dojde k porušení části těla nebo funkci orgánů nebo psychického zdraví (WHO, 1948, online).

Ať už se jedná o krátkodobé snížení fyzické zdatnosti v důsledku virové nákazy či bakterií, nebo o dlouhodobější či chronické potíže různého charakteru, má každá choroba na člověka nějaký dopad. Člověk sám většinou vnímá nemoc jako stresující, nežádoucí okolnost ve svém životě, se kterou se snaží vypořádat po svém. Čím déle však tento diskomfort přetrvává, tím hůře jej člověk dokáže zvládat. Dlouhodobá choroba způsobuje člověku stavy depresí a úzkostí. Baudyšová uvádí, že Smith a kolektiv (1999) posuzovali vztahy mezi kvalitou života a zdravotním stavem. Zjistili, že pro jedince je v období choroby v rámci jeho fungování důležitější fyzické zdraví než psychické. Schopnost sociálního fungování není pro člověka tolik zásadní, protože v tuto chvíli má na kvalitu života malý vliv. Člověku s jakoukoli chorobou vystoupí do popředí očekávání dlouhého života bez tělesných, duševních a sociálních obtíží, bez špatných projevů léčby a bez ekonomických problémů vlivem choroby a léčení (Baudyšová, 2008).

2.7.2 Stres

Stres je v dnešní době velmi často vyslovovaný pojem, jehož přítomnost ve vlastním životě zaznamenal každý z nás. Stresové situace prožíváme individuálně a je nutné dokázat se s těmito okamžiky správným způsobem vypořádat, aby našemu životu příliš neškodily. Význam slova stres popisuje Jeklová, Reitmayerová (2006.): Pojem stres poprvé použil pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže, kanadský vědec H. Selye. Stres je tedy zátěžová situace nebo podle Nekonečného (1955) stav individua – stav nadměrného zatížení či ohrožení.

Stresové situace jsou doprovázeny různými znaky, jako jsou například pocit neovlivnitelnosti situace, pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace, pocit

nezvladatelnosti a nepříjemný tlak okolností vyžadující příliš mnoho změn (Atkinsonová 1995; Vágnerová in Jeklová, Reitmayerová 2006).

Podle toho jakým způsobem člověk zvládá zátěžovou situaci a jakým způsobem se s ní dokáže vyrovnávat, ovlivňuje jeho zkušenost další zvládání stresových situací. Zatímco někteří lidé dokáží zvládat poměrně vysokou zátěž, jiní se mohou hroutit při daleko nižším napětí. Organismus člověka je schopen si na určité množství stresu zvykat a tím se také zkvalitňuje a zvyšuje stresu odolnost. Stres je vnímán jako aktivační činitel v případě, že nepřesáhne hranici individuálního zvládání stresu jedince. Díky optimální míře zátěže dochází k pozitivním změnám v životě člověka (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Důležitou roli při stresových situacích hraje imunitní systém. Ten je při počátečním působení stresu posílen, ale asi po hodině neustálého vyplavování glukokortikoidů dojde naopak k jeho oslabení. Pokud stres působí příliš dlouho, je imunitní systém schopen navracení do původní podoby (Joshi, 2007).

2.7.3 Deprese

Deprese jsou často spojovány s dlouhotrvajícím stresovými zátěžemi. Člověk, jenž je častí vystavován stresovému napětí, může mnohem snáze trpět depresemi (Joshi, 2007).

Deprese bývá označováno jako onemocnění psychiky, kdy jedinec trpí pocity sklíčenosti, má úzkostné stavy a jeho pohled na svět je velmi negativní. Dalšími projevy deprese jsou pocity osamění, viny, nespavost, zhoršení soustředění, paměť. Jedinec si připadá bezcenný a nemá chuť k žádné činnosti a zájmu (Joshi, 2007).

Podle Joshi (2007) se deprese skládá z několika škodlivých faktorů. Prvním je kognitivní hledisko situace, kdy jedinec trpí zkreslenou představou, že za žádnou cenu nelze nad vzniklou situací získat kontrolu a nalézt východisko. Dalším je emocionální hledisko, kdy je práh radosti příliš vysoký. Behaviorálním směrem dochází k psychomotorické retardaci. Na neurochemické úrovni je patrná tendence k poruchám serotoninové, noradrenalinové a dopaminové signalizace. V psychické rovině se vyskytují změny v chuti k jídlu, spánkových vzorcích, vnímání bolesti a citlivosti systému pro zpětnou vazbu glukokortikoidů.

2.7.4 Životospráva

V současnosti slyšíme všude kolem nás o důležitosti správné životosprávy. Většinou jde o to, abychom pravidelně cvičili, konzumovali zdravé potraviny a dostatečné množství vitamínů a udržovali si zdravou kondici. Nesmíme však zapomenout, že k tomu všemu je důležitý také spánek. Pro zdravého dospělého člověka je dostačující spát denně 6-8 hodin. Někteří autoři uvádí, že spánek delší než 10 hodin je nezdravý a lidé, kteří mají potřebu dlouhodobě spát déle jak 8 hodin denně, by se měli podrobit lékařskému vyšetření (Slováček, 2004).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL VÝZKUMU

Cílem našeho výzkumného šetření je zjistit, jaký dopad mělo termické poranění na osobní a pracovní život dospělého jedince.

3.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda respondenti po termickém traumatu, budou uvádět, že jim onemocnění změnilo rodinné či přátelské vztahy.
2. Zjistit, zda u respondentů po termickém traumatu došlo ke změně vnímání sebe samého.
3. Zjistit, zda respondenti po termickém traumatu měli problémy s návratem zpět do pracovního procesu.
4. Zjistit, zda je pro respondenty po termickém traumatu důležité o nemoci s někým hovořit.

3.2 Hypotézy práce

- H1: Předpokládáme, že většina jedinců po termickém traumatu bude uvádět, že jejich rodinné a přátelské vztahy se změnily.
- H2: Předpokládáme, že většina jedinců po termickém traumatu bude uvádět, že došlo ke změně vnímání sebe samého.
- H3: Předpokládáme, že většina jedinců po termickém traumatu bude uvádět, že měli problémy s návratem zpět do pracovního procesu.
- H4: Předpokládáme, že většina jedinců po termickém traumatu bude uvádět, že pro ně bylo důležité o nemoci s někým hovořit.

3.3 Výzkumné otázky

1. Pocítil respondent po termickém traumatu změnu v rodinných vztazích?
2. Jak se změnil u respondentů po termickém traumatu postoj k životu?
3. Jak ovlivnilo termické poranění profesní život respondentů?
4. Kdo nebo co respondentům během nemoci mimo rodinu nejvíce psychicky pomáhalo?

3.4 Druh výzkumu a výběr metodiky

K výzkumnému šetření byl zvolen kvalitativní výzkum, přesněji kvalitativní dotazování. Kvalitativní dotazování lze rozdělit na dvě krajní formy sběru dat, a to na pevně daný dotazník a naopak volný rozhovor. Tyto dvě formy můžeme zkombinovat do metody polostrukturovaného dotazování, kde je dána určitá struktura otázek, ale zároveň volnost odpovědí.

Kvalitativní polostrukturovaný rozhovor je vhodnou formou výzkumu, patří však k obtížnějším. Vyžaduje citlivost, vnímavost, ale i schopnost porozumět a v neposlední řadě i schopnost pozorovat.

Kvalitativnímu výzkumu se může vytknout, že pracuje s příliš subjektivními dojmy, existuje ale mnoho oblastí, kde je právě subjektivnost žádoucí.

Dále k doplnění informací byl použit krátký obecný dotazník k porovnání kvality života před úrazem a po úraze. Tento dotazník čerpal především z nástroje THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL) – BREF. K hodnocení dotazníku proběhlo porovnáním odpovědí respondentů.

3.4.1 Metoda

Pro zpracování praktické části diplomové práce byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru doplněná o nepřímé pozorování. V rámci našeho výzkumného šetření jsme se rozhodli, že rozhovor je nejvhodnější způsob k pochopení této problematiky. Osobní kontakt se zkoumanou osobou je založen na principu vzájemné

důvěry a otevřenosti. Lze tak lépe pochopit, co lidé prožívají, jak se cítí a jak se změnil po úrazu jejich životní styl a jak se dokázali s traumatem vyrovnat.

Rozhovor byl realizován podle předem vytvořeného okruhu otázek. Ve struktuře rozhovoru byly otevřené typy otázek, kdy měli respondenti určitou volnost v odpovědích při popisování životní situace. Okruh otázek byl zaměřen na období po akutním léčení popálenin, kdy následovala rehabilitace a snaha o navrácení do běžného života. V závěru každého rozhovoru jsem také respondenty poprosila o vyplnění krátké tabulky ke zhodnocení jednotlivých aspektů života před úrazem a nyní po úraze.

Pro metodu interpretace jsme v rámci našeho výzkumného šetření zvolili kvalitativní popis v narativním stylu. Přepis byl proveden metodou doslovné transkripce.

3.4.2 Vzorek respondentů

Vzorek respondentů tvořili tři muži a dvě ženy po termickém traumatu. Jednalo se o vzorek jedinců v dospělosti mezi 30 a 70 lety. Pro lepší znázornění informací o respondentech, jsme zpracovali názornou tabulku (tabulka č. 1).

Respondent	Pohlaví	Věk při úraze	Mechanismus úrazu	Rozsah poranění	Současné zaměstnání	Současný rodinný stav
Respondent A	muž	18 let	úraz elektrickým proudem	65% tělesného povrchu	obchodní zástupce	svobodný
Respondent B	žena	46 let	opaření čajem	25 % tělesného povrchu	vychovatelka v domě mládeže	vdaná
Respondent C	žena	65 let	popálení od nedopalku cigarety	45% tělesného povrchu	bez zaměstnání	rozvedená
Respondent D	muž	52 let	opaření horkým vínem	30% tělesného povrchu	řidič autobusu	ženatý
Respondent E	muž	18 let	sebepoškození nedopalkem cigarety	cca 10 % tělesného povrchu	projektový manažer	svobodný

Tabulka č. 1 – přehled základních informací o respondentech výzkumu (zdroj: vlastní)

3.4.3 Organizace výzkumu

Sběr dat probíhal během ledna, února a března v roce 2016 v okrese Český Krumlov na neutrálním veřejném prostředí. Délka sezení s respondenty se pohybovala mezi 60-150 minutami v závislosti na sdílnosti respondenta. Respondenti byli seznámeni s důvodem a cílem výzkumu a předem poskytli ústní souhlas s realizací a zároveň jim byla zaručena anonymita při zpracování rozhovoru. Byli také upozorněni na možnost rozhovor kdykoliv přerušit či ukončit.

3.5 Analýza a interpretace případových studií

Respondentům po úvodních otázkách byly položeny především 4 hlavní výzkumné otázky:

1. Pocítil/a jste změnu v rodinných vztazích?
2. Jak se u Vás změnil po termickém traumatu postoj k životu?
3. Jak ovlivnil úraz Váš profesní život?
4. Kdo nebo co Vám během nemoci mimo rodinu nejvíce psychicky pomáhalo?

Respondent A

Základní informace

Muž, 31 let, vzdělání středoškolské. Před úrazem pracoval jako dělník ve výrobě. Bydlí s přítelkyní v pronajatém bytě. Bezdětný. Mezi jeho záliby patří sport, rybaření a autoreally.

Informace o úraze

Muž od 18 let pracoval ve velké továrně. Bydlel u rodičů a čas trávil s kamarády. Jednoho dne s kamarády na depu vlakového nádraží přelézali vagóny a muže zasáhl elektrický proud. Tělem mu projel výboj o 25 000 voltů. Po resuscitaci byl letecky transportován do Fakultní nemocnice na Vinohradech, kde strávil celkem 6 měsíců. Následně rehabilitoval v Kladruších a téměř po 1 roce byl schopen vrátit se domů a postarat se sám o sebe. Popáleniny měl na 65% těla. Po úrazu dálkově dodělal střední školu a začal pracovat na pozici, na které je dodnes. S přítelkyní plánují rodinu.

Dokázal byste mi popsat, co se v osudný den stalo?

„Pamatuju si, že to byl pátek. Měl jsem v práci ranní směnu a moji kamarádi skončili ve škole brzo. Domluvili jsme se, že půjdeme ven. Poflakovali jsme se po sídlišti, až jsme došli k vlakovému nádraží. Nevím, na co jsme v tu chvíli mysleli, ale vylezli jsme na vagón a skákali po střeše. V jednu chvíli si pamatuju jen svůj skok a to, jak jsem se snažil udržet rovnováhu a pak si vybavuji jen ránu u své hlavy. Zbytek vím jen

z vyprávění. Prý jsem se rukama chytil drátů nad svou hlavou a dostal strašlivou ránu. Něco kolem 25 000 Voltů. Ztratil jsem vědomí a svalil se z vagónu na zem. Kamarádi zavolali záchranku a přiletěl i vrtulník, který mě odvezl do Prahy na Vinohrady.“

A co byla dál? Co následovalo?

„Probral jsem se k vědomí až za 4 měsíce. Popáleniny byly veliké a museli mě udržovat v umělém spánku. Lékaři říkali, že jsem měl štěstí v neštěstí. Proud projel mým tělem a nejvíce poraněné jsem měl nohy, kudy proud vycházel ven. Poraněn byl i můj mozek, ale prej, protože jsem mladý, zvládl jsem se z toho jakžtakž dostat. Pamatuji si lidi v mém okolí, jak přicházeli a odcházeli pořád dokola. Nevnímal jsem, kdy je den a kdy je noc. Pořád jsem jen spal. Dýchat mi pomáhal přístroj, jídlo jsem dostával hadičkou do žaludku a do hadičky jsem i čural. Takhle to šlo několik měsíců. Jo a přišel jsem o nohy. Všiml jsem si toho náhodou, když mě sestry umývaly. Byl to šok a prý jsem vyváděl, tak mě zase uspali. Nepamatuju si to. Pak jsem se probíral k většímu vnímání, začal za mnou chodit i psycholog a rodiče. Všichni furt opakovali, že to bude dobrý. Nevěřil jsem tomu. Zhubl jsem asi na 60kg z původních 95 a svaly mi nefungovaly. Postupem času jsem nabíral sílu a byl schopen se třeba sám najíst, napít a pak i posadit v posteli. Změnilo se moje myšlení. Věděl jsem, že to musím dokázat. Jizvy bolely, jak se natahovaly, ale každé den jsem viděl pokrok. Doktoři mě chválili. To už jsem ležel na normálním pokoji a cvičil alespoň dvakrát denně. Pak mě převezli na rehabilitaci do Kladrub, kde to bylo taky dost náročný. Ale už jsem ovládal vozík a pohyboval se sám po areálu léčebny. Byl jsem tam 4 měsíce, a když jsem odjížděl domů, byl jsem rozhodnutý něco dokázat. Přihlásil jsem se na dálkové studium obchodní akademie. Naši mi hodně pomohli. Léčení bylo finančně náročné a museli i upravit byt, abych tam mohl s vozíkem. Na obchodce jsem poznal Lindu. Když jsem odmaturoval, našel jsem si práci v kanceláři jedné místní firmy. Všichni tam byli moc fajn a pomáhali mi, jak se dalo. Linda na úřadech zařídila vše, co bylo třeba a dostali jsme bezbariérový byt tady na sídlišti. Jsme tam už 8 let a teď plánujeme rodinu.“

Výzkumná otázka č. 1: Pociťl jste změnu v rodinných vztazích?

„Popravdě to paradoxně mé vztahy s rodičema zlepšilo. V 18 jsem se vykašlal na střední a chtěl hlavně vydělávat. Naši se mi to snažili vymluvit, ale já byl puberták, co si myslel svý. Když se mi to stalo, najednou jsem byl zase malej kluk, co je potřebuje a oni to věděli. Naštěstí bylo vše zlý zapomenutý a naši za mnou jezdili kdykoliv to bylo možný.“

Dokonce v Praze bydleli na ubytovně, aby pak se mnou mohli být častěji. Mamka si zkrátila úvazek v práci a 4 dny v týdnu trávila se mnou v nemocnici. Něco si pamatuju a něco zas ne. Je ale fakt, že hodně rodinných známých nevědělo, jak se k našim chovat. Zda je litovat nebo ne a co vlastně říkat. Mí kamarádi za mnou byli až v Kladrubech a je fakt, že z velký bandy kluků a holek zbyli jen 3 nejbližší. Ale nevyčítám jim to. Taký bych nevěděl jak reagovat na kluka co si slintá do postele a nemluví, jen kývá hlavou. Strojdomé a tety většinou s našima omezili styky, ale když jsem se pak vrátil domů, zase se vše posunulo k normálu. Chodily k nám návštěvy a všichni byli rádi, že už jsem zas normální kluk, co sedí na vozíku. Pro rodiče to bylo náročný jak fyzicky tak psychicky, ale i oni sami říkají, že je to stmelilo dohromady.“

Komentář: Respondent, sám přiznává, že v první fázi rodinné vztahy v okruhu nejbližších spíše ochladily. Lidé nevědí, jak reagovat na vzniklou situaci. Kamarádi se selektovali jen na ty nejbližší, ale paradoxně díky traumatu poznal nynější partnerku a i rodiče jsou si nyní blíže jak mezi sebou tak i s respondentem. Dle jeho hodnocení (Příloha č. 5) nepovažoval před úrazem svou kvalitu života ani za špatnou ani za dobrou. Paradoxně po úraze ji považuje za dobrou. Péče lidí kolem sebe před úrazem hodnotil respondent číslem 2 (trochu), po úraze dostává péče hodně.

Výzkumná otázka č. 2: Jak se změnil Váš postoj k životu po prodělaném úrazu?

„Po úrazu jsem vlastně přehodnotil žebříček těch hodnot. Jako mladej kluk jsem chtěl hlavně vydělávat peníze a odpoutat se od rodičů. Nezáleželo mi na tom, co říkají ostatní a myslel jen na svý pohodlí. Nemyslel na budoucnost a nepromýšlel, jak moje chování ovlivní ostatní. Po úrazu, hlavně potom v Kladrubech, jsem viděl ostatní pacienty, který na tom byly mnohem hůř než já a poprali se s tím statečně. Uvědomil jsem si, že všechno je v hlavě a že jsou důležitější věci než peníze nebo auto. Zní to jako klišé, ale fakt jsem se začal radovat z maličkostí kolem sebe. Dospěl jsem.“

Komentář: Respondent je přesvědčen, že se jeho postoj k životu určitě změnil k lepšímu. Začal být více aktivní a pozitivní. Vnímá věci kolem sebe jinak a nemá tendenci řešit jen materiální věci, ale užívat si opravdu jednoduché krásy denního života.

Výzkumná otázka č. 3: Jak ovlivnil úraz Váš profesní život?

„Když se mi to stalo, pracoval jsem jako dělník ve fabrice. Dělal na směny a do práce chodil víceméně z povinnosti. Bylo mi 18 a byl jsem rád za každých tisíc, co jsem si mohl vydělat a hlavně pak bez výčitek rodičů utratit. Po úrazu jsem věděl, že se do práce vrátit nemůžu. Domluvilo se, že ukončíme poměr dohodou, aby to bylo výhodné pro obě strany. Mám od státu nárok na invalidní důchod, ale po maturitě jsem začal pracovat v kanclu mezi skvělými lidmi a nedokážu si představit, že bych jen seděl doma.“

Komentář: Profesní život respondenta je paradoxně lepší nyní po úrazu než před ním. Díky změně životních hodnot si dodělal vzdělání a následně získal lepší práci, která ho baví a naplňuje. Dle jeho hodnocení (Příloha č. 5) byl se svou profesí před úrazem nespokojen, nyní po úraze je spokojený.

Výzkumná otázka č. 4: Kdo nebo co Vám během nemoci (mimo rodinu) nejvíce psychicky pomáhalo?

„Určitě rodiče. Samozřejmě i lékaři a sestry v nemocnici i potom v léčebně v Kladrubech. Ale nejvíce rodiče. Podporovali mě, motivovali k léčbě, snášeli moje nálady a výlevy vzteku a měli svatou trpělivost. Jezdili za mnou, ačkoliv jsem je ani nevnímал a věřili, že vše dobře dopadne. Na oddělní nás potom leželo více na pokoji a povídali jsme si o tom, jak se nám to stalo atd. Byla i vidět změna, když tam někdo ležel první den nebo dvacátý. Ze začátku je člověk skeptický, nechce se moc bavit s ostatními a nejráději by jen spal nebo ležel zády k ostatním. Postupem času ale každý, i ten nejtvrďší chlapák, naváže s ostatními kontakt a rád si potom pokecá o všem. Chodil za námi i psycholog a probírali jsme všechno, co nás jen napadlo. Dokonce jsme na pokoji všichni souhlasili a psycholog s námi prováděl skupinovou terapii. Ta se potom dělala i v Kladrubech. Tam jsem zase byl ve skupince lidí, co přišli o nohy a museli se potýkat s mnoha nepříjemnostmi v každodenních činnostech. Po propuštění domů mi bylo doporučeno navštěvovat ambulantně psychologickou poradnu, ale díky Lindě, kterou mám vedle sebe i díky rodičům, kteří nám se vším pomáhají, zatím pomoc zvenčí nepotřebuju.“

Komentář: Respondent sám uvádí, že největší podpora přišla z řad rodiny. Poté hodně pomohla odborná pomoc, ale i sdružování s lidmi postiženými stejným úrazem. Díky těmto lidem, si respondent uvědomil vážnost úrazu i důležitost komunikace.

Během celého rozhovoru nebyla z respondenta znát nervozita. Působil velmi vyrovnaně se svým zraněním. Jeho hlas byl klidný a odpovídal bez většího zaváhání či studu. Dle celkového dojmu z vyplněné tabulky (Příloha č. 5) vyplývá, že po úraze se respondentovi vede překvapivě lépe než před ním. Sám tuto skutečnost přisuzuje nejen věku, ale také morálnímu vyspění a přehodnocení životních hodnot.

Respondent B

Základní informace

Žena, 51 let, vzdělání středoškolské. Pracuje jako vychovatelka v internátním domově pro mládež. Je vdaná, má jednu dceru (29) let. Bydlí s rodinou v rodinném domě a mezi její záliby patří ruční práce a vyšívání.

Informace o úrazu

Respondentka se opařila čajem asi na 25% těla. Šlo především o stehna. Žena nebyla v přímém ohrožení života a hospitalizovaná byla jen 2 týdny především pro nitrožilní podávání antibiotik proti infekci. Chirurgické řešení nebylo indikované. Poté byla propuštěna do domácího léčení, ale ani nyní, po 5 letech od úrazu není schopná se plně navrátit do běžného života. Její partnerský život se výrazně zhoršil. Má také výčitky, že dcera kvůli ní přicestovala ze zahraničí a nesplnila si vlastní sen.

Popište mi prosím, jak se vše stalo?

„V roce 2011 jsem si ráno vařila svůj oblíbený čaj a při zalévání do velikého hrnku hrnek prasknul a polila jsem si celá stehna. Byla jsem v tu dobu sama doma, a tak jsem si na stehna položila studený ručník a zavolala si sanitku. Sama mám kvůli práci kurz první pomoci, ale věděla jsem, že opařeniny jsou příliš veliké na domácí léčení. Než přijela sanitka, zavolala jsem do práce, co se stalo a poslala manželovi SMS zprávu. Po příjezdu do nemocnice jsem byla ošetřena na traumatologické ambulanci. Dostala jsem léky na bolest a stehna mi ošetřili a zavázali. Zůstala jsem v nemocnici celkově 2 týdny. Během této doby za mnou na návštěvy chodil především manžel a kamarádka. Dcera v té době byla na stáži v zahraničí a telefonovaly jsme spolu každý den. Po dvou týdnech mě propustili do domácího léčení a docházela jsem každý den na převazy. Užívala jsem pravidelně léky na bolest. Postupem času jsem začala brát i uklidňující léky. Začala jsem se hnusit sama sobě. Pohled na moje nohy ve mně vzbuzoval pocity nechutenství.“

Komentář: Období po úraze, především při domácím léčení, nesla respondentka velmi špatně. Z rozhovoru vyplývá, že velmi špatně nesla především fyzické následky úrazu. Neubránila se slzám a rozhovor byl několikrát přerušen.

Výzkumná otázka č. 1: Pocítila jste změnu v rodinných vztazích?

„Načasovat takovouhle věc nelze. Nikdy by nebyla vhodná doba, ale pravdou je, že v té době byla dcera v zahraničí na výměnném pobytu a ze začátku jsme jí o úrazu ani nechtěli říct. Máme k sobě ale hodně blízko a volaly jsme si každý den, a tak na mě Michalka hned první den poznala, že se něco děje a já jí řekla, co se stalo. Chtěla ihned přijet, já jí to ale vymluvila, a tak se Míša rozhodla zatím nejezdit. Říkám zatím, protože dorazila o měsíc později. Pobyt v nemocnici nebyl vůbec tak zlý, jak se může zdát. Převazy se dělaly ráno, pak následovaly antibiotika do žíly a pak jsem víceméně měla volnější režim. Zvládala jsem se o sebe postarat a nepřipouštěla si špatné myšlenky. Vše se změnilo až po propuštění domů. Byla jsem tam celé dny sama. Manžel se vracel z práce pozdě večer a po stereotypním rozhovoru jak se každý z nás měl, si šel lehnout. Já usínala pravidelně u televize a do ložnice k němu se přesouvala pozdě v noci nebo nad ránem. Mé nálady se postupně zhoršovaly. Komunikace s manželem vázla, a telefonáty s dcerou byly čím dál kratší. Manžel nevěděl na co se mě ptát a co mě trápí. Nechápal, že se hnuším sama sobě a že se stydím se před ním svléknout nebo dokonce si k němu lehnout. Začala jsem brát léky na deprese a uzavírala se do sebe. Jednoho dne mi dcera oznámila, že se vrací domů. Že si vše zařídila a předčasně ukončila pobyt. Na jednu stranu jsem byla ráda, ale na druhou jsem nechtěla, aby kvůli mně měnila svůj životní plán nebo sen. Dcera se o mě doma starala, vařila mi, povídala si se mnou a kdykoliv mohla, snažila se pro nás obě vymyslet program. Dokonce jsem se s ní mohla bavit o vztahu s jejím tátou. Začala jsem jí vnímat jako dospělou ženu a byla jsem vděčná, že je tak rozumná. Manžel na mě netlačil a tak náš milenecký život úplně vymizel. Tento stav víceméně přetrvává dodnes. Občas spolu spíme, ale spíše z povinnosti než z vášně. Žijeme spíše vedle sebe než spolu. Asi to tak bylo vždycky, ale teprve v nějaké takovéhle krizi se to projeví. Uvědomila jsem si, jak moc mi chybí jako přítel, se kterým si mohu popovídat. Ostatní příbuzní nějak nevnímali, že se něco děje. V nemocnici za mnou nebyli, protože bydlí daleko a na svátky jsem již byla schopná fungovat jako každý rok. Nevěděli, s čím se peru uvnitř a nechtěla jsem s tím ani nikoho zatěžovat.“

Komentář: Žena pocítila ve vztahu výraznou změnu, jak lze vidět i porovnáním v příloze č. 6. Před úrazem žena byla velmi spokojena se svým životem i svými osobními vztahy, ale po úraze hodnotí kvalitu svého života jako špatnou. Všechny jeho nedostatky, v běžném životě neviděné, se nastalou krizovou situací více zvýraznily a vypluly na

povrch. S manželem nejsou zatím schopni navázat intimnější vztah, žijí více vedle sebe než opravdu spolu. Možná žena přecenila své síly, v domnění, že situaci po emoční stránce zvládne sama a manžela do problému od začátku nechtěla zasvěcovat. Ten na situaci zareagoval, jak byl z předchozího období zvyklý a zanechal ženu se svými pocity a obavami samotnou. Dcera, která v té době byla v cizině, neváhala a ukončila svůj pobyt a začala matce pomáhat. Ta sice měla obavy, aby si dcera nekomplikovala svůj život, ale ve skutečnosti byla ráda, že se o ni někdo stará a zajímá se o její problémy a pocity. Otevřeně hovoří o svých problémech v rodinných vztazích. Trápí ji její vztah k manželovi. Chápe, že to bylo a je pro oba těžké období. Z hlasu je znát, že ji mrzí manželův přístup k situaci. Vadí jí, že svým úrazem ovlivnila i život své dcery.

Výzkumná otázka č. 2: Jak se u Vás změnil postoj k životu po prodělaném úraze?

„Žebříček je převrácený. Spoustu věcí, které jsem dříve chtěla sobě nebo druhým dokázat, které mě rozčilovaly, mě nyní nechávají klidnou. Jiné věci mě naopak rozčílí a dříve mě nechávali klidnou. Byla jsem zvyklá klást si cíle daleko vyšší, než se daly zvládat. Hodně jsem se dostala zpět na zem. Cítím se mnohem starší. Dříve jsem chodila pravidelně cvičit, ale teď jsem líná, unavená, vymlouvám se. Dřív jsem byla mnohem aktivnější. Mám pocit, že jsem se o sebe i víc starala, ale teď mě to moc nebaví. Spíš to dělám ze zvyku, než že bych z toho měla radost. Chodím akorát do práce a domů. Nechce se mi ani se psem na procházky. Nechce se mi potkávat lidi, mám pocit, že mě litují, ale zdá se mi, že to není upřímný. Najednou neví, co si se mnou mají povídat a já s nimi taky ne. Doufám, že je to jen otázka času a že se vše zlepší. Chodím pravidelně k psychologovi a ten mi pomáhá, abych se naučila mít se zase ráda.“

Komentář: Žena výrazně změnila svůj postoj k životu. Po prodělané léčbě se stává pasivní, nemá chuť do aktivit, které dělala před onemocněním. Nemá chuť chodit do společnosti a uzavírá se do sebe, chybí ji životní optimismus. Při rozhovoru je z hlasu cítit smutek, ale na druhou stranu i naděje, že se její stav může zlepšit.

Výzkumná otázka č. 3: Jak ovlivnil úraz Váš profesní život?

„Před tím, než se mi to stalo, jsem pracovala jako vedoucí vychovatelka na intru pro studenty středních škol tady ve městě. Práce mě bavila, i když někdy to bylo dost náročné. Když jsem se po 4 měsících vrátila, tak jsem zjistila, že už nemám sílu vést

kolektiv. Měla bych být rázná a na podřízené nekompromisní. To já už teď nedokážu a ani se nechci s nikým dohadovat a stresovat. Uvažuji o tom, že to přestanu dělat. Když jsem byla na neschopence, tak jsem se do práce ani netěšila a když jsem nastoupila do toho koloběhu, bylo to čím dál horší. Možná se to časem zlepší. O práci vedoucí jsem dříve celkem usilovala, měla jsem i plány udělat nějaké změny, vždycky jsem vymýšlela různé akce, ale teď na to nemám chuť ani sílu. Chtěla jsem to probrat i s manželem, ale ten nechává všechna rozhodnutí na mě. Jsem z toho celkově taková unavená. Přemýšlela jsem i o polovičním úvazku nebo změně zaměstnání. Zatím nevím, co bude dál.“

Komentář: Žena se dříve hodně věnovala práci. Ta pro ni představovala velkou životní náplň a zabírala ji většinu času. Po krátké pracovní neschopnosti se do práce vrátila, ale má nyní obavy, že práci fyzicky ani psychicky nezvládá. Přemýšlí o změně pracovního postavení, možná i o změně zaměstnání. Dle ženina samotného zhodnocení svého pracovního výkonu před úrazem a po úraze je zcela zřejmé, že po úraze se cítí i pracovní nespokojena. Žena je na své problémy sama, partner ji nepodporuje a všechna rozhodnutí nechává na ženě samotné. Je na ní znát určitá nerozhodnost. Vyjadřuje obavy, zda dokáže pracovat stejně jako před onemocněním.

Výzkumná otázka č. 4: Kdo nebo co Vám během nemoci (mimo rodinu) nejvíce psychicky pomáhalo?

„Když jsem byla doma z nemocnice, začala jsem si uvědomovat, že to sama nezvládnu. Nevěděla jsem, s kým bych měla probrat, co mě trápí. S manželem jsem se o tom nebavila, dcera byla pryč. Ze začátku mi dělalo problém svěřovat se někomu jinému, co mě trápí, ale postupem času zjistíte, že podobné problémy jsou normální. K psychologovi jsem chodila jednou týdně. Určitě není dobré uzavírat se se svými problémy před okolním světem. Je dobré otevřeně hovořit o svých pocitech, strachu a obavách, a když to nejde s manželem, tak si najít někoho jiného, kdo vás vyslechne a odborně třeba poradí.“

Komentář: Ženě nejvíce pomohl kontakt s psychologem. Dle jejího hodnocení (Příloha č. 6) vyšlo najevo, že kontakt s psychologem pro ni byl velmi důležitý a imitoval chybějící péči od manžela. Ze začátku se necítila dobře při rozhovoru s cizím člověkem, ale postupem času se vytvořilo pouto a respondentka se na setkání těšila. Po celou dobu rozhovoru je z neverbálních projevů znát určitá nervozita.

Respondent C

Základní informace

Žena, 68 let. Základní vzdělání. Sociálně slabší vrstva. Žije na ubytovně. Porodila 3 děti, ale nestýká se ani s jedním z nich.

Informace o úrazu

Žena se před třemi lety vlastní chybou popálila po celém těle od nedopalku cigarety. Postižená byla na 45 % tělesného povrchu a hospitalizována byla 6 týdnů celkem v popáleninovém centru a následně strávila 5 týdnů v rehabilitačním centru.

Popište mi prosím, jak se vše stalo?

„No stydím se to přiznat, ale slíbila jsem Vám to a tak to dodržím. V roce 2012 jsem přišla o práci a začala hodně holdovat alkoholu. Papírny u nás ve městě se zavíraly a hold nebylo místo, kde by si mě nechali. Propadla jsem depresím a novou práci si ani nehledala. Děti už doma nebydlí a manžel si vedle mě už tehdy žil vlastním životem. Uživil chod domácnosti a já něco málo naspořeno na účtě měla, a tak si vypěstovala závislost na alkoholu. Jednoho večera jsem opět popíjela a zapálila si u televize. Pak si jen vybavuji jakoby z dálky křik manžela a strašnou bolest všude po těle a hlavně horko. Manžel prý přišel z práce a náš obývací hořel. Asi jsem v opilosti usnula a od cigarety chytila deka a zbytek nábytku. Klasická chyba. Přijela záchranka a na místě mě uspali a převezli do Budějovic, odkud jsem dál letěla vrtulníkem do Prahy na Vinohrady. Ve špitále jsem ležela celkem 6 týdnů. Nejvíce jsem měla popálené břicho a krk. Kouř mi poškodil i dechací cesty ale to já si vůbec nepamatuju. Každý den mě v nemocnici převazovali to břicho a já se střídavě budila a zase usínala. Manžel za mnou párkrát přijel, ale nebylo to nejlevnější, takže moc často nejezdil. Tím úrazem se všechno zhoršilo. Děti na mě byly naštvány už dřív, že piju. Myslely si, že naše rodina se rozpadá kvůli mému pití, pravda ale byla jinde. Po 6 týdnech jsem odjela rovnou do rehabilitačního centra a poté zpátky domů. S manželem už to nikam nevedlo a tak jsem skončila tady na ubytovně. Práci zatím stálou nemám a žiju ze sociálních dávek.“

Komentář: Paní se ze začátku styděla za svůj životní osud. Bohužel je si vědoma, že vinu má jediné ona, a tak jediné ona sama si může pomoci. Postupem času se uvolnila a svěřila se se vším. Dle jejího subjektivního hodnocení (Příloha č. 7) byl již před úrazem její život nedobrý, její životní situace nebyla snadná a ani bezprostředně po úraze to neměla jednoduché. Snad ale díky nehodě změnila postoj k životu a zapracovala na sobě.

Výzkumná otázka č. 1: Pocítila jste změnu v rodinných vztazích?

„Rodinné vztahy byly špatné ještě dávno před tím, než se mi to stalo. Kvůli mému pití přestaly děti jezdit na návštěvu, i manžel už neměl ani snahu manželství zachraňovat. Pravdou je, že na Vinohrady za mnou děti i muž párkrát přijeli, ale spíše z povinnosti. Chvilí jsem i doufala, že by vše mohlo být jako dřív, ale nevěděla jsem, jak moc těžké bude vrátit se do běžného života. Nikdy jsem nebyla nějaká modelka, ale pracovala jsem v kanceláři a uměla se upravit, abych reprezentovala. Po úrazu jsem trpěla totální ztrátou sebevědomí. Jizvy se podle lékařů zahojily pěkně a dokonce jsem podstoupila rekonstrukční plastiku pupíku, abych se prej nestyděla svlíkat. Já jsem se ale sama sobě přestala totálně líbit. Ostatní příbuzní jen zavolali nebo napsali SMS, zda něco nepotřebuju, ale nikdo to ani nemyslela vážně a stejně nepřijeli. Když jsem přijela z rehabilitace, našla jsem prázdnou byt. Manžel odešel. Asi to bylo pro něj nejsnažší. Nevyčítám mu to. Byt jsem neměla z čeho platit, tak jsem požádala na obci o místo v ubytovně a sociální pracovnice, která se o mě stará doted', mi pomohla se stěhováním.“

Komentář: Ze svého pohledu nezaujatého posluchače jsem se snažila na respondentku netlačit, aby sama povídala jen to, co chce. Po položení této otázky byla na ženě vidět značná nervozita, přece jen osobní život se ženě změnil nejvíce. Byla vidět lítost nad ztrátou manžela i rodiny. Uvědomuje si vinu na této skutečnosti, ale přece jen rodinné vztahy jsou citlivé téma. V příloze č. 7 můžeme vidět v této oblasti osobních vztahů lehký posun, snad i kvůli péči sociální pracovnice, navrácení malého kontaktu s dětmi a navázání přátelství.

Výzkumná otázka č. 2: Jak se u Vás změnil postoj k životu po prodělaném úraze?

„Určitě změnil. Může se zdát, že jsem na tom teď vážně zle, ale pravdou je, že se mi to změnilo hlavně v hlavě. Před úrazem jsem pila, litovala se, nevážila si života a hlavně si myslela, že je celý svět proti mně. Hlavně na rehabilitaci jsem měla čas přemýšlet, jaké štěstí jsem vlastně měla. Kdyby manžel přišel později, nebo nepřišel vůbec, nemusela jsem vůbec přežít. Na bytě samozřejmě byly finanční škody, ale to šlo v tu chvíli asi stranou a manžel to pak všechno svépomocí spravil a já mohla byt přenechat majiteli a s nějakou malou finanční rezervou začít tak nějak nanovo. Sice bydlím na ubytovně pro sociálně slabý a spousta lidí nade mnou přivírá oči, ale já si uvědomila, jak moc člověk chce žít a až když mu neslouží zdraví, změní myšlení i chování.“

Komentář: Respondentka změnila svůj postoj myšlení viditelně. Před úrazem byla sama se sebou nespokojena, nyní po úraze zaujala spíše neutrální postoj sama k sobě.

Výzkumná otázka č. 3: Jak ovlivnil úraz Váš profesní život?

„Neměla jsme práci před úrazem a nemám ji ani teď, takže vlastně nezměnil. Ale teď se mi rýsuje práce tady v obchodě jako skladník zboží, tak doufám, že to vyjde. Těžko říct, jak bych na tom byla, kdyby se mi neštěstí nestalo a já furt chlastala.“

Komentář: Paradoxně respondentce možná úraz pomohl se v životě začít ubírat správným směrem. Sice přišla o rodinu, bydlení a manžela, ale uvědomila si, jak moc chce svůj život změnit a nyní se snad vše k lepšímu otáčí.

Výzkumná otázka č. 4: Kdo nebo co Vám během nemoci (mimo rodinu) nejvíce psychicky pomáhalo?

„Rodina to opravdu nebyla, v nemocnici za mnou byly všehovšudy asi 3x. Hodně milý byly sestřičky a sanitárky v nemocnici. Člověk neměl pocit, že je jeden z mnoha. Zařídili mi i psychologku, která za mnou chodila 3x týdně a povídaly jsme si hlavně o mojí minulosti a o výčitkách, který jsem měla. Litovala jsem, kam až se to všechno dostalo a že bych vrátila spoustu věcí zpátky. Motivovala mě k další léčbě a k rehabilitaci. V Kladrubech jsem poznala kamarádku, která bydlí kousek od Krumlova, a dodneška jsme v kontaktu. Ona měla podporu rodiny, ale viděla, že já jí tak nemám, a tak mě podporovala ona. Doporučili nám i navštěvovat skupiny lidí, co mají stejné poranění, ale mě to přijde

zbytečné. Myslím že, opravdoví přátelé a rozumní lidé nesoudí ostatní podle vzhledu ale především podle povahy. Alespoň já to tak mám.“

Komentář: Rozhovor s touto respondentkou byl ze všech nejkratší a může se zdát nepřilíš vypovídající o kvalitě života po takovém úraze. Osobně ale mohu s jistotou tvrdit, že myšlení této ženy se po úraze úplně otočilo a ačkoliv materiálně i psychicky přišla téměř o vše, nezhroutila se a zabojovala a svoji lepší budoucnost. S odstupem času asi 1 roku jsem ženu náhodou potkala v místním obchodě, a změna byla opravdu viditelná. Žena byla spokojená, vypadala sebevědomě a šťastně. Dokonce mě poznala a zmínila se o novém bydlení i partnerovi. S dětmi se vídá méně, ale rozhodně je pyšná sama na sebe, že to všechno zvládla. Největší radost jsem měla z faktu, že se mi žena svěřila, že dokonce byli s partnerem u moře a ona se vůbec nestyděla svléknout. To značí o vyrovnanosti osobnosti i po takto velkém traumatu.

Respondent D

Základní informace

Muž, 54 let, řidič autobusu. Bydlí už jen s manželkou, děti studují a bydlí na koleji. Ve volných chvílích se věnuje opravě veteránů.

Informace o úrazu

Muž často chodíval posedět s kamarády do oblíbené restaurace. Při konverzaci mu nešťastnou náhodou jeden z kamarádů převrhl svařené víno do klína. Byl opařen asi na 30% těla. Nejvíce bylo zasaženo břicho a pravé stehno. V nemocnici byl hospitalizován 10 dní. Největší strach měl nejdříve o funkci penisu, ale tato část našťastí nebyla vůbec zasažena. Jednalo se o počáteční strach ze vzniklého šoku.

Dokázal byste mi popsat, co se v osudný den stalo?

„Vyšli jsme si s kamarády jako každý pátek posedět do naší oblíbené restaurace. Já si objednávám pivo, manželka většinou víno. Jelikož se ten den venku udělala nečekaná zima, dostala manželka chuť na svařené víno. Často u piva vedeme vášnivé konverzace o politice. Jeden z mých kamarádů se dostal ke slovu. On vždy velmi výrazně gestikuluje. Bohužel se opravdu nešťastnou náhodou dotkl manželky svařeného vína a převrhl mi ho na nohu a břicho. Všichni začali zmatkovat a já strašně rychle vyskočil. Úplně přesně si tu situaci již nevybavuji. Byl jsem trochu v šoku. Ale sedli jsme do taxi, které většinou stojí před restaurací a rychle jeli do nemocnice.“

A co byla dál? Co následovalo?

„V nemocnici to byl šílený zmatek, nevěděli jsme kam běžet a mě to začalo pořádně bolet, kamarád vzal na chodbě vozík a dovezl mě na pohotovost. Lékařka, která mě přijímala, byla velmi hodná. Okamžitě mě převezli na oddělení, dostal jsem léky na bolest a ihned mi břicho i nohu obvázáli. Dostával jsem pak asi nějaká antibiotika, protože mi pravidelně kapalo něco do žíly a hlavně jsem tam kvůli tomu musel zůstat 10 dní. Nejbolestivější byly převazy, ale jinak celá léčba probíhala hladce.“

Komentář: Tento respondent jak po emailové komunikaci, která předcházela samotnému rozhovoru (Příloha č. 4), tak i naživo působil opravdu mile a přátelsky. Absolutně z něj nebyla cítit žádná nervozita. Ačkoliv se nejvíce bál o choulostivé partie, ani tato skutečnost pro něj nebyla nepříjemná mi sdělit. Vlastně se tomu sám spíše zpětně zasmál, ale na vážnosti úrazu to samozřejmě nic nezmění.

Výzkumná otázka č. 1: Pocítil jste změnu v rodinných vztazích?

„Ne, nic takového jsem nepocítil. Akorát děti přijely hned druhý den ráno z koleje, aby mě mohly navštívit. Ta zpráva je celkem vylekala, ale já jsem takový pozitivní člověk, takže jsem je přivítal s úsměvem. Sice mě to hodně bolelo, ale nechtěl jsem je ještě víc vyděsit, tak jsem se přetvařoval. Manželka byla ze začátku trochu nazlobená na toho kamaráda, který mi to způsobil, ale po těch deseti dnech, kdy jsem přijel domu a byl už v domácím léčení, se věc trochu uklidnila. Manželka uznala, že to byla opravdu nešťastná náhoda. Já jsem se na toho kamaráda zlobil pouze první večer. Při některých nejbolestivějších převazech jsem mu to samozřejmě vyčítal, ale nyní už to tak neberu.“

Komentář: Respondent před úrazem vedl poklidný život. Dle jeho hodnocení byl spokojený nejen s kvalitou života, ale také s rodinnými vztahy. S manželkou mají krásný vztah i nyní po úraze, sám ale přiznává, že díky své odtazivosti se také manželka poněkud stáhla. Muž nechce být litován, a tak se jeho paní má strach jakkoliv o muže starat, aby nevznikaly konflikty.

Výzkumná otázka č. 2: Jak se změnil Váš postoj k životu po úrazu?

„Abych pravdu řekl, asi první dva měsíce jsem skoro nikam nechtěl chodit. Do práce jsem to zvládl, navíc to nebylo tak náročný, když mohu celý den sedět, ale po práci jsem přišel domu a ihned si lehnul k televizi. Byl jsem celkově hrozně unavený a myslím, že chvíli i takový bez nálady. Manželka se o mě trochu strachovala, protože jsem nechtěl chodit ani na pivo s kamarádama. Ten kamarád, který mi to způsobil, si to hrozně vyčítal, ale říkal jsem mu, že na něj naštvaný nejsem. Prostě se mi jen nic nechtělo. Ale to se po pár týdnech upravilo a zase jsem byl takový veselý jako dřív. Když jsem přišel poprvé do té restaurace, všichni se strašně radovali. Takže to pak zase bylo takové, jako dřív. Ale jestli se ptáte, jestli sem pak třeba byl opatrnější nebo něco podobného, tak to jsem nepociťoval.“

Komentář: Subjektivně (Příloha č. 8) muž hodnotí po úraze svůj postoj spíše hůře. Připadá si starší, unavenější, línější a snad i přibral pár kilo. Pociťoval únavu, apatii a nechuť ke všemu, co ho dříve těšilo.

Výzkumná otázka č. 3: Jak ovlivnil úraz Váš profesní život?

„Jak jsem říkal, v práci jsem to zvládl. Samozřejmě ty první týdny se mi nechtělo, byl jsem takový rozladěný. Ale tu práci mám rád, tak jsem si zase rychle zvykl. Nepohodlná byla košile, kterou jsem měl přes obvazy příliš napnutou, takže jsem nosil volná trička a povolený pásek. Vozím často i kamarády, kteří o tom věděli. Byli na mě hodný a snažili se mě vždy rozveselit, protože jim přišlo zvláštní, že nejsem takový veselý, jako bývám. Ale jak říkám, všechny tyhle věci se postupem času upravily a vše bylo jako dřív.“

Komentář: V tabulce vyplněné respondentem (Příloha č. 8) lze vyčíst fakt, že před úrazem ho práce vyloženě těšila, zatímco po úraze ji hodnotí neutrálně. Ačkoliv sám přiznává, že se snad postupem času vše navrátilo k předchozímu fungování, při vyplňování dotazníku ho hodnotí hůře.

Výzkumná otázka č. 4: Kdo nebo co Vám během nemoci (mimo rodinu) nejvíce psychicky pomáhalo?

„Víte co, asi nic konkrétního. Prostě jsem si to potřeboval odžít. Jako já jsem neměl nějaké deprese nebo tak něco, byl jsem prostě hrozně unavený z celé té situace. Taky mě otravovalo chodit na kontroly do nemocnice, ale vím, že se to musí a byli tam na mě vždycky příjemní. Hodně jsem se po práci koukal na televizi, a to mi dělalo dobře. Vždycky jsem se těšil na seriály. Teď už se tomu směju, protože sedět u televize jako důchodce není můj styl. No ale v tu chvíli mi to vyhovovalo. Když si to teď zpětně uvědomím a zaposlouchám se do toho, co říkám, tak jsem asi měl nějaké lehčí deprese, nebo jak se tomu říká. Ale zvláštní je, že jsem neměl problém s tím, že mám jizvy nebo, že mě to bolí, ale prostě spíš s tím, že mě v tu chvíli nic nebavilo. Jen ta televize. Manželka byla našťástí skvělá. Vůbec nic mi nevyčítala. Prostě to nechala být a počkala, až to přejde. Asi měla strach, jestli zase budu takový jako dřív, ale nedávala mi nic najevo. Řekla mi to až zpětně. Ale jsem silák a pozitivní chlap. Vyrovnal jsem se s tím po svém.“

Takže žádné organizace nebo sdružení jste nenavštěvoval?

„Nene, samozřejmě mi nabízeli skupinové terapie, abych dojížděl někam k Budějovicím, ale nebylo to pro mě potřeba. Doma mě podporovali ve všem, co jsem dělal, nebo spíše nedělal a nechávali na mě, jak se s tím vyrovnám. Svěřovat se někde před cizíma lidma by stejně nebylo nic pro mě.“

Komentář: Respondent celou dobu rozhovoru působil velmi vyrovnaně. Sám přiznává, že úraz byl sice velmi bolestivý a v dalších týdnech se jeho styl života změnil, ale díky podpoře jeho manželky i dětí, se sám dokázal psychicky srovnat. Profesní život se příliš nezměnil. Díky povaze zaměstnání se dokázal navrátit poměrně rychle do pracovního procesu a z malých depresí, které přiznává, že nejspíše měl, se dostal opravdu sám a bez problémů. Jizvy příliš neřeší. Jak sám říká, je chlap a na těch musí být prožitý život vidět. Byla z něj cítit vděčnost, kterou cítí k manželce, ačkoliv vysloveně nic neřekl.

Respondent E

Základní informace

Muž, 35 let. Vystudoval elektrotechnickou fakultu v Plzni. Pracuje jako projektový manažer ve velké korporátní firmě. Nemá stálou partnerku a je bezdětný. Bydlí sám v centru Plzně. Ve volném čase se věnuje fitness.

Informace o úrazu

Muž se s kamarády v 18 letech v opilosti vsázel, kdo se vydrží nejdéle popalovat cigaretou a rozžhaveným zapalovačem. Popálil si skoro celé pravé předloktí. Do nemocnice nešel, styděl se.

Popište mi prosím, jak se vše stalo?

„No co Vám budu povídat, jako mladý ucha jsme vyváděli šílené věci. Tohle je ještě jedna z těch lepších variant. Naši to se mnou opravdu neměli jednoduché. Stalo se to venku v parku. Koupili jsme si pár piv a nějaký rum, samozřejmě jsme to do sebe klopili jako vyšinutí. Jeden z kamarádů je expert na vymýšlení sázek. Ale tohle už bylo přehnané. Jenže když je člověk opilý, přemýšlí úplně jinak. Já jsem byl samozřejmě úplně pod parou, takže mi to přišlo jako senzační nápad. Nakonec jsme do toho šli jen ve dvou. Začali jsme cigaretama. Koušek po kousku, malé tečky. Pak nám přišlo lepší vzít tu hlavičku zapalovače, která fakt strašně pálí, když je rozžhavená. Vydržel jsem skoro celé předloktí. Kámoš to měl až nahoru. V tu noc jsem to neřešil. Ráno mě vzbudila šílená bolest, a jak alkohol vyprchával, bylo to horší a horší. Styděl jsem se jít do nemocnice, takže jsem si zašel do lékárny a koupil nějaké přípravky na popáleniny. Před našima jsem se to snažil skrývat. Naštěstí začínal podzim, takže jsem pořád nosil trička s dlouhým rukávem. Převazoval jsem si to sám, ale bylo to hrozný, pořád mi z toho tekla nějaký hnis a nehojilo se to vůbec dobře. Kámoši mě nutili, ať jdu do nemocnice nebo aspoň k doktorovi, ale já byl tvrdák a nechtělo se mi to řešit. Ted' vím, že jsem byl totální vůl, protože kdyby se to pořádně zaléčilo už tehdy, nemusel jsem z toho mít takové odporné jizvy.“

Výzkumná otázka č. 1: Pocítil jste změnu v rodinných vztazích?

„No rodiče na to samozřejmě po nějaké době přišli. Mamka šíleně řádila. Byla naštvaná, že jsem to tajil a zklamaná, že se svou inteligencí dělám takové věci. Jenže potrestat už mě nemohla. Byl jsem dospělý. S tátou to ani moc nehnulo. Nemáme spolu moc kamarádský vztah. Neřešil to. Dokonce mi přijde, že mu to bylo jedno. Mamka se mě pak snažila dostrčit někam na plastiku, abych to neměl tak vidět, ale já nešel. V těch 18 mi to bylo úplně jedno. Dokonce jsem si připadal tvrdě.“

Komentář: Respondent na první pohled působí opravdu slušně a spořádaně. S jeho nynějším postavením v zaměstnání a s jeho vzhledem, kdy na rozhovor přišel v obleku, by málokdo řekl, že má předloktí popálené od cigaret. Z dob jeho lehkovážného mládí, nejsou na respondentovi vidět žádné pozůstatky. Muž mluví velmi vyrovnaným hlasem s náznakem studu za své chování. Sám přiznává, jak absurdně to vyprávění zní, ale bohužel jeho divoké mládí na jeho těle nechalo nejen fyzické jizvy.

Výzkumná otázka č. 2: Jak se u Vás změnil postoj k životu po prodělaném úraze?

„Budu vypadat jako blázen, ale vůbec nic se pro mě nezměnilo. Alkohol jsem pak pil pořád stejně, takže hodně. Ale samozřejmě s věkem se člověk trochu uklidní a na takové blbosti už ani nemá tolik času. Po škole jsem začal pracovat ve velké firmě a byl od rána do večera v práci. Potřeboval jsem se pak nějak odreagovat, tak jsem začal hrozně moc cvičit. Jsem takový typ člověka, který je neustále na něčem závislý. Teď je to naštěstí fitness, takže docela zdravá varianta. A hlavně já to neměl jako nějakou nemoc. Nikam jsem s tím nešel, převazoval jsem si to sám. Jako je fakt, že jsem se za to pak styděl před holkama, ale vymýšlel jsem si vždycky úplně tragický scénáře, jak se mi to stalo a oni mě pak děsně litovaly. Ale tohle všechno bylo dříve, teď už na to koukám jinak. Postavil jsem se k tomu samozřejmě jako idiot. Dnes bych to samozřejmě za prvé vůbec neudělal a hlavně bych jel ihned do nemocnice a chtěl to mít co nejlépe vyléčené. Hlavně i kvůli estetické stránce.“

Komentář: Respondent v době byl velmi mladý a v 18 letech opravdu žádnou změnu po úraze neprodělal. S odstupem let, ale sám moc dobře ví, že to byla naprostá hloupost. Také si uvědomuje, že vlastně může být rád, že neskončil například na psychiatrii kvůli sebepoškozování, ačkoliv tuto variantu naprosto vylučuje. Alkohol popíjel

jako mladý dál a až nyní s odstupem času, kdy vystudoval, našel kvalitní zaměstnání a jeho poranění ho začíná omezovat. Jak říká sám, ženy na jizvy už neletí a dlouhé rukávy i ve vysokých teplotách nejsou ničím praktickým.

Výzkumná otázka č. 3: Jak ovlivnil úraz Váš profesní život?

„Když se mi to stalo, tak jsem ještě chodil do školy. Nejdříve jsem to zakrýval, protože učitelům se mi to vysvětlovat nechtělo. Jenže pak se to samozřejmě nedalo utajit, ale nějak jsem to s nimi neřešil, nic jim do toho nebylo. Nicméně v práci je to nepříjemné. Musím nosit dlouhé košile, protože to vypadá opravdu neesteticky. Samozřejmě, nikdy by nikdo z klientů nemusel vědět, jak se mi to stalo, ale vím, že už u pohovoru jsem byl upozorněn, že nesmíme mít ani tetování, takže to nepokouším a prostě nosím dlouhý rukáv. Takže opět to ovlivňuje pouze estetickou rovinu.“

Výzkumná otázka č. 4: Kdo nebo co Vám během nemoci (mimo rodinu) nejvíce psychicky pomáhalo?

„Já nevím, jak říkám, já jsem z toho žádný psychický trauma neměl. Pořád jsem chodil s kamarádama do barů a bavil se. Ze začátku toho využíval u těch holek, aby mě litovaly. Ale když se nad tím teď zamyslím, tak možná ta vášeň pro fitness mohla vzniknout i tím, že jsem si chtěl něco vykompenzovat. Nejspíš jsem si někde podvědomě nepřipadal dost hezký, tak jsem se to alespoň snažil nahnat tělem. Jenže já prostě takhle nad věcmi nepřemýšlím. To až teď, když se spolu o tom bavíme. A upřímně mi to nedělá dobře se takhle utápět ve svých pocitech. Takže jsem to nikdy před tím neřešil.“

Komentář: Dle tabulky, kterou mi po rozhovoru respondent vyplnil (Příloha č. 9), není příliš jasné, jak moc je sám se sebou spokojený a zda prodělal přílišné změny v kvalitě svého života. Poslední otázka nejspíše respondentovi nebyla příjemná, cítila jsem z něj odtažitost. Nejspíše s rodinou neměl nejlepší vztahy a postavil se sám na vlastní nohy, co nejdříve to bylo možné. Mluvil o vášni pro fitness, ale nutnost hlubokého zamyšlení nad sebou samým respondentovi opravdu nesvědčilo. V poznámkách, které jsem si dělala během rozhovoru, jsem měla napsáno: *„Muž je značně nervózní. Přiznání si, proč vlastně cvičí, v něm nevyvolává dobrý pocit. Sám chce působit sebevědomě a jako typický chlap nechce mluvit o své slabosti.“*

4 DISKUZE

O problematice popálenin bylo napsáno bezpočet publikací. Řada lidí napsala své příběhy o svém životě s popáleným tělem. Při čtení těchto příběhů, ale nemáte možnost vidět, jak různě dokáží lidé tuto skutečnost zpracovat. Kvalitativní výzkum formou rozhovoru, který jsme si při zpracování empirické části této diplomové práce vybrali, je jeden z nejtěžších. Je potřeba získat si důvěru člověka, kterého chcete zkoumat. Z jeho nonverbální komunikace musíte rozpoznat, zda můžete jít více do hloubky a dozvědět se osobnější věci, o kterých není schopen mluvit ani s nejbližšími rodinnými příslušníky.

Překvapilo nás, že nebylo příliš těžké zkontaktovat respondenty, kteří byli ochotní se námi podělit o své zkušenosti s úrazem, promluvit o tom, na co mysleli, co v té době prožívali, jak se cítili. V rámci našeho výzkumu jsme došli k závěru, že člověk, který je vyrovnaný s tím, co se stalo, nemá problém o úrazu hovořit. Všichni respondenti byli už delší dobu po léčbě a shodli se, že by neposkytli takto otevřený rozhovor v období těsně po úrazu. Uvedli také, že potřebovali delší čas, než se se svým vzhledem vyrovnali. Nyní již nemají problém o svých pocitech hovořit.

První výzkumná otázka: Pocítil respondent změnu v rodinných vztazích?

Jak uvádí Faller, nejbližší mohou pomoci, pokud dokážou překonat předsudky a jsou ochotni s partnerem jednat otevřeně, hovořit o svých pocitech, které provází tento typ úrazu. Měli by však i respektovat, pokud nemocný partner nebude chtít o svých pocitech hovořit. Na to, aby nemocní mohli tuto zátěž překonat, potřebují především čas. První muž díky úrazu dokázal přehodnotit vztah ke svým rodičům i sobě samému. Jeho vztahy se prohloubily a díky rodině a malé odborné pomoci je nyní vyrovnaný, silný a sebevědomý muž. Druhá žena s nejbližším partnerem o svých pocitech nehovoří, komunikace vážne i v jiných oblastech. Partner její problémy nepomáhá řešit a před jejich řešením uniká. Domníváme se, že to je špatné řešení, partneři by měli překonat ostych a o svých pocitech otevřeně hovořit. Toto však nebylo zvykem ani v období před onemocněním. Ve třetím případě respondentka udělala spoustu chyb, sama si to uvědomuje a po úraze o vše přišla. Nyní se díky své sociální pracovníci postupně začleňuje zpět do běžného života a doufá v lepší budoucnost. Čtvrtý respondent zvládl následky úrazu podle jeho slov sám, ale během rozhovoru byla cítit vděčnost za jeho manželku. Uvědomoval si, že její postoj k jeho nicnedělání mu vlastně pomohl. Netlačila na něj

v žádném ohledu a respondent měl sám čas srovnat si nejen myšlenky, ale také volný čas a jeho naplnění.

Problémy s komunikací a jakousi uzavřenost v této intimní oblasti má ale i mnoho párů neovlivněných jakýmkoliv onemocněním. A je tedy otázkou, zda neschopnost komunikovat v této oblasti je důsledek onemocnění. Tzipi Weissová Ph.D, hostující docentka na Long Island univerzity zjistila, že lidé reagují na traumatickou událost třemi možnými způsoby. Buď přestanou fungovat, nebo se mohou vrátit na úroveň fungování před onemocněním. Třetí možností je posunutí vztahů na novou úroveň, kdy dojde ke zlepšení ve srovnání s původním způsobem života tzv. posttraumatický růst. Respondentka C nežije v partnerském svazku již od doby před onemocněním, z tohoto důvodu neproběhla žádná výrazná změna. Respondent A díky úrazu potkal nynější partnerku a plánují rodinu. Respondentka B prochází složitým dlouhodobým obdobím. Ačkoliv s partnerem nejspíše již počáteční, zřejmě nejsložitější období, překonali, nadále nejsou schopni o svých pocitech a problémech bez větších potíží hovořit. Myslíme si, že kvalita jejich vztahu se zlepšila, nebyli však schopni řešit problémy v sexuální oblasti. Z rozhovoru s respondentem D bylo značné, že s manželkou jejich vztah skvěle fungoval před úrazem a po něm se nic nezměnilo. Dlouhodobé manželství bylo stabilní a žena nechala manžela, aby se s následky vyrovnal tak jak on sám potřeboval. Respondent E byl velmi mladý a jeho úraz se stal na přelomu mezi dětstvím a dospíváním, ačkoliv následky má dosud. Vztahy se rodiči se nezměnily, ale nejspíše hlavně proto, že respondent sám nechtěl a dlouho úraz a jizvy po něm zanechané tajil.

H1 byla přijata. Většina respondentů (3 z 5) uvedla, že po termickém úrazu pocítili změnu v rodinných vztazích. V jednom z pěti případů během výzkumů hodnotil respondent své vztahy po úraze lepší než před úrazem. A jeden respondent hodnotil své vztahy beze změn.

Druhá výzkumná otázka: jak se změnil u respondentů po prodělaném úraze postoj k životu?

Všichni respondenti uvádějí, že v přímé konfrontaci s onemocněním, jde všechno ostatní stranou a nejvíce řeší otázku smrti a následně zdraví. Uvádějí, že v porovnání s touto skutečností, ostatní věci ztrácejí na důležitosti. Respondent A, možná i díky svému nízkému věku, dokázal skutečnost přijmout a přizpůsobit se. V současné době žije plnohodnotný život a sám přiznává, že neví, kde by vlastně skončil nebýt úrazu a podpory jeho rodiny. Respondentka B se doposud potýká s psychickou nejistotou, ztratila zájem

o práci a další koníčky. Dříve se žena považovala za celkem atraktivní aktivní ženu. Nyní si sama sebe nedokáže vážít, nelíbí se sama sobě a musí navštěvovat psychologa. Třetí respondentka, která smysl života ztratila již před úrazem, nyní naopak znovu našla chuť na sobě zapracovat a uspořádat si životní hodnoty. Chtěla by se opět začít stýkat se svými dětmi a najít si především práci a partnera. Respondent D měl fungující rodinu i před úrazem, který na tom nic nezměnil a možná spíše prohloubil skvělé vztahy. Respondent E k úrazu přišel v nízkém věku a jeho rodiče dlouhou dobu nic nevěděli. Odmítal jakoukoliv pomoc a i díky tomu se jeho vztahy nezměnily. S kamarády se stýkal dále a paradoxně v té době mu úraz pomáhal navazovat kontakty s dívkami.

H2 byla přijata. Většina dotázaných respondentů (4 z 5) změnila vnímání své osoby po termickém traumat. Dva z pěti respondentů změnili své vnímání sebe samého k lepšího. Dva respondenti změnili své vnímání k horšímu a u jednoho respondenta změna nenastala.

Třetí výzkumná otázka: jak ovlivnilo onemocnění profesní život lidí?

Dle profesora Klenera lze návrat k původní profesi obecně považovat za velmi výhodný, a není-li ze zdravotních důvodů možný, pak je vhodné nastoupit do zaměstnání náhradního. Všichni respondenti konstatují, že po vyléčení je návrat zpět do zaměstnání možný, záleží na přání a životních preferencích jednotlivce. První muž se vyučil a pracoval jako dělník ve výrobě. Po úraze a dlouhé rekonvalescenci chtěl dokázat něco víc. Dálkově vystudoval obchodní akademii a nyní pracuje v jedné z kanceláří místní firmy. Druhá respondentka byla před úrazem na vrcholu své kariéry. Byla čerstvě povýšena a práce jí maximálně naplňovala. Po úraze se na místo pokusila vrátit, ale sama přiznává časovou a především psychickou náročnost zaměstnání. Z funkce odešla a bohužel zjišťuje, že ani jednodušší, méně náročnou práci nezvládá, tak jak by bylo třeba. Třetí respondentka byla před úrazem bez zaměstnání a po zotavení, díky spolupráci se sociální pracovníci, začala pracovat v obchodě jako skladnice. Nemá vysoké nároky, ale jak říká, lepší něco než nic a hlavně chce, aby vše bylo v pořádku a mohla se začít stýkat s dětmi, které s ní v minulosti nechtěly mít nic společného. Respondent D se k zaměstnání po rekonvalescenci vrátil a nepocíťoval žádné změny. Kamarádi v práci ho podpořili, jak během doby léčení, tak i po návratu do zaměstnání. Respondent E v době úrazu ještě studoval a úraz na jeho studia neměl vliv. Možná se později podvědomě snažil prosadit stále výše a výše, ale v době kdy se úraz stal, žádné změny nepocítil. Domníváme se, že zaměstnání dává lidem možnost zapomenout na úraz, přirozeně se začlenit do společnosti,

najít si další přátele a záliby. Vždy by mělo ale platit, že zaměstnání by nemělo být po zdravotní stránce náročné a člověk by měl do zaměstnání chodit rád.

H3 nebyla přijata. Většina respondentů (3 z 5) neměla po termickém traumatu problém s návratem do pracovního procesu. Pouze dva respondenti uvedli, že po úrazu měli problém s návratem do zaměstnání.

Čtvrtá výzkumná otázka: kdo nebo co během nemoci mimo rodinu nejvíce psychicky pomáhalo?

Jak uvádí Abráhmová, je velmi důležité hovořit o sobě, svých problémech nejen s osobami blízkými, ale také s lidmi, kteří mají podobnou zkušenost již za sebou. Dobrá psychická pohoda pomáhá výsledkům léčby. Ke každému respondentovi byl přiveden psycholog, ať už v rané fázi léčby nebo později. Všichni respondenti se dostali do kontaktu s podobně poraněnými ať už v nemocnici, nebo v rehabilitačních léčebnách, kde strávili dost času po zvládnutí akutní léčby popálenin. Mohli, ale nemuseli, sdílet své zážitky a všichni přiznali, že ačkoliv byli ze začátku skeptičtí, nakonec byli rádi za ostatní lidi kolem sebe. Už třeba jen proto, že nebyli v centru pozornosti sami. Domníváme se, že informace o existenci a prospěšnosti organizací sdružující podobně postižené lidi, by pacienti měli dostávat co nejdříve. Domníváme se, že většina lidí se se svým onemocněním dokáže nějakým způsobem vyrovnat. Někdo dříve a někdo později. I člověk, který utrpěl rozsáhlé popáleniny, může mít kvalitní mezilidské vztahy, pokud žije v prostředí, kde ho lidé mají rádi a berou ho takového, jaký je.

H4 byla přijata. Většina respondentů (3 z 5) uvedla, že pro ně bylo důležité o úrazu s někým hovořit. A dále ve dvou z pěti případů nemocní pocítují nyní po úrazu stejné množství péče od druhých než před úrazem.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Při zpracování diplomové práce jsme získali cenné zkušenosti a postřehy. Z kvalitativního výzkumu vyplývá, že se lidé víceméně dokázali se svým úrazem vyrovnat sami. Tato skutečnost závisí na osobnosti každého z nás. Při rozhovoru s respondenty jsme zjistili, že nejhorší okamžik prožívali při sdělení a následném uvědomění si následků popálenin. Bylo pro ně velice těžké se s touto situací vyrovnat. V jednu chvíli se dozvěděli, že mají doživotní jizvy nejen na těle a zároveň dostávají informace, co je bude čekat za výkony v dohledné době. Domníváme se, že je pro člověka těžké všechny informace najednou vstřebat. Přítomnost psychologa, který pomáhá pacientům vyrovnat se se skutečností, je při následné terapii poměrně běžný a zcela oprávněný. Vhodné je také zapojit při terapii rodinu pacienta. Poraněný potřebuje vedle sebe člověka, se kterým sdílí starosti a bolest. Potřebuje člověka, o kterého se může „opřít“. V případě, že pacient nebude mít například při zhlédnutí jizev na těle s sebou blízkého člověka, tak je odpovědnost na lékařském i nelékařském personálu poskytnout nutnou podporu. Dále by bylo velmi vhodné, aby pacienti dostávali kontakt na organizace, které sdružují lidi se stejným postižením. Zde bychom viděli prostor pro výzkumné šetření věnující se informovanosti pacientů ohledně svépomocných skupin. Pro některé pacienty je důležité, aby si mohli promluvit s někým, kdo má zkušenost s tímto úrazem, kdo překonal všechna úskalí léčby a zjistit, že i s tímto onemocněním se dá dál žít kvalitním životem. Nemělo by se ale zapomínat na partnery či rodinu pacientů. Nemocný se sám těžko vyzná ve svých pocitech, náladách a ani partner nedokáže přesně rozpoznat potřeby. Pacient většinou nechce nikoho svými problémy zatěžovat, ostýchá se otevřeně říci, co potřebuje, jak se cítí a vzniká tak stav, kdy oba čekají na nějaký impulz, na konkrétnější sdělení svých pocitů a potřeb. Partner je většinou připraven pomoci, ale bohužel často neví jak. A pacient naopak pomoc podvědomě očekává, ale není schopen si o ni říci. Bylo by dobré odbornou psychologickou pomoc nabízet nejen pacientům samotným, ale i jejich partnerům či rodinám.

6 ZÁVĚR

V diplomové práci Kvalita života dospělých po termickém poranění jsme se zabývali problematikou kvality života jedinců, kteří pro potřeby tohoto výzkumu poskytli své příběhy. Na základě kvalitativního šetření lze formulovat tyto závěry:

- Většina respondentů (3 z 5) uvedla, že po termickém úraze pocítili změnu v rodinných vztazích.
- Většina dotázaných respondentů (4 z 5) změnila vnímání své osoby po termickém traumatu
- Většina respondentů (3 z 5) neměla po termickém traumatu problém s návratem do pracovního procesu
- Většina respondentů (3 z 5) uvedla, že pro ně bylo důležité o úraze s někým hovořit

7 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá kvalitou života dospělých po termickém poranění. Práce se snažila přiblížit a nastínit jaký vliv měl úraz na osobní a pracovní život dotazovaných respondentů. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá především anatomii a fyziologií kůže, dále jednotlivými mechanismy úrazu včetně příčin poranění a následnou léčbou termického traumatu. Zabývá se i kvalitou života z obecného hlediska a prožívání nemoci, popisuje různá vymezení kvality života v různých odvětvích. Praktická část měla za cíl zmapovat, jaký vliv mělo onemocnění na život zkoumaných respondentů. K zjištění byl použit polostandardizovaný rozhovor. Jako doplnění informací o kvalitě života respondenti porovnali a zhodnotili aspekty svého života před úrazem a po úrazu. Všechny rozhovory proběhly se souhlasem respondentů a po důkladném vysvětlení, k čemu budou data sloužit. Rozhovory probíhaly na neutrálním místě, nejčastěji v kavárně. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak onemocnění ovlivnilo u člověka jeho postoj k životu, jaký mělo vliv na profesní život a rodinné vztahy. Kvalita života je definována jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace, protože každý člověk prožívá stejné onemocnění odlišně a každý se s ním i rozdílně vyrovnává. Zkoumaní respondenti shodně udávají, že prodělali životní změnu. Nejenom člověk, kterému se úraz stane, ale také jeho rodina prožívá složité životní období. Bojí se o něj, chtěli by převzít část utrpení. Partneri často nevědí, jak vyjádřit svou lásku, cit a podporu. Reakce na onemocnění a vyrovnání se s bolestí, strachem a životní nedotknutelností záleží na mnoha faktorech, mezi které patří osobnostní vlastnosti, životní zkušenosti, rodinné zázemí a mnoho dalších. Po prodělané léčbě a případné velké změně identity způsobené plastikami nebo jen zhojením kůže, není nutné rezignovat a uzavřít se před světem, ale je důležité aktivně bojovat a zachovat si optimistický přístup k životu. Lidé, kteří se umí radovat ze života a dokážou odolávat stresu, mají i větší šanci na celkové uzdravení fyzické i psychické. Velmi záleží na věku, kdy k úrazu dojde a s tím související psychickou odolností pacienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAAR, Margriet; ESSINK-BOT, Marie-Louise; DOKTER, Jan; BOXMA, Han et al. *Reliability and Validity of the Dutch Version of the American Burn Association/ Shriners Hospital for Children Burn Outcomes Questionnaire (5 – 15 Years of Age)*, Journal of Burn Care & Research, 2006, roč. 27, č. 6, s. 790-802. ISSN 1559-047X
2. BAUDYŠOVÁ, Eva. *Kvalita života nemocných po totální laryngektomii*. Pardubice, 2008. diplomová práce (Mgr.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií
3. BEDNAŘÍKOVÁ, Veronika. *Priority zajištění termického traumata v urgentní medicíně*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Vedoucí práce Doc. MUDr. Eduard Kasal, CSc.
4. BROŽ, Lubomír, TOKARIK, Michal. *Popáleninové trauma, jeho specifika, prognostické faktory, primární zajištění, popáleninový šok. Referátový výběr z dermatovenerologie*. Ročník 52, č. 2 (2010). str. 64- 69. ISSN: 1213- 9106.
5. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 450 str. ISBN 978-807-2548-156.
6. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Vyd.2., uprav. a dopl. Praha: Grada, 2004. 692 str. ISBN: 80-247-1132-X.
7. ČUPERA, Jaroslav.; ŘÍHOVÁ, Hana.; MANNOVÁ, Jitka.; SEIDLOVÁ, Dagmar., a kol. *Neodkladná péče u popáleninového traumatu*. In: ZEZULA Roman: Intenzivní péče v traumatologii. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Galén, s.r.o. 2001. 130-135 s. ISBN 80-7262-114-9.
8. DOČEKALOVÁ, Štěpánka. *Naše zkušenosti s lokální léčbou popálenin*. Dermatologie pro praxi. 2011, roč. 5, č. 3, s. 152-154. ISSN 1802-2960.
9. DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138.
10. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: [učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium]*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava, 2000. 480 str. ISBN: 80-862-9705-5.

11. FERJENČÍK J. *Úvod do metodologie výzkumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6
12. FIALA, Pavel, VALENTA, Jiří, EBERLOVÁ, Lada. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Vyd. 1., Praha: Karolinum. 2004. 163 str. ISBN: 80-246-0804-9.
13. FOLTINOVÁ, Alena. *Psychologická problematika léčby popálených*. In: Popáleniny ŠIMKO, Štefan; KOLLER, Ján, a kol Martin: Osveta, 1999. 415-433 s. ISBN 80-217-0427-6.
14. FÜRST, Maria. *Psychologie: včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN isbn80-7198-199-0.
15. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85-931-79-6.
16. GILLERNOVÁ, Ilona; KEBZA, Vladimír; RYMEŠ, Milan, et al. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
17. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
18. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
19. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
20. HODAČOVÁ, Lenka. *Mozek, emoce a spokojený život*. Psychologie dnes. 2007, roč. 13, č. 2, s. 48-51. DOI: ISSN 1212-9607.
21. HNILICOVÁ Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: PAYNE Jan a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Nakladatelství TRITON, 2005. 205-216 s. ISBN 80-7254-657-0.

22. IVANOVÁ, Kateřina; JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání (přepřacované). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
23. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
24. KALOUDOVÁ, Yvona; MELICHAROVÁ, Marie; BEZROUKOVÁ, Silvie. *Péče o jizvy po popálení*. Brno: Fakultní nemocnice Brno Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie, 2009. 8 s. ISBN neuvedeno (informační brožura).
25. KLIMEŠOVI M. a kol. (Eds) *Péče o kriticky nemocné dítě*, s.15-57. Brno: NCONZO.
26. KÖNIGOVÁ, Radana, BLÁHA, Josef. *Komplexní léčba popáleninového traumatu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 430 str. ISBN 978-802-4616-704.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 978-80-262-0978-2
28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence - Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing A.S., 2006. ISBN 80-247-1370-5
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-774-4
31. KŘÍŽOVÁ, Eva. *Sociologické podmínky kvality života. Zdravotnictví v České republice*. 2002, roč. 5, 3-4, s. 151-155. ISSN 1213-6050.
32. KULA, Luděk. *Kvalita života mladistvých a mladých dospělých* [online]. Brno, 2006 [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/5597/pedf_r/>. Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce .
33. MAREŠ, J. ET AL. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2007. 228 s.
34. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
35. PILÁT, M. (2005). *Psychologické aspekty péče o kriticky nemocné dítě*. In Fendrychová J.,

36. POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, c2004. ISBN 8072622595.
37. POKORNÝ, Vladimír, a kol. *Traumatologie*. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.
38. SLOVÁČEK, Ladislav, et al. *Kvalita života nemocných - jeden z nejdůležitějších parametrů komplexního hodnocení léčby*. Vojenské zdravotnické listy. 2004, 73, 1, s. 6-8.
39. STELZER, Jiří; CHYTILOVÁ, Lenka. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 115 s. ISBN 978-80-247-2144-6.
40. SVOBODOVÁ, Lenka. „Kvalita života.“ In Šubrt, J. (ed.) *Soudobá sociologie III.: Diagnózy soudobých společností*. Praha: Karolinum (v tisku).
41. ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 9788074920660.
42. ŠOLCOVÁ, Iva a KEBZA, Vladimír. *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*. In HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: [s. n.], 2004. s. 21—32. ISBN 80-86625-20-6.*
43. VAĐUROVÁ, H.; MŮLPACHR, P.: *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210- 3754-7

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System (APACHE II) [online]. Dostupné z WWW: <http://www.medicalcriteria.com>. [citováno 2016-02-24].
2. American Thoracic Society, Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)[online]. Dostupné z WWW: <http://www.thoracic.org/assemblies/srn/questionnaires/aqlq.php>. [citováno 2016-02-24].
3. Antiseptika a jejich antibakteriální účinnost [online]. Dostupné z WWW: http://www.hojeni-ran.cz/novinky-pro-odborniky/antiseptika-a-jejich-antibakterialniucinnost-224?confirm_rules=1. [citováno 2013-02-25]. 160 BROŽ, L., KALAŠOVÁ, E., ŠVECOVÁ, C., Lokální péče při hojení ran a popálení, Lékařské listy, 2006 [online]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/prilohalekarskelisty/lokalni-pece-pri-hojeni-ran-po-popaleni-173950>. [citováno 2016-02-25].
4. BRYCHTA, Pavel; et al., Léčebné standardy, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně České republiky, 2013 [online]. Dostupné z WWW: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenychpostupu>. [citováno 2016-03-09].
5. BRYCHTA, Pavel; FRANČŮ, Milada, a kol. Vybrané kapitoly z popáleninové a plastické medicíny [online]. Dostupné z WWW: <http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Popaleny/Popaleny.htm>. [citováno 2012-12-03].
6. Nadační fond POMOC POPÁLENÝM [online]. Dostupné z WWW: <http://www.pbh.cz/pomocpopaleny.htm>. [citováno 2016-02-06].
7. Nebezpečí popálení a opaření [online]. Dostupné z WWW: <http://mimirady.blog.cz/1003/nebezpeci-popaleni-a-opareni> [citováno 2016-03-18].
8. Občanské sdružení Bolí to. Meshování odebraného dermoepidermálního štěpu [online]. Dostupné z WWW: <http://www.bolito.cz/cz/o-nas.html>. [citováno 2016-02-06].
9. Sdružení na pomoc popáleným dětem [online]. Dostupné z WWW: <http://www.popaleny.cz/> [citováno 2016-02-06].

10. Disease. WHO: World Health Organization [online]. 2015
Dostupné z WWW: <http://www.who.int/diseases/en/>[cit. 2017-11-25].

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – anatomie kůže

Příloha č. 2 – rozsah popálenin

Příloha č. 3 – trvalé následky popálenin, ukázka

Příloha č. 4 – náhled emailové konverzace s respondentem D

Příloha č. 5 – hodnocení kvality života respondenta A před úrazem a po úraze dle WHO

Příloha č. 6 – hodnocení kvality života respondenta B před úrazem a po úraze dle WHO

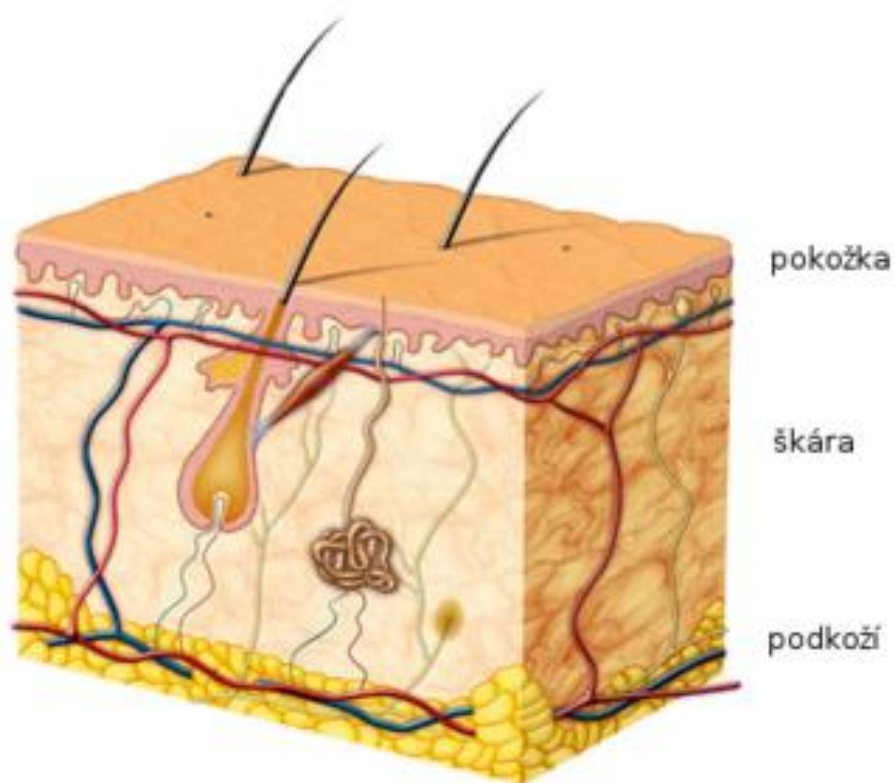
Příloha č. 7 – hodnocení kvality života respondenta C před úrazem a po úraze dle WHO

Příloha č. 8 – hodnocení kvality života respondenta D před úrazem a po úraze dle WHO

Příloha č. 9 – hodnocení kvality života respondenta E před úrazem a po úraze dle WHO

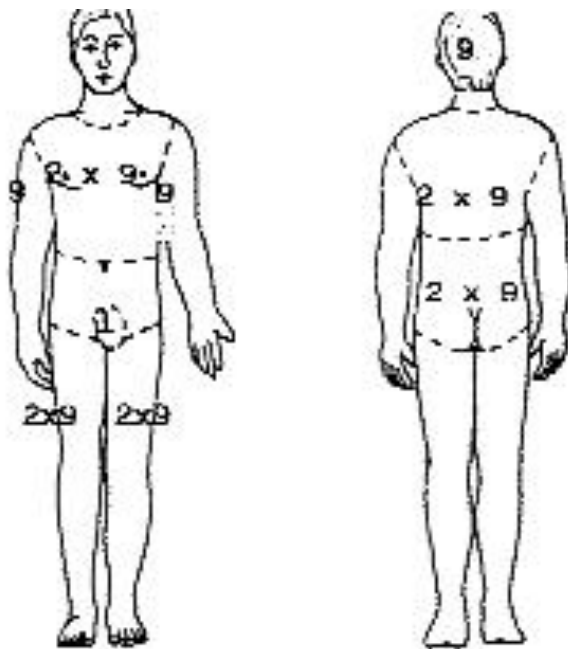
PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – anatomie kůže



(Zdroj: <https://www.hojeni-ran.cz/anatomie-lidske-kuze>)

Příloha č. 2 – rozsah popálenin



(Zdroj: <http://brodskesvaby.websnadno.cz/zdravoveda/popaleniny/popaleninya.jpg>)

Příloha č. 3 – následky popálenin, ukázka



(Zdroj: <http://cs.medixa.org/nemoci/jizvy-po-popaleninach>)

Příloha č. 4 – Korespondence s respondentem, zdroj vlastní

The screenshot shows the Seznam.cz email interface. The left sidebar contains navigation options: 'Napsat e-mail', 'Doručené', 'Odeslané', 'Rozepsané', 'Hromadné' (39), 'Archiv', 'Spam', 'Koš', and 'S hvězdičkou'. The main content area shows an email from 'bednanika@seznam.cz' received 'Dnes 2:47'. The subject is 'rozhovor'. The body text reads: 'Dobrý den vážený pane Nováku, získala jsem na Vás kontakt od paní Musilové z FN KV v Praze. Píší diplomovou práci na téma Kvalita života dospělých po termickém traumatu a ráda bych s Vámi udělala krátký rozhovor pro svůj výzkum. Bydlím jako vy v jižních Čechách a nebyl by pro mě problém kamkoliv dojet. Budu ráda za Vás čas. S přáním pěkného dne Bednaříková'.

The screenshot shows the Seznam.cz email interface. The left sidebar is the same as in the first screenshot. The main content area shows an email from 'bednanika@seznam.cz' received 'Dnes 2:49'. The subject is 'rozhovor'. The body text reads: 'Dobrý den slečno, rád se s Vámi sejdu. Bylo by to možné příští týden, tedy 31.8. v 11 hodin v ČB? Mám tam akorát cestu s lékaři. Potvrďte mi čas a místo vyberte. Pěkný den Novák'.

The screenshot shows the Seznam.cz email interface. The left sidebar contains navigation options: 'Napsat e-mail', 'Doručené' (1), 'Odeslané', 'Rozepsané', 'Hromadné' (39), 'Archiv', 'Spam', 'Koš', 'S hvězdičkou', and 'Vlastní složky' (with sub-items: 'byty', 'Buldocci', 'kamaradi'). The main content area shows an outgoing email to 'bednanika@seznam.cz' sent 'Dnes 2:57'. The subject is 'Re: rozhovor'. The body text reads: 'Dobrý den, mockrát děkuji, 31.8. mi vyhovuje, pokud jdete na vyšetření do nemocnice, můžeme se sejít v kavárně Delfin, která je vedle at nemusíte cestovat skrz město. Otázky budou velmi obecné a je jen na vás co vše mi povíte. Diskrétnost je samozřejmostí. Mockrát děkuji, pěkný den Bednaříková'. Below this is a quoted email: '----- Původní e-mail -----', 'Od: [redacted]', 'Komu: bednanika@seznam.cz', 'Datum: 29. 10. 2017 2:49:12', 'Předmět: rozhovor'. The quoted text is: 'Dobrý den slečno, rád se s Vámi sejdu. Bylo by to možné příští týden, tedy 31.8. v 11 hodin v ČB? Mám tam akorát cestu s lékaři. Potvrďte mi čas a místo vyberte. Pěkný den [redacted]'.

Příloha č. 5 – Respondent A, hodnocení před úrazem a po úraze

Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5

Příloha č. 6 – Respondent B, hodnocení před úrazem a po úraze

Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte, od lidí tolik péče kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5

Příloha č. 7 – Respondent C, hodnocení před úrazem a po úraze

Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5

Příloha č. 8 – Respondent D, hodnocení před úrazem a po úraze

Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5

Příloha č. 9 – Respondent E, hodnocení před úrazem a po úraze

Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5
Dostáváte od lidí tolik péče, kolik potřebujete?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen sám se sebou?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?	Velmi nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen ani nespokojen	Spokojen	Velmi spokojen
	1	2	3	4	5

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Bednaříková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017
Název práce:	Kvalita života dospělých po termickém poranění
Název práce v angličtině:	The quality of adult patients life after a traumatic injury
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá kvalitou života dospělých po termickém poranění. V teoretické části se práce zabývá především anatomii a fyziologií kůže, dále jednotlivými mechanismy úrazu s kvalitou života a prožíváním nemoci. Vymezuje také kvalitu života v různých odvětvích. Práce se zaměřuje na subjektivní hodnocení klienta po prodělaném úraze. Cílem práce je zjistit jak onemocnění a léčba ovlivnila postoj k životu a změny v profesním a osobním životě.
Klíčová slova:	Kůže, termické poranění, mechanismy úrazu, kvalita života, nástroje pro měření kvality života
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the quality of adult life after a traumatic injury. In the theoretical part the thesis deals mainly with the anatomy and physiology of the skin, as well as the individual mechanisms of injury with the quality of life and the experience of the illness. It also defines the quality of life in different sectors. The thesis focuses on the subjective evaluation of the client after the accident. The aim of the work is to find out how illness and treatment influenced attitude towards life and changes in professional and personal life.
Klíčová slova v angličtině:	Skin, thermal injury, injury mechanisms, quality of life, tools for measuring the quality of life
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – anatomie kůže Příloha č. 2 – rozsah popálenin Příloha č. 3 – následky popáleninového traumatu Příloha č. 5- 9 – stručné porovnání kvality života před a po úraze jednotlivými respondenty
Rozsah práce:	83 stran
Jazyk práce:	čeština

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

°C – stupně Celsia

APACHE - Acute psychological and chronic health evaluation systém

č. – číslo

DDRS – Distress and Disability Rating Scale (Posuzovací škála stresu a neschopnosti)

EEC – European Electricity Componiens

g – gram

H1 až H4 – hypotéza 1 až hypotéza 4

HS – health state

HSP – health state profiles

ISBI – mezinárodní společnost pro popáleninové úrazy

JIP – jednotka intenzivní péče

m – metr

MANSA - Manchester Short Assesement of Quality of Life

mm- milimetr

pH – potential of hydrogen (vodíkový exponent)

Ph. D. – doktor filozofie

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life –(Systém individuálního hodnocení kvality života)

SMS - short message systém

str. – strana

SWLS – Satisfaction With Life Scale (Stupnice spokojenosti se životem)

USA – United states of America (Spojené státy americké)

V – voltage

WHO – World health organization (Světová zdravotnická organizace)

WHOQoL - THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE
(WHOQOL) – BREF