

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2011

Lucie Kašpárková, DiS.

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Sociální a charitativní práce

Lucie Kašpárková, DiS.

*Psychosociální dopad popáleninového traumatu
na dospělého člověka*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jan Chrastina

2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Praze 7. dubna 2011

První velké poděkování patří vedoucímu této práce Mgr. Janovi Chrastinovi, že se vedení této práce nadšeně ujal a za jeho velmi pečlivé a detailní konzultace.

Poděkování patří také vedoucímu lékaři dětského standardního oddělení KPM FNKV MUDr. Robertu Zajíčkovi za odborné a upřesňující informace o současných moderních postupech v léčbě popálenin a aktuálních informacích o občanském sdružení Bolíto, kterého je zakladatelem a současným předsedou.

Poslední velký dík patří zdravotně-sociální pracovníci KPM FNKV paní Aleně Šourkové za sdílení svých zkušeností z mnohaleté praxe v sociální péči o popálené pacienty a zprostředkování odborných a praktických informací.

OBSAH

Úvod.....	7.....
1 Popáleniny ze stručného medicínského pohledu.....	9..
1.1 Nástin šíře problematiky psychosociálního dopadu.....	9..
1.2 Nejčastější příčiny termického úrazu u dospělých.....	10
1.3 Působení termické energie na kůži.....	10..
1.4 Skutečnosti určující závažnost popáleninového traumatu.....	11
1.5 Klasifikace popálenin.....	12....
1.6 Určení rozsahu poškození - Pravidlo devíti.....	14.
1.7 Možné způsoby poškození nebo ztráty kůže.....	15.
1.7.1 Popálení tepelným zdrojem.....	15....
1.7.2 Elektrotrauma.....	15....
1.7.3 Chemické trauma.....	16....
1.7.4 Inhalační trauma.....	16....
1.7.5 Chladové trauma.....	17....
1.7.6 Radioaktivní záření.....	19....
1.8 Léčba.....	20.....
1.9 Rehabilitace.....	20.....
1.9.1 Jizvy jako kosmetický a funkční defekt.....	21..
1.9.2 Možnosti rehabilitační léčby jizev.....	22..
2 Psychický dopad popáleninového traumatu na dospělého člověka a jeho	24.....
rodinu.....	24.....
2.1 Přijetí pacienta na popáleninovou kliniku.....	24.
2.2 Hospitalizovaný pacient.....	24....
2.3 Změny a faktory ovlivňující psychický stav člověka pacienta.....	25
2.4 Fáze prožívání krize.....	26....
2.5 Obranné reakce dospělého nemocného na úraz.....	26

2.6 Psychické změny po rozsáhlém termickém úrazu.....	28
2.6.1 <i>Posttraumatická stresová porucha (PTSD)</i>	28..
2.7 Možnosti psychické podpory pacienta v krizových fázích.....	30
3 Sociální dopad popáleninového traumatu na dospělého člověka, jeho rodinu a sociální okolí.....	32....
3.1 Sociální význam nemoci.....	32....
3.2 Sociální změny u hospitalizovaných pacientů.....	32
3.3 Možné sociální problémy pacienta při hospitalizaci.....	33
3.3.1 <i>Sociální změny v rodině hospitalizovaného pacienta</i>	34
3.3.2 <i>Ekonomický dopad hospitalizace na pacienta a jeho rodinu</i>	34
3.4 Možné sociální problémy po propuštění.....	35..
3.4.1 <i>Nezaměstnanost</i>	35.....
3.4.2 <i>Suicidum</i>	37.....
3.4.3 <i>Bezdomovství</i>	38.....
3.4.4 <i>Dlužnictví</i>	39.....
3.4.5 <i>Závislosti. Kriminalita</i>	40.....
4 Úloha sociálního pracovníka v procesu hospitalizace, propuštění a následné péče.....	42.....
4.1 Vymezení činnosti sociálního pracovníka nemocničním zařízením.....	42
4.2 Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení...	43
4.3 Specifika sociální práce na oddělení KPM.....	44.
4.4 Sociální šetření sociálního pracovníka KPM.....	44.
4.5 Nejčastější praktické činnosti sociálního pracovníka KPM.....	45
4.5.1 <i>Problematika (ne)placení regulačních poplatků</i>	45.
4.5.2 <i>Práce sociálního pracovníka KPM s lidmi bez domova</i>	46
4.5.3 <i>Vyřizování plateb penzí</i>	48.....
4.5.4 <i>Postup při zajišťování invalidního důchodu pacienta</i>	49
4.5.5 <i>Zajištění kompenzačních pomůcek</i>	50...
4.5.6 <i>Sociální poradenství</i>	51.....

4.5.7 Přehled sociálních dávek a dalších forem sociální pomoci klientovi po prodělaném popáleninovém traumatu.....52...

4.5.8 Typy sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb. sociálních službách.56

5 Pastorační a spirituální péče o pacienta v nemocnici nebo klienta po jeho propuštění.....59.....

5.1 Vymezení spirituální a pastorační (pastorální).péče.....60

5.2 Poskytovatelé spirituální péče ve zdravotnických zařízeních.....61

5.3 Spirituální péče o pacienta KPM FNKV.....62..

5.4 Přehled základních charakteristik vybraných křesťanských denominací ve vztahu k pastorační pomoci v nemocnici.....63..

Závěr.....66.....

Seznam použitých zdrojů.....69....

Seznam použitých zkratk.....74....

Seznam příloh.....75.....

Úvod

Výběr tohoto tématu byl pro mě jednoznačnou volbou, protože jsem strávila 3 roky u lůžka pacientů s popáleninami různého věku na Klinice popáleninové medicíny v Praze jako zdravotník. V praxi jsem se poměrně často setkávala se sociální pracovnící, která měla právě pacienty po popálení na starosti. Sociální pracovnice je součástí celého multidisciplinárního týmu, který tvoří nejen zdravotníci, ale i psycholog a fyzioterapeut.

Každopádně to byla pro mne oblast úplně neznámá a moc jsem si již tehdy přála vědět, co všechno sociální pracovnice vlastně šetří, jaké má rozhodovací kompetence a praktické možnosti jejich uplatnění. Tato práce je proto i pro mě velkou příležitostí činnosti a kompetence sociálního pracovníka poznat zblízka.

Tato práce bude obsahově rozsáhlejší a to zejména z důvodu specifčnosti tématu, jeho problému a dosavadního malého poznání problému. Komplexní problematika bio-psycho-sociálního dopadu na popáleného člověka a jeho rodinu nebyla ještě nikdy takto uceleně zpracovaná. Proto je nutné využít delšího rozsahu práce tak, aby všechny uvedené oblasti byly rovnoměrně zastoupeny a nedošlo tím ke zkreslení celkové problematiky člověka po prodělaném popáleninovém traumatu a jeho rodiny.

Cílem této bakalářské práce je snaha o komplexní popis příčin a důsledků popáleninového traumatu v rovině psychické, fyzické a sociální, a to nejen na pacienta, ale i jeho rodinu v rozsahu potřebném pro využití v sociální práci. Samotný popis bude určován činnostmi multidisciplinárního týmu zdravotnického zařízení KPM FNKV, do kterého spadá i sociální pracovník. Cílem je i popis současného stavu sociální pomoci a podpory těmto pacientům, nejen v době jejich hospitalizace, ale i v rámci následné péče. Chtěla bych i zdůraznit význam kontinuální fyzické rehabilitace jako významného prvku při pomoci návratu do běžného života a integraci do společnosti.

Při tvorbě psaní bakalářské práce jsem postupovala metodou práce s dostupnými informacemi z odborné literatury, odborných časopisů. Informace byly analyzovány a následně také komparovány. Dalším významným zdrojem informací byl poznávací rozhovor vedený volným nestandardizovaným způsobem se sociální pracovnící Kliniky, která se touto problematikou již

dlouhá léta profesionálně zabývá. Informacemi mi byly i internetové zdroje zabývající se popáleninovou problematikou. Důvodem jejich využití je fakt, že v České republice existuje velmi malý počet publikací odborné literatury, která se týká přímo popálenin. Všechny výše uvedené informace byly analyzovány a porovnány mezi sebou a pro potřeby práce metodicky uchopeny tak, aby naplnily předem stanovené kritérium, kterým bylo uplatnitelnost pro potřeby dospělého klienta s popáleninovým traumatem.

Práce i přes specifičnost zvoleného tématu je určena nejen studentům sociální práce se zájmem o tuto problematiku, sociálním pracovníkům, ale i zdravotníkům se zájmem o rozšiřující informace v rámci multidisciplinární péče o pacienta. Práci bych chtěla věnovat také rodičům takto postižených dětí. Může být pro ně komplexním průvodcem široké problematiky popáleninového úrazu, kde, jak doufám, by našli alespoň většinu odpovědí na své otázky.

První část práce je zaměřena na vymezení popáleninového úrazu průběhu jednotlivých etap léčebného období. Dále jsou vymezena popáleninová specifika u dospělých pacientů v celém průběhu úrazu od zranění po léčbu, a to ze stručného medicínského pohledu. Součástí práce je i charakteristika psychických změn u dospělých pacientů a jejich sociálního okolí v průběhu celé hospitalizace a po propuštění do domácího ošetřování.

S psychickými změnami souvisí také změny sociální, kterým je práce také věnována. Práce se zabývá sociálními změnami dospělého, ale i sociálním dopadem na široké okolí celé jeho rodiny. V závěru práce jsou vymezeny činnosti zdravotně-sociálního pracovníka, včetně jeho kompetencí. Komplex informací týkající se sociální práce završuje i přehled možnosti podpory v systému sociálního zabezpečení. Závěr práce tvoří nastínění duchovní pomoci člověku po prodělaném popáleninovém úrazu v systému duchovní podpory v nemocničním prostředí.

1 Popáleniny ze stručného medicínského pohledu

„Popáleninové trauma není ani zlomená končetina, ani náhlá břišní příhoda – zde se spřádá spleť sítí vzájemně se ovlivňujících faktorů z oblasti cirkulace, ventilace, metabolismu, imunologie a infekce.“¹

1.1 Nástin širě problematiky psychosociálního dopadu

Popáleniny jsou devastujícím poraněním s funkčním a estetickým defektem. I přes možnosti moderní medicíny: transplantace, plastické opakované re-operace nebo použití umělé kůže Integry není většinou kosmetický i funkční efekt pro pacienta uspokojivý, a to i přesto, že k návratu co možná největší možné funkčnosti zhojené kůže věnoval maximum úsilí v následné rehabilitaci, a v nutné **každodenní** péči o zhojenou popálenou plochu.

Těžký popáleninový úraz, lhostejno jaké etiologie, je celoživotním „programem“ pacienta: opakované hospitalizace a reparativní operace na klinikách popáleninové medicíny, opakované rehabilitace a denní péče o popálené plochy. To není snadným úkolem pro žádného člověka. Vlivem viditelného kosmetického defektu, např. v obličejové části, pacienti trpí často nízkým sebevědomím. Kosmetické změny nebo defekty ve spojení s nízkým sebevědomím jsou zdrojem dalších problémů v sociální oblasti – partnerských vztahů, zaměstnavatelností takto postiženého člověka, atd...

Mnohým pacientům se navíc děsivé vzpomínky na prožité trauma vrací, a musí nezdědkou vyhledat odbornou psychologickou pomoc, pokud ji nevyužijí již přímo na klinice při samotné hospitalizaci.

V následujících podkapitolách bych chtěla popsat nejčastější příčiny termického úrazu, druhy ničící energie způsobující popálení, poleptání či omrzliny. Také jakým základním způsobem se popáleniny dělí podle hloubky postižené kůže, včetně první pomoci a nástinu další profesionální léčby.

Zdánlivou obsažnou popisností chci čtenáři ukázat jakými náročnými, bolestivými a časově dlouhými léčebnými a chirurgickými výkony musí

¹ KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str. 25

popálení pacienti ve vážném, v mnohdy život ohrožujícím stavu projít, a to s výsledkem více než nejistým – co se týká vůbec šance přežití, úplného vyléčení, a bezproblémového návratu k původnímu zaměstnání k dřívějšímu životnímu stylu, zájmům.

1.2 Nejčastější příčiny termického úrazu u dospělých

Königová uvádí, že důvodem úrazu u dospělých od 15 – 45 let, častěji mužů, je ignorování bezpečnostních předpisů na pracovišti (kouření, alkohol, nedbalost).²

Muži středního věku se stávají pacienti KPM buď v rámci pracovního úrazu nebo po experimentech s benzínem. Např. velmi často opakované zapalování ohně benzínem. Ženy, obzvláště ve věku nad 70 let tvoří $\frac{3}{4}$ všech pacientů s popáleninami. Příčinou bývá porucha koordinace pohybů, což vede k pádům např. na plotny, kamna a následnému vznícení oděvu nebo opaření. Muži tohoto věku většinou způsobí požár svou nedbalostí, usnou s cigaretou v posteli.

Může však jít i o nevinné diváky nebo, obzvláště ve stáří, pacienti s epilepsií, diabetem nebo infarktem myokardu. Nesmíme ale ani zapomenout na zachraňující požárníky a další profese.³

1.3 Působení termické energie na kůži

Kůže má mnoho funkcí: chrání před nejrůznějšími vnějšími vlivy, udržuje teplotu, je místem cití (bolesti, tepla, atd.), zabraňuje ztrátám tekutin, je mechanickou bariérou před vnějšími negativními vlivy, ale také určuje identitu jedince. „Ztráta uvedených funkcí kůže je v přímé nebo nepřímé souvislosti s komplikacemi, a to jak časnými, jež ohrožují život bezprostředně, tak pozdními, bránícími postiženému vrátit se do aktivního života (do rodiny a do práce)“⁴. Kůži tvoří svrchní vrstva kůže - *pokožka* (epidermis), což je rohová vrstva (cca 0,15 mm) tvořená z několika vrstev buněk, dále *škárou* (střední vrstvou kůže, dermis), která je protkána různými typy vazivových vláken, zde je centrum pružnosti, mechanické odolnosti a pevnosti kůže a *podkožím*, které

2 Tamtéž, str. 17

3 Tamtéž, str. 17 – 19

4 Tamtéž, str. 28

obsahuje vrstvu podkožního tuku pod kterým je řídké vazivo, které spojuje kůži s kostmi, svaly.⁵

Maximální teplota, kterou člověk v kontaktu snese, je podle výzkumů na lidských dobrovolnících dle Königové 43,5 °C. Teplota 44 °C umožňuje zotavení buněk do doby max. 6 hodin působení. Delší doba vede k nenávratné ztrátě epidermis, a to za předpokladu, že není kožní mikrocirkulace porušena, v opačném případě poškození kůže vyvolávající energií pokračuje, i když zdroj poškození přestane působit.

1.4 Skutečnosti určující závažnost popáleninového traumatu

Bez ohledu na příčinu poškození tkáně chemickým, elektrotraumatem či radiačním popálením je závažnost popáleninové postižení určena i mechanismem úrazu, rozsahem postižení, věkem postiženého, lokalizace popáleniny a probíhajícími onemocněními. Tyto faktory jsou důležité pro výběr volby první pomoci a následné péče, včetně výběru dopravního prostředku k převozu pacienta (sanitka x vrtulník).

Mechanismus úrazu je určen okolnostmi, za kterých úraz proběhl a dobou bezprostředně následující po něm. *Rozsah postižení* se stanovuje orientačně tzv. „Pravidlem devíti“, které je popsáno dále, kdy plocha ruky se sevřenými prsty odpovídá 1 % celkového tělesného povrchu postiženého. Hloubka postižení je faktorem hlavně pro plánování chirurgických výkonů, a je určující pro délku morbidit (nemocnosti) ale také i mortality (úmrtnosti). Je zjišťován *testem kapilárního návratu*⁶ a také je určen tzv. *testem citlivosti*⁷, kdy její ztráta znamená hluboké postižení. Nejzávažnější *lokalizací* jsou popáleniny obličeje, krku, rukou, oblasti pohlavních orgánů a plosek nohou.⁸

5 HUGO, J., VOKURKA, M., *Praktický slovník medicíny*. Maxdorf 1998. Str. 246, 350.

6 **Test kapilárního návratu** – nehtem tlačíme na tkáň (kůži) po dobu 5 vteřin. Fyziologický čas je pokud se barva vrátí do 2 vteřin.

7 **Test citlivosti** – se provádí ostrým předmětem do postižené partie. Ztráta citlivost znamená hluboké postižení díky zničení senzitivních vláken. Tento test lze provádět jen u komunikujících pacientů! KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str. 43

8 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str. 43

1.5 Klasifikace popálenin

Podle Königové jsou popáleniny na povrchu přirovnávány k oku býka, kdy nejhlubší postižení je uprostřed a povrchnější postižení je okolo.⁹ Klasické, novější dělení vypouští dříve udávaný IV. stupeň nazývaný zuhelnatění nebo zkapalnění není stav slučitelný se životem, a tudíž ani žádným způsobem léčitelný.¹⁰

I. stupeň podle hloubky poškozené tkáně vypadá tak, že kůže je zarudlá, ale pod dotykem bledne. Postižené místo je bolestivé, může být trochu oteklé, ale je bez puchýřů. Hojí se v horizontu dní.

II. stupeň se dělí tradičně na stupeň IIa a IIb V případě IIa stupně je povrchová část kůže částečně, ale reverzibilně – tedy návratně – poškozena. Na rozdíl od stupně IIb, zde je patrné hluboké částečné poškození kůže. Bezprostředně po úrazu sice při zatlačení bledne, tzn., že kapilární řečiště se opět naplní, ale po 24 hodinách od úrazu se tato mikrocirkulace zastavuje, a oběh stagnuje¹¹. Tento stupeň poškození kůže vypadá rozličně – kůže může být skvrnitá s bělavými, tmavohnědými, růžovými či červenými okrsky, vidíme zde puchýře ne příškvary. Postižené místo ještě bolí, protože jsou zachována nervová zakončení. Hojí se v řádu týdnů.

III. stupeň definuje ztrátu kůže v celé její tloušťce. Kůže je typicky voskově bílá nebo špinavě červená, hnědá a tuhá. Dochází k odumření tkáně, tlakem na kůži, kůže nebledne¹². Postižené místo nebolí (jsou zničena nervová zakončení). Hojí se měsíce, zpravidla na specializovaných klinikách, jsou nutné pravidelné speciální převazové invazivní chirurgické techniky: nekrektomie, autotransplantace nebo zajištění jinou formou kožních náhrad.

Podle Königové lze hloubku termického traumatu určit vždy jen zpětně (retrospektivně). To z toho důvodu, že se v průběhu od úrazu po zhojení neustále mění vlivem ošetřování a celkové léčby, která k popáleninám patří.

9 Tamtéž, str. 32

10 Srov.: BYDŽOVSKÝ, J., *První pomoc*. Grada 2001. Str. 32: „Někdy bývají popáleniny děleny do 4. stupňů, kde III. stupeň je kombinací puchýřů, objevující se nekrózy, zůstávají jizvy, za IV. stupeň se považuje naprosté zničení tkáně, nekróza“

11 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str. 32

12 FREI, J. *Popáleniny První pomoc (Mládež ČČK v Domažlicích)* [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 22. 2. 2010] dostupné na WWW <<http://mcek.sweb.cz/popaleniny.htm>>

Kritéria	II. stupeň	III. stupeň
Příčina	<i>opaření politím ožeh plamenem</i>	<i>opaření ponořením hoření elektrický proud chemikálie</i>
Barva	<i>Ila – růžová až červená IIb – skvrnitě červená bez kapilárního návratu</i>	<i>perleťově bílá nebo žlutá hnědá až černá</i>
Povrch	<i>puchýře s vlhkou spodinou</i>	<i>suchý</i>
Citlivost (bodnutí)	<i>bolestivost</i>	<i>necitlivost</i>

Tabulka 1: Diagnostika hloubky popáleniny

V některých případech se mohou popálené plochy i po prvotním zaléčení prohloubit, a to díky vysychání (dehydrataci). Další příčinou prohloubení popálení je vznikající otok pod postiženou plochou nebo celkový otok, který doprovází postupující **popáleninový šok**. Tento šok vzniká také vlivem cirkulární nekrózy na končetinách, které musí být uvolněny tzv. uvolňujícími nářezy¹³ a vlivem osídlení nechráněné tkáně masivními infekcemi.

Totíž, kromě hrozby celkové sepse organismu, některé typy infekcí ničí epitel mazových žlázek a vlasových folikulů, i potních žlázek. Vznikající nová epitalizace z malých zbytků epitelu vzniká v nerovném prostoru mezi dermis a podkožím. Hojení je v takových místech velmi zdlouhavé¹⁴ a výsledkem je další častý jev **hypertrofických jizev**, které nejsou prakticky jinak než opakovanými reparativními operacemi nebo důslednou rehabilitací odstranitelné, a téměř nikdy zcela.

Na další prohloubení postižených ploch se podílí popáleninový šok díky již zmíněnému edému a vazokonstrikci, některé poruchy cévního systému jako je např. ateroskleróza nebo metabolické a endokrinologické choroby, které ztěžují hojení i ne příliš rozsáhlých popálenin, tj. např. diabetes mellitus.

13 **Uvolňující nářezy:** tímto chirurgickým zákrokem, viz obr. Se zruší tlak mezi dvěma pnutími: nekrózou a protitlakem ve formě edému vznikající jako druhotná reakce organismu na popálení. Nářezy tak odstraní působení dvou sil, které uzavírají velké cévy a působí tak jako oprátka. Nářezy se dělají na rukách, nohách, na straně trupu a krku, tedy všude tam kde by hrozila zástava cirkulace krve vlivem narůstajícího otoku a nepružnosti postižené tkáně. KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str. 44

14 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str. 34

1.6 Určení rozsahu poškození - Pravidlo devíti

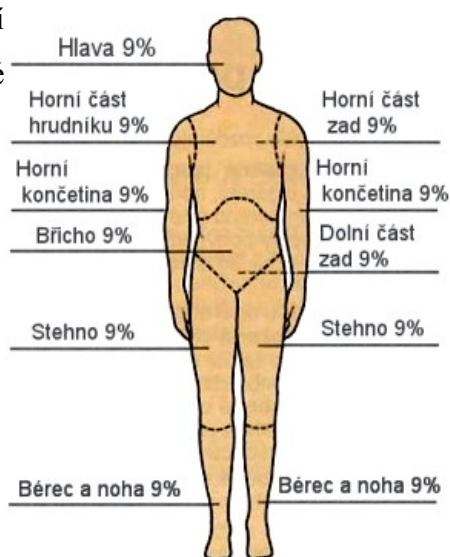
Königová uvádí, že poškození více než 20 % vyvolává šok, a je hodnoceno jako postižení těžké a rozsáhlé. Vyšší mortalita než u ostatních věkových skupin je u pacientů starších 60 let. Bohužel u této věkové kategorie pacientů i nerozsáhlá postižení mohou mít smrtelný průběh, v důsledku např. skrytých onemocnění a onemocnění nejrůznějších orgánů¹⁵.

Jak uvádí Bydžovský, kromě jasných případů v případě rozsáhlého popálení, doprovodíme každého postiženého s více než 1% popálení k lékaři.

1% povrchu těla odpovídá ploše ruky včetně sevřených prstů k sobě¹⁶.

„Pravidlo devíti“ pro orientační určení rozsahu postižení je naznačeno v přehledné tabulce s doplňujícím obrázkem¹⁷:

	Množství	Celkem
Hlava	9 %	9 %
Trup	2 x 9 %	18 %
Záda	2 x 9 %	18 %
Horní končetiny	2 x 9 %	18 %
Dolní končetiny	2 x 2 x 9 %	36 %
Pohlavní orgány	1 %	1 %



Tabulka 2: Pravidlo devíti

Medicínskou popáleninovou problematiku popisují více ve své absolventské práci na téma „Psychosociální dopad popáleninového traumatu na dítě“¹⁸.

¹⁵ Tamtéž, str. 42

¹⁶ BYDŽOVSKÝ, J., *První pomoc*. Grada 2001. Str 32

¹⁷ Obr. převzat: BRYCHTA, KALOUDOVÁ, BROŽ, KAPOUNKOVÁ, *Přednemocniční péče o termický úraz*. Projekt MZ ČR zpracovaný ČSL JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3, Doporučené postupu pro praktické lékaře. [online] 2009 [cit. 2. 8. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r047.rtf>>

¹⁸ KAŠPÁRKOVÁ, L. *Psychosociální dopad popáleninového traumatu na dítě*. Absolventská práce VOŠ CARITAS obhájená v červnu 2010

1.7 Možné způsoby poškození nebo ztráty kůže

Následující text popisuje možné příčiny ztráty kůže, které lze souhrnně označit jako popálení. Příčiny ztráty kůže, které se na KPM řeší nejčastěji jsou následující.

1.7.1 Popálení tepelným zdrojem

Mezi nejčastější energie devastačně působící na kůži patří přímý kontakt s horkým zdrojem (plamen nebo okolní horký vzduch nebo obojí). Maximální kontaktní subjektivně snesitelná teplota je 43,5 °C. Při teplotě 44 °C do 6 hodin působení jsou na kůži změny stále ještě reverzibilní. V případě delšího působení na kůži tepelná energie působí směrem do hlubších podkoží kůže a to i po odstranění tzv. tepelné noxy.¹⁹

Organismus se snaží nahromaděné teplo co nejrychleji rozptýlit. Pokud je ale absorpce tepla rychlejší než samotné rozptýlení nastává smrt buněk, a to buď lokálně v místě působení (vzniká nekróza) nebo celkově, viz obrázek č 1 v příloze práce.²⁰

1.7.2 Elektrotrauma

Elektrický proud způsobuje vysokou teplotu při jeho průchodu tělem. Lokální poškození může být způsobeno²¹ *přímým působením proudu*, kdy kůže je zpravidla porušená jen v místě vstupu a výstupu elektrického proudu, viz. obrázek č. 2 a 3 v příloze. Místo má zřetelně červenou barvu, jejíž okolí je lemováno šedou tkání.²²

Elektrotrauma může být způsobeno také vznikem *elektrického oblouku*. Rozdíl je také mezi působením vysokého a nízkého napětí. Elektřina vstupuje do těla v okamžiku kontaktu a následně jde cestou nejmenšího odporu, přičemž než odejde z těla člověka, může procházet vnitřními orgány organismu a hlubšími vrstvami tkání těla. Jakmile se tento oblouk ze zdroje vysokého napětí vytvoří, může být díky oběti rozšířen až do vzdálenosti 3 metrů, a může mít teplotu 5000 °C i vyšší. Proud 60 Hz, jak uvádí Königová, mění svůj směr

19 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str 29

20 Tamtéž, str 28

21 Tamtéž, str 328

22 Tamtéž

až 120x/s. Člověk se stává součástí elektrického oblouku i v případě zasažení země bleskem, ten se rozptyluje po zemi²³.

Někdy dochází i k *popálení ze vzníceného oděvu nebo z požáru okolí od elektrické jiskry*. Zde je poraněný v kontaktu s elektrickým nosičem do té doby, než je mu poskytnuta pomoc a kontakt s proudem přerušen. Kontakt s elektřinou se projeví prakticky vždy nekrózou, skrytým poškozením až úmrtí jednotlivých orgánů, krvácením do tělních dutin, zlomeninami páteře, dlouhých nebo lebečních kostí. Dále se může projevovat také tetanickým smrštěním svalů, samozřejmě i k zástavě srdečního rytmu a dýchání²⁴. Záleží na druhu kontaktu, expozici. V dospělém věku jsou tomuto postižení nejvíce vystaveni profesionální elektrikáři.

1.7.3 Chemické trauma

Chemické látky způsobující popálení může člověk požit, vdechnout nebo se poranit přímým kontaktem s nimi. Brož uvádí, že existuje zhruba 25 tisíc produktů, které mohou být příčinou tohoto typu traumatu – některé působí jen místně (ve formě nekróz), jiné způsobují celkovou otravu organismu²⁵.

Popáleniny způsobené louhem jsou horší než popálení kyselinou, protože louhy pronikají do kůže mnohem hlouběji. Avšak jak u poleptání louhem či kyselinou viz obr. č. 4 a 5 v příloze platí, že se proces popálení zastaví až odstraněním působící látky nebo její neutralizací. Vyvolává puchýře nebo příškvary²⁶.

Kyseliny (pH je nižší než 7) vytváří příškvary jako důsledek dehydratačního účinku kyselin, a tím úbytku tekutin, rána má tmavou barvu. Zásady (pH větší než 7) vytváří rozbředlou, žlutohnědou nebo zelenou tkáň – na rozdíl od kyselin působí více do hloubky²⁷.

1.7.4 Inhalační trauma

Popálení v důsledku inhalace škodlivého dýmu při hoření nebo dráždivých částic jsou podle Freie na prvním místě ve statistice úmrtí do 24 hodin po

23 Tamtéž

24 Tamtéž, str 328-330, 356

25 Tamtéž, str 357

26 FREI, J *Popáleniny*. První pomoc (Mládež ČČK v Domažlicích) [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 22. 2. 2010] dostupné na WWW <<http://mcek.sweb.cz/popaleniny.htm>>

27 BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. Vyd. 1. - Praha: Grada, 2001. Str. 27

vzniku této situace.²⁸ Tento typ popálení vzniká nejčastěji u osob v uzavřeném prostoru plném kouře nebo u těch, kteří byli během požáru v bezvědomí. Inhalační trauma se projevuje jako kašel, chraptot nebo dušnost s cyanózou, ve sputu najdeme saze. Samozřejmě může dojít i k zástavě dýchání z důvodu otoku dýchacích cest, obstrukce v dolních dýchacích cestách. Po 24 hodinách od úrazu se rozvíjí plicní edém²⁹.

Například inhalace přehřáté vodní páry má 4000x vyšší tepelnou kapacitu a úměrně tomu přenáší i velké množství tepelné energie. Úmrtnost (mortalita) u popálenin způsobených inhalačním traumatem v kombinaci s rozsáhlými popáleninami je vysoká (80 % - 100 % všech takto popálených pacientů). Jednak je zničena plicní mikroventilace a jednak přímou destrukci působí chemické prvky obsažené v inhalovaném kouři³⁰.

Nejčastější inhalační trauma způsobuje oxid uhelnatý, který vzniká při nedokonalém spalování, např. při hoření v uzavřeném prostoru. Tak vznikne porucha vědomí až bezvědomí, a typickým příznakem je nápadně růžová barva sliznic nebo překrvení ve tváři. V lékařské praxi se používá terapie rychlého podání vysoké koncentrace kyslíku nebo i výměnná transfúze³¹.

1.7.5 Chladové trauma

Běžně vzniká na koncových nebo nechráněných částech těla. Při lokálním podchlazení dochází k smrštění cév koncových částí těla (vazokonstrikce). Organismus se tak brání ztrátě tepla. Tím se ale také omezení proudění krve na minimum, což má za příčinu omezení proudění krve na minimum. Tkáně nejsou zásobovány kyslíkem ani živinami (tkáňový metabolismus) a několik hodin při působení nízkých teplot buňky odumírají v důsledku tohoto nedostatku.³² Jak uvádí Kōnigová, bylo prokázáno, že tento metabolismus se zastavuje již při +6 °C. Organismus ve snaze udržet stabilní teplotu nechá,

28 FREI, J *Popáleniny*. První pomoc (Mládež ČČK v Domažlicích) [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 22. 2. 2010] dostupné na WWW <<http://mcck.sweb.cz/popaleniny.htm>>

29 Tamtéž

30 KŮNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str 225

31 Tamtéž, str 226

32 PROUZOVÁ P. *Termická poranění-popáleniny, omrzliny*. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 2. 9. 2010], dostupné na: <http://www.help-us-to-help.estranky.cz/clanky/prvni-pomoc/_12_-termicka-poraneni---popaleniny_-omrzliny_-upal_-uzeh>

„napospas“ své končetiny, viz obr. č. 6 – 9 v příloze, spíš, než by dovolil pokles teploty v životně důležitých orgánech³³.

V případě, že teplota tkáně klesne pod bod mrazu, pak buňky hemolyzují, dochází k jejich zničení, rozpadnou se a putují do krve a okolních tkání a jsou pro vlastní organismus vysoce toxické. Největší nebezpečí v této souvislosti se projeví při rychlém zahřátí – které je jako druh první pomoci přísně kontraindikováno, a to z toho důvodu, že rozpadlé buňky se vyplaví do krevního oběhu, kde dochází k toxickému šoku³⁴.

I omrzliny mají své stupně poškození tkáně, stejně jako u popálenin. Rozlišení a popis se však v literatuře rozchází, a tedy použijí odborný popis podle Königové. Ta uvádí, že to, co rozhoduje o hloubce postižení tkání, je druh chladu, který na tkáň působil, a rozlišuje suchý a vlhký chlad. Suchý chlad vzniká při teplotách pod bodem mrazu, a i při teplotě – 50 °C neproniká do hloubky tkáně na rozdíl od vlhkého chladu např. Při ponoření do bahna nebo vody již při 2 °C proniká do hlubokých tkání, zevní vrstvy se sice jeví jako nepoškozené, ale svalovina, nervy a cévy i skelet může být zdevastovaný. Totiž vodivost vody je 20x větší než suchého vzduchu. Bod mrazu pro živé tkáně je všeobecně -3 °C, poté nastávají hluboké změny trvalého charakteru.³⁵

I z tohoto důvodu se obraz lokálního poškození tkáně mění v průběhu dní, týdnů nebo až měsíců. Königová celý proces rozlišuje na fáze:

Stupeň I – akutní prochlazení se projeví třesavkou, sníženým prokrvením končetin. Končetiny jsou bledé, prochlazené, bolestivé, necitlivé. Po zahřívání kůže zčervená, otéká, přetrvává svědění a pálení při oteplování.

Stupeň IIa – kůže je pastózní, otok se zvětšuje, následně se vytváří puchýře, které se nesmí neodborně vypouštět, protože hrozí velké riziko infekce. Na odborném pracovišti se pak bula snese, čímž se sníží tlak spodiny, které by defekt tkáně mohl ještě více prohlubovat. Provádí se test kapilárního návratu.

Stupeň IIb – kůže je modro-fialová až šedá, studená, chybí v ní cit, žádná motorika prstů. Kryje se suchým a sterilním krytím.

33 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str 363, 366

34 PROUZOVÁ P. *Termická poranění-popáleniny, omrzliny*. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 2. 9. 2010], dostupné na: <http://www.help-us-to-help.estranky.cz/clanky/prvni-pomoc_/12_-termicka-poraneni---popaleni-_omrzliny_-upal_-uzeh>

35 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str 365-366.

Stupeň III – postižená tkáň má černohnědou barvu. Nekróza je suchá, ohraničená od zdravého okolí. Zde se přistupuje k amputaci.

V odolnosti k chladu hrají důležitou roli i rasové rozdíly, kdy lidé s tmavší pletí, jsou vůči chladu odolnější než bílí jedinci. V souvislosti se sociální prací je též nutno uvést, že ve většině případů lidé, kteří utrpí omrzliny nebo jim podlehnou, jsou lidé bez domova nebo etylici (alkoholici). K chladovému traumatu přispívá i kouření, protože nikotin poškozují cévy, a při kouření právě nikotin zastavuje oběh v jemných krevních cévách (kapilárách) což podporuje lokální nedokrvění tkáně a vede k jejímu odumření (princip ischemie)³⁶. Zmrzlé části jsou křehké, po rozmrznutí se rozpadají³⁷.

1.7.6 Radioaktivní záření

S tímto druhem poranění se samozřejmě v běžné denní praxi nesetkáváme. Vzniká při nehodách nebo mimořádných pracovištích s významnými zdroji ionizujícího záření. Tím je dán poměrně malý okruh potencionálních postižených, a řadového občana se to zpravidla nedotkne, i když si totéž celý svět myslel i před výbuchem jaderné elektrárny Černobyl na severu Ukrajiny v roce 1986 nebo aktuální problematika výbuchu jaderné elektrárny v Japonsku (2011) jako následku ničivé vlny tsunami v důsledku posunu zemských desek.

Radiační záření z pronikavé radiace nebo radioaktivního zamoření působí ničivě na živé buňky. Nejcitlivější na záření jsou buňky kostní dřeně, střevní buňky, kožní a buňky zárodečných žláz. Reakce na radiační záření zahrnuje také ztrátu ochlupení, pocení, nechutenství, horečky, krvácení do kůže, selhání krevního oběhu, činnosti ledvinového systému³⁸. Při dlouhodobém styku takových látek na kůži nebo se sliznicemi vznikají kromě ran i popáleniny, tzv. akutní kožní změny z ozáření^{39 40}.

Dopad přenosu některé z uvedených energií záleží na tom, jak rychle je organismus schopen rozptýlit teplo v určité oblasti. Pokud je ale toto rozptýlení

36 Tamtéž, str. 365

37 BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. Vyd. 1. - Praha: Grada, 2001. Str. 33

38 KOSTKA, T. Černobyl. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 26. 10. 2010], dostupné na WWW <<http://www.volny.cz/kostka2000/Cernobyl.htm>>

39 KLENER, V., Poškození ionizujícím zářením a kontaminace radionuklidy. Doporučené postupy. [online] Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. [cit. 2. 2. 2010], dostupný na: <www.cls.cz/dokumenty2/os/r029.rtf> Str. 4.

40 *Zbraně hromadného ničení* (autor neuveden) Dostupné na: <http://www.mestovsetin.cz/bezpeci/brevir/static/dokumenty/prestupky_a_trestne_ciny%5Cchranime_zdravi_a_zivot%5Czbrane_hromadneho_niceni.htm>

pomalejší než samotná absorpce tepla, nastává smrt buněk. Pokud jde jen o postizení v místě vstupu energie, vzniká ohraničená nekróza⁴¹.

Při vzniku zarudnutí nebo jiných změn na kůži se nemocný odesílá na Klinikum popálenin FNKV v Praze, což je zároveň pracoviště určené Ministerstvem zdravotnictví ČR⁴².

1.8 Léčba

Popálené plochy se v zásadě léčí dvojím způsobem. Konzervativně bez chirurgického zásahu a použitím syntetických krytů. Syntetické kryty se používají převážně u povrchových popálenin. Tím se docílí jejího spontánního zahojení.

Při hlubokých popáleninách je nutná léčba chirurgická, při které se odoperuje mrtvá kůže (nekrektomie) a přiloží se štěp kůže z jiného místa na těle (autotransplantace). Oba způsoby v sobě zahrnují bezpočet převazů, které jsou při hospitalizaci pacienta prováděny zpravidla každý druhý den. Léčba je dlouhodobá. Hluboké popáleniny zanechávají následky v podobě jizev a následných psychických traumat. Následná rehabilitační a psychologická péče je neoddelitelnou součástí komplexní léčby popálenin.

1.9 Rehabilitace

*„Uzavření kožního krytu je pouze prvním krokem. Následuje dlouhá a náročná rehabilitace a často velmi komplikovaný návrat do normálního každodenního života“.*⁴³

Pacient přežil, specializovaná odborná lékařská pomoc využila veškerých moderních poznatků, moderních přístrojů, moderních technologií a postupů, pojišťovny zaplatily vysoké částky za komplexní léčbu, ale přese všechno teprve nyní záleží na tom, aby všechna ta náročná a přísně specializovaná péče nepřišla vniveč. Tato neoddelitelná součást léčby je stejně důležitá jako

41 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str 28 – 29.

42 KLENER, V., Poškození ionizujícím zářením a kontaminace radionuklidy. Doporučené postupy. [online] Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. [cit. 2. 2. 2010], dostupný na: <www.cls.cz/dokumenty2/os/r029.rtf> Str. 5.

43 ZAJÍČEK, R. *První pomoc*. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 3. 8. 2010] dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/prvni-pomoc.html>>

samotná záchrana popáleného člověka. Z dlouhodobého hlediska včleňování se zpět do normálního života možná ještě důležitější.

Rehabilitace je obecný pojem ze kterého můžeme definovat různé druhy rehabilitací například léčebnou, sociální, rodinnou, pracovní.⁴⁴ Taková rehabilitace, která se zabývá komplexně všemi uvedenými okruhy se nazývá ucelenou nebo komprehenzivní⁴⁵, a jako taková je též aplikovaná na pacienta po popáleninovém úrazu. Tuto rehabilitaci má však na starosti tým samostatně působících odborníků. Je uplatňována podle individuální potřeb člověka.

Rehabilitace léčebná (zdravotnická) se používá jako nástroj obnovení ztracených schopností nebo je charakteristická systematickým a dlouhodobým úsilím o stabilizaci zdravotního stavu člověka. Tento druh rehabilitace dále zahrnuje reparaci, medikaci, fyzioterapii, ergoterapii a používání kompenzačních pomůcek nebo speciálních elastickým na míru šitých návleků.⁴⁶

1.9.1 Jizvy jako kosmetický a funkční defekt

Čerstvě zhojená popálenina je obvykle tlustá, červená, již může vyčnívat ve formě nezralé jizvy. Jizvy jsou sice velice málo pružné a bolavé, ale na druhou stranu silné tak, že mohou způsobit různé deformace, např. zkrivit klouby. Nezralé jizvy jsou kosmeticky nejnápadnější 3-6 měsíců po zhojení. Po roce až dvou letech postupně vyzrávají a blednou⁴⁷. Tyto potíže lze zmírnit pravidelnými tlakovými masážemi, silikonovými vložkami, návleky, rehabilitačním cvičením pod vedením zkušeného fyzioterapeuta, a to dokud je jizva tuhá, červená a zvýšená. Kosmetickým defektem rozumíme takový kožní defekt, který nebrání funkčnosti nejčastěji kloubů, svalů, ale vzhledově je odlišný od normální, zdravé kůže. Funkční defekt řeší reparativní medicína. Jde o defekt, který zasahuje do funkčnosti motoriky nebo mimiky.

Ačkoli v rehabilitační léčbě již existují a stále se vyvíjejí mnohé specializované a moderní pomůcky, které náročnou péči postiženému v co

44 NOVOSAD, L., *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Portál. 2009. Str. 94

45 RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., *Speciální pedagogika*. UP Olomouc. 2005. Str. 24

46 NOVOSAD, L., *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Portál. 2009. Str. 94

47 ZAJÍČEK, R. *První pomoc*. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 3. 8. 2010] dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/prvni-pomoc.html>>

maximální míře usnadňují, péče o jizvy je dlouhodobá. Veškerá zodpovědnost po propuštění z nemocnice je navíc přenesena na pacienta. Problémem je i fakt, že pravidelná cvičení, tlakové masáže, promazávání jsou vysoce stereotypní činnosti, které nepřinášejí okamžitý efekt, a možno říct, že i s nejistým kosmetickým účinkem.⁴⁸ Motivace k jejich uskutečňování je proto velice malá.⁴⁹

V rehabilitační léčbě se používá biolampa, softlaser, lázeňský pobyt, rekondiční pobyty pro pacienty s rozsáhlým poraněním, dispenzarizace na Klinice popálenin v pravidelných intervalech a další indikované rekonstrukční výkony.⁵⁰

1.9.2 Možnosti rehabilitační léčby jizev

Pro zlepšení kosmetického vzhledu jizev a pro podporu co největší možné hybnosti jizev v oblastech kloubů lze využít následujících rehabilitačních postupů.

Tlaková terapie

V praxi se po rozsáhlých popáleninách používají na míru šité speciální elastické návleky, které tlačí přímo na jizvu. Elastické textilní masky se používají i na obličej. Tím pomáhají jizvu vyrovnat na úroveň okolní pokožky, navíc zmírňují její svědění.

Návleky se musí nosit celodenně (Zajíček uvádí, že až 23 hodin denně), mimo dobu hygieny, masáže, koupele, popř. jídla. Nosí se do doby, kdy se vzhled i barva postižené kůže co nejvíc přibližuje barvě okolní kůže, což trvá 1–2 roky.⁵¹

Cvičení

Zahrnuje kondiční cvičení a provádění běžných denních úkonů nebo nácvik sebeobsluhy. Patří sem i masáže kůže. Pacienti by se této aktivitě měli

48 Pozn. Míra zjizvení je velice individuální. Čím větší popálenina a doba léčení, tím větší a rehabilitací budou hůře ovlivnitelné. ZAJÍČEK, R. *První pomoc*. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 22. 2. 2010] dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/prvni-pomoc.html>>

49 KŘÍŽEK T. *Komplexní rehabilitace u popálených* - prezentace. FNKV, [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 1. 3. 2010] dostupné na WWW <www.ipvz.cz/akce/dokumenty/256-ipvz%2018-11.pdf>

50 Tamtéž

51 ZAJÍČEK, R. *První pomoc*. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 3. 8. 2010] dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/prvni-pomoc.html>>

věnovat 2 – 3 denně.⁵² Aktivity totiž pomáhají udržet klouby v neomezeném pohybu, natahují kůži, zabraňují tedy fyziologickým způsobem nevratným kontrakturám.

Tlakové masáže

Tlakové masáže se provádí s vhodnými prostředky určenými k promazávání kůže. Vyzkoušená a doporučená je např. měsíčková Indulona, Indulona DEZ nebo kalciová mast. Používání sádla se nedoporučuje pro možnou alergickou reakci nezralé kůže. Doporučené masti udržují jizevnatou plochu měkkou, promaštěnou, a tím zabraňují i jejímu svědění, a následnému zanesení infekce z rozškrábaných ploch. Samotné vtírání krému plochu přirozeně stlačuje. Efekt je znatelný při masáži prováděné alespoň 2 – 3 denně.

Správná tlaková masáž má být prováděna tak, že se zhojené plochy stlačí tak silně, že dojde ke zbělení plochy pod takto tlačícími prsty. Masáže se také provádí do doby než je jizva rovná, a barvou podobná co nejvíce té okolní, zdravé kůži.

Dlahy

Dlahy jsou plastové opory, které udržují jizvy natažené, brání tedy jejich smršťování (kontrakturám). Jsou zhotoveny ve spolupráci fyzioterapeuta a protetika. Hlavní smysl jejich použití je v případě, kdy jizva zasahuje kloub – ruku, loket, ramena, krční páteř. Jizvy mohou na těchto místech znemožnit kloubům správnou hybnost. Nosí se především na noc.⁵³

Silikonové pláty

Jsou to speciální gelové pláty, které plochy svým tlakem pomáhají nejen vyhlazovat, ale i zvláčňovat. Doba používání je stanovena na 8 – 16 hodin denně, mohou se vkládat pod kompresivní návleky (viz výše tlaková terapie). Vyrábí různé firmy, mají proto různá firemní označení (SILK K, Silipost). Je možné je koupit i v lékárnách.

52 ZAJÍČEK, R. *První pomoc*. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 26. 2. 2010] dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/prvni-pomoc.html>>

53 KŘÍŽEK T. *Komplexní rehabilitace u popálených* - prezentace. FNKV, [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 1. 3. 2010] dostupné na WWW <www.ipvz.cz/akce/dokumenty/256-ipvz%2018-11.pdf>

2 Psychický dopad popáleninového traumatu na dospělého člověka a jeho rodinu

Každý úraz, který se stane náhle, z plného zdraví, je pro pacienta velkou psychickou zátěží. V případě popáleninového úrazu jde navíc o zátěž vyplývající z dlouhodobé hospitalizace, bolestivých operačních a převazových výkonů. V některých případech může skončit i amputací končetin(y) a nezřídka při rozsáhlém popálení v kombinaci s vysokým věkem i smrtí.

Úraz má ale psychický dopad (obavy, smutek, stres) i na nejbližší okolí takto nemocného člověka. Skutečnost, že KPM je jen v Praze a pacienti mohou být odkudkoli z Čech, mnohdy znamená, že rodina pacienta je na týdny i měsíce rozdělena. Stejně náročnou situací je ale i návrat zpět do rodiny a širšího sociálního prostředí. Následují text provede čtenáře nejčastějšími psychickými změnami pacienta v průběhu hospitalizace a po ní.

2.1 Přijetí pacienta na popáleninovou kliniku

Dospělého k neodkladnému ošetření a následné hospitalizaci přiváží obvykle posádka rychlé lékařské pomoci nebo posádka rychlé zdravotnické pomoci podle místa, kde se úraz stal a také dle rozsahu termického úrazu. Případně je pacient dopraven leteckou zdravotnickou záchrannou službou, která (LZZS) převáží pacienta při rozsáhlém úrazu ze vzdálenějších, popř. nepřístupných míst celých Čech na heliport FNKV. Heliport je umístěn v blízkosti KPM, ale k samotné Klinice musí být pacient ještě převezen sanitkou.

2.2 Hospitalizovaný pacient

Náhlá změna, vznik nové role přináší pro pacienta mnoho fyzických i psychických změn. Zároveň má i své sociální důsledky. Úřední prohlášení člověka za nemocného má důsledky nejen pro něj, ale týká se zaměstnavatele, rodiny a všech dalších lidí, se kterými je pacient v sociálním kontaktu.⁵⁴

Záleží i na tom, do jaké míry se úraz stal zaviněním samotného pacienta, například nedodržením bezpečnosti práce nebo kriminálním chováním. Křivohlavý mluví o tom, že sebeobviňování pacienta může mít negativní, ale

54 KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada 2002. Str. 31

i pozitivní důsledky. Tím, že se pacient podílel na zhoršení svého zdravotního stavu, nabývá i vědomí, že se stejně aktivně může podílet na jeho zlepšení. V takovém případě bývá pak člověk aktivnější v procesu léčení, bere na sebe větší míru zodpovědnosti za dodržování léčebného režimu i v průběhu nutné rehabilitace.⁵⁵

Křivohlavý také popsal dvě reakce pacienta na svůj zdravotní stav. První reakci neboli strategii, popisuje jako aktivní (*approach strategies*). Jde o přístup, kdy pacient přistupuje k řešení problému z vlastní iniciativy – aktivně. Vypracuje si vlastní představu, plán, podle kterého postupuje, popř. dbá na odborné rady a postupy zdravotníků. Druhou strategií je strategie úniková, uhýbavá (*avoidance strategies*). To je přístup kdy pacient odmítá převzít vlastní odpovědnost za spolupodílení se na své léčbě. Nebo si nedokáže připustit závažnost situace. Křivohlavý ale zároveň upozorňuje, že úniková strategie není za všech okolností vždy jen nežádoucí, např. proto, že pacient v tomto období „sbírá“ duševní sílu k následujícímu přijetí vážné skutečnosti.⁵⁶

2.3 Změny a faktory ovlivňující psychický stav člověka v roli pacienta

Autory těchto změn jsou podle Křivohlavého Moos a Schaefer. Podle nich se musí člověk v takové zdravotní krizi vyrovnat se změnou své osobní identity a změnou prostoru, ve kterém se člověk pohybuje. Dále se potýká se změnou sociální role, kterou zaujímá, stejně tak jako s proměnlivým počtem osob, které člověku mohou poskytovat sociální oporu. V poslední řadě se pro pacienta mění perspektiva budoucnosti, která se změnila právě díky faktu úrazu.⁵⁷

Stejní autoři uvádějí i faktory, které pacientovi ztěžují psychický stav. Jsou to nepředvídatelné změny ve zdravotním stavu. Popálenin se týká i faktor, který autoři označují jako požadavek rychlého rozhodování v závažných případech (např. metody invazivního a neinvazivního převazování). Dalším neopomenutelným faktorem je i absence osobní zkušenosti s podobným úrazem, situace, která vznikla náhle a je pro člověka zcela nová.⁵⁸

55 Tamtéž, str. 32

56 Tamtéž, str. 35

57 Tamtéž, str. 37

58 Tamtéž

2.4 Fáze prožívání krize

V odborné literatuře je popsáno mnoho způsobů prožívání nemoci. Křivohlavý například uvádí etapy zvládnání nemoci podle Shontze (1975), které podrobně popisují jednotlivé etapy pacientova prožívání, a které částečně vychází z fází, které popsala Elisabeth Kübler-Ross v terminální fázi nemoci.⁵⁹

První etapou je *šok*, který je charakteristický psychickým ustrnutím, které střídá zděšené chování. Obě formy šoku se mohou v různé délce střídat. V podstatě jde o mentální odpoutávání se člověka od reality. Trvá jen krátce. Druhou etapou je tzv. *usebrání*. V této etapě se člověk psychicky vrací do skutečnosti. Je to fáze negativní, fáze charakteristická obavami, strachem, zármutkem, žalem, pocitem bezmoci a nedostatku pomoci. Stav provází silná rozrušenost. Další etapou je tzv. *stažení se ze hry*. Jde o záměrnou strategii úniku z reality, popření. Tato strategie umožňuje i ulehčení prožívání celé situace. Etapa je přestupem k poslední následující fázi, *kteřou je tvorba programu k řešení krize*.⁶⁰

2.5 Obranné reakce dospělého nemocného na úraz

Prvním problémem je změna tělesné celistvosti. Pacient se svému tělu cítí odcizen, tělo se stává objektem, ne celistvou součástí pacienta. Buď postiženou část těla necítí vůbec, nebo v ní cítí jen obtěžující bolest, nebo byla končetina vlivem termického úrazu amputována. K normálnímu prožívání lze dopomoci relaxacemi zaměřenými na práci s tělesným prožíváním.

Dalším emočním stavem je panika a úzkost. Představují obrovský nával energie, který je třeba uzemnit například formou práce s dechem - pomáhat pacientovi dýchat uvědoměle, pomalu a mírně zhluboka. Přitom je vhodné mluvit na něj uklidňujícím tónem hlasu. Je možné i použít dotek jako navázání lidského opravdového kontaktu a zároveň jako ujištění, že jsme s ním. Často se pacientovi ve vzpomínkách přehrávají traumatické vzpomínky. Pacient potřebuje být ujištěn, že je to normální stav.⁶¹

59 Tamtéž, str. 36

60 Tamtéž, str. 37

61 MAUER, M. *Psychologická podpora u popálených*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 4, str.166-169

Chování pacienta také souvisí s jeho vzhledem. Každá část těla má jinou hodnotu. Nejvíce traumatizující je poranění obličejové části.⁶² Postižení obličeje je velmi citlivé, představuje estetickou reprezentaci člověka, umožňuje neverbální vyjadřování.⁶³ Křivohlavý rozlišuje 3 mimické zóny v obličeji. Nejvyšší partie obličeje zahrnující obočí a čelo, dolní oblast obličeje s dominantní partií úst. Za nejdůležitější označuje oblast očí. V nejvyšších partiích lze odečítat překvapení. Oblast očí prozradí strach, smutek nebo štěstí.⁶⁴ Bez tváře lidé nemohou komunikovat. V roce 1976 popsal plastický chirurg Bernstein tzv. *kritický faciální triangel* (oblast mezi vnějšími úhly očí a bodem ve středu brady⁶⁵). Tato část je důležitá pro estetické hodnocení a sexuální atraktivitu člověka.⁶⁶

Takto postižený člověk je i po zhojení trvale deprivován pohledy druhých lidí, které mohou být zvědavé, fascinované, ale mohou zračit soucit nebo spíše odpor. U pacientů tak dochází ke změně vnímání vlastního já, mají silný pocit ošklivosti, ztrácejí pocit identity. Cítí se jako téměř bezejmenní. Podobné reakce však vyvolávají také postižení krku nebo genitálií.⁶⁷ Podobně velkým traumatem je i ztrátové poranění končetiny.

Důsledkem takové změny identity člověka je stav, který je v odborné literatuře popisován jako **sociální smrt**. Königová uvádí, že zázemí popáleninového centra je často zárukou, že k tomuto krajnímu vývoji sociální izolace nedojde.⁶⁸ Prevencí je pacientova dobrá integrace do společnosti. Tato integrace podle Königové zahrnuje dlouhodobou péči psychickou a fyzickou rehabilitaci již popsanou v kapitole rehabilitace, s mnohočetnými rekonstrukčními výkony v jednotlivých obdobích – to vše příznivě ovlivňuje kvalitu pacientova života.⁶⁹

62 ZEISBERGEROVÁ, I. HALUZÍKOVÁ, J. *Psychosociální problematika postižených termickým traumatem*, Diagnóza v ošetřovatelství, 2006, roč. 2, č. 4, str. 184

63 MAUER, M. *Psychologie popáleninové medicíny*. Sestra, 2009, roč. 19, č. 12, str. 36

64 KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Svoboda 1988. Str. 40-41

65 MAUER, M. *Psychologie popáleninové medicíny*. Sestra, 2009, roč. 19, č. 12, str. 36

66 KOUPIIL, BRYCHTA, RYŠKA *Psychologické aspekty rozsáhlých termických úrazov*, Revue medicíny v praxi, 2003, roč.1, č. 5, str. 27

67 ZEISBERGEROVÁ, I. HALUZÍKOVÁ, J. *Psychosociální problematika postižených termickým traumatem*, Diagnóza v ošetřovatelství, 2006, roč. 2, č. 4, str. 184

68 KÖNIGOVÁ, R. *Následná kvalita života těžce popálených pacientů je výsledkem mezioborové péče*. Zdravotnické noviny, 1997, roč. 46, č. 8. Příloha Kongresové listy č. 3, str. IV, str. 2

69 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str. 49

2.6 Psychické změny po rozsáhlém termickém úrazu

Psychické změny můžeme pomyslně rozdělit do tří skupin. První skupinou je **reakce na akutní stres** (psychický šok). Jedná se okamžitou reakci na událost, která ohrozila tělesnou celistvost. Dochází k zúžení vědomí a pozornosti. Je charakterizovaná omezenou schopností pochopení celé náhlé situace a může být doprovázená úzkostí, zlostí nebo zoufalstvím. Člověk v této situaci je dezorientovaný, může dojít až k útěkové reakci. Tato reakce rychle odeznívá.⁷⁰

Druhou skupinou je **porucha přizpůsobení**. Ta se vyznačuje stavem subjektivní tísně a emoční poruchou, která narušuje sociální vazby jako následek somatického onemocnění. V tomto případě se do cca jednoho měsíce objeví depresivní nálada, úzkost, obavy, neschopnost plánovat, zhoršení výkonu při každodenních činnostech, agresivita.⁷¹

Třetí skupinu definuje fakt, že psychické trauma vzniká působením nějakého extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresové situace⁷². Tyto situace většinou splňují následující charakteristiky: pro jedince je příčina vnější, je extrémně děsivá a znamená bezprostřední ohrožení života, tělesné integrity a v neposlední řadě vytváří v člověku pocit bezmocnosti.⁷³ Tato charakteristika odpovídá **posttraumatické stresové poruše**.

2.6.1 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

Příznaky začínají po traumatu nebo po určitém období klidu, které může trvat od několika týdnů až po několik měsíců (většinou ne déle než 6 měsíců). Někdy příznaky odezní samy, někdy přetrvávají mnoho let po úrazu.⁷⁴ Psychické trauma může i somatizovat, např. v podobě poruch příjmu potravy (anorexie, bulimie⁷⁵), nespavosti, střídáním nálad, uzavřeností.

70 KOUPIL, BRYCHTA, RYŠKA *Psychologické aspekty rozsáhlých termických úrazov*, Revue medicíny v praxi, 2003, roč.1, č. 5, str. 28

71 Tamtéž

72 VIZINOVÁ, D. PREISS, M. *Psychické trauma (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál 1999. Str. 22

73 Tamtéž

74 PRAŠKO, J. HÁJEK, T. PREISS, M. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Maxdorf 2002. Str. 12-13

75 VIZINOVÁ, D. PREISS, M. *Psychické trauma (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál 1999. Str. 56

Nejohroženější skupinou jsou adolescenti, protože dospívající jsou velmi citliví na hodnocení svého zevnějšku a tím jsou více psychicky ohroženi.⁷⁶ Jejich poznávací funkce jsou zralejší a už si dokáží reálně uvědomit dopad traumatu do podrobností. Nepoužívají fantazii k přehrávání, ani nevyužívají popření zážitku. Nechápou se jako nezranitelní. Dovedou posoudit, jak mohli nebo nemohli zabránit důsledku traumatické události. „*Mají velké potíže s přijetím vlastního těla, které vnímají jako něco obtěžujícího a cizího, co přináší jen utrpení, bolest a omezení pohybu.*“⁷⁷ Mohou cítit silný pocit viny, frustraci, bezradnost nebo agresi. V některých případech se mohou poškozovat. Cítí, že nejsou připraveni na budoucnost. Převládá pesimismus, skepse a frustrace při hledání smyslu života.⁷⁸

Proto termické postižení, pokud vzniká v období adolescence, je velikým emočním traumatem, deformuje další rozvoj identity člověka. Pozitivní je fakt, že získané postižení zásadně nezruší již vytvořené sociální vztahy se zdravou společností.⁷⁹

U dospělých PTSD ztěžuje adaptaci na prostředí, neumožňuje pozitivní nebo alespoň normální prožívání životních událostí. Člověk trpí vegetativními potížemi (bušení srdce, tíha na hrudi, bolesti hlavy, třes, pocení, pocity dušení, nechutenství, únava, atp.⁸⁰) a výraznou psychickou nepohodou, která se projevuje strachem, úzkostí, podrážděností, beznadějí, hněvem, (sebe)lítostí.⁸¹ Takovému člověku pak chybí schopnost radovat se ze života, nedokáže se soustředit, vykonávat svoje zaměstnání i schopnost jednat účelně a racionálně. Zážitky, které se vrací v tzv. *flashbacku*, vyvolávají zážitky silné úzkosti a paniky, čímž omezují životní styl a seberealizaci člověka. Výše popsané chování vede k sociální izolaci a uzavření se do svého vlastního světa.⁸² Toto chování je navíc ještě podpořeno studem pacienta za svůj vzhled. Jak uvádí Königová výrazná i bezděčná pozornost pacientova okolí působí velmi výrazně

76 MAUER, M. *Popálené dítě a jeho duše*. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online]. [cit. 30. 3. 2010] Bližší údaje neuvedeny. Dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/popaleniny/psychologicka-pomoc.html>>

77 Tamtéž

78 VIZINOVÁ, D. PREISS, M. *Psychické trauma (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál 1999. Str. 57

79 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 116

80 PRAŠKO, J. HÁJEK, T. PREISS, M. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Maxdorf 2002. Str. 26

81 Tamtéž, str. 24 - 25

82 Tamtéž, str. 32

negativně na jeho sebevědomí.⁸³ Svobodová mluví o dlouhodobé zkušenosti, která ukazuje, že pro nemocné je výhodnější, když se zapojí do programů, které jim nabízejí psychologové.⁸⁴ Výše uvedené koresponduje i s doporučením Mauera. Mauer pacientům doporučuje v případě jakýchkoli psychických potíží, nebo nejlépe i preventivně, docházet k psychologovi, ke kterému má člověk důvěru, ideálně v místě jeho bydliště. Důležitá je hlavně prevence před narůstáním psychických obtíží.⁸⁵

Léčba PTSD je dlouhodobá a náročná. Důležitá je podpora blízkých. Používá se farmakoterapie, u dospívajících psychoterapie, zvláště kognitivně behaviorální terapie.⁸⁶ Problematika posttraumatické stresové poruchy (PTSD) je však velice rozsáhlá. Bohužel vzhledem k omezenému rozsahu této práce ji zde nelze podrobněji uvést.

2.7 Možnosti psychické podpory pacienta v krizových fázích

Psychická podpora pacienta v krizi, včetně krizové intervence, klade důraz na posilování kompetencí člověka řešit svoje problémy ze svých dostupných zdrojů. Jednak to povzbuzuje sebeúctu samotného pacienta, učí ho to řešit problémy vlastními řešeními. Tento způsob řešení problémů může pak uplatnit v dalším svém životě. Důležité je dávat pacientům najevo, že se vyléčili nebo o dobrý průběh léčby podstatně sami zasloužili svým přičiněním.⁸⁷

Psychickou podporu podporuje i profesionální chování zdravotnického personálu, které podporuje přesvědčení pacienta, že to, co mu lékař radí, skutečně pomůže. Záleží i na dobrých komunikačních dovednostech lékaře. Komunikace v přátelském dialogu, při kterém se lékař k pacientovi chová jako k partnerovi.⁸⁸

Mauer ze svých zkušeností s popálenými lidmi uvádí, že důležitým a dlouhodobým zdrojem podpory pacienta je nejčastěji pacientovo zázemí a blízké

83 SVOBODOVÁ, K. *Rekondiční tábory po úrazech* (Konference o popáleninách, Praha, 17. - 19. 9. 1996). Zdravotnické noviny, 1997, roč. 46, č. 8. Příloha Kongresové listy č. 3, str. IV

84 Tamtéž

85 MAUER, M. *Popálené dítě a jeho duše*. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online]. [cit. 30. 3. 2010] Bližší údaje neuvedeny. Dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/popaleniny/psychologicka-pomoc.html>>

86 PRAŠKO, J. HÁJEK, T. PREISS, M. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí brání*. Maxdorf 2002. Str. 49

87 MAUER, M. *Psychologická podpora u popálených*. Diagnóza v ošetřovatelství, 2006, roč. 2, č. 4, str.166-169

88 KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada 2002. Str. 47

i široké sociální okolí člověka. Jde nejen o rodinu, případně komunitu a partnerské vztahy pacienta, ale i jeho materiální zázemí, životní zážitky a vzpomínky. Do zdrojů lze zařadit i kulturní zázemí, víru, osobní hodnoty člověka. Materiální zázemí je důležité u starších lidí, kteří opuštěním svého bydliště přicházejí o část své identity (stejně jako při přesunu z domácnosti do domovů pro seniory).

Identitu posilují pozitivní životní vzpomínky. Podle Mauera může jít i o vzpomínky banální. Ve skutečnosti mohou vyjadřovat pocit jistoty, bezpečí, klidu a sounáležitosti s okolím – tedy to co člověk v krizových chvílích potřebuje nejvíce. Významným faktorem je individuální schopnost mezilidského kontaktu a schopnosti sdělovat pocity a být v kontaktu se svým tělem. Při popáleninách totiž dochází ke změně tělesné celistvosti a následně pak k odcizení vlastního těla. Tělo se tak stává objektem, který popálený člověk vůbec necítí nebo, který ho zatěžuje jen bolestí.⁸⁹ Dalším zdrojem psychické podpory se může stát víra a spiritualita pacienta.

Ve světě od roku 1989 (poprvé v Belgii) fungují popáleninové tábory, na které jezdí dospělí pacienti, kteří se jednou za dva roky na takovýchto akcích setkávají. Vzhledem k pozitivním ohlasům účastníků se poté tábory postupně rozšířily i do dalších zemí Evropy. Podstatou terapeutického záměru je setkávání stejně postižených lidí, které pojí historie, zážitky z léčby. Odloučení od svých rodin přicházejí v takovém kolektivu k poznání, že se svými starostmi nejsou sami. Posilují vlastní kompetence ve vědomí toho, že překážky lze překonávat. Objevují u sebe reálné schopnosti i poznání toho, že největším omezením je strach a úzkost. Taková podpora se ale neobjede bez odborně koncipovaného programu. Vhodný je také spíše menší počet účastníků. Podmínkou je dostatek zkušených terapeutů. Tato následná péče není dosud hrazena zdravotními pojišťovnami⁹⁰ a v ČR pro dospělé pacienty ani dosud uskutečněna. V jednáních, které vedou zástupci občanského sdružení „Bolito“, se počítá v podobných mezinárodních projektech i s účastí ČR, ale tyto aktivity se týkají dětí a mládeže, bohužel nikoliv dospělých.⁹¹

89 MAUER, M. *Psychologická podpora u popálených*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 4, str.166-169

90 SVOBODOVÁ, K. *Rekondiční tábory po úrazech* (Konference o popáleninách, Praha, 17. - 19. 9. 1996). Zdravotnické noviny, 1997, roč. 46, č. 8. Příloha Kongresové listy č. 3, str. IV

91 Aktuální informace je možno najít na webových stránkách Občanské sdružení Bolito. Dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/o-nas.html>>

3 Sociální dopad popáleninového traumatu na dospělého člověka, jeho rodinu a sociální okolí

V této kapitole vymezují termín sociální změna jako změnu vyvolanou dočasně hospitalizací, oproti sociálnímu dopadu jako trvalému následku závažného úrazu.

3.1 Sociální význam nemoci

Jak uvádí Vágnerová, nemoc není jen odchylkou biologickou, ale je i určitým typem sociální deviace. Závažný úraz ovlivňuje identitu člověka. Somatická nemoc je společností sociálně tolerována. Hlavně z toho důvodu, že si každý člověk uvědomuje svou zranitelnost. Společnost tak k nemocnému přistupuje pozitivně hodnoceným chováním. Nemocný člověk získává typickou sociální roli, která je charakteristická tím, že nemocný většinou není považován za viníka svého zdravotního stavu, má zároveň určitá privilegia (nemá běžné povinnosti jako zdravý člověk, ale tím ani práva) a také se od něj očekává, že se bude chtít uzdravit. Pokud to neudělá, společnost ho přestává tolerovat, protože nerespektuje pravidla a své zvláštní postavení nemocného ztrácí.⁹²

Jak už jsem v předchozích kapitolách uvedla, nemoc není jen záležitost jedince, ale ovlivňuje celou rodinu, kdy se mění sociální role a interpersonální vztahy jednotlivých členů. Mění se i jejich dosavadní způsob života, hodnoty a normy. Závažnější zátěž vždy testuje rodinnou soudržnost, kterou buď posílí, nebo vede k jejímu rozpadu. Rodina je pro těžce nemocného člověka jedinou sociální skupinou, která by mu měla umožnit sociální integraci a poskytnout potřebnou emoční podporu. Jedině zde nemocnému zůstávají stejně sociální role (např. dcera, vnuk), jaké měl před úrazem. Rodina je také „v případě těžkého onemocnění jedinou alternativou sociální izolace.“⁹³

3.2 Sociální změny u hospitalizovaných pacientů

S příchodem do nemocnice člověk vstupuje do nové role, role pacienta. Tato role přináší nejen pasivitu, kdy se člověk stává předmětem péče zdravotnického personálu spojenou se závislostí na druhých lidech. Člověk

92 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 58

93 Tamtéž

v roli pacienta musí také změnit životní rytmus a to v novém prostředí, kdy navíc pokoj musí sdílet s jemu neznámými lidmi, sociálně izolován, ve strachu, v obavách.⁹⁴

Zároveň se ale musí vyrovnat s ekonomickou nejistotou, např. v případě rozsáhlého popáleninového traumatu. Prognóza, zda se člověk zhojí a s jakými následky, je ale nejistá po celou dobu hospitalizace. Z velké části záleží na člověku samotném a jeho ochotě plnit pokyny popáleninového fyzioterapeuta a lékaře. Dlouhodobá hospitalizace nebo rehabilitace s sebou přináší nejen dlouhodobou pracovní neschopnost, a s ní také spojenou obavu z výpovědi ze zaměstnání, ale i celou řadu dalších sociálních problémů.

3.3 Možné sociální problémy pacienta při hospitalizaci

Pacient hospitalizovaný po popáleninovém úrazu je zpravidla hospitalizovaný na delší dobu v rozsahu od týdnů po měsíce. Důsledkem je sociální izolace. Ta zahrnuje izolaci od rodiny, od svého zaměstnání a přátel. Pacient se tak setkává pouze se zdravotníky nebo se stejně postiženými pacienty. Tato situace může, hlavně v počátku pobytu, přinést velkou psychickou oporu. Hospitalizovaní pacienti si vyměňují osobní zkušenosti s prováděním převazů, narkózami, starostmi nebo obavami. Mohou se tak podporovat, ale i „stresovat“ navzájem, když například vidí následky chirurgického odstranění kůže, která ani po autotransplantacích nevypadá zcela přirozeně.

Velmi negativně působí i dlouhodobý pobyt na jednom místě bez možnosti časově výrazné změny prostředí. Vycházky jsou možné pouze na standardním oddělení, a uděluje je lékař. Pacienti tak ztrácejí intenzivní kontakt se svými partnery, rodinou. Ti také prožívají podobně jako pacient smutek a izolaci.

Byť jen dočasná ztráta zaměstnání z důvodu hospitalizace je pro pacienta nejen finanční ztrátou, ale i ztrátou potřeby smysluplné aktivity. S tímto velmi úzce souvisí také možná ztráta seberealizace. Cílem seberealizace je úspěch, žádoucí sociální pozice. Tato situace také přináší omezený sociální kontakt, omezené navazování neformálních vztahů. Jak popisuje Vágnerová, dlouhodobou nepřítomností se tyto kontakty ruší, protože pacient nemůže se svými spolupracovníky sdílet společné zkušenosti a zájmy. To vše vede k již

94 KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada 2002. Str. 33

několikrát zmíněné sociální izolaci. A v neposlední řadě pacient ztrácí svoji ekonomickou samostatnost a nezávislost.⁹⁵

3.3.1 Sociální změny v rodině hospitalizovaného pacienta

Rodina se s úrazem pacienta vyrovnává tím hůř, čím rychleji úraz vznikl. Záleží i na tom zda je pacient osobou, na niž je závislá ekonomická stabilita rodiny. Stres nevzniká postupně, ale v jednom okamžiku. Zprvu se rodina mobilizuje, nabízí pomoc. S postupně narůstající délkou trvání situace (dlouhodobá hospitalizace, opakující se infekce zabraňující například přihojení autotransplantátů, nebo hrozba amputace při postupující nekróze), tím je situace náročnější, a jakékoli zhoršení zdravotního stavu vyvolá v rodině frustraci. Tato dlouhodobá nejistota omezuje životní styl rodiny i její perspektivu do budoucna.⁹⁶

Rodina se ve svých starostech cítí osamocena. Jednotliví členové rodiny mohou prožívat smutek, zlost, pocit viny, úzkost. Každý člen má navíc jinou potřebu komunikace o svých prožívaných pocitech. Cítí nespravedlnost osudu. Členové rodiny mají také tendenci najít viníka – obvykle mimo rodinu.⁹⁷

3.3.2 Ekonomický dopad hospitalizace na pacienta a jeho rodinu

Hospitalizovaný je uznán práce neschopným. Jeho pobyt je hrazen zdravotní pojišťovnou. Toto hrazení pobytu zdravotní pojišťovnou však nezahrnuje tzv. *regulační poplatky* v zákonem vyměřené výši 60,- Kč za každý ošetřující den⁹⁸, přičemž den nástupu léčby a den propuštění se počítá jako jeden celý. Tyto poplatky se platí ihned v den propuštění v kanceláři na sekretariátu KPM. Na žádost pacienta je vystavena faktura, kterou může bezhotovostně uhradit přes bankovní účet. Poplatek lze zaplatit do 8 kalendářních dnů po propuštění, pokud byla hospitalizace kratší než 30 dní. V opačném případě je nezbytné výše uvedené uhradit vždy k poslednímu dni kalendářního měsíce v případě hospitalizace delší než 30 dní.⁹⁹ V případě

95 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 398, 406

96 MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Sociol. nakladatelství SLON 1997. Str. 103

97 Tamtéž, str. 104

98 Srov. § 16a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Platný stav k 30. 3. 2011.

99 MZ ČR *Regulační poplatky po 1. 4. 2009*. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>

nezaplacení vzniká rodiči u nemocnice dluh. Dlužník je veden v evidenci nemocnice, která podniká další právní kroky proti těmto dlužníkům.

Poplatky nehradí občan, který je v hmotné nouzi, pokud doloží oznámení, rozhodnutí nebo potvrzení vydané orgánem pomoci v hmotné nouzi (obecní úřad, obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého pobytu žadatele) ve věci příspěvku na živobytí, doplatku na bydlení či mimořádné okamžité pomoci.¹⁰⁰ Toto rozhodnutí nesmí být starší 30 dní. Tento doklad platí i pro společně posuzované osoby¹⁰¹ (rodiče, nezletilé nezaopatřené děti, atp.¹⁰²)

Existuje i institut tzv. ochranného limitu, který činí pro osoby starší 18 let podle platné legislativy 5.000,- Kč. To znamená, že vše co pacient v daném kalendářním roce zaplatí nad tento limit mu bude, pojišťovnou u níž je registrován, vráceno.¹⁰³

3.4 Možné sociální problémy po propuštění

Mimo již zmiňované nezaměstnanosti se setkáváme u popálených pacientů i s dalšími sociálními problémy, např. dlužnictvím, sociálně patologickými jevy (kriminalitou, bezdomovectvím, sebevraždou, závislostmi /alkoholismus, narkomanie/) invaliditou, rozpad rodiny, ztráta bydlení. Jednotlivé jevy přitom mohou být libovolně provázané nebo sdružené.

3.4.1 Nezaměstnanost

V definici nezaměstnaného podle Mareše najdeme tyto tři podmínky: jde o člověka schopného práce (věkem, zdravotním stavem), člověka, který chce pracovat a je momentálně bez zaměstnání. Tyto tři požadavky jsou obsahem definice nezaměstnanosti podle Mezinárodního úřadu práce v Ženevě.¹⁰⁴

Pacienti mohou být samozřejmě nezaměstnaní již před úrazem. Je zjištěno, že lidé, kteří zůstali více než 15 měsíců bez zaměstnání (ve srovnání s nezaměstnanými do 3 měsíců) mají jen 1/3 šanci na nové pracovní

100 Srov. § 2 a § 3 zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

101 MZ ČR *Regulační poplatky po I. 4. 2009*. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>

102 Srov. § 4 zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů

103 MZ ČR *Regulační poplatky po I. 4. 2009*. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>

104 MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Slon 2002. Str. 16

uplatnění.¹⁰⁵ U některých, již před úrazem, nezaměstnaných pacientů je úraz důsledkem jejich kriminálního jednání, například při kriminálním zásahu do trafostanic, při krádežích různého elektromateriálu. Tento je pak neodborně odstraňován, často ještě pod elektrickým napětím.

Obecně platí, že čím déle jsou dlouhodobě nezaměstnaní bez práce, tím mají menší šanci zaměstnání znovu najít.¹⁰⁶ Podle Giddense má práce význam nejen pro pravidelný příjem z ní, ale práce zároveň umožňuje rozvíjet schopnosti člověka, zdokonalovat se ve své profesi. Umožňuje člověku rozvíjet širší spektrum mezilidských vztahů, možnost navazovat přátelství, což posiluje pozitivní sociální kontakt. Prostředí nezaměstnaného člověka je omezeno pouze na prostředí domácí. Nezaměstnaný člověk také brzy ztrácí jasnou časovou strukturu v poměru povinnosti (práce) a volný čas. Pro zaměstnané osoby je den většinou organizován podle rytmu práce. Jak Giddens dále uvádí i stereotypní pracovní činnost přináší smysluplné uspořádání denních aktivit, a také to, že právě tato struktura je předávaná procesem socializace. Poslední významem je otázka stabilní sociální identity, která je významnější pro muže, který je tradičně přejímán jako „živitel rodiny“¹⁰⁷ Propuštění z práce ale představuje pro muže větší stres než pro ženy¹⁰⁸ Podle Buchtové je nezaměstnanost z tohoto finančního pohledu méně zatěžující pro ženy a tím i pro rodinu.¹⁰⁹ Podle Vágnerové je riziko ztráty zaměstnání větší u žen než u mužů.¹¹⁰

Jahodová dodává, že práce znamená „*příležitost pravidelně sdílet sociální zkušenost mimo rámec rodiny*“ a také fakt, že umožňuje člověku se podílet na „*cílech a účelech, které ho přesahují*“. V neposlední řadě pravidelná pracovní aktivita vynucuje řadu aktivit, ke kterým není člověk bez zaměstnání motivován.¹¹¹

Nezaměstnanost u nemocného nebo zdravotně postiženého člověka má ale velký dopad i na rodinné zázemí. Buchtová na základě výzkumu zahraničních

105 Tamtéž, str. 16

106 Tamtéž

107 Tamtéž, str. 70 – 71

108 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 409

109 BUCHTOVÁ, B. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Grada 2002. Str. 100

110 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 408

111 MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Slon 2002. Str. 71

sociologů uvádí, že rodina je pro takového nezaměstnaného hlavní životní opora, která jim výrazně pomáhá tuto náročnou životní situaci překonat.¹¹² Jak ale uvádí Mareš, nezaměstnanost takového člena rodiny může působit i opačně. Nový status trvale zdravotně postiženého člověka může naopak rozbít vztahy mezi jednotlivými členy rodiny. Míra rozvodovosti je zde až dvojnásobná ve srovnání s normální s normální populací, a to ve všech věkových skupinách.¹¹³

Nezaměstnanost má ale mnohem širší dopad na další oblasti lidského života. Podstatně zvyšuje riziko sebevražedného jednání. To bývá zkratkovitá reakce na existenciální zátěž, na situaci se kterou si člověk neví rady.¹¹⁴ Podněcuje nejen sociální izolaci, stigmatizuje člověka, ale také působí negativně i na psychické a fyzické zdraví a vytváří příležitosti pro další sociálně patologické jevy.¹¹⁵ Případně uznaná podpora v nezaměstnanosti však řeší problém nezaměstnanosti dočasně a neúplně.

3.4.2 Suicidum

Nejčastějším patologickým jevem spojeným s nezaměstnaností jsou sebevraždy.¹¹⁶ Za rizikový faktor je dále považován nižší sociální statut a nižší vzdělání stejně jako duševní poruchy a závislosti.¹¹⁷

Sebevraždy v souvislosti s popáleninami mohou být ale i primární příčinou. Děje se tak v případě, kdy se člověk rozhodne pro sebevraždu upálením a je při tom zachráněn. Sebevraždu však může spáchat i člověk, který byl zdravotně poznamenán popáleninovým úrazem trvalou invaliditou (amputace končetin(y), nebo ztrátou osobní identity vlivem opakovaných plastických operací v obličejové části).

Sebevražda je chápána jako násilné jednání s úmyslem dobrovolného zničení života.¹¹⁸ Přičemž může jít o sebevraždu dokonanou nebo pouhý pokus.¹¹⁹ Frankel ve své knize „O sebevražedách“ uvádí, že sebevraždy obvykle aktivuje tzv. „spouštěcí událost“. Tou může být i malá, pro ostatní

112 BUCHTOVÁ, B. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Grada 2002. Str. 106

113 MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Slon 2002. Str. 80

114 WÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 405

115 MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Slon 2002. Str. 91

116 WÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 243

117 KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Portál 2003. Str. 43

118 WÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 238

119 Odborná literatura dělí sebevražedné jednání na další podrobnější členění – tento výčet však není předmětem této práce

bezvýznamná událost. Obecně lze tyto mechanismy označit jako ztrátu či neúspěch.

Z pohledu popáleninového úrazu můžeme mluvit o sebevraždě jako cíli. Tato varianta podle Vágnerové má sice různé motivy, ale podstatné je, že člověk chce zemřít. Nejde tedy jen o prostředek potrestání někoho nebo jednoduše řečeno o demonstraci.¹²⁰ Z tohoto pohledu můžeme mluvit o bilanční sebevraždě, která je důsledkem dlouhodobého působení pro člověka závažných důvodů. Jde o akt, který vychází především z rozumové úvahy, pečlivě plánovaný a připravený. Člověk se pro ni rozhoduje v případě intenzivního pocitu, že jeho život již nemá pro něj cenu. Tyto sebevraždy podle Vágnerové bývají často dokonané.¹²¹ Počet sebevražd upálením nebo následkem popáleninového úrazu je podle dat Českého statistického ústavu naštěstí statisticky nevýznamný.¹²²

3.4.3 **Bezdomovství**

Osoby bez přístřeší jsou, převážně v zimním období, početnou skupinou pacientů, kteří každoročně utrpí rozsáhlé popáleniny. Ať už ve snaze zahřát si dočasný úkryt různými nebezpečnými způsoby nebo ve spojení s již zmiňovanou kriminální činností.

Termín *bezdomovec* se významově vyvíjel. Původně šlo o člověka bez státního občanství nebo domovského práva. V tomto významu vymezuje pojem bezdomovec i český právní řád.¹²³ Avšak Ústava ČR ani žádný ústavní zákon nezaručuje právo na bydlení.¹²⁴ Vágnerová uvádí, že bezdomovectví je výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání spojeného se ztrátou většiny rolí a úpadkem společenské prestiže.¹²⁵ Nejčastější definicí bezdomovectví je společenské vyloučení spojené se ztrátou bydlení. Jde především o člověka bez domova.¹²⁶

120 WÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 247

121 Tamtéž, str. 248

122 Zdroj ČSÚ. [online] 2011. Bližší údaje neuvedeny. [cit. 2. 3. 2011], dostupné na WWW <<http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4019-10>>

123 SCHWARZOVÁ, G. *Sociální práce s bezdomovci*. In MATOUŠEK, O., a kol.: *Sociální práce v praxi*. Portál 2005. Str. 317

124 MATUŠINSKÁ, J. *Posouzení stavu komunity bezdomovců dle koncepčního modelu M. Leiningerové*. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2010, roč. 6, č. 4

125 WÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 411

126 PRUDKOVÁ, T., NOVOTNÝ P. *Bezdomovectví*. Triton 2008. Str. 10

Jak uvádí Vágnerová, identita bezdomovce je typická negativní představou sebe sama a rezignací na změnu nebo pokusy o ní, což velmi ztěžuje nebo snižuje motivaci k dodržování léčebných rehabilitačních opatření. V důsledku ztráty citově provázaných vazeb jsou citově velmi oploštělí a často necitliví i vůči sobě. Příčinou tohoto chování je stále se zvyšující citová deprivace, závažná negativní zkušenost, psychická porucha nebo duševní nemoc, závislost na alkoholu či drogách a z toho vyplývající celková bezohlednost a egocentrismus.¹²⁷

Provázanost mezi jednotlivými patologickými jevy dokazuje i Vágnerová poznatkem, že se bezdomovci stávají často i lidé s duševní nemocí, kteří po propuštění z psychiatrické léčebny nejsou schopni adaptace na běžné životní podmínky. Najdeme mezi nimi nemocné psychotiky nebo drogově závislé. Bezdomovci se i častěji uchylují k sebevraždě jako jedinému východisku ze subjektivně nezvládnuté stresové situace.¹²⁸

Péče o člověka bez domova je o to náročnější, že vlastní rizikový způsob života vede k rychlejšímu somatickému opotřebování organismu. Takový člověk nemá příležitost dodržovat základní hygienická pravidla, nedodrжуje vhodnou životosprávu, požívá alkohol nebo drogy. Hospitalizací takový člověk přijímá pravidelný režim, základní a specializovanou ošetrovatelskou péči, ale jde jen o dočasné řešení. V případě absence všestranné sociální péče se situace pro propuštění opakuje té před hospitalizací.¹²⁹

3.4.4 Dlužnictví

V současnosti jeden z nejvyskytovanějších problémů dnešní společnosti především v souvislosti s nezaměstnaností a nerozvážným půjčováním půjček, a jejich splácením pomocí půjček dalších.

Dne 1. ledna 2008 nabyl účinnosti zákon č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení známý jako insolvenční zákon. Insolvenční zákon se vztahuje na řešení úpadku všech fyzických i právnických osob, podnikatelů i nepodnikatelů. Cílem insolvenčního zákona je zajištění větší transparentnosti a předvídatelnosti úpadkového řízení. Posiluje postavení věřitelů a motivuje

127 WÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 414

128 Tamtéž, str. 415

129 Tamtéž, str. 416

dlužníka ke snaze řešit svůj úpadek včas. Možnost oddlužení dlužníka tam, kde je to vhodné. A v neposlední řadě zrychlení a zefektivnění úpadečného řízení. Insolvenční proces (řízení) má několik fází. I když se průběh jednotlivých řízení se bude lišit v závislosti na konkrétních okolnostech případu. Jde o tyto fáze: Podání insolvenčního návrhu, zahájení insolvenčního řízení, rozhodnutí o úpadku dlužníka a rozhodnutí o způsobu řešení úpadku dlužníka.¹³⁰

Principem je pětiletý systém oddlužení, během kterého musí dlužník svým věřitelům zaplatit minimálně 30 procent svého dluhu. V praxi zdánlivě jednoduchý systém podle Sovové naráží na fakt, že celý proces je pro člověka bez právnického vzdělání velmi složitý a soudy přijímají jen bezchybné návrhy. Dlužníkům však již neporadí co si musí ještě doplnit¹³¹. Zadluženým lidem jsou proto k dispozici alespoň občanské poradny. Informace lze nalézt i na webových stránkách Poradny při finanční tísní.

Poradna funguje pro fyzické osoby a je určena pro ty kdo se chystají půjčit si půjčku nebo úvěr. Ideálně může fungovat jako prevence proti nerozvážnému půjčování financí např. u nedůvěryhodných zdrojů či za nevýhodných podmínek. Poradna ale zásadně nenabízí ani nedoporučuje jakékoli finanční produkty. Poradí ale i těm, kterým už hrozí platební neschopnost, a vědí, že nebudou moci dostát svým závazkům řádně a včas nebo těm, kteří se v platební neschopnosti již ocitli a jsou v prodlení se splácením svých dluhů.

Tato poradna se sídly v Praze, Ostravě a dalších městech poskytuje poradenství i poradenským či sociálním službám nebo těm, kteří mají zájem na konzultaci konkrétního případu nebo na přednášce či školení zaměstnanců nebo klientů.¹³² Po celé ČR vznikají postupně i další podobně zaměřená poradenská centra.

3.4.5 Závislosti. Kriminalita

Závislosti mohou být v souvislosti s popáleninovým úrazem důsledkem nahromaděného stresu, reakcí na nezvládnutou náročnou situaci. Nejčastěji jde

130 Ministerstvo spravedlnosti ČR. Insolvenční zákon. [online] 2011. Bližší údaje nevedeny nevedeny [cit. 5. 2. 2011], dostupné na WWW <<http://insolvencni-zakon.justice.cz/obecne-informace/insolvencni-pravo.html>>

131 SOVOVÁ, E. *Zoufalí dlužníci se mohou obrátit na novou poradnu*. [online] 2011 www. Penize.cz. [cit. 7. 3. 2011], dostupné na WWW <<http://www.penize.cz/osobni-bankrot/41036-zoufali-dluznici-se-mohou-obratit-na-novou-poradnu>>

132 Poradna při finanční tísní. [online] 2011. Bližší informace nevedeny [cit. 3. 2. 2011], dostupné na WWW <http://www.financitisen.cz/komu_jsou_sluzby_urceny.php>

o manipulaci s tzv. psychoaktivními látkami. To jsou podle Vágnerové látky, které po aplikaci (požití, injekčně, inhalačně) mění psychický stav pro člověka žádoucím způsobem. Do závislostí můžeme začlenit i gamblerství. V souvislosti se sociálním dopadem jsou sociální důsledky na zaměstnání, rodinu obrovské. Jakákoli závislost na psychoaktivních látkách vede velmi stručně řečeno k devastaci rodiny závislého a to nejen materiálně a sociálně, ale hlavně psychicky. Celkový dopad se projeví samozřejmě ale i ekonomické a kulturní situaci rodiny.¹³³

Vágnerová spojuje důsledky drogové závislosti s trestnou činností, a to ve smyslu výroby, distribuce drog, krádeží, vloupání, násilné trestné činy.¹³⁴ Role odsouzeného a uvězněného člověka zásadně mění jeho profesní roli, kterou ztrácí. Člověk ztrácí nejen své vědomosti, dovednosti, ale i návyky. V důsledku, byť dočasného, vyloučení ze společnosti se odsouzenému rozpadá rodina a další sociální vazby a vztahy, díky kterým by se mohl po výkonu trestu navrátit zpět do normálního života. To se podle Němce týká téměř 30 % recidivistů.¹³⁵

133 WÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál 1999. Str. 293, 295

134 Tamtéž, str. 307

135 Tamtéž, str. 421, 424

4 Úloha sociálního pracovníka v procesu hospitalizace, propuštění a následné péče

V této kapitole vymezují obecně činnost a kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Vymezují termín zdravotně sociální pracovník a sociální pracovník. V další kapitole uvádím specifické činnosti sociálního pracovníka KPM a přehled sociálních dávek a dalších forem sociální pomoci.

4.1 Vymezení činnosti sociálního pracovníka v nemocničním zařízení

Sociální pracovníci v nemocnici jsou zákonem vymezeni jako zdravotně-sociální pracovníci podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Odbornou způsobilost k výkonu povolání získávají zdravotnickým studiem studijního oboru se sociálním zaměřením. Další podmínky vymezuje § 10.¹³⁶

Činnost zdravotně-sociálního pracovníka vymezuje zákon č. 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§ 9). Podle tohoto zákona patří mezi činnosti sociálního pracovníka např. provádění sociální prevence, sociálního šetření. Zajišťuje sociálně právní poradenství ve vztahu k onemocnění a jeho následkům. Napomáhá integraci pacientů do jejich přirozeného sociálního prostředí. Podílí se na propuštění pacienta, přípravě a organizaci rekondičních pobytů.¹³⁷

Sociální pracovník poskytuje pomoc klientům všech věkových kategorií, kteří se pro nepříznivý zdravotní stav nebo špatné sociální zázemí dostali do situace, kterou nejsou schopni sami řešit. Cílem jeho činnosti je umožnit pacientům návrat do jejich přirozeného prostředí, poskytnout potřebné informace a podle možností konkrétní pomoc. Dále zprostředkovat následnou péči v odpovídajícím zdravotnickém nebo nezdravotnickém zařízení, a to vždy

136 Srov. § 10 zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů

137 Srov. § 9 zákon č. 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

v průběžné konzultaci a vzájemné spolupráci s ošetřujícím lékařem, rehabilitačním pracovníkem.¹³⁸

Nejčastějším důvodem pro kontakt se sociálním pracovníkem zdravotnického zařízení je věk pacienta (hlavně děti, senioři), osamělost, dlouhodobá a nevléčitelná nemoc, tělesný handicap, psychická nemoc, závislosti pacienta (alkoholové a nealkoholové drogy a výherní automaty), nezajištěné bydlení osob bez přístřeší, osoba v hmotné nouzi.¹³⁹

4.2 Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení

Hlavní kompetencí zdravotně-sociálního pracovníka je základní sociálně právní poradenství v souvislosti s onemocněním nebo následky tohoto onemocnění. Depistáž provádí svou účastí na lékařských a ošetrovatelských vizitách. Jde o sociální prevenci zaměřenou na vyhledávání klientů, kteří se mohou ocitnout, nebo se již ocitli, v nepříznivé sociální situaci. Většinou na jednotlivá oddělení dochází ze svého centrálního střediska, a to na základě indikace nebo kontaktování lékařem.

Dále provádí sociální šetření u lůžka sociálně rizikových pacientů (jsou bez domova, rodiny či příbuzných, kteří by se o něj postarali) nebo jde o pacienty imobilní a nesoběstačné. Tím pomáhá zajišťovat následnou péči v navazujících sociálních zařízeních (domovy pro seniory, hospice, azylové domy, atd.). O konzultaci se sociálním pracovníkem nemocnice může zažádat i sám klient. Tato varianta je praktikovaná především u dospělých klientů.

V jeho kompetenci je i pomoc při zajišťování terénních služeb domácí pečovatelské služby, domácí ošetrovatelské péče nebo služby osobní asistence. Dále administruje zapůjčení kompenzačních pomůcek podle aktuálních potřeb a stavu klienta. Ve spolupráci s lékaři pomáhá vyřizovat plné nebo částečné uhrazení zdravotně kompenzačních pomůcek zdravotní pojišťovnou.

Výše uvedený pracovník taktéž spolupracuje se sociálními i zdravotními pracovníky jiných zařízení (městské či obecní úřady, domovy pro seniory,

138 Zdravotně sociální služby. Nemocnice Rudolfa a Stefanie, a.s. v Benešově. [online] Bližší údaje neuvedeny [31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.hospital-bn.cz/zdravotne-socialni-sluzby>>

139 Tato kapitola byla doslovně přejata z obhájené AP. KAŠPÁRKOVÁ, L. *Psychosociální dopad popáleninového traumatu na dítě*. Absolventská práce VOŠ CARITAS obhájená v červnu 2010.

nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústavy, dětské domovy, hospice, domovy pro osoby se zdravotním postižením, azylové domy, rehabilitační ústavy). Také zajišťuje sociálně právní záležitosti spojené s úmrtím pacienta (eviduje a uchovává v trezoru pozůstalosti po zemřelém, v případě osamělých pacientů zajišťuje a vyřizuje záležitosti v souvislosti s pohřbením, apod.).^{140 141}

4.3 Specifika sociální práce na oddělení KPM

Sociální pracovník¹⁴² má v péči dospělé pacienty KPM. Mezi uživateli služeb sociálního pracovníka jsou pacienti, kteří díky vyhoření přišli o svůj domov nebo lidé, kteří popáleninovým úrazem ztratili schopnost sebezpečí. Dalším skupinou jsou chronicky nemocní pacienti, kteří byli nemocní již před úrazem. V zimě jsou častými pacienti etylici s omrzlinami. Sociální pracovník nekomunikuje jen s pacientem, ale nabízí pomoc i jeho rodině. Kontakt sociálního pracovníka s pacientem indikuje vždy lékař.

4.4 Sociální šetření sociálního pracovníka KPM

Sociální šetření slouží k analýze a následnému plánování služby podle konkrétní klientovy situace. Jde o soubor údajů nebo informací, která se zapisuje do dokumentace konkrétního klienta. Jde o způsob zjišťování sociálního zázemí, sociálních vztahů a soběstačnosti klienta. Při zpracování kombinuje několik metod, od analýzy odborné dokumentace, popisu, pozorování přes rozhovor s klientem či jeho blízkými.¹⁴³

Výstupem je rozbor sociálně ekonomického statutu ve kterém např. najdeme údaje o vzdělání, profesi, či zda je klient příjemce sociální dávky, jeho průměrný měsíční příjem, vybavenost bytu, popřípadě nutnost jeho úprav. Obsahem sociálního šetření je i zmapování sociálních vztahů. Jde nejen údaje

140 Zdravotně sociální služby. Nemocnice Rudolfa a Stefanie, a.s. v Benešově. [online] Bližší údaje neuvedeny [31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.hospital-bn.cz/zdravotne-socialni-sluzby>>

141 Tato kapitola byla doslovně přejata z obhájené AP. KAŠPÁRKOVÁ, L. *Psychosociální dopad popáleninového traumatu na dítě*. Absolventská práce VOŠ CARITAS obhájená v červnu 2010.

142 Pozn. V textu uvádím termín „sociální pracovník“. Přičemž mám stále na mysli činnost zdravotně-sociálního pracovníka. Tedy pracovníka s kompetencí vykonávat svoji profesní činnost podle platné legislativy i ve zdravotnickém zařízení.

143 NOVOSAD, L., *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Portál. 2009. Str. 143

o osobách se kterými sdílí domácnost a vztahy mezi nimi, ale najdeme tu i informace zaměřené na schopnost sebeobsluhy, které předurčují možnost využití příspěvku na péči. Výsledky sociálního šetření slouží ke stanovení způsobu sociální intervence ve formě dávky, rezidenční nebo terénní služby.¹⁴⁴

Sociální šetření na KPM je prvním krokem sociálního pracovníka. Spočívá v prvé řadě v odebrání anamnestických dat ze zdravotnické dokumentace pacienta nebo přímým rozhovorem s jeho rodinou. Další informace získává od lékaře nebo z vyjádření psychologa, pokud je psychologické vyšetření provedeno. Samotný kontakt s klientem je ryze osobní a musí probíhat v klidné a soukromé atmosféře. Nejčastěji probíhá na konci hospitalizace. Sociální pracovník nechává na sebe vždy tištěný kontakt.

Sociální pracovník musí o každém klientovi provést zápis do evidence. Do tohoto zápisu patří popis intervence nebo informace kam byl pacient přeložen. Tato evidence se každý měsíc posílá na ředitelství FNKV.

4.5 Nejčastější praktické činnosti sociálního pracovníka KPM

V následujících podkapitolách se zaměřím na situace, které sociální pracovník KPM se svými klienty řeší.

4.5.1 Problematika (ne)placení regulačních poplatků

Hrazení hospitalizace zdravotní pojišťovnou nezahrnuje tzv. regulační poplatky v zákonem vyměřené výši 60,- Kč za každý ošetřující den¹⁴⁵, přičemž den nástupu léčby a den propuštění se počítá jako jeden celý. Tyto poplatky se platí ihned v den propuštění v kanceláři na sekretariátu KPM. Na žádost pacienta je vystavena faktura, kterou má možnost bezhotovostně uhradit přes bankovní převod. Poplatek lze zaplatit do 8 kalendářních dnů po propuštění, pokud byla hospitalizace kratší než 30 dní. V opačném případě je nezbytné výše uvedené uhradit vždy k poslednímu dni kalendářního měsíce v případě hospitalizace delší než 30 dní.¹⁴⁶ V případě nezaplacení vzniká u nemocnice

144 Tamtéž, str. 145

145 Srov. § 16a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

146 MZ ČR *Regulační poplatky po I. 4. 2009*. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>

dluh. Dlužník je veden v evidenci nemocnice, která podniká další právní kroky proti těmto dlužníkům.

Poplatky nehradí občan, který je v hmotné nouzi, pokud doloží oznámení, rozhodnutí nebo potvrzení vydané orgánem pomoci v hmotné nouzi (obecní úřad, obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého pobytu žadatele) ve věci příspěvku na živobytí, doplatku na bydlení či mimořádné okamžité pomoci.¹⁴⁷ Toto rozhodnutí nesmí být starší 30 dní. Tento doklad platí i pro společně posuzované osoby.¹⁴⁸

Dlouhodobá hospitalizace po popáleninovém úrazu s sebou nese i nemalé finanční nároky na platbu za hospitalizaci. Podle metodického pokynu k regulačním poplatkům pojišťovny rozeznávají nezapočitatelné a započitatelné položky do pětistovického limitu pro pojištěnce nad 18 let. V praxi to znamená, že pacientem zaplacené platby za započitatelné položky nad tento ochranný limit jsou mu jeho zdravotní pojišťovnou vráceny a to vždy do 60 dnů po skončení příslušného čtvrtletí.¹⁴⁹

4.5.2 Práce sociálního pracovníka KPM s lidmi bez domova

Lidé primárně bez přístřeší

Jde o relativně časté klienty sociálního pracovníka KPM. V této souvislosti můžeme teoreticky rozdělit pacienty na bezdomovce (tedy lidi dlouhodobě bez domova, žijící na ulici) a pacienty, kteří o byt nebo bydlení přišli v důsledku zničení např. požárem. Do této skupiny můžeme ještě začlenit i pacienty, kteří se vlivem úrazu stali invalidními a nejsou již schopni se o sebe ve svém původním domácím prostředí postarat.

Bezdomovci na základě potvrzení o stavu hmotné nouze nemusí platit regulační poplatky. Podle Ministerstva zdravotnictví jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Doklad nesmí být starší než 30 dnů, a vydávají ho pověřené obecní úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou

147 Srov. § 2 a § 3 zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

148 MZ ČR *Regulační poplatky po I. 4. 2009*. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>

149 Tamtéž

působností.¹⁵⁰ V praxi se však lidé bez domova dostanou do péče zdravotníků velmi rychle a často samozřejmě bez platného potvrzení o hmotné nouzi. V tomto případě sociální pracovník KPM kontaktuje příslušný sociální odbor, pod který spadá FNKV a kde se toto potvrzení vybavuje zpětně.

V případě propuštění jsou tito pacienti sociálním pracovníkem informováni o možnosti navazující sociální pomoci nejčastěji v Centru sociální pomoci B. Bureše. Jsou však seznámeni s požadavkem Centra, že se do jeho místa musí dopravit vlastním způsobem, v rámci všech poskytovaných služeb je zakázáno požívat alkohol a další návykové látky. Centrum sociální pomoci B. Bureše nabízí služby nízkoprahového denního centra, noclehárnu, azylový dům a sociální rehabilitaci. Centrum spadá pod činnost občanského sdružení Armády spásy.¹⁵¹

Lidé, kteří přišli o domov či o schopnost o sebe pečovat vlivem popáleninového úrazu

Na rozdíl od předchozí skupiny jde o pacienty, kteří většinou rodinné vazby na své nejbližší stále mají, a to i v době, kdy přišli o domov nebo schopnost sebezpěče. Někdy jde o pacienty, kteří již před tím byli chronicky nemocní. V tomto případě sociální pracovník nabízí pomoc nejen pacientovi, ale i jeho rodině.

I zde v platbě regulačních poplatků najdeme výjimky. Pokud jde o pojištěnce, kterému jsou podle § 48 až 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Pokud takovému pacientovi po úhradě za ubytování a stravu zůstává alespoň 15 % jeho příjmu (§ 71 odst. 4 a § 73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.) méně než 800,- Kč, nebo pokud nemá žádný příjem; dostává pojištěnec potvrzení, které taktéž nesmí být starší 30 dnů. Potvrzení je povinen na žádost pacienta vydat poskytovatel sociálních

150 Tamtéž

151 Armáda spásy. Centrum sociální pomoci Bohuslava Bureše. [online] 2011. Autor ani bližší informace neuvedeny [cit. 2. 2. 2011], dostupné na <<http://www.armadaspasy.cz/projekty.php?idp=5&lokace=praha>>

služeb. V tomto případě neplatí žádné poplatky ve výši 30,- Kč, 60,- Kč ani 90,- Kč.¹⁵²

Je několik možností další navazující péče o propuštěného klienta. Buď se vrací zpět do stávajících podmínek (např. domov pro seniory) nebo do vlastního zázemí. Pokud je schopnost sebepečce po úrazu mírně zhoršená, informuje sociální pracovnice o možnosti domácí ošetrovatelské (zdravotnické) péče v domácím prostředí. Nadřazenou institucí agentur domácí péče je Národní centrum domácí péče ČR, která disponuje seznamem agentur domácí péče, hospicové péče nebo seznamem pomůcek v domácí péči a dalšími užitečnými informacemi.¹⁵³ Další možností je využití služeb osobní asistence nebo pečovatelské služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

V případě kdy klient nebo jeho rodina projeví přání využít některé z nabízených služeb, sociální pracovník pomůže telefonicky danou službu předjednat. Službu předjednává ve spolupráci se sociálním odborem Městského Úřadu, kam pacient trvalým bydlištěm spadá nebo v některém z center sociálních služeb. Dalšími organizacemi, se kterými sociální pracovník službu vyjednává, jsou oblastní Charity nebo Diakonie.

Sociální pracovník klientovi nebo jeho rodině nabízí i pomoc při vyřizování dávky, např. příspěvku na péči.

4.5.3 Vyřizování plateb penzí

Sociální pracovník může pomoci vyřizovat i výplatu důchodu přímo v nemocničním prostředí. Tato forma služby sociálního pracovníka předpokládá, že pacient má u sebe platný doklad totožnosti nebo alespoň cestovní pas. O tuto službu žádá pacient sám prostřednictvím zdravotnického personálu. Ten poté zkontaktuje a zařídí návštěvu sociálního pracovníka na oddělení žádajícího pacienta. Sociální pracovník s ním pak sepíše žádost o přeposílání důchodu přímo na oddělení.

Pokud klient v důsledku popáleninového úrazu dlouhodobě hospitalizovaný nebo je ve vážném zdravotním stavu, a tudíž není samostatně schopný

152 MZ ČR *Regulační poplatky po 1. 4. 2009*. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>

153 Národní centrum domácí péče ČR. [online] 2011. Bližší údaje neuvedeny [cit. 18. 2. 2011], dostupné na WWW <<http://www.domaci-pece.info/>>

podpisu pro tento akt, nebo nemůže nikomu vyslovit plnou moc, může sociální pracovník podat žádost o náhradního příjemce důchodu v místě klientova bydliště. Předchází tomu lékařem podepsané potvrzení s vyjádřením důvodu neschopnosti klientova podpisu. K tomuto potvrzení je připojeno i vyjádření přítomné sociální pracovnice. Souhlas s výběrem náhradního příjemce důchodu pacient stvrdí neverbálně, např. na souhlas mrkne, zvedne prst, zmáčkne ruku, atp. Této smlouvě je obvykle přítomna ještě třetí osoba, nejčastěji ze zdravotnického personálu.

4.5.4 Postup při zajišťování invalidního důchodu pacienta

První krokem je sepsání doporučení v propouštěcí zprávě, ve které doporučí zahájit řízení o invaliditě. Před touto variantou může být pacient i rok v pracovní neschopnosti. Tato doba může být prodloužena, pokud se předpokládá, že se zdravotní stav pacienta bude ještě měnit (např. reparaivními zákroky). Rozhodování je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře.

Podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, od 1. 1. 2010 došlo k novému vymezení invalidity spočívající ve změně z původních dvou (částečný a plný invalidního důchodu) na tři stupně invalidity. S touto změnou dochází zároveň k nahrazení dvou dávek (plného a částečného invalidního důchodu) dávkou jedinou (invalidním důchodem prvního až třetího stupně), jehož výše se stanoví v závislosti na zjištěném stupni invalidity.¹⁵⁴ Další podmínky vymezuje již zmíněný zákon a vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity.

Žádost o invalidní důchod může podat oprávněná osoba. Za občany, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou sami podávat žádost, mohou s jejich souhlasem, a na základě potvrzení lékaře o zdravotním stavu těchto občanů, podat tuto žádost jejich rodinní příslušníci. Žádosti o důchod vyřizují okresní správy sociálního zabezpečení nebo Pražská správa sociálního zabezpečení, a to podle místa trvalého bydliště oprávněné osoby. Rozhodnutí o přiznání dávky je orgán sociálního zabezpečení povinen vydat nejpozději do 90 dnů ode dne zahájení řízení. Kromě sepsání žádosti o důchod, jejího vybavení potřebnými doklady a ověření podpisem, se požaduje podrobit se

¹⁵⁴ Srov. § 39 zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

nezbytnému vyšetření zdravotního stavu. Zdravotní stav žadatelů posuzují posudkoví lékaři při okresních (v Praze pražské, v Brně městské) správách sociálního zabezpečení.¹⁵⁵

Člověk pobírá invalidní důchod do té doby, než se zdravotní stav změní natolik, že přestane být podle posudkového lékaře invalidním. Nárok na invalidní důchod také zanikne ve věku 65 let. Poté se invalidní změní na starobní, který bude vyplácen ve stejné výši jako dosavadní invalidní důchod.¹⁵⁶

4.5.5 Zajištění kompenzačních pomůcek

Kompenzační pomůcky (myšleno pomůcky zmírňující kožní defekt - jizvy nebo speciální rehabilitační pomůcky udržující normální pohyblivost kloubů) indikuje lékař spolu s fyzioterapeutem a zhotovuje protetik přímo na míru. Sociální pracovník má k dispozici katalog s různými kompenzačními pomůckami, který může pacientovi půjčit nebo vhodnou individuální pomůcku společně vybrat. Sociální pracovník hovoří s pacientem vždy o vhodnosti té které pomůcky s ohledem, zda např. rehabilitační vozík projede všemi místnostmi. Týká se to mj. rovněž chodítek, nebo sedaček.¹⁵⁷

Finančně nákladnější pomůcky musí schválit revizní lékaři zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna odpovídá v časovém rozsahu zhruba 10 dní. Konkrétně v Praze existuje i síť půjčoven kompenzačních pomůcek pro všechny osoby s různým zdravotním postižením. Vybrané pomůcky zamluví sociální pracovník KPM již několik dní před propuštěním a rodina je po propuštění ihned odeslaná na konkrétní adresu půjčovny. Pomůcky se do zdravotnického zařízení dají i zaslat poštou.¹⁵⁸

Za užívání pomůcek, které se běžně používají v domácí péči – chodítka, berle, polohovatelné postele, vozíky, atd. pacient platí úhradu dle platného ceníku pronajímatele pomůcek. Pojišťovny nejčastěji půjčují tzv. repasované vozíky. Jde o pomůcky, které byly již několikrát půjčené a které jsou schválené

155 Portál veřejné správy ČR. Životní situace. *Invalidita a žádost o invalidní důvod*. [online] 2011. Bližší údaje neuvedeny [cit. 3. 3. 2011], dostupné na WWW <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/696/_s.155/708?POSTUP_ID=614&PRVEK_ID=361>

156 Srov. § 38 zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

157 KAŠPÁRKOVÁ, L., *Psychosociální dopad popáleninového traumatu na dítě*. Absolventská práce VOŠ Caritas. Obhájena 6/2010. Str. 64

158 Tamtéž

revizním technikem, který před půjčením na každý takový vozík píše vyjádření o jeho technickém stavu.

Člověk, který se po úraze ocitne jako uživatel vozíku je před propuštěním sociálním pracovníkem nakontaktován na obecně prospěšnou společnost Centrum Paraple. Pracovníci centra pak navštěvují klienta doma a na základě zmapování terénu bytu navrhuji příp. nutné architektonické změny. Poradí i v oblasti užívání dalších pomůcek. Klient pak přechází do jejich péče.

Centrum Paraple je sice primárně určeno pro lidi s ochrnutím po poranění míchy, ale přebírá do péče i pacienty po amputaci dolních končetin právě po popáleninovém úrazu. Paraple pomáhá vozíčkářům překonat životní krizi, přizpůsobit se nové životní situaci a řešit problémy s tím spojené. Později jim poskytuje podporu a pomoc při řešení dalších problémů. Nabízí rozsáhlý rehabilitační program, různé kurzy, možnost půjčování pomůcek, různé instruktážní materiály i možnost absolvování autoškoly pro vozíčkáře. Autoškola a kondiční jízdy jsou pro držitele průkazek ZTP nebo ZTP/P. Absolventi autoškoly získají oprávnění k řízení osobního automobilu s automatickou převodovkou. V prostorách Centra probíhá i teoretická výuka.¹⁵⁹

4.5.6 Sociální poradenství

Poradenství je základní pilíř práce sociálního pracovníka KPM a provází ho v každém kontaktu s pacientem. Novosad rozeznává několik forem poradenské pomoci. Jde o vedení nebo informování (instruktáž, odpověď na dotaz). Poradenství v užším smyslu hodnotí Novosad jako interaktivní, takové, které předpokládá oboustrannou komunikaci. Posledním typem je konzultační činnost jako odborné poradenství poskytované jinému odborníkovi v rámci péče o jeho klienta.¹⁶⁰

Poradenství sociální pracovník KPM uplatní hlavně při zajišťování následné péče sice o zhojeného klienta, ale zároveň takového, jež ztratil schopnost pečovat o sebe samostatně. Jde především o domovy pro seniory nebo lůžka tzv. následné péče (označované také jako léčebny dlouhodobě

159 Centrum paraple. Naše služby. [online]. 2008. Bližší informace neuvedeny [cit. 16. 2. 2011], dostupné na WWW <<http://www.paraple.cz/tabid/55/Default.aspx>>

160 NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství*. Portál 2000. Str. 62

nemocných). Pacienta informuje samozřejmě i o možnostech využití sociálních dávek.

Dalšími oblastmi poradenské činnosti může být profesní poradenství, sociálně právní poradenství, protetické poradenství, resocializační poradenství, mediace jako nestranná pomoc při dosažení dohody mezi znesvářenými lidmi mimosoudní cestou nebo pastorační činnost, které věnuji v této práci samostatnou kapitolu.¹⁶¹

4.5.7 Přehled sociálních dávek a dalších forem sociální pomoci klientovi po prodělaném popáleninovém traumatu

Příspěvek na péči

Podmínky poskytování příspěvku na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. O přiznání této dávky hrazené ze státního rozpočtu rozhodují obce s rozšířenou působností na základě lékařského posudku a výsledku sociálního šetření podle místa trvalého bydliště žadatele. Vyplácí se měsíčně.¹⁶²

Nárok na příspěvek na péči mají lidé, kteří kvůli svému dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují pomoc jiných lidí při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti¹⁶³ v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.

Zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. Nárok na tento příspěvek náleží od 1 roku věku pacienta.¹⁶⁴ Příspěvek náleží osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Příjemcem může být zákonný zástupce nebo jiná fyzická osoba na základě rozhodnutí příslušného orgánu.¹⁶⁵

Prováděcí vyhláška o sociálním zabezpečení

Jde o prováděcí vyhlášku č. 182/1991 k zákonu č. 100/1988 Sb. O sociálním zabezpečení. V souvislosti s vyhláškou č. 182/1991 Sb. existují fakultativní a obligatorní příspěvky a sociální dávky. Fakultativní příspěvky jsou jednorázové peněžité dávky např. na opatření zvláštních pomůcek,

161 NOVOSAD, L., *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Portál. 2009. Str. 105

162 Srov. § 7 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

163 Srov. § 9 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

164 Srov. § 7 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

165 Srov. § 19 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na provoz motorového vozidla.¹⁶⁶ Obligatorní dávky jsou opakující se peněžité dávky jako je např. příspěvek na úhradu užívání bezbariérového bytu nebo garáže nebo příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Součástí této vyhlášky jsou i mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany. Výhody se poskytují občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením.

Průkaz mimořádných výhod

Podmínky poskytnutí průkazu mimořádných výhod upravuje právě vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení. Průkaz je určen pro těžce zdravotně postižené občany.

Důležitým faktem je skutečnost, že obecní úřady obcí s rozšířenou působností v součinnosti se zdravotnickými zařízeními samy vyhledávají těžce zdravotně postižené občany.¹⁶⁷ Z výše uvedeného tedy vyplývá, že o posouzení zdravotního stavu žádá úřad nikoli občan. Zdravotní stav posuzuje od 1. 7. 2009 lékař lékařské posudkové služby okresní správy sociálního zabezpečení.

Průkaz přísluší občanům starším 1 roku s těžkým zdravotním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost. Podle druhu a stupně postižení se jim poskytují mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P).¹⁶⁸ Konkrétní podmínky pro poskytnutí I., II. nebo III. stupně mimořádných výhod vymezuje příloha č. 2 a 3 výše uvedeného vyhlášky.

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek podle vyhlášky č. 182/1991 Sb.

Poskytují se občanům s těžkým zdravotním postižením. Jedná se o peněžité příspěvky na opatření pomůcek, které potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje v případě, že potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná

166 Srov. § 31 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

167 Srov. § 30 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

168 Srov. § 31 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

zdravotní pojišťovna. Pomůcka může být hrazena i částečně. Pomůcky jsou poskytovány pouze v základním provedení, které občanu musí plně vyhovovat, ale které je zároveň nejméně ekonomicky náročné. Příspěvek se může poskytnout občanům se zrakovým, tělesným nebo sluchovým postižením. Po uplynutí 5 let od pořízení pomůcky se tato stává majetkem uživatele.¹⁶⁹

Příspěvek na úpravu bytu

Tento příspěvek náleží občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí. Rozsah vady určuje příloha č. 5. Najdeme zde např. amputace dolních končetin nebo jejich anatomickou ztrátu, funkční ztrátu obou dolních končetin v důsledku obrny nebo ochrnutí, omezení hybnosti nebo kontraktury kolenních nebo kyčelních kloubů, těžké poruchy hybnosti s odkázáním na invalidní vozík a to v místech trupu, pánve a končetiny. Jako těžké vady určuje příloha č. 5 i různé disproporce v růstu, které provází deformity končetin nebo hrudníku, také stav kdy výška postiženého nepřesahuje 120 cm po ukončení tělesného růstu člověka.¹⁷⁰

Příspěvky na zakoupení, opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla se poskytuje podle již zmiňované přílohy č. 5¹⁷¹. Je dále určen pro člověka s postižením, který motorové vozidlo bude používat pro svou dopravu, za podmínky, že není celoročně umístěn v zařízení sociální péče nebo ve zdravotnickém zařízení. Další podmínkou poskytování příspěvku je, že takový občan musí být zároveň odkázán na individuální dopravu.¹⁷²

Výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla činí nejvýše 100 000 Kč, výše příspěvku na celkovou opravu motorového vozidla činí nejvýše 60 000 Kč. Příspěvek je možné znovu poskytnout nejdříve po uplynutí pěti let, a to ode dne vyplacení předchozího příspěvku.¹⁷³

169 Srov. § 33 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

170 Srov. 506/2005 Sb. *Změna vyhlášky k provádění zákona o sociálním zabezpečení*. Příloha č. 5. Zdravotní postižení odůvodňující poskytnutí příspěvků na úpravu bytu, úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, zakoupení, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla

171 Srov. Tamtéž

172 Srov. § 35 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

173 Srov. Tamtéž

Příspěvek na provoz motorového vozidla

Příspěvek je poskytován vlastníkovu nebo provozovateli motorového vozidla na období 1 kalendářního roku. Poskytuje se takové osobě, které byl přiznán průkaz mimořádných výhod (mimo osoby úplně nebo prakticky neslyšící) a vozidlo používá pro svou pravidelnou dopravu.¹⁷⁴

Výše příspěvku se odvíjí od stupně mimořádných výhod (průkazy (Z)TP/P), druhů již poskytovaných příspěvků a počtu ujetých kilometrů. Příspěvek se poskytuje jen jednomu vlastníku nebo provozovateli motorového vozidla. Tím je vlastník nebo provozovatel, kterého určí osoba, jež má být dopravována. Paragraf 36a) vymezuje konkrétně výši příspěvku a jeho podmínky pro roky 2010–2012.¹⁷⁵

Příspěvek na individuální dopravu

Příspěvek je poskytován stejnému okruhu osob a na jeden kalendářní rok jako příspěvek na provoz motorového vozidla. Je poskytován i osobám prakticky nebo úplně nevidomým. Výše příspěvku na individuální dopravu činí 6 500 Kč. Pokud osoba požádá a příspěvek je jí uznán až v průběhu kalendářního roku, dostane žadatel poměrnou část z částky celkové.¹⁷⁶

Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže

Příspěvek je poskytován stejnému okruhu osob jako příspěvek na individuální dopravu. Je poskytován i osobám prakticky nebo úplně nevidomým. Podmínkou je užívání bezbariérového bytu. Pověřený obecní úřad poskytne tento příspěvek v částce 400 Kč měsíčně, a to opakovaně. Stejný výčet osob může zažádat pověřený obecní úřad o příspěvek na náhradu za užívání garáže, a to až do výše 200 Kč měsíčně.¹⁷⁷

Příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům

Úplně nebo prakticky nevidomému vlastníku vodícího psa může pověřený obecní úřad poskytnout příspěvek na krmivo pro tohoto psa, a to ve výši 800 Kč měsíčně.¹⁷⁸

174 Srov. § 36 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

175 Srov. Tamtéž

176 Srov. § 37 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

177 Srov. § 45 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

178 Srov. § 46 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. je možné ještě nalézt možnost zažádat o půjčku. Jde o půjčku účelově vázanou, kterou převede příslušný úřad na účet České státní spořitelny místně příslušné podle trvalého pobytu.¹⁷⁹

V závislosti na dostupnosti a vůbec možnostech následné péče v místě trvalého bydliště klienta lze využít po domluvě s konkrétním zařízením služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Takto jsou definovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Může jít například o službu některého ze zařízení sociálních služeb, např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb aj. Podle potřeb klienta lze využít i služby zařízení pro krizovou pomoc, chráněného bydlení, azylové domy, noclehárny a další.

4.5.8 Typy sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Vybrané typy služeb pro klienty s těžkým zdravotním postižením po popáleninovém úrazu podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Osobní asistence

Jde o terénní službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Podmínkou je, že tento stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Obsah služby vymezuje § 39.¹⁸⁰

Pečovatelská služba

může jít o terénní nebo ambulantní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována ve vymezeném čase buď v domácnostech osob, nebo v zařízeních sociálních služeb. Obsah služby vymezuje § 40.¹⁸¹

179 Srov. § 58 vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

180 Srov. § 39 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

181 Srov. § 40 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Odlehčovací služby

Mohou být terénní, ambulantní nebo pobytové. Jsou opět poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Základním specifickým cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Obsah služby vymezuje § 44.¹⁸²

Azylové domy

Poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Osobám poskytnou stravu nebo pomoc při jejím zajištění, dočasné ubytování a sociální poradenství. Obsah služby vymezuje §57.¹⁸³

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Mohou to být ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba musí obsahovat pomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv při obstarávání osobních záležitostí.¹⁸⁴

Sociálně terapeutické dílny

Jsou ambulantní služby poskytované osobám se zdravotním postižením. Jde o osoby, které mají problém získat práci a které nejsou umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá, pravidelná podpora a zdokonalování pracovních návyků pomocí sociálně pracovní terapie. Jedním z cílů této služby je nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění.¹⁸⁵

Sociální rehabilitace

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ji vymezuje jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Je poskytována formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně

182 Srov. § 44 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

183 Srov. § 57 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

184 Srov. § 66 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

185 Srov. § 67 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

rehabilitačních služeb. Probíhá prostřednictvím procvičování specifických schopností a dovedností člověka, posilováním jeho návyků a nácvikem výkonu běžných činností alternativním způsobem. Alternativní způsob je takový, který využívá zachované schopnosti, potenciály a kompetence. Kromě ubytování, stravy a hygieny jsou jejím obsahem činnosti vedoucí k sociálnímu začlenění a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. V rámci sociální rehabilitace se zde uplatní i výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.¹⁸⁶

Úhradu za jednotlivé služby definuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

V ČR bohužel neexistuje žádné speciální zařízení sociálních služeb, které by se převážně a cíleně věnovalo pomoci pacientovi a jeho rodině po prodělaném popáleninovém úrazu.

186 Srov. § 70 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

5 Pastorační a spirituální péče o pacienta v nemocnici nebo klienta po jeho propuštění

Při posledním sčítání lidu v roce 2001 se v ČR k náboženskému vyznání přihlásilo přibližně něco málo přes 3 mil. obyvatel.¹⁸⁷ Podle Němcové se tak nabízí otázka, zda je v takové, obecně označované jako sekularizované, společnosti vůbec třeba zavedení pastorační a spirituální péče v nemocnicích.¹⁸⁸

Přitom podle Kalvínské, koordinátorky psychosociální a spirituální péče FNM a předsedkyně Sekce krizové asistence Společnosti lékařské etiky lékařské společnosti J. E. Purkyně, se požadavky na poskytování spirituální péče v nemocnicích, a tím uspokojování duchovních potřeb pacientů, stále zvyšují.¹⁸⁹

V moderní praxi ošetřovatelství se k člověku přistupuje podle bio-psycho-sociálně-spirituálnímu modelu přístupu k člověku. Ten je ostatně zakotven v Koncepci ošetřovatelství, schválené Radou pro rozvoj ošetřovatelství MZČR již v roce 1998. Péče o spiritualitu hospitalizovaného člověka ustanovuje i aktualizovaná verze Mezinárodního etického kodexu sester z roku 2000.¹⁹⁰

V českém zdravotnictví je pastorační a spirituální péče stále jevem novým a vyvolává mnoho otázek. Od otázek po obsahu spirituální péče, nebo zda je vůbec nutné ji v naší, převážně sekulární společnosti, poskytovat. Tato péče v současnosti je tak nejen chápána, ale i poskytována, jako zajišťování duchovních potřeb pacientům organizovaným v církvích. Ve společnosti ale chybí vědomí té skutečnosti, že duchovní rozměr má každá bytost, bez ohledu na její osobní přesvědčení. Právě nejčastěji v období zdravotní krize, kterou přináší vážná nemoc, se u pacientů objevují existenciální otázky týkající se smyslu života, utrpení, umírání a smrti. Podobné otázky si může pokládat také ošetřující personál, který se v nemocnici opakovaně setkává s utrpením a umíráním.¹⁹¹

187 Český statistický úřad. *Náboženské vyznání obyvatelstva* [online]. 2001. [cit. 2. 3. 2011], dostupné na WWW <<http://www.czso.cz>>

188 NĚMCOVÁ, J., MLÝNKOVÁ, J. Saturace spirituálních potřeb pacientů, *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2010, roč. 6, č. 1. Str. 27

189 FN Motol. *Rozvíjení spirituální péče ve FN v Motole*. [online]. 2008. [cit. 2. 3. 2011]. Autor ani bližší údaje neuvedeny. Dostupné na WWW <<http://www.fnmotol.cz/rozvijeni-spiritualni-pece-ve-fn-v-motole.html>>

190 NĚMCOVÁ, J., MLÝNKOVÁ, J. *Saturace spirituálních potřeb pacientů*, *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2010, roč. 6, č. 1. Str. 27

191 FN Motol. *Rozvíjení spirituální péče ve FN v Motole*. [online]. 2008. [cit. 2. 3. 2011]. Autor ani bližší údaje neuvedeny. Dostupné na WWW <<http://www.fnmotol.cz/rozvijeni-spiritualni-pece-ve-fn-v-motole.html>>

5.1 Vymezení spirituální a pastorační (pastorální) péče

Spiritualitu Opatrná vymezuje dvojím způsobem – obecně jako vztah k nějaké nadpřirozené skutečnosti, bez vazby na konkrétní náboženství, a nebo naopak jako směr nebo orientaci k nějakému náboženství, např. křesťanství. Slovo pastorační vychází z latinského slova *pascere* a znamená sytit. Odtud vychází spojení pastor, v ČR chápán jako duchovní většinou protestantské denominace. Slovní spojení pastorační a **spirituální péče** nemá u nás vůči sobě jasně vymezený obsah.¹⁹²

Opatrný definuje **pastorační péči** jako „*takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.*“¹⁹³

Křivohlavý mluví o **pastorální péči**, kterou definuje podobně. Podle něj pastorální péči poskytuje křesťan nikoli duchovně zcela neutrální člověk. V pastorální péči je kladen důraz na posílení víry a zvládání životních obtíží v pohledu a skrz sílu víry. Cílem pastorální péče je „*uprostraňovat Duchu svatému – Utěšiteli, aby se mohl dotknout lidí v tísní, těžkostech, problémech, konfliktech a životních krizích. Jde o to dát se vést Duchem svatým a pomáhat druhým lidem, aby se dali vést Duchem svatým.*“¹⁹⁴

V etickém kodexu nemocničního kaplana nebo dobrovolníka je pastorační péče definována jako takové „*jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřících křesťanů, věnujeme pozornost sociálnímu okolí, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti a na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného vývoje.*“¹⁹⁵

192 OPATRŇÁ, M., *Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 3. Str. 105

193 OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha: Pastorační středisko. [online]. 2005. [cit. 3. 3. 2011] Dostupné na WWW <http://fatym.com/abcd/k/000214/0054_t.htm>

194 KŘIVOHLAVÝ, J., *Pastorální péče*. Praha. Nakl. Oliva 2000. Str. 14

195 NĚMCOVÁ, J., MLÝNKOVÁ, J. *Saturace spirituálních potřeb pacientů*, Diagnóza v ošetrovatelství, 2010, roč. 6, č. 1. Str. 28

Opatrný ve své příručce o pastorační péči v méně obvyklých situacích uvádí že „*pastorační péče v uváděném širším slova smyslu není omezena jen na křesťany, přesněji řečeno na ty, kdo se ke křesťanským církvím hlásí. Evangelní příklady nám ukazují, že Ježíš se postaral o toho, kdo u něho pomoc hledal a zkušenost ukazuje, že pastýřská péče bývá vyhledávaná i těmi, kdo do církve nepatří a přesto právě v ní hledají pomoc. Je ovšem nutné předpokládat, že největší část pastorační činnosti církve se bude konat ve prospěch křesťanů a že oni budou právem očekávat péči z křesťanských aspektů kompetentní.*“¹⁹⁶

5.2 Poskytovatelé spirituální péče ve zdravotnických zařízeních

Jak uvádí Němcová, Evropská síť kaplanů zvolila pro označení osoby, která vykonává pastorační péči v nemocnici jednotný termín „kaplan“. Jednotná terminologie je důležitá pro mezinárodní spolupráci. Ve světě je tento termín na rozdíl od používání v ČR běžný. V ČR se s kaplany setkáváme spíše v oblasti armády nebo vězeňství.¹⁹⁷

V roce 2002 byly přijaty Evropskou sítí zdravotní kaplanské služby Standardy pro zdravotní kaplanskou službu. Ty tuto službu definují jako „*službu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kteří trpí a těch kdož o ně pečují. Tato služba má přivádět ke zdrojům osobním, kulturním, ke zdrojům víry i zdrojům společenským.*“¹⁹⁸

V Praze byli Českou biskupskou konferencí pověřeni kaplani, kteří poskytují spirituální péči nepřetržitě 24 hodin denně a docházejí do všech pražských nemocnic. Do nemocnic mohou docházet samozřejmě faráři dalších denominací, nejčastěji ti, v jejichž místě působení se nemocnice nachází.¹⁹⁹

V kompetencích kaplana je konat nebo zajistit konání bohoslužeb, obřady, svátosti – podle typu denominace. Jedním se základních nástrojů péče je naslouchání, a to především u pacientů se zbytky víry či nevěřícími, pokud se tak sami označují.

196 OPATRŇY, A., *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha: Pastorační středisko. [online]. 2005. [cit. 3. 3. 2011] Dostupné na WWW: <<http://fatym.com/abcd/k/000214/0054.t.htm>>

197 NĚMCOVÁ, J., MLÝNKOVÁ, J. *Saturace spirituálních potřeb pacientů*, Diagnóza v ošetrovatelství, 2010, roč. 6, č. 1. Str. 28

198 Tamtéž

199 Tamtéž

V budoucnu se však počítá také s další možností poskytování spirituální péče ještě na jiné profesionální úrovni. Již několik let u nás působí Sekce krizové asistence Společnosti lékařské etiky lékařské společnosti J. E. Purkyně. Tato organizace sdružuje profesionály nejen z řad lékařů a sester, ale též teologů, psychologů a zájemců jiných profesí, kteří se zajímají o duchovní podporu klientů ve zdravotnických, ale i sociálních zařízeních. Činnost Sekce je přístupná všem pacientům bez rozdílu vyznání. V současné době Sekce připravuje vzdělávání pro profesionály, kteří by pomáhali zajišťovat duchovní péči nemocným a umírajícím, věřícím i těm, kteří se nepřiklánějí k žádné církvi nebo náboženské společnosti.²⁰⁰

5.3 Spirituální péče o pacienta KPM FNKV

Spirituální péče se v současné době stává součástí ošetrovatelské péče a víceméně funguje již téměř ve všech fakultních nemocnicích ČR. Konkrétní pomoc najdeme také v tzv. dobrovolnických centrech, které při nemocnicích vznikají nebo jako samostatné pracoviště což se týká spíše velkých nemocnic. Minimálně v každé nemocnici najdeme kapli či prostor k uskutečňování bohoslužeb různých denominací a dostupné kontakty na duchovní.

Němcová uvádí několik příkladů duchovních potřeb člověka. Potřeba naděje, která je důležitá v každé fázi nemoci. Další důležitou potřebou je nebýt a necítit se sám. Ta zahrnuje i potřebu přítomnosti doprovázejícího i potřebu kontaktu s Bohem, ať už skrze duchovní život, přítomnost rodiny nebo skrze potřebu účasti na bohoslužbě. Stejně tak jako nemocný potřebuje společnost, potřebuje i samotu. Pro spočinutí v tichu, meditaci, pro modlitbu.²⁰¹

Od všech profesionálů pracujících ve zdravotnickém zařízení se očekává respektování víry pacienta, aktivní získávání informací o duchovních potřebách člověka, zpřístupnění informací o bohoslužbách konaných ve zdravotnickém zařízení včetně telefonického kontaktu na kněze.²⁰² Na webových stránkách nemocnic každý pacient najde i informace a kontakty na duchovního, který duchovní péči v konkrétní nemocnici má na starosti. Podle charakteru oddělení musí personál umožnit návštěvu jiných věřících.

200 Tamtéž

201 Tamtéž

202 Tamtéž

Věřící pacienti KPM se mohou obrátit na staniční sestry jednotlivých oddělení, které jim poskytnou aktuální informace o možnostech návštěvy kaplana přímo na oddělení. V roce 2006 ve FNKV obnoven provoz nemocniční kaple, kde probíhají pravidelná setkání s duchovními Římskokatolické církve. Kaple je určena nejen pro hospitalizované pacienty a zaměstnance FNKV, ale také pro obyvatele z blízkého okolí Vinohrad. Každý čtvrtek je v kapli, vždy od 15:00 hod sloužena Mše svatá nebo Bohoslužba slova. Po skončení setkání je možné uskutečnit soukromý rozhovor s duchovním (zpověď).²⁰³

Profesionální duchovní služby ve FNKV zajišťují dva duchovní Římskokatolické církve. Nabízejí setkávání se s veřejností v nemocniční kapli, ale také návštěvu přímo u lůžka nemocného. Tuto péči zajišťují bez rozdílu víry a příslušnosti k církvi. V případě potřeby zajišťují kontakt na duchovní jiných denominací. Hospitalizovaní pacienti se mohou setkání zúčastnit podle svého aktuálního zdravotního stavu, ale vždy jen po předchozím souhlasu lékaře. Nemocnice pro své pacienty dokonce nabízí i dopravu pacientu s omezenou hybností převozovými sanitními vozy do kaple a zpět.²⁰⁴

Před propuštěním se pacient vrací ke svému duchovnímu životu podle zvyklostí nebo je v případě zájmu duchovním, knězem informován o sboru či společenství v místě jeho bydliště.

5.4 Přehled základních charakteristik vybraných křesťanských denominací ve vztahu k pastorační pomoci v nemocnici.

Římskokatolická církev

Nejrozšířenější a nejpočetnější církví v ČR je Římskokatolická církev. Proto, bude-li nemocný žádat nějakou službu církve, půjde pravděpodobně o tuto.

Podle Kodexu kanonického práva je „*kaplan kněz, kterému je natrvalo alespoň zčásti svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů... aby farář pečlivě splnil službu pastýře, snaží se poznat*

203 FNKV. Úsek ošetřovatelské péče. *Informace o duchovní péči* [online] 2011 [cit. 30. 3. 2011] Autor ani bližší údaje neuvedeny. Dostupné na WWW: <<http://www.fnkv.cz/?show=management&id=29>>

204 Tamtéž

*sobě svěřené věřící... Nemocným, hlavně blízkým smrti, se věnuje se zvláštní láskou, posiluje je pečlivě svátostmi a jejich duše se odporoučí Bohu...*²⁰⁵

Od kněze katolické církve je možno žádat o tyto svátosti: křest, (biřmování), Svaté přijímání (eucharistii), pomazání nemocného nebo svátost pokání.

O křest může požádat dospělý nebo rodič dítěte – není-li pokřtěn a vyzná svou víru v Krista. Křest může proběhnout neprodleně v případě blížící se smrti. Není-li v naléhavém případě přítomen kněz, může pacienta pokřtít kdokoli, kdo od křtěného přijme jeho vyznání víry. Tento člověk lije přírodní vodu na hlavu se slovy: „Já tě křtím ve jménu Otce, i Syna i Ducha svatého.“ Křest se oznamuje na místní faře.²⁰⁶

Jednou z nejčastějších svátostí udílenou pacientovi je eucharistie. Může jí předcházet svátost pokání (svatá zpověď). Svátost pokání je vyznání vin a přijetí plného odpuštění. Eucharistii (hostii) nemusí pacientovi k lůžku donášet jen kněz nebo jáhen. Zastoupit je mohou i pověření křesťané – laici. Tato svátost je především určena pro pokřtěné, aktivní katolíky, kteří žijí smíření s Bohem i lidmi. Takovému přijímání brání právní stav, např. pacient je rozvedený.²⁰⁷

Svátost pomazání nemocných není, jak Opatrný uvádí, ono známé „poslední pomazání“, tedy poslední „akce“ před pacientovou smrtí. Tato svátost má za cíl především být pro nemocného posilou víry. Svátost uděluje kněz nebo biskup. Po úvodních modlitbách mlčky vkládá ruce na hlavu pacienta a potom ho maže olejem na dvou místech – většinou jde o hlavu a ruce s patřičnou modlitbou. Tuto svátost lze přijmout i vícekrát za život. Je udělována zásadně lidem živým (byť v bezvědomí). Zesnulému se žádné svátosti neudílejí.²⁰⁸

Pravoslavná církev

Pravoslavní svým nemocným poskytují v podstatě tytéž svátosti. Svátosti se v pravoslaví nazývají „svaté tajiny“. Pro pravoslavného věřícího pacienta je důležité od koho je (ne)přijme. V případě nedosažitelnosti pravoslavného duchovní mohou svátost zástupně přijmout od kněze římskokatolické církve.

205 Kodex kanonického práva. Praha: Zvon. 1994. Str. 881

206 OPATRŇY, A., *Jak zmírnit niterná trápení nemocných*. Karmelitánské nakladatelství: Kostelní Vydří. 2004. Str. 18 - 19

207 Tamtéž

208 Tamtéž, str. 20

Eucharistie může být donesena jako v předchozím katolickém případě, ale podmínkou je, že jí musí předcházet zpověď.

Pravoslaví zná i pomazání olejem. Slouží nejen nemocným, ale i zdravým, a to v době Velkého postu. Proto je chápán jako prostředek k uzdravení duše. Obřad má další specifické podmínky a trvá také delší dobu.²⁰⁹

Protestantské církve

Pro věřící z klasických evangelických církví jsou dominantní dvě veličiny: Boží slovo (Bible) a víra. Víra a Boží slovo stojí zásadně před svátostmi. Podle chápání protestantských církví stojí význam osobního rozhodnutí a osobního úkonu víry vždy daleko před významem příslušnosti k církvi, před významem začlenění jednotlivce do církve.²¹⁰

Nemají zpověď jako svátost. To neznamená, že možnost „zpovědi“ nenabízí. Vyznání hříchů může probíhat mezi pacientem a laickým členem sboru, který se s ním potom modlí za odpuštění. V případě účasti na Večeři páně je třeba kontaktovat kněze. Tato svátost není zástupná jako v předchozích případech.²¹¹

Církev Československá husitská

Církev vysluhuje všech sedm svátostí jako Římskokatolická církev. Avšak kromě svátosti křtu nejsou ostatní svátosti uznávány římskokatolickou církví. Tedy ani zdejší „svátost útěchy nemocným“ není brána jako svátost v pojetí katolické církve. Svátosti uděluje buď ordinovaný farář (farářka) nebo jáhen, který může vysluhovat jen některé ze svátostí (křest, svátost útěchy nemocných a za vedení jemu nadřízeného faráře i svátost manželství). Péče o nemocné patří ke sborové činnosti a k běžným povinnostem faráře.

Ve vztahu ke katolické církvi jim katolický kněz v prosbě udílení svátostí (pokání, eucharistie, pomazání nemocných) nemůže podle katolické věrouky vyhovět. To samé platí i o požadavcích katolických věřících na husitské faráře. Problematika udílení svátostí mezi katolickou a husitskou církví souvisí s tzv. apoštolskou posloupností. S nemocným se kněz může modlit, číst Písmo, vzbuzovat s ním lítost nad jeho hříchy, a tak naději v Boží pomoc.

209 Tamtéž, str. 22

210 OPATRŇ, A., *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha: Pastorační středisko. [online]. 2005. [cit. 3. 3. 2011] Dostupné na: <<http://fatym.com/abcd/k/000214/0054.t.htm>>

211 OPATRŇ, A., *Jak zmírnit niterná trápení nemocných*. Karmelitánské nakladatelství: Kostelní Vydří. 2004. Str. 24

Závěr

Práce se věnuje komplexnímu pojetí popáleninového traumatu a to z hlediska bio-psycho-sociálního-spirituálního dopadu na dospělého člověka. Škála příčin termických úrazů u dospělých je mnohem širší než u dětí, kdy jsou hlavními příčinami úrazu nepozornost, nedodržení bezpečnosti práce nejen na pracovišti, jiné mechanismy úrazu (např. ozáření), dopravní nehody, kriminální příčiny (při odcizování kabelů a drátů zdánlivě bez elektrického napětí, pokusy o vraždu). Téma jsem si vybrala záměrně, neboť jsem pomocí rešerší nenašla, že by tato problematika byla takto komplexně zpracovaná, a to i přesto, že dopad na zdraví, psychiku a sociální vztahy je obrovský, a tvoří neoddělitelný celek.

Práce se proto zabývá mechanismy, příčinami, rozsahem popáleninového traumatu, i jeho léčbou a rehabilitací. Kapitola zabývající se psychickým dopadem pojednává o psychických změnách nejen u hospitalizovaných pacientů a jejich rodiny, ale i o psychických následcích po propuštění do jejich přirozeného sociálního prostředí. Po ní následuje kapitola, která se zabývá sociálním rozměrem a dopadem nemoci. Pojmenovává a popisuje sociální změny v životě člověka zasaženého popáleninovým traumatem. Uvádí i sociální změny vlivem úrazu pacienta na jeho rodinu a další sociální vazby. Předposlední kapitola vymezuje specifika práce a kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Další podkapitoly popisují specifika práce na Klinice popáleninové medicíny, obsah sociálního šetření i charakteristiku klientů sociálního pracovníka Kliniky. Dále popisuje postup při zajišťování kompenzačních pomůcek. Závěr kapitoly tvoří přehled sociálních dávek a dalších forem sociální pomoci klientům s popáleninovým traumatem. Poslední kapitolu jsem věnovala v ČR právě se rozvíjející pastorační a spirituální péči o pacienta, co je tím myšleno teoreticky, kdo je v ČR poskytovatelem spirituální péče. V další podkapitole se zabývám charakteristikami křesťanských církví ve vztahu k pastorační pomoci v nemocničním prostředí. Závěrečnou podkapitolu tvoří informace o možnostech rozvíjení pastorační péče do budoucna a na profesionální úrovni.

Prvním cílem této práce byla snaha o komplexní popis příčin a důsledků popáleninového traumatu na dospělého ve všech čtyřech výše uvedených rovinách. Velmi mi záleželo na zdroji odborných informací, a proto jsem oslovila jen profesionály - lékaře, fyzioterapeuta a sociálního pracovníka, kteří na Klinice popáleninové medicíny pracují již mnoho let. Podle stejného kritéria jsem postupovala i v případě sběru informací z literatury. Pozitivní roli hrála i moje vlastní praktická pracovní zkušenost, díky níž jsem měla snazší možnost teoreticky nabitě znalosti během studia poznat i v praxi.

Druhým vytyčeným cílem byl popis současného stavu sociální pomoci a podpory pacientům v době hospitalizace na Klinice, ale i po ní.

V ČR je medicínská a ošetrovatelská léčba popálenin na vysoké odborné úrovni, která je podpořená mnohaletou praxí. V roce 1928 se tehdejší Československo stalo první zemí Evropy, kde bylo zřízeno první samostatné pracoviště, plastické a rekonstrukční chirurgie.²¹² Avšak v oblasti komplexní péče, tak jak jsem nastínila v této práci, má naše zdravotnictví, Klinikou popáleninové medicíny nevyjímaje, stále velké nedostatky. Zejména v psychické podpoře pacienta a jeho rodiny v době hospitalizace. Poskytnutí psychologické intervence je jen na žádost ošetřujícího lékaře, i když pacient k tomu může sám dát podnět. V současné době v ČR není poskytována komplexní psychologická podpora pro doprovázející a další rodinné příslušníky tak jak je to běžné na popáleninových klinikách ve světě, např. v italském Palermu.²¹³ Další problém vidím v tom, že psychologickou péči nemá možnost pacient ani jeho rodina využít automaticky okamžitě, např. již při příjmu nebo před závažným chirurgickým zákrokem jako je např. amputace.

Z mého pohledu je primární sociální poradenství a služby, o které pacient či jeho rodina může požádat zdravotně-sociálního pracovníka, na dobré úrovni. Horší je to s následnou sociální péčí ve smyslu integrace do společnosti. Neexistuje žádné zařízení sociálních služeb nebo program na podporu

212 KÖNIGOVÁ, R., a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Grada 1999. Str. 16

213 MASELLIS, M. *Následná fáze psychologické péče u popálených: nemocnice, rodina, společnost*. Přednáška při příležitosti 9. výročí konference Společnosti popáleninové medicíny ČLS JEP s mezinárodní účastí a při příležitosti 50. výročí založení popáleninového centra 3. LF UK a FNKV v Praze s názvem: „*Komplexní a kontinuální péče u termických úrazů a elektro-traumat*“. Konaná ve dnech od 15.-17. 3. 2003 na 3. LF UK, FNKV

popáleným lidem, který by se převážně a cíleně věnoval pomoci po prodělaném popáleninovém úrazu. Absence takového zařízení zčásti mohou suplovat některá ze zařízení sociálních služeb nebo organizace věnující se práci s lidmi po prodělaném úrazu (např. již zmiňované Centrum Paraple).

Jsem ráda, že spirituální péče v našich nemocnicích se poměrně rychle rozvíjí, a že je tu první snaha o profesionalizaci spirituální pomoci člověku. V současné době už prakticky každý pacient obdrží informace o času a místě konání bohoslužeb buď na oddělení nebo v nemocniční kapli nebo alespoň kontakt na jiné duchovní, kteří do nemocnice pravidelně dochází.

Závěrem bych si moc přála, aby každý čtenář této bakalářské práce – bez ohledu na profesi či vztah k popáleninám – zde získal alespoň většinu odpovědí na své otázky.

Seznam použitých zdrojů

Prameny

- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 506/2005 Sb. Změna vyhlášky k provádění zákona o sociálním zabezpečení. Příloha č. 2, 3, 5
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity

Literatura

- BUCHTOVÁ, B. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247900-68.
- BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0099-9
- HRADECKÝ, I., HRADECKÁ, V. *Bezdomovectví – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996. ISBN 80-90229-20-4
- KAŠPÁRKOVÁ, L. *Psychosociální dopad popáleninového traumatu na dítě*. Absolventská práce VOŠ CARITAS obhájená v červnu 201
- Kodex kanonického práva. Praha: Zvon, 1994. ISBN 80-7113-0826

- KOUPIL, BRYCHTA, RYŠKA. *Psychologické aspekty rozsiahlych termických úrazov*, Revue medicíny v praxi, 2003, roč.1, č. 5, str. 27. ISSN 1336-202X
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-71787-329
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1988. ISBN neurčeno
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pastorální péče*. Praha: ETS, 2000. ISBN: 80-85942-42-9
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-2470-179-0
- KÖNIGOVÁ a kol. *Komplexní léčba popálenin*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-416-9
- KÖNIGOVÁ, R. *Následná kvalita života těžce popálených pacientů je výsledkem mezioborové péče*. Zdravotnické noviny 1997, roč. 46, č. 8., Příloha Kongresové listy č. 3, str. IV. ISSN 0044-1996
- KÖNIGOVÁ, R. BROŽ, L. *Popáleninové trauma*. Klinika popáleninové medicíny. 3. LF UK 1991. Brožura 3. LF UK vydaná vlastním nákladem.
- MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002. ISBN 80-86429-08-3
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. rozš. vyd. sociol. nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-24-9
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- MATUŠINSKÁ, J. *Posouzení stavu komunity bezdomovců dle koncepčního modelu M. Leiningerové*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2010, roč. 6, č. 4
- MAUER, M. *Psychologická podpora u popálených*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 4. ISSN 1801-1349
- MAUER, M. *Psychologie popáleninové medicíny*. Sestra, 2009, roč. 19, č. 12. ISSN 1210-0404
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-71781-97-5.

- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 97-880-73675-09-7
- NĚMCOVÁ, J., MLÝNKOVÁ, J. *Saturace spirituálních potřeb pacientů*, Diagnóza v ošetrovatelství, 2010, roč. 6, č. 1. ISSN 1801-1349
- OPATRŇÁ, M. *Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 3. ISSN 1801-1349
- OPATRŇÝ, A., *Jak zmírnit niterná trápení nemocných*. Karmelitánské nakladatelství: Kostelní Vydří, 2004. ISBN 80-7192-347-8
- PRAŠKO, J. HÁJEK, T. PREISS, M. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-80-5
- PRUDKOVÁ, T. NOVOTNÝ P. *Bezdomovectví*. Triton 2008. Vyd. 1.: Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80738710-00
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. UP Olomouc. Vyd. 3.: Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1073-7
- SVOBODOVÁ, K. *Rekondiční tábory po úrazech..* Zdravotnické noviny, 1997, roč. 46, č. 8. Příloha Kongresové listy č. 3, str. IV. ISSN 0044-1996
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9
- VIZINOVÁ, D. PREISS, M. *Psychické trauma (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-284-X
- VOKURKA, M. HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozšířené vydání. Maxdorf Praha, 1998. ISBN 80-85800-81-0
- ZEISBERGEROVÁ, I. HALUZÍKOVÁ, J. *Psychosociální problematika postižených termickým traumatem*, Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 4. ISSN 1801-1349

Seznam elektronických zdrojů

- Armáda spásy. Centrum sociální pomoci Bohuslava Bureše. [online] 2011. Autor ani bližší informace neuvedeny [cit. 2. 2. 2011], dostupné na <<http://www.armadaspasy.cz/projekty.php?idp=5&lokace=praha>>
- BRYCHTA, KALOUDOVÁ, BROŽ, KAPOUNKOVÁ, Přednemocniční péče o termický úraz. Projekt MZ ČZ zpracovaný ČSL JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3, Doporučené postupu pro praktické lékaře. [online] 2009 [cit. 2. 2. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r047.rtf>>

- Centrum paraple. Naše služby. [online]. 2008. Bližší informace neuvedeny [cit. 16. 2. 2011], dostupné na WWW <<http://www.paraple.cz/tabid/55/Default.aspx>>
- Český statistický úřad. <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>
- FN Královské Vinohrady. Úsek ošetrovatelské péče. Informace o duchovní péči [online] 2011 Bližší údaje neuvedeny [cit. 30. 3. 2011], dostupné na WWW: <<http://www.fnkv.cz/?show=management&id=29>>
- FN Motol. Rozvíjení spirituální péče ve FN v Motole. [online]. 2008. Bližší údaje neuvedeny. [cit. 2. 3. 2011], dostupné na WWW <<http://www.fnmotol.cz/rozvijeni-spiritualni-pece-ve-fn-v-motole.html>>
- FREI, J. Popáleniny. První pomoc (Mládež ČČK v Domažlicích) [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 22. 2. 2010]; dostupné na WWW <<http://mccck.sweb.cz/popaleninovy>>
- KLENER, V., Poškození ionizujícím zářením a kontaminace radionuklidy. Doporučené postupy. [online] Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. [cit. 2. 2. 2010], dostupné na WWW <www.cls.cz/dokumenty2/os/r029.rtf>
- KOSTKA, T. Černobyl. [online] 2007. Bližší údaje neuvedeny [cit. 26. 10. 2010], dostupné na WWW <<http://www.volny.cz/kostka2000/Cernobyl.htm>>
- KRŤÍŽEK T. Komplexní rehabilitace u popálených - prezentace. FNKV, [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 1. 3. 2010]; dostupné na WWW <www.ipvz.cz/akce/dokumenty/256-ipvz%2018-11.pdf>
- LIŠKOVÁ, I. Popáleninové trauma v neodkladné péči. Anesteziologie a neodkladná péče (Studijní materiály pro mediky a postgraduální studenty [online] 2007 [cit. 22. 11. 2009]; dostupné na WWW <<http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/mua/3c0.htm>>
- MAUER, M. Popálené dítě a jeho duše. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online] 2009. Bližší údaje neuvedeny [cit. 30. 3. 2010], dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/popaleniny/psychologicka-pomoc.html>>
- Ministerstvo spravedlnosti ČR. Insolvenční zákon. [online] 2011. Bližší údaje nevedeny neuvedeny [cit. 5. 2. 2011], dostupné na WWW <<http://insolvenzni-zakon.justice.cz/obecne-informace/insolvenzni-pravo.html>>
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. Regulační poplatky po 1. 4. 2009. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 31. 3. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>

- Národní centrum domácí péče ČR. [online] 2011. Bližší údaje neuvedeny [cit. 18. 2. 2011], dostupné na WWW <<http://www.domaci-pece.info/>>
- Občanské sdružení Bolíto. Slovo úvodem. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 2. 4. 2010]; dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/onas/slovo-uvodem.html>>
- OPATRŇY, A. Pastorační péče v méně obvyklých situacích. Praha: Pastorační středisko. [online]. 2005. [cit. 3. 3. 2011], dostupné na WWW <http://fatym.com/abcd/k/000214/0054_t.htm>
- Poradna při finanční tísni. Komu jsou služby určeny. [online] 2011. Bližší informace neuvedeny [cit. 3. 2. 2011], dostupné na WWW <http://www.financnitisen.cz/komu_jsou_sluzby_urceny.php>
- Portál veřejné správy ČR. Životní situace. Invalidita a žádost o invalidní důvod. [online] 2011. Bližší údaje neuvedeny [cit. 3. 3. 2011], dostupné na WWW <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/696/_s.155/708?POSTUP_ID=614&PRVEK_ID=361>
- PROUZOVÁ P. Termická poranění-popáleniny, omrzliny. [online] Bližší údaje neuvedeny [cit. 2. 9. 2010], dostupné na: <http://www.help-us-to-help.estranky.cz/clanky/prvni-pomoc_/12_-termicka-poraneni---popaleny_-omrzliny_-upal_-uzeh>
- SOVOVÁ, E. Zoufalí dlužníci se mohou obrátit na novou poradnu. [online] 2011 www. Penize.cz. [cit. 7. 3. 2011], dostupné na WWW <<http://www.penize.cz/osobni-bankrot/41036-zoufali-dluznici-se-mohou-obratit-na-novou-poradnu>>
- ZAJÍČEK, R. První pomoc. Bolíto (Sdružení na pomoc popáleným dětem) [online]. Bližší údaje neuvedeny [cit. 2. 2. 2010] dostupné na WWW <<http://www.bolito.cz/cz/prvni-pomoc.html>>
- Zbraně hromadného ničení. [online] 2010. Autor ani bližší údaje neuvedeny [cit. 25. 10. 2010], dostupné na: <http://www.mestovsetin.cz/bezpeci/brevir/static/dokumenty/prestupky_a_trestne_ciny%5Cchranime_zdravi_a_zivot%5Czbrane_hromadneho_niceni.htm>
- Zdravotně sociální služby. Nemocnice Rudolfa a Stefanie, a. s. V Benešově. [31. 3. 2010] Dostupné na WWW <<http://www.hospital-bn.cz/zdravotne-socialni-sluzby>>

Seznam použitých zkratk

AP	- Absolventská práce
BSA	- z angl. <i>Body Surface Area</i> - procentuální rozsah postiženého povrchu těla
ČSÚ	- Český statistický úřad
FN	- Fakultní nemocnice
FNKV	- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
FnsP	- Fakultní nemocnice s poliklinikou
IKEM	- Institut klinické a experimentální medicíny
JIP	- Jednotka intenzivní péče
KPM	- Klinika popáleninové medicíny
LDN	- Léčebna dlouhodobě nemocných
LF	- Lékařská fakulta
LZZS	- Letecká zdravotnická záchranná služba
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PTSD	- z angl. <i>Post Traumatic Stress Disorder</i> - zkr. pro označení posttraumatické stresové poruchy
průkaz TP	- průkaz pro osoby s těžkým zdravotním postižením
průkaz ZTP	- průkaz pro osoby se zvlášť těžkým zdr. postižením
průkaz ZTP/P	- průkaz pro osoby se zvlášť těžkým zdr. postižením s průvodcem
RHB	- Rehabilitace
RZP	- Rychlá zdravotnická pomoc
UPV	- Umělá plicní ventilace
USZS SK	- Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje
ZS	- Záchraná služba

Seznam příloh

- 1) Popálenina
- 2) Elektrotrauma
- 3) Poleptání (chemické trauma)
- 4) Omrzliny (chladové trauma)

Fotografie jednotlivých příčin popáleninového traumatu:

Následující obrázky demonstrují ničivý dopad jednotlivých příčin ztráty kůže, které lze souhrnně označit jako popálení. Obrázky (1 – 9) jsou převzaty z: KÖNIGOVÁ, R., a kol. Komplexní léčba popálenin. Grada 1999

Popálenina

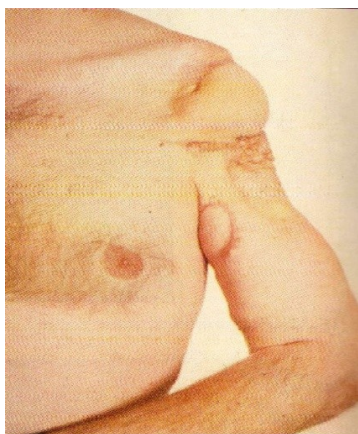


Obr. 1.: Popálenina IIB stupně – spontánně zhojené antibakteriálním krémem, viz. str. 15

Elektrotrauma

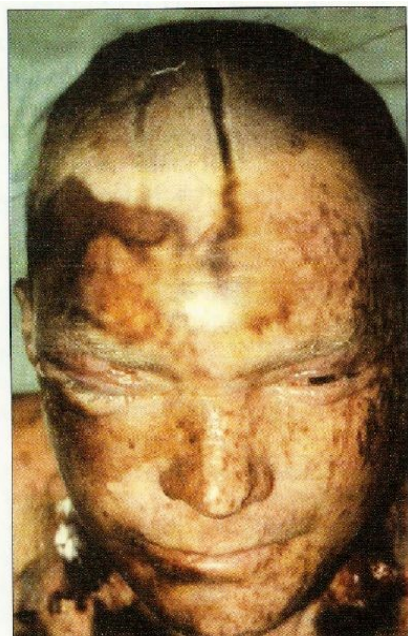


Obr. 2.: Muž 33 let, profesionální elektrotrauma vysokým napětím. Devastace levého ramene s obnaženým ramenním kloubem, viz. str. 15

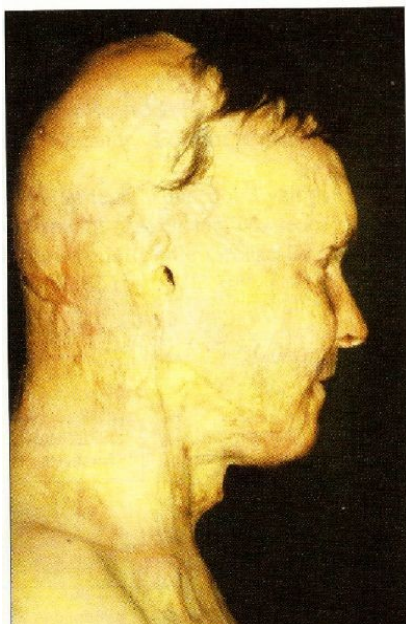


Obr. 3.: Tentýž pacient se zachráněným „zhojeným“ ramenem.

Poleptání (chemické trauma)



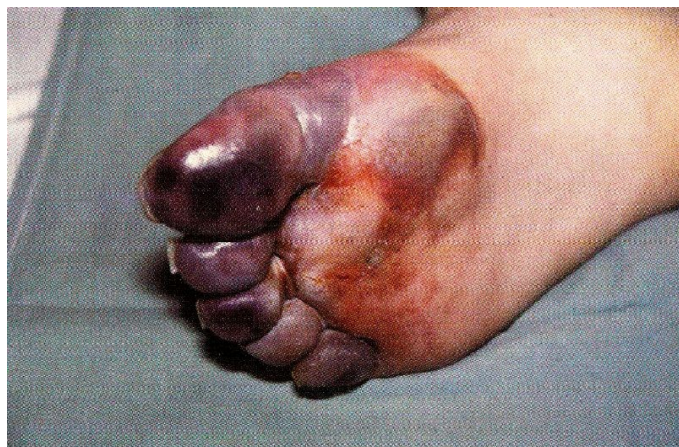
Obr. 4., 5.: Muž 33 let, profesionální úraz, poleptání 98% kyselinou sírovou. Zasažen obličej (vážně uši, oko), vlasy, krk, trup. Protože byla první pomoc (oplachování vodou) poskytnuta pozdě a neadekvátně, výplach očí byl proveden až ve zdravotnickém zařízení. Pohled na spodní obrázek – pacient „zhojen“, alopecie (plešatost) na části hlavy je nezvratná, stejně jako ztráta boltce, pacient přišel zároveň o zrak pravého oka. Viz. str. 16



Omrzliny (chladové trauma)



***Obr. 6., 7.: mumifikace prstů,
viz. str. 18***





*obr. 8., 9.: Mumifi-
kace obou nohou
u alkoholika, který
usnul venku při 0°C,
viz. str. 18*

