



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní  
a pedagogická ■

## Spinální jednotka

### Bakalářská práce

*Studijní program:* B7508 – Sociální práce  
*Studijní obor:* 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče  
*Autor práce:* **Renáta Sodomková**  
*Vedoucí práce:* Mgr. Andrea Brožová Doubková



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renáta Sodomková**  
Osobní číslo: **P12000524**  
Studijní program: **B7508 Sociální práce**  
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**  
Název tématu: **Spinální jednotka**  
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

### Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Popsat specifika spinálních jednotek a jejich pacientů. Shromáždit údaje o informovanosti pacientů, ve vztahu k uplatňování nároků na sociální dávky a služby.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor.

V Liberci dne 23. dubna 2014

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ARNOLDOVÁ, A., 2012. Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice: lékařská posudková služba: pojistné systémy sociálního zabezpečení. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3724-9

MATOUŠEK, O., 2013. Encyklopedie sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MICHALÍK, J., 2011. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, L., 2011. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-736-7873-9.

NAVRÁTIL, L., 2011. Neurochirurgie. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-246-2068-8.

TRÖSLER, P. a kol., 2010. Právo sociálního zabezpečení. 5. vyd. Praha: C. H. Beck. ISBN 97-880-7400-322-6.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Andrea Brožová Doubková**

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

**23. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.  
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: *26. 6. 2015*

Podpis: *Podobanová Monča*

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Andree Brožové – Doubkové za trpělivost, ochotu, odborné vedení a poskytnutí připomínek i cenných informací při zpracování bakalářské práce. A v neposlední řadě za čas, který mi věnovala.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mě po celý čas studia podporovala.

Název bakalářské práce: **Spinální jednotka**

Jméno a příjmení autora: **Renáta Sodomková**

Akademický rok odevzdání: **2014/2015**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Brožová – Doubková**

### **Anotace**

Bakalářská práce na téma Spinální jednotka analyzovala problematiku klientů ve vztahu k sociální oblasti. Cílem bakalářské práce bylo shromáždit údaje o informovanosti klientů ve vztahu k uplatňování nároků na sociální dávky a sociální služby.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části teoretickou část a praktickou část.

Teoretická část popisuje tělesné postižení a spinální traumata. Charakteristiku a specifika spinální jednotky. Zároveň zde bylo poukázáno na to, jaké možnosti mají lidé po akutním úraze ve využití sociálních dávek a sociálních služeb. Praktická část byla zaměřena na průzkumové šetření, které bylo uskutečněno metodou strukturovaného rozhovoru, kde byly kladeny otázky dle předem připraveného dotazníku. Zúčastnilo se celkem 45 respondentů, kteří byli hospitalizováni na spinální jednotce. Z údajů získaných pomocí otázek kladených při rozhovoru mimo jiné vyplynulo, že informovanost klientů je nedostačující.

Za velký přínos bakalářské práce považují zaměření pracovníků vedení oddělení spinální jednotky na sociální oblast ve vztahu ke klientům, kteří z plného zdraví zůstali upoutáni na lůžko či invalidní vozík, aby se co nejlepším způsobem vrátili do běžného života.

### **Klíčová slova**

Sociální služba, sociální dávka, tělesné postižení, akutní onemocnění, úraz, spinální jednotka.

Title bachelor's work: **Spinal unit**

Name and surname: **Renáta Sodomková**

Academic year: **2014/2015**

Manager bachelor's work: **Mgr. Andrea Brožová - Doubková**

### **Annotation**

Bachelor thesis analyzed problems of clients of spinal unit in relation to social sphere. An aim of this thesis was to collect data on clients awareness in relation to claims for social security benefits and social services.

The thesis is divided into the two parts: theoretical and practical part. The theoretical part describes physical disability and spinal trauma. Characteristics and specifics of the spinal unit. Concurrently, it was suggested what options people have after acute injury in the use of social benefits and social services. The practical part was focused on survey, which was carried out using a structured interview, where the questions were given beforehand of the prepared questionnaire. A total of 45 participated respondents were hospitalized at the spinal unit. From the data obtained through the questions asked during the interview, was revealed that informations given to clients is insufficient.

For the great contribution of this thesis I consider, focus of personnel management department of the spinal unit at the social sector in relation to clients, who from full health remained bedridden or wheelchair got the best way back to normal life.

### **Keywords**

Social services, social measure, physical disability, acute illness, accident, spinal unit.

## Obsah

Úvod .....	10
Teoretická část .....	11
1. Získané tělesné postižení .....	11
1.1 Spinální trauma .....	11
1.2 Adaptace v životě s tělesným handicapem .....	14
1.3 Sociální integrace .....	15
1.4 Poradenství pro osoby se zdravotním postižením .....	16
2 Historie péče o pacienty s poraněním míchy .....	17
2.1 Specifika a význam spinální jednotky .....	17
2.2 Spinální jednotky v ČR .....	19
3 Sociální dávky a služby v kontextu zajištění péče o klienta s poraněním páteře .....	22
3.1 Sociální služby .....	22
3.2 Sociální dávky .....	24
3.3 Kompenzační pomůcky .....	25
4 Role sociálního pracovníka spinální jednotky .....	27
Praktická část .....	29
5 Cíle a stanovené hypotézy .....	29
5.1 Stanovené hypotézy .....	29
6 Metoda výzkumu a popis zkoumaného vzorku .....	30
7 Analýza výzkumných dat .....	31
7.1 Ověřování cílů a hypotéz .....	43
7.2 Interpretace výsledků zjištění .....	44
7.3 Navrhovaná opatření .....	45
Závěr .....	46



Kazuistika č. 1. ....	47
Kazuistika č. 2. ....	48
Kazuistika č. 3. ....	49
Seznam použitých informačních zdrojů .....	50
Elektronické informační zdroje .....	52
Seznam příloh.....	53

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1. Věk respondentů	31
Tabulka č. 2. Délka pobytu na spinální jednotce	32
Tabulka č. 3. Informace o přítomnosti sociální pracovníce na spinální jednotce	33
Tabulka č. 4. Zda klienty spinální jednotky navštívila sociální pracovníce.	34
Tabulka č. 5. Informace od sociální pracovníce o nárocích na sociální dávky a služby.	35
Tabulka č. 6. Byla Vám sociální pracovníce nápomocna při řešení jejich situace.	36
Tabulka č. 7. Jak byla sociální pracovníce nápomocna respondentům.	37
Tabulka č. 8. Spokojenost respondentů s prací sociální pracovníce.	38
Tabulka č. 9. Druh využívaných sociálních dávek.	39
Tabulka č. 10. Jste v invalidním důchodu.	40
Tabulka č. 11. Využívají sociální služby?	41
Tabulka č. 12. Druh využívaných sociálních služeb.	42

## **Seznam grafů**

Graf č. 1. Věk respondentů	31
Graf č. 2. Délka pobytu na spinální jednotce	32
Graf č. 3. Informace o přítomnosti sociální pracovníce na spinální jednotce	33
Graf č. 4. Zda klienty spinální jednotky navštívila sociální pracovníce.	34
Graf č. 5. Informace od sociální pracovníce o nárocích na sociální dávky a služby.	35
Graf č. 6. Byla Vám sociální pracovníce nápomocna při řešení jejich situace.	36
Graf č. 7. Jak byla sociální pracovníce nápomocna respondentům.	37
Graf č. 8. Spokojenost respondentů s prací sociální pracovníce.	38
Graf č. 9. Druh využívaných sociálních dávek.	39
Graf č. 10. Jste v invalidním důchodu.	41
Graf č. 11. Využívají sociální služby?	42
Graf č. 12. Druh využívaných sociálních služeb.	43

## Úvod

Spinální jednotka je lůžkovou částí zdravotnického zřízení spadající pod traumatologické oddělení. Jsou zde hospitalizováni klienti s poraněním páteře. Poranění páteře a následně míchy je velmi závažné postižení, které svými následky velmi výrazně zasáhne do života člověka. Do života člověka samotného, ale rovněž do života jeho blízkých. Poranění míchy řadíme do spinálního traumatu, jde zejména o poranění vznikající při pádech, dopravních nehodách, vlivem nádorového onemocnění, zánětu či degenerativního onemocnění, po operacích. Je velmi důležité zajistit lidem s míšním poraněním podporu nejen z hlediska lékařského, psychologického, ale zároveň z hlediska sociálního. Lidé po spinálním traumatu ve většině případů prochází spinální jednotkou. Teoretická část se zabývá tělesným postižením obecně, integrací a adaptací lidí s tělesným postižením. Je zde popsána spinální jednotka, její specifika, význam, role sociálního pracovníka na spinální jednotce. Závěr teoretické části je zaměřen na sociální dávky a služby v návaznosti na sociální práci. Praktická část bude zaměřena na vybranou skupinu pacientů spinální jednotky, na jejich informovanost ve vztahu k sociálním službám a k práci sociálních pracovníků.

Cílem bakalářské práce je popsat specifika spinálních jednotek a jejich pacientů. Shromáždit informace o tom, jak jsou pacienti spinálních jednotek informováni ve vztahu k nárokům na sociální služby a dávky. Zároveň poukázat na východiska v rámci prevence možného sociálního vyloučení. Bakalářská práce je určena pacientům spinálních jednotek, poznatky z praktické části budou sloužit hlavním sestřám nemocnic k vyhodnocení informovanosti o pomoci pacientům a práci sociálních pracovníků.

## **Teoretická část**

Teoretická část se věnuje tématům tělesného postižení a spinálního traumatu. Adaptací a integrací klientů spinálních jednotek do běžného života. V několika kapitolách se lze seznámit s historií a charakteristikou spinálních jednotek.

### **1. Získané tělesné postižení**

Život s tělesným postižením má rozměry výzvy a konfrontace. Člověk s takovým postižením žije ve stálé každodenní konfrontaci, která dle Michalíka (2011) probíhá ve třech základních rovinách. První rovina je konfrontací mezi možnostmi danými omezeními nerozvinutými poškozeními či absentujícími funkcemi vlastního těla člověka, jeho ambicemi přiměřenými jeho jednáním, intelektu, vzdělání, věku a sociokulturnímu statusu.

Druhá rovina je ve stálé reflexi sebe samého v postojích a chování druhých lidí, ve srovnání sebe samého s jinými lidmi podobně postiženými.

Třetí rovina je v konfrontaci s tím, čeho by s ohledem na panující atributy současné společnosti měl člověk dosáhnout a tím čeho on dosáhnout může (Michalík 2011. s. 215).

Současně lze vzhledem na zmíněné roviny, život s tělesným postižením chápat jako výzvu v rovině osobní a společenské. Člověk s postižením přijímá svou životní situaci jako výzvu k překonávání svízelné či nepřijatelné situace a jako podnět k prokázání toho, že má stejné předpoklady ke společenskému i osobnímu uplatnění, jako jeho vrstevníci bez postižení. Zásadní je sama snaha, úsilí, cílená a smysluplná aktivita, než to, zda se mu podaří dosáhnout vytyčených cílů. Lidé s postižením, kteří se snaží aktivně zapojovat, jsou výzvou pro lidi intaktní, kteří tak mohou přehodnotit své vlastní cíle, ambice, postoje. Hodnoty své existence pak mohou posunout na kvalitativně vyšší úroveň. Kdyby majoritní společnost byla méně zatížena předsudky, jejich podpora byla efektivnější, adresnější, mohli by si lidé bez postižení lépe uvědomit, jaké síly ztrácejí lidé s postižením při zvládnání běžných (majoritní společností odstranitelných) překážek, a přitom by tyto síly mohli využít lépe (Michalík 2011 s. 215).

#### **1.1 Spinální trauma**

V úvodu je třeba popsat míchu a její funkce, neboť celá bakalářská práce je zaměřená na osoby s poraněním míchy. Pohyb jako takový je součástí našeho života a umožňují ho

především svaly. Činnost svalů je řízena nervovou soustavou. Nervová soustava se dělí na centrální – mozek, mozeček a míchu a periferní – nervové kořeny a periferní nervy. Velmi zjednodušeně řečeno, mícha umožňuje přenos informací z mozku k periferním nervům a naopak.

Mícha probíhá v páteřním kanálu. Páteřní kanál je tvořen otvory jednotlivých obratlů páteře. Páteř je tvořena 32 – 33 obratli. 7 krčními, 12 hrudními, 5 bederními, 5 křížovými, ty splývají v kost křížovou a 4 – 5 kostrčních, kteří splývají v kost kostrční. (Faltýnková 2005. s. 5). Mícha se vyvíjí jinak než páteř, proto mícha končí v oblasti bederní páteře, dále pokračují pouze terminální (koncová) vlákna. Mezi jednotlivými oblouky v tzv. meziobratlových otvorech vystupují z míchy míšní nervy. Vlákna míšních nervů se směrem do periferie spojují a vytvářejí periferní nervy. Periferní nervy mají motorická vlákna, která ovlivňují činnost svalů, dále vlákna senzitivní, která ovlivňují dotykové vjemy, tlakové vjemy, informace o bolesti, napětí svalů a šlach. Třetími vlákny jsou vlákna vegetativní, která ovlivňují činnost srdce, zažívacího, vylučovacího ústrojí a pohlavních orgánů. Část míchy, ze které vystupují vlákna, se nazývá míšní segment. Znalost míšních segmentů je nezbytná z důvodu označení tak zvané výšky léze<sup>1</sup>, tedy výšky poškození míchy. Při náhlém přerušení míchy dojde k tak zvanému míšnímu šoku, to je stav, kdy mícha přestane vykonávat svou reflexní činnost, končetiny jsou bezvládné, chybí citlivost pro dotyk, chlad, teplo, bolest. Člověk nevnímá, v jaké poloze má končetiny. Míšní segmenty bývají často poškozeny nesouměrně, takže hybnost i citlivost bývají poškozeny rozdílně mezi jednotlivými polovinami těla. Jakékoli poranění míchy znamená dramatický zásah do kvality života člověka i jeho blízkých (Faltýnková 2012. s. 6).

Příčiny poranění míchy (Faltýnková 2012. s. 6).

- Trauma v 70 %, trauma převážně z dopravních úrazů.
- Pády a to u osob nad 45 let.
- Sportovní úrazy.
- Kriminální delikty.

Mezi další příčiny patří vaskulární a vertebrogenní onemocnění, tumor, záněty, roztroušená skleróza, infekční onemocnění, vývojová a degenerativní onemocnění.

Dle Ryšlavé (2005. s. 16) lze funkční postižení páteře rozlišit na:

- Tetraplegii – míšní léze v krčních segmentech, porucha funkce všech končetin, orgánů břicha a pánve.

---

<sup>1</sup> Anatomické přerušení míchy (Peterová, 2005. s. 32)

- Pentaplegie – míšní léze se nachází v oblasti hrudních, bederních nebo sakrálních segmentů, porucha funkce všech končetin a bránice.
- Paraplegie – míšní léze se nachází v oblasti hrudních, bederních nebo sakrálních segmentů. Postiženy bývají dolní končetiny, orgány břicha a trup.

Podle výšky poškození míšního segmentu a následné poruchy funkce trupových svalů a aktivního pohybu končetin, můžeme tetraplegii rozdělit do 4 stupňů. Z hlediska funkčního a popisu potřeb péče, pomůcek, lze do těchto skupin zařadit i pacienty s pentaplegií. Jsou to klienti, kteří ke své péči potřebují asistenta. Pokud bychom chtěli minimalizovat potřeby asistenta je důležité v rámci rehabilitace dosáhnout stability při sedu a využívat zachované funkce horních končetin. Jakou stabilitu klient dosáhne a jak se naučí využívat své ruce, to závisí kromě výšky poškozeného segmentu na mnoha dalších faktorech, jako jsou věk, fyzická konstituce, motivace, přidružená onemocnění, aktuální psychické naladění klienta. Rovněž dobrá spolupráce s terapeutem. V mnoha případech je činnost asistenta nezbytná po celou dobu života. Pokud dojde k postižení v oblasti krčních obratlů 1 – 5, klient není schopen sedět bez opory zad, potřebuje stabilizovat trup anatomicky tvarovanou opěrkou zad. Důležitá je pomoc asistenta, který musí během různých úkonů poskytnout stálou oporu. V některých případech může mít klient zachovaný aktivní pohyb ramen k uším, avšak využitelný minimálně. Postižení v místě 5 – 6 krčního obratle je klient schopen sedět opřený o natažené a zevně rotované paže s uzamčenými loketními klouby. Není schopen zvednout ani jednu paži a udržet rovnováhu. Pomoc asistenta je nezbytná, v případě pokud klient samostatně sedí, jeho blízkost je důležitá. Klient má zachovanou aktivní hybnost ramenního kloubu a funkční ohnutí lokte. Pomocí ortéz a kompenzačních pomůcek může klient cvičit pasivní funkční úchop. Poranění v oblasti 6 – 7 krčního obratle je klient schopen sedět opřený o natažené paže s uzamčenými lokty. Je schopen zvednout jednu paži do úrovně ramen, snaží se vyrovnávat rovnováhu pomalými pohyby. Při nácviku takovýchto pohybů je nezbytná přítomnost asistenta pro pomoc či poskytnutí záchrany. U klienta je plná aktivní hybnost ramenních kloubů, plná síla ohýbačů lokte a plná síla zvedačů zápěstí. Může vycvičit aktivní úchop ruky.

Pokud je poranění v oblasti 7 – 8 krčního obratle, obratlů v oblasti hrudní a bederní krajiny, je klient schopen sedět bez opory paží, zvednout jednu paži nad hlavu a pohybovat s ní, druhou se opírá o podložku. Je schopen se předklonit v sedě a pomocí natahovače lokte se opět narovnat. Z počátku je nutná přítomnost asistenta z důvodu pomoci při nácviku různých aktivit. Klient má volnou hybnost loketního kloubu, zápěstí a může mít zachovanou různou kvalitu úchopové funkce ruky i jemnou motoriku. Pokud se klient naučí aktivity potřebné ke zvládnutí

základních potřeb je i nadále nutností přítomnosti asistenta k hygieně, přesunům z vozíku na lůžko, na toaletu a pod (Faltýnková, 2012, s. 12 – 13).

## 1.2 Adaptace v životě s tělesným handicapem

Osoby, které mají zdravotní postižení a to buď získané či vrozené, mohou mít ztížené životní postavení. Z hlediska psychiky se mohou cítit méněcenní, neatraktivní, bezradní, neužiteční. Tyto jejich pocity vyplývají ze vztahu samotných postižených vůči společnosti. Vzhledem k bariérám psychickým a fyzickým mohou pociťovat frustraci a zlobu. Bývají často chápáni jako lidé „odlišní“, doprovázeni na ulicích nepříjemnými pohledy. Adaptace na postižení závisí na hloubce a stupni postižení, na osobnosti postiženého člověka. I lehčí stupeň tělesného postižení, může způsobovat těžší poškození psychiky, pokud se s tím osoba hůře vyrovnává (Vágnerová, 2004. s. 64). Získané vady méně zasahují do vývojových funkcí jedince, protože tyto funkce se vyvíjeli do doby před poškozením zcela normálně, proto je zde kladen větší nárok na vyrovnání se s vadou. V tom je rozdíl od vad vrozených, kde vrozené vady omezují a mění podmínky vývoje již od počátku. Získané postižení zasáhne do života jedince náhle, nečekaně, je hluboce prožíváno, mění budoucnost, představuje náročnou životní zkušenost. Vzniklé postižení pro jedince představuje silné emoční trauma (kazuistika Č. 3). V době po úraze nestávají 3 typické fáze emočního traumatu, kterými jedinec při získání vady prochází.

**První fáze** je fáze latence, která je provázená nedostatečnou informovaností o úraze, který se stal, o tom co bude dál následovat. Jedinec neuvažuje o změnách svých plánů a hodnot, které měl před úrazem. V této době je jeho hlavním cílem opětovný stav úplného zdraví.

**Druhou fází** je fáze pochopení, jedinec si uvědomuje a chápe realitu svého stavu. Podrobuje se následné lékařské a rehabilitační péči. Delší dobu však trvá, než zcela pochopí, že se již nikdy neuzdraví. Tato doba je u každého jedince jinak dlouhá. Situace je doprovázena šokem, duševním otřesem, silnou úzkostí. Jedinec se snaží o popření celé situace, může přestávat rozumět svému okolí, vyhýbá se jakýmkoli sociálním kontaktům. Někteří jedinci mohou pomýšlet i na smrt. Většinou se postupem času smiřují se svým stavem.

**Třetí fáze** je fáze postupné adaptace, která zahrnuje schopnost jedince učit se sebeobsluze, jistotě, používání kompenzačních pomůcek. Jedinec akceptuje danou situaci, připouští změny, které nastaly.

Nejtěžší skutečností u člověka s tělesným postižením je hledání smyslu života, musí změnit své hodnoty, vyrovnat se s handicapem, vybudovat si dostatečnou sebedůvěru. Psychický vývoj

je závislý na dostatečném uspokojování psychických potřeb jedince. Pokud nejsou uspokojovány delší dobu, může dojít k psychické deprivaci. Velmi záleží na postojích nejbližšího okolí, především rodiny. Velkým významem pro postiženého jsou koníčky, zájmy, pokud nejsou handicapem omezeny. Pokud ano, může se u jedince objevit nespravedlnost a zahořklost vůči zdravé populaci. Může mít pocity bezmocnosti a závislosti na ostatních. Lidé se získaným postižením mají tendenci se srovnávat se zdravými lidmi a snaží se v nové situaci hledat nějaké výhody. Nutí je to být citlivější a vnímavější ke svému okolí (Vágnerová 2004. s. 66).

### **1.3 Sociální integrace**

Prioritou a hlavním cílem u pacientů s míšní lézí je od samého začátku resocializace a zajištění co nejvyšší kvality života (Ryšlavá 2005. s. 185). Je nezbytné naučit se žít s handicapem, znovunalezení sociální role a obnova sociálních kontaktů. Nezbytnou součástí je pomoc rodiny řešit vzniklý sociální problém. Umožnit postiženému začlenění do běžného života, do pracovního procesu. Zároveň mít možnost účastnit se na sportovních aktivitách, získat kompenzační pomůcky, řidičský průkaz, adaptovaný automobil a další věci nutné k běžnému životu. Zde by již měla pomoci spolupráce se sociálním pracovníkem. Je třeba poučit klienta o možnostech sociálního zabezpečení včetně pomoci při sepsání potřebné dokumentace, odškodnění za úraz, poučení o právních nárocích, pomoc při vyřizování všech potřebných náležitostí (kazuistika Č. 1). Vzhledem k tomu, že v současné době klient po akutním úrazu v první fázi je na pracovní neschopnosti, na které může být pouze jeden rok, je důležité pomoci mu při vyřizování invalidního důchodu, poučit ho o poskytování mimořádných výhod. Klient by se měl vrátit z rehabilitačního ústavu do jasně vyřešené životní situace. Svépomocné organizace a občanská sdružení pomáhají velmi často lidem vyrovnat se s důsledky onemocnění, vyměňovat si navzájem zkušenosti, poznatky, řešit společně problémy. Rovněž pomáhají najít pracovní uplatnění, poskytují sociálně právní poradenství svým klientům, řeší problematiku bydlení, spolupráci s lékaři, s rehabilitačními pracovníky, s domácí péčí, zapojují rodinu, přátele. Součástí terapie je možnost sdílení problému, získání pocitu, že i druzí mají podobné starosti a zkušenosti. Klienta a rodinu nutno orientovat na různá sdružení a organizace pro osoby s poraněním míchy. Hodnotnou součástí rehabilitace je sport a rekreace. Sportovní aktivity (například stolní tenis, lukostřelba, basketbal vozíčkářů, různé atletické disciplíny) podporují stabilitu, sílu, koordinaci a celkovou zdatnost, utužují smysl pro kamarádství, Mají velký emoční náboj, napomáhají reintegraci do společnosti.



## **1.4 Poradenství pro osoby se zdravotním postižením**

Poradenství patří mezi základní službu v pomáhajících profesích, hlavně tam, kde se snažíme podpořit člověka v aktivním zacházení s jeho nepříznivou životní situací. Cílem může být získání nových potřebných informací, nového náhledu sám na sebe i na lidi v jeho okolí. Poradenství pomáhá zmírňovat stav jejich životní nepohody a řešit jejich vzniklé problémy. Poradenská podpora u osob se zdravotním postižením je odborná a laická. Na člověka je pohlíženo celostně, nikoli jen na jeho postižení, diagnózu, ale na celkový kontext, vznik, průběh, příčiny a souvislosti, z nichž vyplývá jeho nepříznivá životní situace. Základním principem je nestrannost, dostupnost, aktuálnost, nepředpojatost, otevřenost, respekt, nezávislost a erudice poradce, který přistupuje s partnerským přístupem (Matoušek 2003. s. 84). O rozsahu pomoci rozhoduje vždy sám klient. Poradenství pomáhá klientovi v rozvoji schopností k převzetí zodpovědnosti nad svým životem, k podpoření jeho osobních kompetencí. Poradenství může být jednorázové, ale i dlouhodobé (kazuistika Č. 2.). Zahrnuje poskytování informací, rad, zprostředkování kontaktů, konzultací, dlouhodobou podporu, předávání zkušeností, kooperaci s pomáhajícími institucemi. Poradenská činnost musí být orientována na pojmenování problému a jeho příčin a na hledání řešení, cest k realizaci. V oblasti sociální práce je chápáno sociální poradenství jako součást jednotlivých sociálních služeb, ale rovněž jako odborné sociální poradenství či sociálně-právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením. Jde o specializovanou poradenskou činnost (Matoušek 2003. s. 85).

## 2 Historie péče o pacienty s poraněním míchy

Již v období druhé světové války se péče o pacienty s poraněním míchy začala centralizovat pro její specifika a nutnost komplexního přístupu. V poválečných letech se nadále tento systém rozvíjel. Dle Kříže (2013) první specializované centrum bylo založeno v roce 1936 Donaldem Muronem v Bostonské městské nemocnici v USA. Muron byl rovněž úspěšný při zakládání spinálních center v USA, kde byly využívány jeho postupy a metody. V roce 1944 německý neurochirurg židovského původu Ludwig Guttman vybudoval národní spinální centrum ve Stoke Mandeville v Buckinghamském hrabství, které se stalo jakýmsi vzorem, pro vznik dalších podobných center v okolních zemích. Zavedl mnoho zásadních léčebných postupů, které snížily počet sekundárních komplikací a úmrtnost pacientů. Jméno Ludwig Guttman je rovněž spojováno s paralympijským sportem. Byl zastáncem zapojení sportu jako nedílné součásti rehabilitace. Koncem osmdesátých let, se vznikem prvních neurologických pracovišť, došlo v Československu ke změnám v péči o pacienty po poranění páteře a míchy. Na nově otevřených neurologických klinikách a odděleních docházelo k centralizaci péče o spinální pacienty a výrazně se tak snížila jejich úmrtnost. První spinální jednotku se podařilo vybudovat Petru Wendschemu, který pracoval ve Výzkumném ústavu traumatologickém (později Úrazová nemocnice v Brně) a od osmdesátých let se věnoval operacím páteře. Snažil se o prosazení systému ucelené péče o nemocné s poraněním míchy. První spinální jednotka, čítající 18 lůžek, byla otevřena v únoru 1992 v Úrazové nemocnici v Brně (Neurologia pre prax 2013. s. 4).

### 2.1 Specifika a význam spinální jednotky

Spinální jednotka bývá pro laiky vcelku neznámý pojem. Pro lidi po úrazu páteře to bývá první místo velké naděje, protože jde o pracoviště, specializující se na léčení úrazu páteře a míchy v rámci komplexnosti. Což vede k šanci na minimalizaci následků poranění. Péče je zde poskytnuta mezioborová, odborná, specializovaná. Vyžaduje týmovou spolupráci neurologa, traumatologa, neurochirurga, ortopeda, rehabilitačního lékaře, intenzivisty<sup>2</sup>, plastického chirurga, urologa a mnoho dalších.

---

<sup>2</sup> Lékař pracující na jednotkách intenzivní péče

Každé léčení poranění míchy by se dalo shrnout do třech základních fází (Faltýnková 2012, s. 19).

**Fáze akutní** - zaměřující se na operační řešení poranění páteře. Především jde

o dekompresi (snížení tlaku) postižené míchy a léčení přidružených onemocnění, které ve většině případů vyskytují.

**Fáze post akutní** – zde se pomocí zdravotnických, léčebných a rehabilitačních postupů snaží minimalizovat důsledky porušení funkce celého těla, k nimž poranění mích v důsledku vede. Patří sem především fyzioterapeutická a ergoterapeutická rehabilitace, urologická rehabilitace, psychologické a sexuální poradenství, prevence dekubitů.

**Fáze chronická** – je zaměřená na dlouhodobou rehabilitaci a nácvik soběstačnosti v co největší míře. Třetí fáze bývá uplatňována především ve velkých rehabilitačních ústavech Kladruby (<http://rehabilitace.cz/czech/>), Hrabyně (<http://www.ruhrabyne.cz>), Košumberk (<http://www.hamzova-lecebna.cz>) a v kapacitně menších, která svou odbornou erudicí, osobním nasazením všech zaměstnanců jsou velmi fundovaná centra. Zároveň sem lze zařadit ambulantní rehabilitační centra, která koordinují léčebně rehabilitační proces a navazují na rehabilitaci v rehabilitačních ústavech u klientů, kteří jsou již v domácím prostředí.

Doménou spinálních jednotek je akutní a post akutní péče. Rehabilitace je od samého počátku realizována stabilním rehabilitačním týmem složeným z lékaře, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, psychologa, protetika, sexuologa, sociální pracovníce a speciálního vyškoleného technického a ošetřujícího personálu. Zároveň musí být plánovaná podle aktuálních potřeb nemocného, který je klíčovou osobou celého týmu.

Pacient spinální jednotky je specifický postižením prakticky všech orgánů a systémů, vše je ještě umocněno výškou léze a tak rehabilitace může být kdykoli komplikována, jakýmkoli akutním problémem. Proto se o pacienta stará celý tým, který by měl mít praktické zkušenosti z akutní medicíny. Velmi důležitou roli zde zaujímá sociální pracovník. Po odeznění akutní fáze by měl zaujmout v životě klienta výrazné místo. Klient řeší spoustu životních problémů, na které dosud neznal odpovědi. Jak řešit dál finanční situaci, co bude, až mu skončí pracovní neschopnost, jaké možnosti má při financování kompenzačních pomůcek apod. Klient, který do doby před úrazem byl výdělečně činný, samostatný, schopen se o své osobní a životní věci starat sám, náhle po úraze zjistí, že neví co dělat, na koho se obrátit o pomoc, radu. V tu chvíli by měl do jeho života „vstoupit“ sociální pracovník. Na spinální jednotce je v průběhu rehabilitace pacient stále na jednom místě, většina vyšetření a terapie je zajišťována konziliárně nebo specialisty přímo na jednotce, minimalizují se tak překlady na jiná oddělení. Výhodou pro klienta je rovněž to, že od počátku hospitalizace komunikuje se stejným

sociálním pracovníkem, lépe spolu naváží kontakt, sociální pracovník má více času seznámit se s klientovými starostmi a požadavky.

Spinální jednotky bývají často součástí trauma – centra (centrum specializující se na úrazy, většinou jedné či více částí těla současně). Na trauma - centru popřípadě Anesteziologicko – resuscitačním oddělení<sup>3</sup> nemocné s poraněním míchy léčí obvykle prvních 10 – 12 dní po vzniku míšní léze, tedy do té doby než je nemocný schopen intenzivního rehabilitačního programu ve specializovaném spinálním centru. Rovněž je důležitá dispenzarizace<sup>4</sup> pro paraplegiky nedílnou součástí tvoří systematická síť center všestranné pomoci

## 2.2 Spinální jednotky v ČR

První varianta Českého spinálního programu byla vypracována v roce 1993 (Neurologia pre prax 2013. s. 6). Je definována jako soubor opatření, směřující k zabezpečení ekonomické a časové dostupnosti ucelené péče o nemocné s poruchami míšní funkce, vzniklými v důsledku nemoci nebo poranění (Faltýnková, 2012. s. 14). Klíčovým slovem je zde slovo „ucelený“ neboť odoperovat na vysoké úrovni poraněnou páteř umí v ČR řada chirurgických pracovišť. Avšak specifikem spinálních jednotek je souběh jak akutní, tak následné zdravotní, psychologické a rehabilitační péče. Liší se jak počtem pracovníků, tak specifickým vybavením pomůckami a přístroji. Pokoje spinálních jednotek jsou vybaveny polohovacími lůžky, systémy pomáhajícími při zvedání pacienta z lůžka. Mezi základní vybavení spinálních jednotek patří tělocvična, terapeutické přístroje pro aktivní a pasivní léčbu horních a dolních končetin, pomůcky pro elektroterapii, laserovou terapii (Faltýnková 2005 s. 6). V závislosti na závažnosti a rozsahu poranění může být pacient hospitalizován na spinální jednotce měsíc, ale i déle.

### **V České republice je nyní 5 spinálních jednotek:**

- Praha, spinální jednotka při klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF a FN Motol
- Brno, spinální jednotka při klinice úrazové chirurgii FN Brno
- Brno, spinální jednotka při ortopedickém oddělení FN Brno – Bohunice
- Ostrava, spinální jednotka při neurochirurgické klinice FN s poliklinikou Ostrava
- Liberec, spinální jednotka při traumatologicko – ortopedickém centru krajské nemocnice Liberec, a. s

<sup>3</sup> Zde jsou hospitalizováni pacienti s ohrožením nebo selháváním základních fyziologických funkcí, jako je dýchání, srdeční činnost a vědomí.

<sup>4</sup> Včasné aktivní vyhledávání a léčení osob, kteří potřebují neustálou preventivní nebo léčebnou péči

### ***Spinální jednotka při klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF a FN Motol.***

Je to oddělení zaměřené na zajištění komplexní péče jak rehabilitační, ošetrovatelské, tak léčebné o pacienty v subakutním i chronickém stádiu míšní léze. Subakutní (méně prudké než akutní) stádium trvá přibližně od 2. do 12. týdne po vzniku. Pacienti se v tomto stádiu dostávají na spinální jednotku zpravidla ze spondylochirurgického<sup>5</sup> nebo neurochirurgického<sup>6</sup> oddělení. Spinální jednotka v Motole byla otevřena 22. 6. 2004. Spinální jednotka má 16 lůžek, z toho 3 lůžka intermediální<sup>7</sup> pro spontánně dýchající klienty, kteří ale vyžadují monitoraci vitálních funkcí. Personální obsazení celého oddělení čítá primáře, 3 lékaře, 10 sester, 6 fyzioterapeutů, 1 ergoterapeuta, 1 sociální pracovníci, 4 zaměstnance pomocného zdravotnického personálu. Celé oddělení je členěno bezbariérově, součástí oddělení je sociální zařízení, jídelna, společenská místnost a 2 tělocvičny.

### ***Spinální jednotky ve fakultní nemocnici Brno – Bohunice.***

Zde byly spinální jednotky vybudovány v březnu 2010, organizačně je jedno oddělení včleněno pod vedení ortopedické kliniky FN Brno a druhé funguje jako součást traumacentra FN Brno. Každé oddělení má 15 lůžek. Na oddělení je 5 třílůžkových pokojů, operační sál pro menší chirurgické výkony, 3 tělocvičny, jídelna a 3 hygienické boxy. Personálně je oddělení zajištěno 2 lékaři chirurgie – traumatology, 2 lékaři – ortopedy, 1 rehabilitačním lékařem, 1 psychologem, 12 sestrami, 6 zaměstnanci pomocného zdravotnického personálu, 5 fyzioterapeuty a jedním ergoterapeutem. Zde ani na jednom z oddělení spinální jednotky sociální pracovníce není.

### ***Spinální jednotka ve FN a poliklinice Ostrava.***

Otevřena byla v říjnu 2002 a je součástí neurochirurgické kliniky. Je to oddělení s 15 lůžky a dvěma lůžky umístěnými na jednotce intenzivní péče. Celé oddělení vede přednosta, dalšími členy zdravotnického týmu jsou 4 lékaři, 12 sester, 1 psycholog, 1 ergoterapeut a několik

---

<sup>5</sup> Zaměřené na diagnostiku a operativu úrazů páteře a míchy (SCZ.ABC. CZ [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné na internetu: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/spondylochirurgicky-specialista>

<sup>6</sup> Zabývá se operačním řešením nervového systému (SCZ.ABC. CZ [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné na internetu: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/spondylochirurgicky-specialista>

<sup>7</sup> Mezičlánek mezi jednotkou intenzivní péče a standardním lůžkovým oddělením

fyzioterapeutů. Je zde zastoupení sekretariátu, ale sociální pracovnice jako taková přímo pro spinální jednotku není. Sociální pracovnice je v týmu celé nemocnice. Součástí lůžkového oddělení jsou 2 tělocvičny, jídelna, 2 koupelny.

### ***Spinální jednotka v Krajské nemocnici Liberec.***

Toto oddělení vzniklo v roce 2003, je umístěno ve 2. patře pavilonu interních oborů, má 7 dvoulůžkových pokojů a 1 jednolůžkový. Personálně je oddělení zajištěno primářem, 2 lékaři, 1 psychologem, 10 sestrami, 1 sociální pracovnící, 6 fyzioterapeuty, 2 ergoterapeuty, 4 zaměstnanci pomocného zdravotnického personálu. Celé oddělení je bezbariérové, jsou zde 2 tělocvičny, jídelna, 1 koupelna, 2 sprchové kouty. Je zavedena pozice instruktora soběstačnosti. Jde o vyškoleného člověka, který sám je upoutaný na invalidní vozík a s každým klientem nacvičuje úkony, aby se co nejlépe začlenil do běžného života při pohybu na invalidním vozíku. S každým klientem má vypracovaný individuální plán. Jedná se o úkony: překonávání překážek na invalidním vozíku, samotná obsluha invalidního vozíku, vyjíždí s klienty i do terénu a názorně jim ukazuje, jak se mají pohybovat.

Bakalářská práce je zaměřená na práci sociálního pracovníka na těchto specifických odděleních, protože že je velmi důležité, aby zde byli zastoupeni při přímé práci s klientem.

### 3 Sociální dávky a služby v kontextu zajištění péče o klienta s poraněním páteře

V rámci sociálních dávek a sociálních služeb je vytváření vhodných podmínek pro poskytování pomoci sociálně znevýhodněným jedincům. Je kladen důraz na respektování jejich potřeb, důstojnosti a práv, podporu nezávislosti a soběstačnosti, vytváření co nejvhodnějšího zapojení do běžného života.

#### 3.1 Sociální služby

Se sociální službou se můžou setkat všechny generace lidí od dětí až po seniory, lidé s různým onemocněním, závislostí, společenským postavením, rovněž celé rodiny. Sociální služba je součástí sociální politiky státu. Sociální politiku definuje Matoušek (2007, s. 155) jako „*Soustavné cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení a provozování svého či jiného státního, samosprávného nebo nestátního sociálního systému*“ Pacient s poraněním míchy se stává rovněž klientem využívajícím sociálních služeb a to už v okamžiku stanovení definitivní diagnózy. Sociální služby využívá jak krátkodobé, tak rovněž dlouhodobé. Cílem je zvýšení kvality života, případně ochrana společenských zájmů. Tyto služby obecně zahrnují:

- **Sociální poradenství** – které je buď základní, nebo odborné. Základní poradenství poskytuje klientům informace potřebné k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné je zaměřeno na potřeby v odborných poradnách pro osoby se zdravotním postižením, v poradnách zabývajících se poradenstvím ohledně využití kompenzačních pomůcek, psychologické poradny apod.
- **Sužby sociální péče** – které klientovi napomáhají zajistit jeho psychickou a fyzickou soběstačnost, aby se v co největší míře zapojil do běžného života.
- **Služby sociální prevence.** Z pohledu klientů spinálních jednotek lze tyto služby využít k prevenci sociálního vyloučení, neboť jsou ohroženi krizovou sociální situací, způsobem života a životními návyky. Cílem sociální prevence je pomoc klientům k překonání jejich nepříznivé sociální situace.

Mezi služby sociální péče, dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, které klient po poranění míchy využívá, patří zejména osobní asistence. Je o terénní službu a osobní asistent je nápomocen klientovi v běžných denních činnostech, při překonávání překážek a k zajištění základních potřeb. Dále může využít pečovatelskou službu. Jde o službu terénní i ambulantní,

buď v domácím prostředí, nebo v zařízeních sociálních služeb, klient využívá pomoc jiné fyzické osoby k zajištění svých základních životních potřeb. Pokud je klient v domácí péči, může využít **tísňové péče**, což je terénní služba poskytující nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci v případě, že u klienta došlo náhle ke zhoršení zdravotního i psychického stavu, v případě ohrožení zdraví apod. Mezi zařízeními sociální péče, které využívá klient po poranění míchy je **podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením**. Někteří využívají rovněž **domov se zvláštním režimem**, kde je režim uzpůsoben jejich specifickým potřebám. **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče** využívají klienti po poranění míchy upoutaní na lůžko. Jde o pobytové služby pro klienty vyžadující lůžkovou péči a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a proto nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení, než se pro ně zajistí péče osobou blízkou nebo domácí péče.

Mezi službu sociální prevence, kterou využívají nebo mohou využívat klienti po propuštění ze spinální jednotky je **telefonická krizová pomoc**, pokud se klient nahází v obtížné životní situaci a tu není přechodně schopen řešit vlastními silami, nebo se nachází v ohrožení zdraví či života.

Rovněž mohou využívat služby následné péče, mezi něž patří **sociálně terapeutické dílny**, jejichž účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora, zdokonalování pracovních návyků a dovedností pomocí sociálně pracovní terapie. **Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením**, jsou služby, které napomáhají, aby nedocházelo k ohrožení klientů sociálním vyloučením. **Sociální rehabilitace** je soubor specifických činností, které vedou klienta k dosažení samostatnosti, nezávislosti, soběstačnosti, k rozvoji specifických činností a dovedností. Nácvik běžných výkonů, posilování návyků a nezbytných činností pro samostatný život. Sociální rehabilitaci může klient využít formou ambulantních, terénních i pobytových služeb. Pobytové služby se uskutečňují v centrech sociálních rehabilitačních služeb.

Za specifickou formou pomoci lze považovat služby sociální asistence, zaměřující se na sebeobsluhu a domácnost klienta, jeho podporu při vzdělávání, dopravě, vyřizování běžných záležitostí, zaměstnání (Michalík, 2011. s. 263). Další specifickou kompenzační pomocí je pomoc asistenčního, speciálně vycvičeného psa, který dokáže podat různé předměty, otevřít dveře, sepnout spínač, přivolat pomoc, upozornit na nebezpečí, být milým a věrným společníkem (Faltýnková 2012. s. 12).



## 3.2 Sociální dávky

Od 1. 1. 2012 došlo ke změnám v poskytování příspěvku na zdravotně postižené, vše je zakotveno v zákoně č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Původně byly poskytovány dávky dle vyhlášky MPSV č.182/1991Sb : jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na opravu bytu. Dále příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům a bezúročné půjčky.

Těchto 8 příspěvků nahradili dva příspěvky:

- **příspěvek na mobilitu**
- **příspěvek na zvláštní pomůcku**

Tyto příspěvky vymezuje zákon č. 329/2011 Sb., Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, který upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením a podmínky pro vydávání průkazů osobám se zdravotním postižením. Peněžité prostředky slouží ke zmírnění sociálních důsledků zdravotního postižení, k podpoře sociálního začleňování klientů.

Nárok na **příspěvek na mobilitu** má osoba straší jednoho roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v průběhu kalendářního měsíce dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytnuty sociální služby pobytového charakteru dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Příspěvek za kalendářní měsíc činí 400kč.

Na **příspěvek na zvláštní pomůcku** má nárok osoba mající těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí a těžké postižení zrakového nebo sluchového ústrojí. Zvláštní pomůckou je rovněž pořízení motorového vozidla a nárok na tento příspěvek má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí. Za dlouhodobý nepříznivý stav se považuje zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy má trvat, nebo trvá déle než jeden rok. Osoba, které může být přiznán příspěvek na zvláštní pomůcku, musí být starší tří let, pokud je příspěvek určen na pořízení motorového vozidla nebo úpravu bytu. A straší patnácti let na pořízení vodícího psa. Na pořízení dalších pomůcek musí být starší jednoho roku. Pacient, který je hospitalizován na spinální jednotce, neví, jaké má nároky na získání jakéhokoli příspěvku, a proto již v průběhu hospitalizace by se měl stát klientem sociální pracovnice, která by mu měla veškeré možnosti osvětlit a pomoci mu je získat, popřípadě poskytnout mu informace o dalších sítích pomoci.

Každému klientovi, kterému byl přiznán příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku, po podání žádosti, může být přiznán průkaz osoby se zdravotním postižením. Krajská pobočka úřadu práce vydává kartu sociálního systému, která v určitých zákonem stanovených případech slouží rovněž jako průkaz osoby s těžkým zdravotním postižením (průkaz TP), průkaz osob se zvlášť těžkým zdravotním postižením (průkaz ZTP), anebo průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením, s potřebou průvodce (průkaz ZTP/P). Průkaz rovněž náleží osobě starší jednoho roku, jež z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat základní životní potřeby (mobilitu, orientaci), nebo je uznána závislou na pomoci jiné osoby. Dle zákona o sociálních službách náleží průkaz TP osobám, které jsou považovány pro účely příspěvku na péči, za osoby závislé na pomoci druhé osoby v I. stupni (lehká závislost). Průkaz ZTP je pro osoby starší osmnácti let, osoby závislé na pomoci druhé osoby v II. Stupni závislosti (středně těžká závislost). Průkaz ZTP/P náleží osobám závislým na pomoci druhé osoby ve III. stupni závislosti (těžká závislost), nebo ve stupni IV. (úplná závislost).

Klienty spinálních jednotek pokud jde o ochrnutí pouze dolních končetin, lze zařadit do skupiny II, tedy středně těžké závislosti, ale rovněž do skupiny III, těžké závislosti. Ti klienti, kteří mají ochrnutí všech čtyř končetin, lze řadit do stupně IV – úplné závislosti.

Klienti spinálních jednotek, podle stavu svého postižení, mohou využít dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, **příspěvek na péči**. Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce a nárok na tento příspěvek má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Stupeň závislosti se hodnotí podle toho, jak je klient schopen zvládat základní životní potřeby a to mobilitu, orientaci, komunikaci, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, péči o zdraví, stravování, péči o domácnost, vykonávání fyzických potřeb a péči o domácnost. Stupně závislosti se dělí na I. stupeň, což je lehká závislost, II. stupeň – středně těžká závislost, III. stupeň - těžká závislost, IV. stupeň – úplná závislost. Podle stupně závislosti a věku klienta se pak dělí výše příspěvku.

### 3.3 Kompenzační pomůcky

Klienti spinálních jednotek při začleňování do běžného života a k zajištění svých potřeb využívají kompenzačních pomůcek. Jsou to pomůcky ulehčující a kompenzující omezení klientů s tělesným postižením. Na nácviku sebeobsluhy a na vybavení klienta různými

kompenzačními pomůckami se podílí ergoterapie a protetika. Ergoterapie je obor léčebné rehabilitace, který pomáhá lidem s tělesným postižením řešit praktické otázky, související se snížením nebo ztrátou soběstačnosti v činnostech nepostradatelných pro život. Protetikou se rozumí medicínsko – technický obor, zabývající se výrobou tělesných náhrad neboli protéz (Michalík, 2011. s. 260).

Pomůcky pro osoby s tělesným postižením lze dle Michalíka rozdělit na:

- **Opory** – to jsou hole, berle, chodítka a jiné prostředky, které usnadňují chůzi a udržení stability.
- **Mechanické pomůcky a motorové vozíky** – umožňují pohyb po místnosti nebo v terénu klientům s postižením dolních končetin, popřípadě horních končetin a fyzicky oslabeným osobám.
- **Ortézy a korzety**, mohou být termoplastové, kovové, neoprenové. Kožené nebo textilní dlahy a bandáže, jež slouží ke zpevnění končetiny, napravují její narušenou funkci, korigují vadné držení těla, podporují správnou funkci končetin.
- **Protézy** – jsou to náhrady chybějících končetin. Lze je rozdělit na pasivní, to jsou náhrady poskytující větší oporu při chůzi nebo umožňují uchopení a nesení břemen. Dále pak aktivní, které využívají nervových impulzů k aktivaci elektromechanického systému, jenž vykonává základní funkce postižené končetiny.
- **Ortopedická protetika** – jde o upravenou obuv, kompenzující deformity dolních končetin, jako jsou délka končetiny a zlepšení chůze.
- **Speciální prostředky nebo zařízení** – umožňují pohyb po schodech, rehabilitaci, život v domácnosti, bezpečnější sezení, používání počítače, komunikaci, osobní hygienu, používání osobního automobilu, polohování, používání běžných potřeb.

Nutností je osobní odběr pomůcky, volba správné pomůcky a detailní seznámení se s pomůckou. Klient se musí s pomůckou doslova „sžít“, aby mu byla nápomocna a plnila správnou funkci. Na některé pomůcky přispívají zdravotní pojišťovny, je nutný návrh odborného lékaře schválený příslušným revizním lékařem té zdravotní pojišťovny, kde je klient pojištěn. Na některé zase přispívá sociální resort na základě sociálního šetření s lékařským posudkem lékaře posudkové služby. Na některé pomůcky přispívají nadační fondy, některé si musí klient plně hradit sám.

## 4 Role sociálního pracovníka spinální jednotky

Jak popisuje Hanuš (Sociální práce/sociální práce, 2007. s. 16), profese sociálního pracovníka vznikla jako reakce na nutnou potřebu řešit nové, nepříznivé sociální situace, které způsobují problémy jednotlivci i společnosti. Sociální pracovník pomocí práce s jednotlivcem vstupuje do boje za zlepšení lidské společnosti. Sociální pracovník spinální jednotky přispívá ke zlepšení narušených sociálních vztahů, svojí činností pomáhá klientům ke svobodnému životu, snaží se spojit klienta zpět se společností v rámci řešení sociálních problémů. Jeho prvořadou aktivitou je spojení ostatních odborníků v multidisciplinární tým zabývající se klientem po spinálním traumatu. Není zde rozhodující, kdo tento tým vede, ale zda je funkční.

Někdy se může stát, že si lidé pletou sociální pracovníky se sekretářkami a administrativními pracovníky, ale v reálu tomu tak není. Sociální pracovník na spinální jednotce by měl zaujímat roli, při které činí důležitá rozhodnutí, měl by být odhodlaný pomáhat a vcítit se do potřeb klient, kterému pomáhá. Rámcově se orientovat v legislativě, reflektovat rizika i výhody v administrativních činnostech kolem klienta. Měl by umět navázat kontakt s klientem, ukázat mu kde a jak může řešit své problémy, měl by fungovat, jako zprostředkovatel další pomoci. Zároveň by měl být schopen potřebu pomoci u klienta rozpoznat. Pro sociálního pracovníka je důležité, aby byl schopen kontrolovat sám sebe, své chování a jednání, aby nenavazoval osobní vztah ke klientovi, neprojevoval lítost nad jeho postižením, osudem. Měl by být schopen rozpoznat „osobní“ vztah od vztahu „lidského“ (Bajer, sociální práce/sociální práce, 2007. s. 8). Pracovník musí být schopen kontrolovat své emoce, chránit se proti syndromu vyhoření, uplatňovat laskavý přístup, osobní nasazení, empatii. To vše na profesionální úrovni.

Náplní práce sociálního pracovníka spinální jednotky je zejména zajišťování sociálně právního poradenství. Zaměřuje se především na sociální začleňování a předcházení vzniku nebo prohlubování sociálního vyloučení. Pomocí odborných metod sociální práce se snaží řešit sociálně právní a sociálně zdravotní problémy klientů. Je rádcem, prostředníkem při vyřizování žádostí o nemocenské a sociální dávky s klientem, s institucemi, které dávky vyplácejí. Zjišťuje sociální anamnézu, provádí sociální poradenství, jedná s rodinou klienta. Vede sociální spisovou dokumentaci o klientovi, vede sociální karty klientů a shromažďuje statistické údaje o průběhu poskytování služeb. Snaží se udržovat kontakty se zástupci z řad lékařů, ergoterapeutů - celého kolektivu, který se o klienta stará. Zúčastňuje se porad všech spolupracovníků v týmu. Odpovídá za dodržování práv klientů, zachovává mlčenlivost o věcech týkajících se klientů.

Sociální pracovník na spinální jednotce by měl být schopen přijmout zpětnou vazbu od klienta, byť bude i nepříjemná. Klient se ve svém stavu ocitl náhle, nečekaně. Při pobytu na

spinální jednotce ještě zdaleka nemusí být vyrovnán se svým zdravotním stavem. Proto jeho reakce mohou být nepřiměřené a sociální pracovník by měl být schopen je zvládat jako profesionál, nevztahovat je sám na sebe, neodrážet je svým nepřiměřeným chováním. Nevýhodou, kterou sociální pracovník na spinální jednotce má je absence supervizní podpory. Zde by sociální pracovník měl pracovat pod supervizí.

Kdo je tedy vlastně sociální pracovník? Profesionál, osobnostně vyzářlý a vyrovnaný, vysokoškolsky vzdělaný, altruisticky založený. Měl by být sociálně – psychologicky kompetentní, aby byl schopen klientovi pomoci při řešení jeho problémů, empatický, schopen jednat v týmu. Snaží se o redukci záporných emocí klienta, jako jsou strach, obavy, nejistota. Pomocí projevů náklonnosti, zájmu, pomoci a podpory je zdrojem jistoty, že klient není ve svých problémech sám (Bajer, Sociální práce/sociální práce. s. 10). Snaží se přimět klienta k aktivitě při řešení problémů, jako protiklad případné apatie a izolace.

## **Praktická část**

Další částí bakalářské práce je praktická neboli výzkumná část, kde předmětem prováděného výzkumu byla analýza dat získaných od klientů spinálních jednotek. Byly stanoveny výzkumné cíle a na základě získaných znalostí byly stanoveny výzkumné otázky. Výzkumné otázky nám pomohou analyzovat předem definované výzkumné hypotézy.

Průzkum byl prováděn na spinálních jednotkách pomocí strukturovaného rozhovoru.

## **5 Cíle a stanovené hypotézy**

V praktické části bakalářské práce si nejprve uvedeme cíle, které bychom chtěli analyzovat.

*Cíl č. 1. Analyzovat, informovanost klientů spinálních jednotek o získávání sociálních služeb a sociálních dávek.*

*Cíl č. 2. Analyzovat, informovanost klientů spinálních jednotek o práci sociálních pracovníků na spinální jednotce.*

*Cíl č. 3. Analyzovat, zda klienti spinálních jednotek využívají sociální služby a dávky.*

### **5.1 Stanovené hypotézy.**

Na podkladě předem zjištěných informací během pracovního pobytu na spinální jednotce autorka bakalářské práce stanovila hypotézy, protože je přesvědčena o malé informovanosti klientů spinálních jednotek ze sociální oblasti.

*Hypotéza č. 1.*

Předpokládáme, že klienti spinálních jednotek nejsou dostatečně informováni o sociálních dávkách a sociálních službách.

*Hypotéza č. 2.*

Předpokládáme, že klienti spinálních jednotek, nejsou dostatečně informováni o práci sociální pracovníce.

*Hypotéza č. 3.*

Předpokládáme, že klienti spinálních jednotek využívají sociálních dávek a sociálních služeb.

## **6 Metoda výzkumu a popis zkoumaného vzorku**

Pro získávání dat byla zvolena technika strukturovaného rozhovoru a to z důvodu, že někteří klienti v důsledku svého postižení neudrží pero v ruce, tudíž nejsou schopni vyplnit dotazník. Základem strukturovaného rozhovoru jsou předem naformulované otázky, které mají pevně danou strukturu. Všem respondentům se kladou pevné otázky a to umožní dobře porovnat odpovědi mezi respondenty. Cílem této metody je získat odpovědi na předem připravené otázky, které souvisejí s životními zkušenostmi respondentů. Výhodou toho šetření je vyšší návratnost a často i validita získaných dat. Nevýhodou je časová náročnost. Je vhodné volit takové otázky, aby tazatel nemusel žádnou otázku doplňovat nebo jakkoli manipulovat s respondentem (Gavora 2010. s. 164).

Zkoumaný vzorek tvoří klienti spinálních jednotek, kde bylo osloveno 45 klientů. Všechny 45 klientů souhlasilo a na dotazované otázky odpovědělo, což je 100% úspěšnost. Sběr dat probíhal od ledna do června 2015.

Otázky č. 1 a 2 jsou zaměřeny na popis zkoumaného vzorku respondentů. Otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8 jsou zaměřeny na informovanost klientů spinálních jednotek o práci sociální pracovnice. Otázky č. 9 a 10 jsou zaměřeny na využití sociálních dávek a otázky č. 11 a 12 využití sociálních služeb.

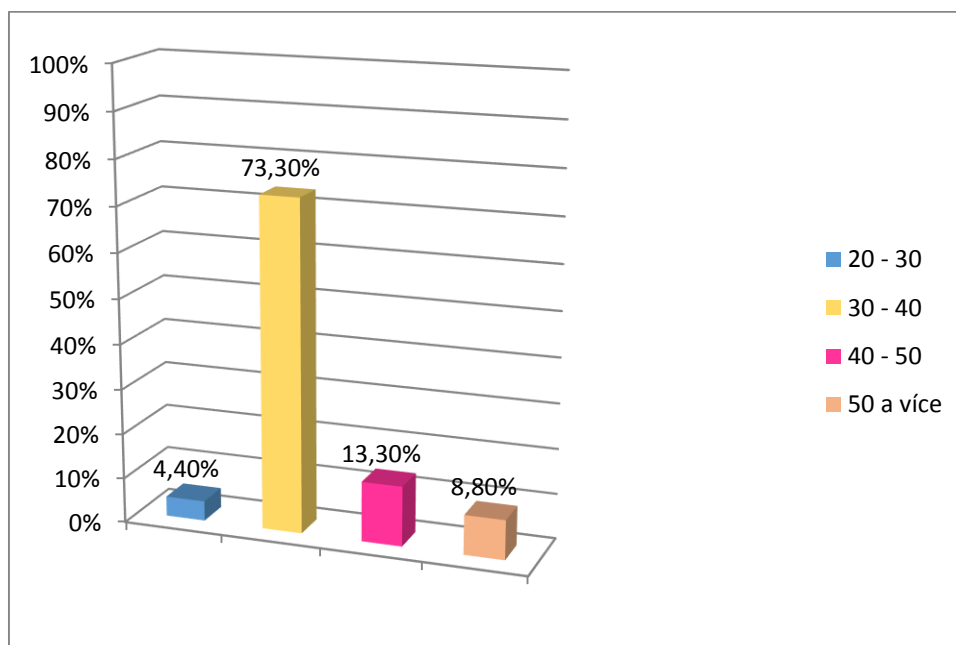
## 7 Analýza výzkumných dat

Získaná data a údaje po ukončení vlastního výzkumného šetření byla vyhodnocena a zpracována. Získaná data jsou uvedena v absolutní četnosti ( $n_i$ ) a v relativní četnosti ( $f_i$ ) v procentech, zaokrouhlených na jedno desetinné místo. Ke každé analýze jednotlivé položky se vztahuje tabulka a graf s výsledkem uvedených údajů rovněž slovní zhodnocení.

### Analýza otázky č. 1. *Váš věk.*

Tabulka č. 1. *Věk respondentů*

věk	$n_i$	$f_i$ [%]
20 - 30	2	4,4 %
30 - 40	33	73,3 %
40 - 50	6	13,3 %
50 a více	4	8,8 %
celkem	45	100%



Graf č. 1. *Věk respondentů*

První otázkou pro respondenty byl jejich věk, který nám charakterizuje cílovou skupinu respondentů. Ze 45 (100%) respondentů, byly 2 (4, 4%) respondenti ve věku 20 – 30 let.

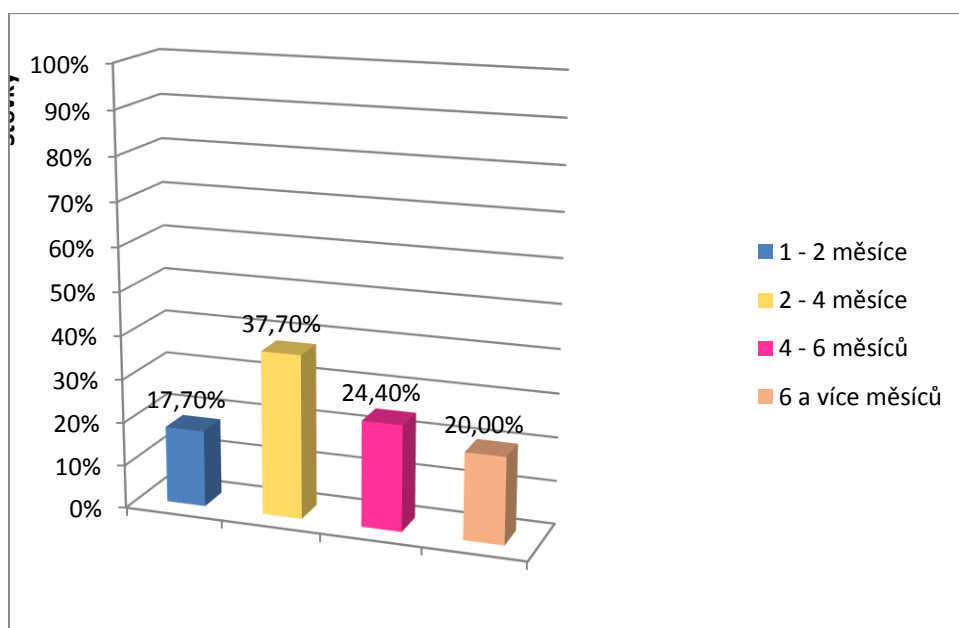


33 respondentů ve věku 30 – 40 let což je 73,3 %. 6 (13,3 %) respondentů bylo ve věku 40 – 50 let a 4 (8,8 %) bylo 50 a více letých. Z uvedeného vyplývá, že největší počet respondentů byl ve věku 30 – 40 let, tedy v produktivním věk

**Analýza otázky č. 2. Vaše délka pobytu na spinální jednotce.**

Tabulka č. 2. Délka pobytu na spinální jednotce

délka pobytu	$n_i$	$f_i$ [%]
1 - 2 měsíce	8	17,7 %
2 - 4 měsíce	17	37,7 %
4 - 6 měsíců	11	24,4 %
6 a více měsíců	9	20 %
celkem	45	100%



Graf č. 2. Délka pobytu na spinální jednotce

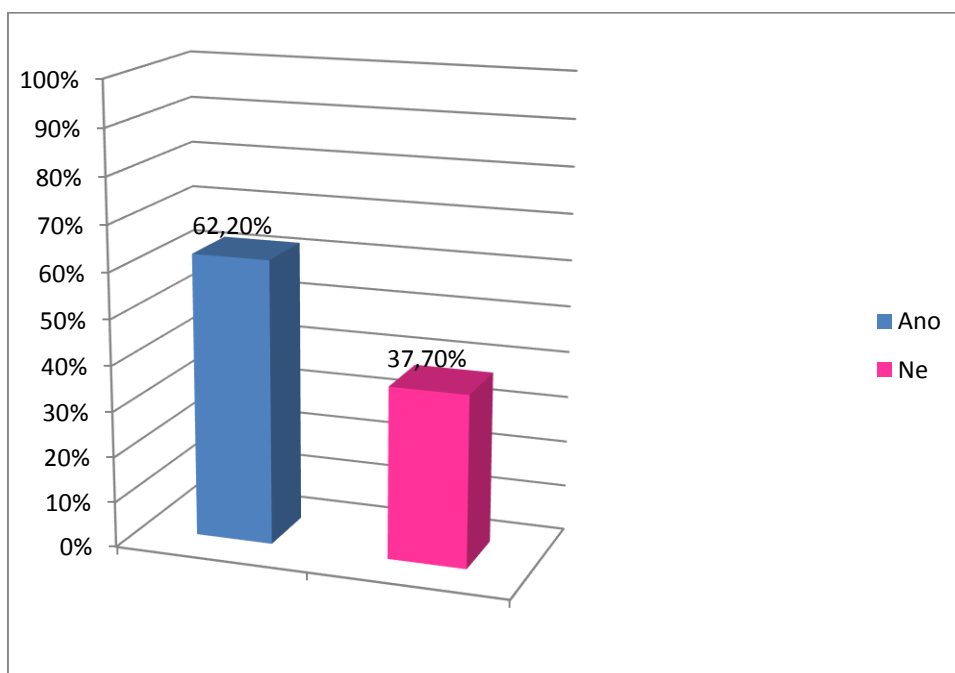
Ze 45 respondentů odpovědělo na otázku délky pobytu na spinální jednotce 8 (17,7 %) respondentů, že 1 – 2 měsíce. 17 (37,7 %) jich uvedlo 2 – 4měsíce délku pobytu. 11 (24,4%)

dotazovaných odpovědělo, že jejich délka pobytu byla 4 – 6 měsíců a 9 (20%) trávilo na spinální jednotce více jak 6 měsíců.

**Analýza otázky č. 3. Věděl/a jste při svém pobytu na spinální jednotce, že má spinální jednotka sociální pracovníci?**

Tabulka č. 3. Informace o přítomnosti sociální pracovníce na spinální jednotce.

Informace o sociální pracovníci	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	28	62,2%
Ne	17	37,7%
Celkem	45	100%



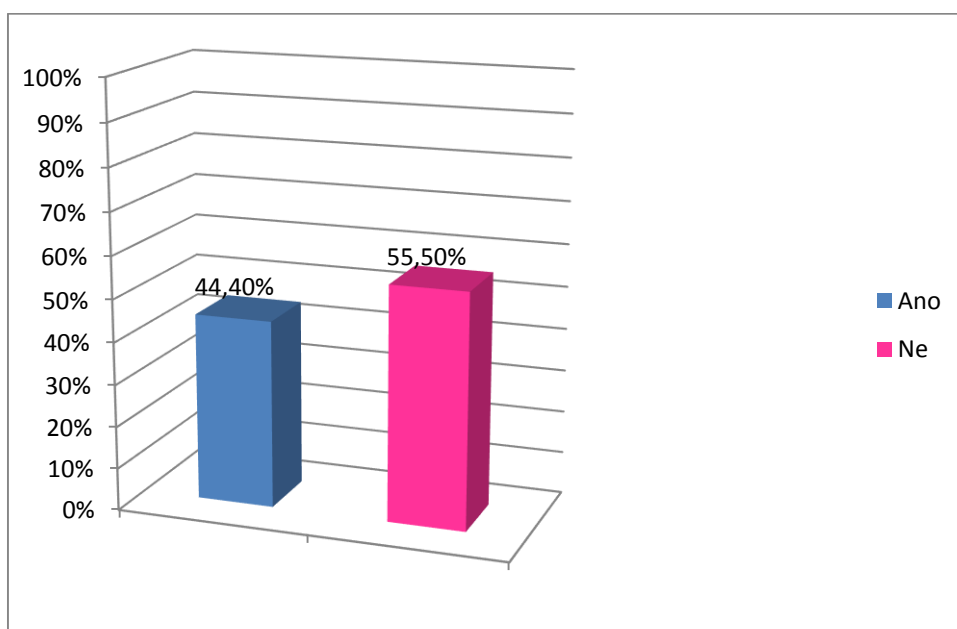
č. 3. Informace o přítomnosti sociální pracovníce na spinální jednotce

Na otázku zda respondenti vědí o tom, že má spinální jednotka sociální pracovníci 28 (62,2 %) odpovědělo, že ano. 17 (37,7 %) respondentů odpovědělo, že takové informace neměli.

**Analýza otázky č. 4. Navštívila Vás při pobytu na spinální jednotce sociální pracovnice.**

*Tabulka č. 4. Zda klienty spinální jednotky navštívila sociální pracovnice.*

Návštěva sociální pracovnice	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
Ano	<b>20</b>	<b>44,4%</b>
Ne	<b>25</b>	<b>55,5%</b>
Celkem	<b>45</b>	<b>100%</b>



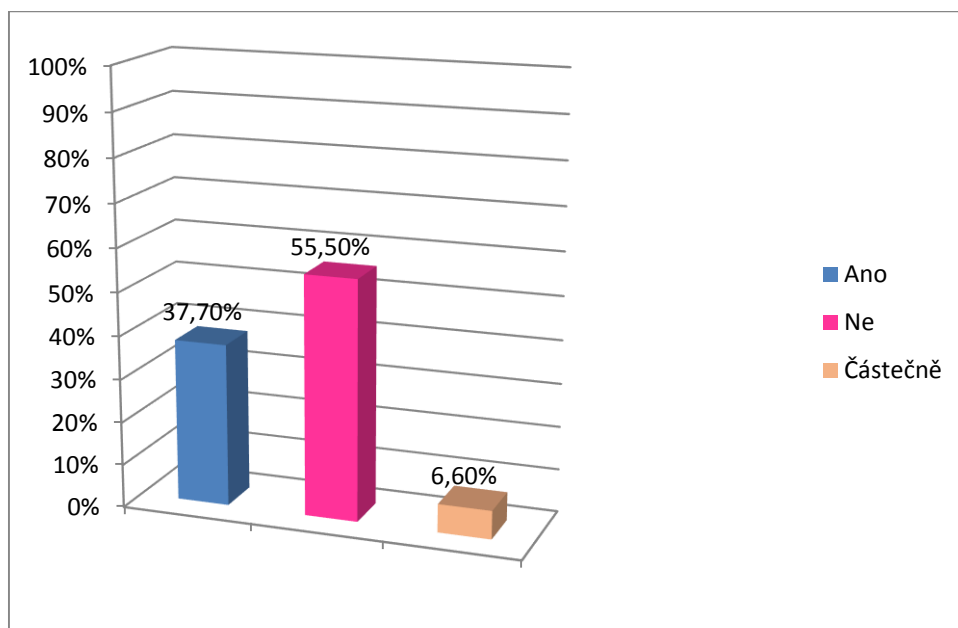
*Graf č. 4. Zda klienty spinální jednotky navštívila sociální pracovnice.*

Na dotaz zda respondenty při jejich pobytu na spinální jednotce navštívila sociální pracovnice 20 (44,4 %) odpovědělo, že ano 25 (55,5 %) respondentů odpovědělo, že je sociální pracovnice nenavštívila. Jeden z klientů uvedl, že jej sociální pracovnice nenavštívila, protože byla na neschopnosti a druhá, která jí zastupovala, toho měla moc. Někteří z klientů nevěděli důvod, proč je sociální pracovnice nenavštívila.

**Analyza otázky č. 5. Řekla Vám sociální pracovnice o vašich nárocích na sociální dávky a sociální služby.**

*Tabulka č. 5. Informace od sociální pracovnice o nárocích na sociální dávky a služby.*

Informace o dávkách a službách	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
Ano	<b>17</b>	<b>37,70%</b>
Ne	<b>25</b>	<b>55,50%</b>
Částečně	<b>3</b>	<b>6,60%</b>
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>



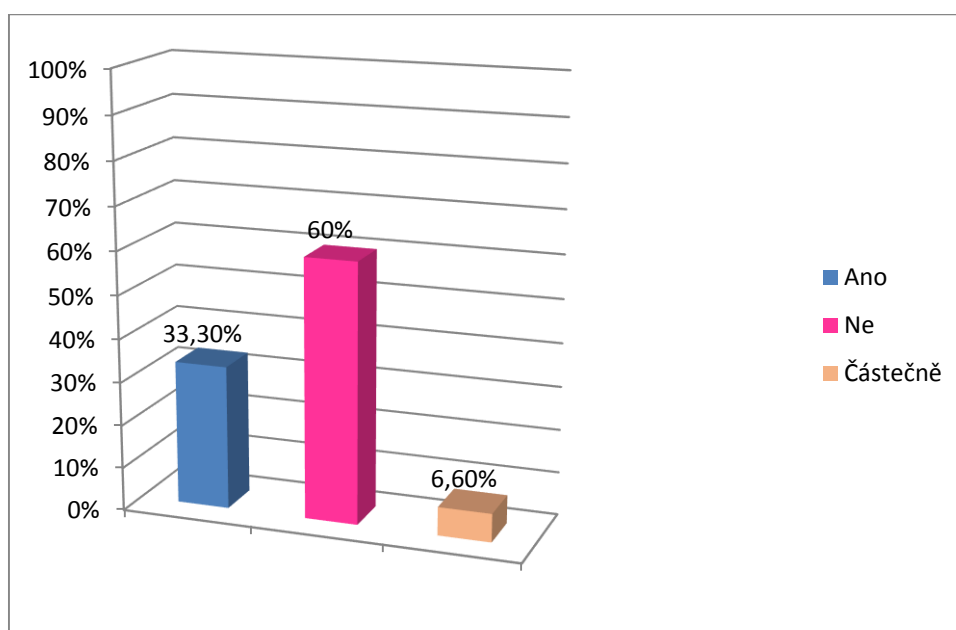
*Graf č. 5. Informace od sociální pracovnice o nárocích na sociální dávky a služby.*

V rámci výzkumného šetření, zda respondentům sociální pracovnice řekla o jejich nárocích na sociální dávky a sociální služby, ze 45 (100%) respondentů 17 (37,7%) odpovědělo, že ano. 25 ( 55,5%) respondentů odpovědělo, že ne, že jim sociální pracovnice takové informace neposkytla. 3 (6,6%) respondenti uvedli, že je sociální pracovnice o možnostech sociálních dávek a sociálních služeb informovala částečně.

**Analýza otázky č. 6. Byla Vám sociální pracovnice nápomocna při řešení jejich situace.**

*Tabulka č. 6. Byla Vám sociální pracovnice nápomocna při řešení jejich situace.*

Pomoc sociální pracovnice	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	15	33,30%
Ne	27	60%
Částečně	3	6,60%
Celkem	45	100%



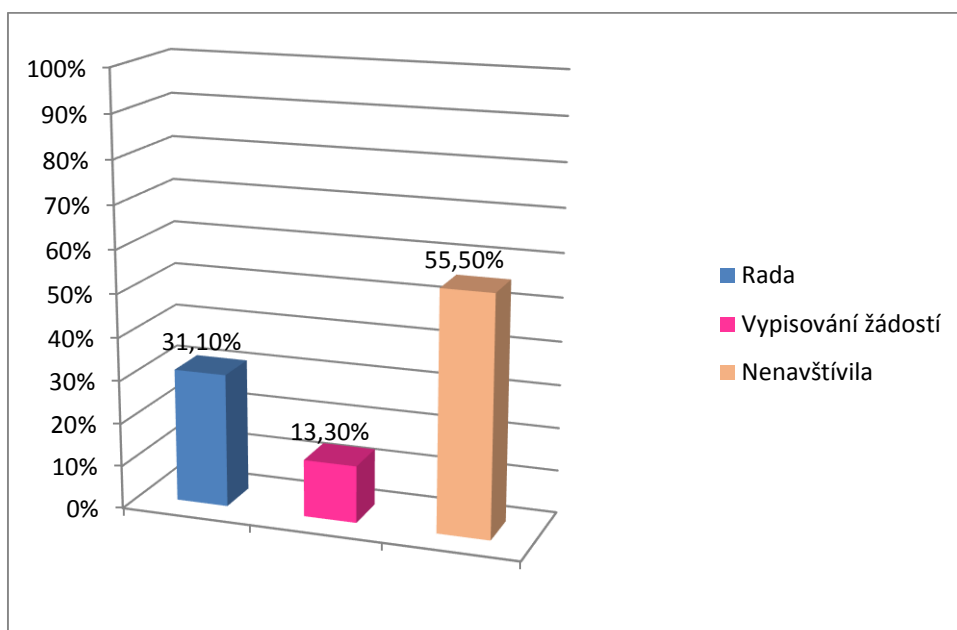
*Graf č. 6. Byla Vám sociální pracovnice nápomocna při řešení jejich situace.*

Na otázku, zda respondentům byla sociální pracovnice nápomocna při řešení jejich sociální situace, odpovědělo 15 (33,3%) respondentů, že ano. 27 (60%) respondentů odpovědělo, že ne. 3 Respondenti odpověděli, že jim byla sociální pracovnice nápomocna pouze částečně. Na tuto otázku odpovědělo všech 45 (100%) respondentů.

**Analýza otázky č. 7. Jak Vám byla sociální pracovnice nápomocna.**

*Tabulka č. 7. Jak byla sociální pracovnice nápomocna respondentům.*

Druh pomoci	$n_i$	$f_i$ [%]
Rada	14	31,1%
Vypisování žádostí	6	13,30%
Nenavštívila respondenty	25	55,5%
Celkem	45	100%



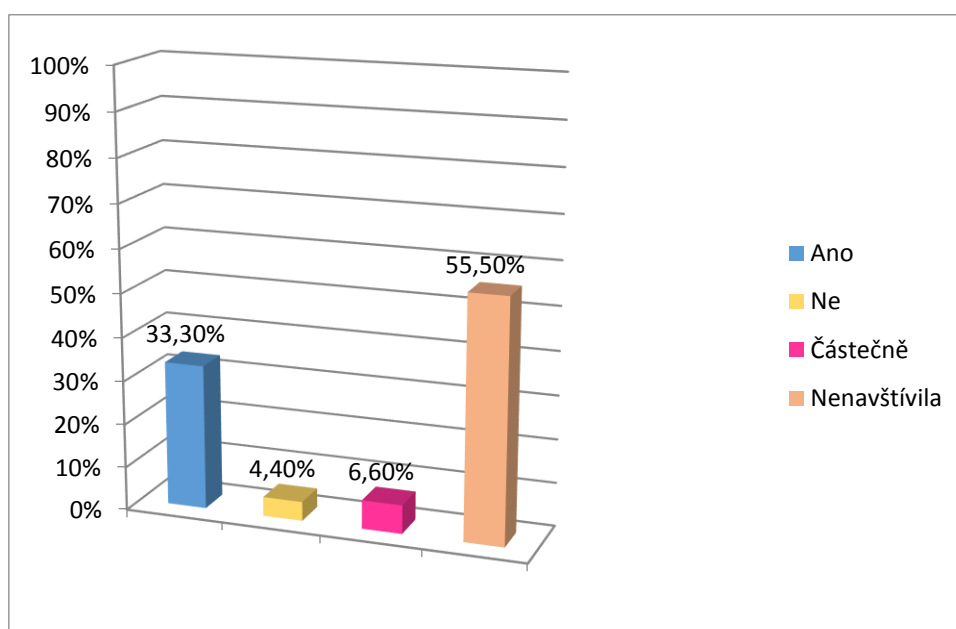
*Graf č. 7. Jak byla sociální pracovnice nápomocna respondentům.*

V rámci výzkumného šetření byla respondentům položena otázka, jak jim byla sociální pracovnice nápomocna. Ze 45 (100%) respondentů 25 (55,5%) respondentů sociální pracovnice nenavštívila. 14 (31,1%) respondentů odpovědělo, že jim sociální pracovnice poradila, co je potřeba udělat pro získání sociálních dávek a sociálních služeb. 6 (13,3%) odpovědělo, že jim sociální pracovnice pomohla vyplnit potřebné žádosti.

**Analýza otázky č. 8. Byl/a jste spokojena s prací sociální pracovnice.**

*Tabulka č. 8. Spokojenost respondentů s prací sociální pracovnice.*

Spokojenost s prací	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	15	33,30%
Ne	2	4,40%
Částečně	3	6,60%
Nenavštívila	25	55,50%
Celkem	45	100%



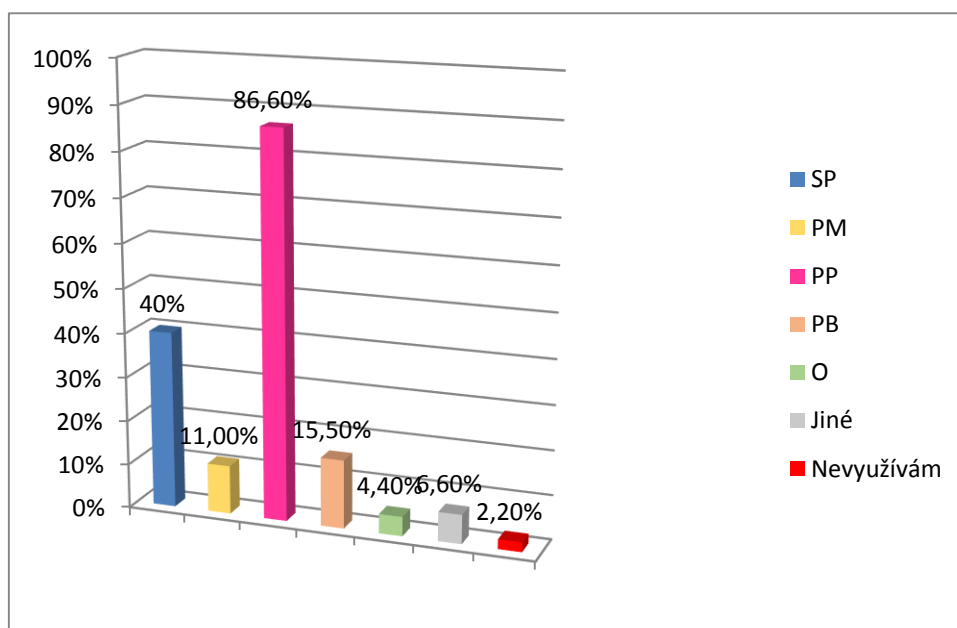
*Graf č. 8. Spokojenost respondentů s prací sociální pracovnice.*

Na otázku, zda byli respondenti spokojeni s prací sociální pracovnice na spinální jednotce, 15 (33,3%) odpovědělo, že ano. 2 (4,4%) respondenti odpověděli, že nebyli spokojeni. 3 (6,6%) respondenti byli s prací sociální pracovnice spokojeni pouze částečně. 25 (55,5%) respondentů sociální pracovnice nenavštívila. Na výzkumnou otázku odpovědělo všech 45 (100%) respondentů.

**Analýza otázky č. 9. Využíváte některou z těchto sociálních dávek.**

Tabulka č. 9. Druh využívaných sociálních dávek.

Druh soc. dávky	$n_i$	$f_i$ [%]
Sociální příspěvek	18	40%
Příspěvek na mobilitu	5	11,00%
Příspěvek na péči	39	86,60%
Příspěvek na bydlení	7	15,50%
Ošetřovné	2	4,40%
Jiné	3	6,60%
Nevyužívám	1	2,20%



Graf č. 9. Druh využívaných sociálních dávek

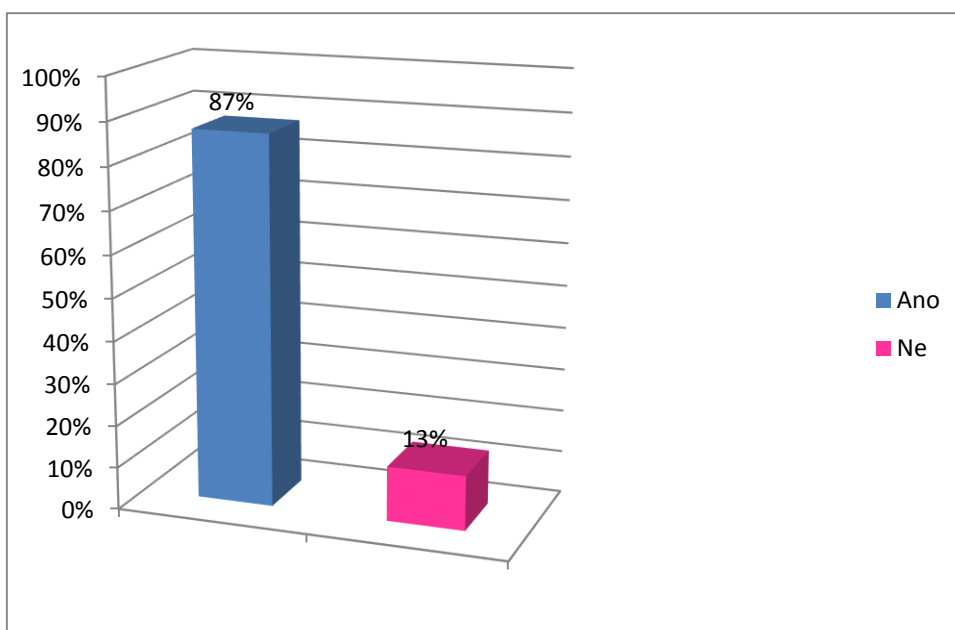
V rámci výzkumného šetření byla respondentům položena otázka, zda využívají sociální dávky z nabízených. Na otázku odpovědělo všech 45 (100%) respondentů. 18 (45%) odpovědělo, že využívají sociální příspěvek. 5 (11%) respondentů uvedlo, že pobírají příspěvek na mobilitu. 39 (86,6%) dotázaných odpovědělo, že využívají příspěvek na péči. Ošetřovné využívají 2 (4,4%) respondenti. Jiné sociální dávky, než které jsou uvedené, využívají 3 (6,6%) respondenti. 1(2,2%) z dotazovaných uvedl, že žádné sociální dávky nevyužívá. Dotazovaní respondenti měli možnost uvést i více odpovědí.



**Analýza otázky č. 10. Jste v invalidním důchodu.**

*Tabulka č. 10. Jste v invalidním důchodu.*

Invalidní důchod	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	39	87%
Ne	6	13%
Celkem	45	100%



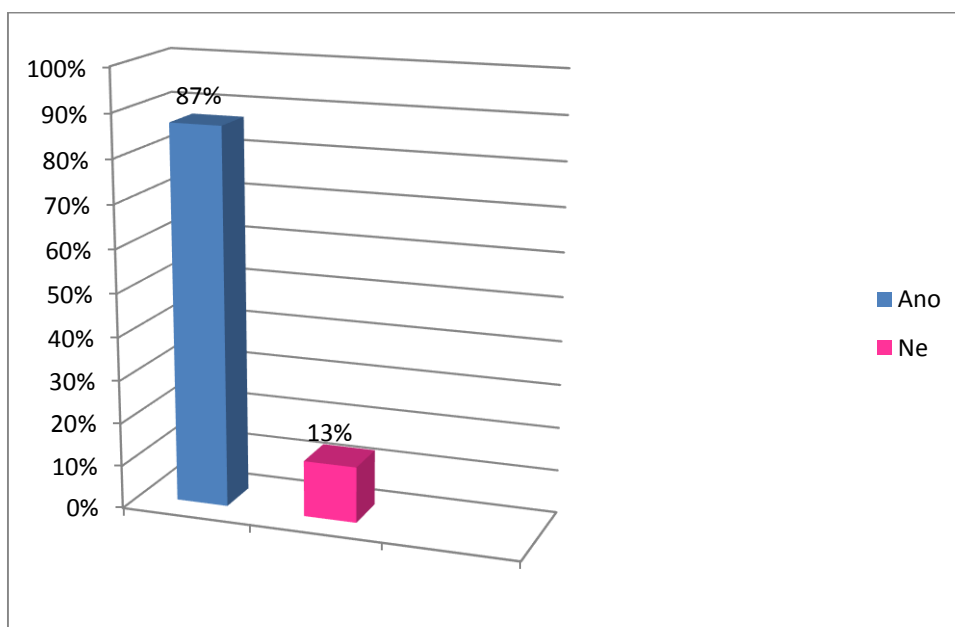
*Graf č. 10. Jste v invalidním důchodu.*

V rámci výzkumného šetření byla respondentům položena otázka, zda jsou v invalidním důchodu. Odpovědělo všech 45 (100%) respondentů. 39 (87%) respondentů uvedlo, že pobírají invalidní důchod. 6 (13%) dotazovaných uvedlo, že invalidní důchod nepobírají. Po akutním úraze v prvních měsících jsou klienti na pracovní neschopnosti (tu mohou pobírat až jeden rok). Někteří z klientů jsou v době před úrazem na úřadu práce, jejich pobyt na spinální jednotce trval okolo 3 měsíců, na vyřízení invalidního důchodu nebyla dostatečně dlouhá doba.

**Analýza otázky č. 11. Využíváte sociální služby.**

*Tabulka č. 11. Využívají sociální služby?*

Sociální služby	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	<b>39</b>	<b>87%</b>
Ne	<b>6</b>	<b>13%</b>
Celkem	<b>45</b>	<b>100%</b>



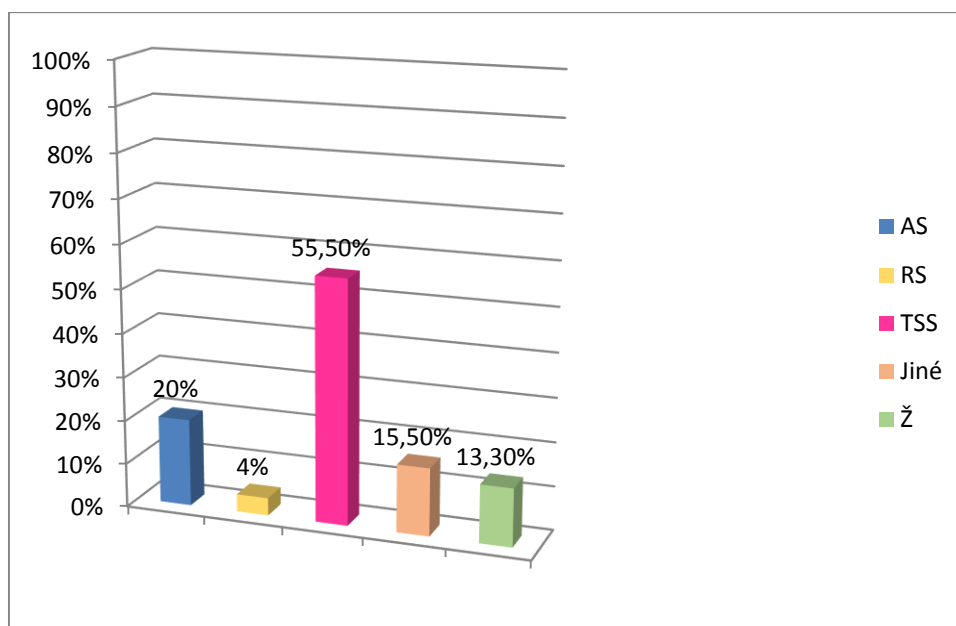
*Graf č. 11. Využívají sociální služby?*

V rámci výzkumného šetření byla respondentům položena otázka, zda využívají sociální služby. Odpovědělo všech 45 (100%) respondentů. 39 (87%) respondentů uvedlo, že sociální služby využívají. 6 (13%) dotazovaných uvedlo, že ne.

**Analýza dotazníkové otázky č. 12. Využíváte některou z těchto sociálních služeb.**

*Tabulka č. 12. Druh využívaných sociálních služeb.*

Sociální služby	$n_i$	$f_i$ [%]
Asistenční služba	9	20%
Rehabilitační služby	2	4,00%
Terénní sociální služby	25	55,50%
Jiné	7	15,50%
Žádnou	6	13,30%



*Graf č. 12. Druh využívaných sociálních služeb.*

V rámci výzkumného šetření byla respondentům položena otázka, zda využívají sociální služby z nabízených. Na otázku odpovědělo všech 45 (100%) respondentů. 9 (20%) odpovědělo, že využívají asistenční službu. 2 (4%) respondenti uvedli, že využívají rehabilitační služby. 25 (55,5%) dotázaných odpovědělo, že využívají terénní sociální služby. Jiné sociální služby, než které jsou uvedené, využívá 7 (15,5%) respondentů. 6 (13,3%) z dotazovaných uvedli, že žádné sociální služby nevyužívají. Dotazovaní respondenti měli možnost uvést i více odpovědí.

## 7.1 Ověřování cílů a hypotéz

Cílem bylo analyzovat, informovanost klientů spinálních jednotek o získávání sociálních služeb a sociálních dávek.

Hypotéza č. 1. *Předpokládáme, že klienti spinálních jednotek nejsou dostatečně informováni o sociálních dávkách a sociálních službách.*

Pro ověření první hypotézy posloužily otázky č. 4, 5, 6, 7. Otázka č. 4. zjišťovala, zda klienti spinálních jednotek vědí, že je na spinální jednotce přítomna sociální pracovnice. Otázky č. 5, 6, 7 byly zaměřeny na poskytované informace sociální pracovníci. Respondenti v 55,5% z dotazovaných uváděli, že informace o přítomnosti sociální pracovnice na spinální jednotce neměli, a ani je v průběhu hospitalizace sociální pracovnice nenavštívila. Tudiž neměli dostatečné informace o sociálních dávkách a sociálních službách. Z dotázaných respondentů, kteří uvedli, že je sociální pracovnice navštívila a podala jim potřebné informace o sociálních dávkách a sociálních službách, 3 respondenti uvedli, že se jim informace jeví, jako nedostatečné. Zde je patrné, že klienti spinálních jednotek měli nedostatečné informace o sociálních dávkách a sociálních službách. **Hypotéza byla verifikována.**

Cílem bylo analyzovat, informovanost klientů spinálních jednotek o práci sociálních pracovníků na spinální jednotce.

Hypotéza č. 2. *Předpokládáme, že klienti spinálních jednotek, nejsou dostatečně informováni o práci sociální pracovnice.*

Pro ověření hypotézy č. 2. posloužila otázka č. 3, která zjišťovala, zda klienti spinálních jednotek vědí, že je na spinální jednotce přítomna sociální pracovnice. Ze 45 dotázaných respondentů odpovědělo záporně 17 respondentů, což je 37 % z dotázaných. 62% z dotázaných informace o sociální pracovnici mělo, tudíž větší procento klientů mělo dostatek informací. **Hypotéza č. 2 nebyla verifikována.**

Cílem bylo analyzovat, zda klienti spinálních jednotek využívají sociální služby a dávky. Hypotéza č. 3. *Předpokládáme, že klienti spinálních jednotek využívají sociálních dávek a sociálních služeb.*

Pro ověření hypotézy č. 3. posloužily otázky č. 9, 10, 11, 12. Otázky č. 9 a 10 byly zaměřeny na využívání sociálních dávek a na druh sociálních dávek, které klienti spinálních jednotek

využívají. Otázky č. 11 a 12 byly zaměřeny na využití a druh sociálních služeb. Respondenti, kterým byly položeny tyto otázky, odpovídali kladně. Sociální dávky využívá 97% dotázaných respondentů. Pouze 2,2% dotázaných nevyužívá sociálních dávek. Sociálních služeb využívá 86,6 % dotázaných klientů spinálních jednotek. 13,3% dotázaných sociální služby nevyužívá.

**Hypotéza č. 3 byla verifikována.**

## **7.2 Interpretace výsledků zjištění**

Bakalářská práce na téma spinální jednotka měla analyzovat informovanost klientů spinálních jednotek o sociálních dávkách a sociálních službách. Zároveň zjistit informovanost těchto klientů o přítomnosti a práci sociální pracovnice na spinální jednotce, která by měla být nápomocna těmto klientům v řešení jejich již tak nepříznivé životní situace. Z vyhodnocených výsledků je patrné, že klienti spinálních jednotek v 55% dotázaných vědí, že na spinálních jednotkách je přítomna sociální pracovnice, ale informace o sociálních dávkách a sociálních službách mají nedostatečné. Buď je sociální pracovnice vůbec nenavštívila, nebo její pomoc byla nedostatečná. Klienti spinálních jednotek jsou lidé, kteří před hospitalizací žili aktivním a plnohodnotným životem, po náhlé změně svého zdravotního stavu jsou hospitalizováni na spinální jednotce a jejich život se vzniklým úrazem naprosto změnil. Do úrazu neměli potřebu věnovat pozornost pomoci ze sociální oblasti, tudíž přítomnost sociální pracovnice na spinální jednotce je velmi důležitá a informace by klienti měli dostávat dostatečné a kvalitní. Respondenti rovněž uvádějí, že sociálních služeb a sociálních dávek využívají. Někteří klienti využívají i více sociálních služeb a sociálních dávek najednou. 87% respondentů je v invalidním důchodu.

### 7.3 Navrhovaná opatření

Zlepšení informovanosti klientů spinálních jednotek pomocí:

- Předání zjištěných poznatků z této bakalářské práce formou prezentace vrchním sestřám spinálních jednotek daných zdravotnických zařízení.
- Vytvořením struktury činnosti sociální pracovníce na spinální jednotce.
- Zlepšením informovanosti zdravotnického personálu na spinálních jednotkách o potřebách klientů spinálních jednotek ze sociální oblasti.
- Vytvořením standardů práce sociálních pracovníků na spinální jednotce lze zvýšit podvědomí zdravotnických pracovníků ze sociální oblasti a ti rovněž budou schopni poskytnout klientům spinálních jednotek základní informace.

Cílem navrhovaných opatření je poskytnout ucelené informace klientům spinálních jednotek.

## **Závěr**

Bakalářská práce se zabývá klienty spinálních jednotek, jejich informovaností o práci sociálních pracovníků, o sociálních dávkách a sociálních službách. V teoretické části bylo popsáno získané tělesné postižení, co to jsou spinální traumata a jaké možnosti mají lidé po akutním úraze ve využití sociálních služeb a sociálních dávek. Rovněž jsme se v teoretické části zaměřili na charakteristiku a specifika oddělní spinální jednotky.

Cílem bakalářské práce bylo získat co nejvíce informací o tom, jak jsou klienti spinálních jednotek informováni a zaopatřeni z pohledu sociálních služeb, dávek a zabezpečení.

Metodu k získávání potřebných dat jsem zvolila strukturovaný rozhovor (příloha č. 2) z důvodu, neboť někteří klienti v důsledku svého zdravotního stavu nejsou schopni písemně vyplnit dotazník. Pro zpracování dat posloužily následné tabulky a grafy.

Výsledky průzkumu ukázaly na možné nedostatky, které budou prezentovány vrchním sestřám daných nemocnic, kde spinální jednotky jsou, aby se celkově zlepšila informovanost klientů. Sami klienti vidí potřebu práce sociálních pracovníků na spinální jednotce jako velmi důležitou. Klienti jsou lidé, kteří dříve žili aktivním a plnohodnotným životem a nikdy se nesetkali s potřebou využívat sociálních služeb. Klienti, i přes svůj nynější hendikep, se snaží co největší měrou vrátit do plnohodnotného života. Domnívám se, že kvalitní péče ze strany sociálních pracovníků již na spinální jednotce je velmi důležitá a potřebná.

## **Kazuistika č. 1.**

*Žena, 49 let. Pracuje ve veřejné správě. Do doby než došlo k poranění páteře, žila plnohodnotným aktivním životem. Zdravotní potíže u ženy začaly po odpolední procházce v přírodě. Bylo to v únoru 2013. Když přišla domů, cca po 10 minutách se u ní začali objevovat křeče v oblasti hýždí, jdoucí do stehů a lýtek. Snažila se svůj stav zmírnit mazáním mastí proti bolesti. Když večer ulehla na lůžko, už nebyl schopná vstát. Rodina zavolala zdravotnickou záchrannou službu, která ženu odvezla do nemocnice na neurologické oddělení, kde ženu následně operovali. Po operaci se zdravotní stav nezlepšil. A tak se žena podrobila spoustě dalších vyšetření a následně se zjistilo, že došlo k utlačení páteře v oblasti hrudní krajiny, mezi 7 a 10 obratlem. Následně byla žena přeložena na oddělení spinální jednotky. Zprvu upoutaná na lůžko, postupně pomocí rehabilitačních pracovníků a ergoterapeutů, na invalidní vozík. Na spinální jednotce žena strávila celé 3 měsíce. Za celé tři měsíce jí sociální pracovnice nenavštívila. Ze spinální jednotky žena odjela do rehabilitačního ústavu v Kladrubech. Zde po „aklimatizování“ za ženou přišla sociální pracovnice a nabídla jí své služby a pomoc. Navštívila jí několikrát. Probírali spolu všechny možné dostupné varianty řešení její sociální situace. Sociální pracovnice přinesla všechny potřebné žádosti, pomohla je s ženou vyplnit a odeslala je na příslušné instituce. Žena byla velmi spokojená s prací sociální pracovnice. Dle jejích slov, moc jí pomohla se zorientovat v současné sociální podpoře a jejích možnostech. Bez její pomoci by sama nebyla schopna získat přehled o všech možnostech vyplívajících z jejího zdravotního stavu. Žena využívá převážně sociální dávky peněžního charakteru, je v invalidním důchodu, pobírá příspěvek na bydlení, na pohonné hmoty, příspěvek na péči. Sociální služby využívá příležitostně a to zejména terénní sociální službu a asistenční službu. V současné době je schopna část dne chodit o francouzských holích, ale po fyzickém vyčerpání ještě využívá invalidní vozík. Začala pracovat dva dny v týdnu ve své původní práci ve veřejné správě.*



## **Kazuistika č. 2.**

*Muž 25 let v době před úrazem pracoval, jako dělník. Úraz páteře vznikl po pádu na hlavu do bazénu, kde bylo málo vody. S poruchou vědomí ho zdravotnická záchranná služba transportovala na Anesteziologicko - resuscitační oddělení Krajské nemocnice Liberec. Po pár dnech se muž „probral“ a lékaři mu sdělily, že si poranil páteř v oblasti hrudní páteře mezi 7 a 9 obratlem. V tu dobu muž nemohl hýbat žádnou z končetin. Po té byl hospitalizován na spinální jednotce, kde postupně začal s rehabilitací. Na spinální jednotce ho navštívila sociální pracovnice, která mu vysvětlila, jak by mu mohla být nápomocna. Jaké jsou jeho možnosti v sociální oblasti. Pomohla mu vyplnit potřebné žádosti. Pomohla mu zařídit invalidní vozík. V průběhu hospitalizace na spinální jednotce, která trvala necelé 2 měsíce, muž nestihl vyřešit všechny své stávající problémy a tak ho sociální pracovnice odkázala jmenovitě na jednu ze sociálních pracovnic v rehabilitačním ústavu, kam by muž převezen ze spinální jednotky. Nyní muž využívá asistenční službu, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení a je na invalidním vozíku. Svou spoluprací se sociální pracovníci by charakterizoval, jako velmi dobrou, byla mu nápomocna v jeho problémech.*

### **Kazuistika č. 3.**

*Žena 31 let, v době úrazu na mateřské dovolené se svým 2,5 letým synem, zároveň ve třetím měsíci těhotenství. V den úrazu bobovala se svým synem na svahu, při jízdě z kopce si všimla malé holčičky jedoucí na lyži přímo, nekontrolovaně směrem k nim. Aby nedošlo k žádnému zranění ani jednoho z dětí strhnula jedoucí bob ke straně, kde se synem narazila do pevné opěry. Z bobu oba vypadli ven. Synovi se nic nestalo, ona pociťovala tupou bolest v zádech a v břiše. Nebyla schopna se postavit na nohy. Po transportu do nemocnice se podrobila několika operacím, těhotenství bylo bohužel samovolně ukončeno. Paní byla provedena stabilizace páteře v oblasti 4 – 7 hrudního obratle. Po operaci a následném doléčení byla paní přeložena z nemocnice z Hradce Králové na spinální jednotku do Krajské nemocnice Liberec. Zde začala s postupnou rehabilitací. V průběhu hospitalizace za paní sociální pracovnice nepřišla. Ona sama se o ní dozvěděla od ostatních pacientů. To, že za ní sociální pracovnice nepřišla, jí bylo vysvětleno tak, že je v pracovní neschopnosti a ta sociální pracovnice, která jí zastupuje má toho moc a nestíhá to všechno. Proto se žena obrátila na svou rodinu, která potřebné informace zjistila na úřadech. Po rehabilitaci na spinální jednotce, paní odjížděla již na invalidním vozíku do rehabilitačního ústavu. Nyní je v invalidním důchodu, příspěvky nevyužívá, uváděla, že jí byl odebrán i příspěvek na dítě. Občas využívá asistenčních služeb a rehabilitačních služeb.*

## Seznam použitých informačních zdrojů

ARNOLDOVÁ. A., 2012. *Sociální zabezpečení I. Sociální zabezpečení v České republice: Lékařská posudková služba, pojistné systémy sociálního zabezpečení*. 1.vyd. Praha Grada: ISBN 978-80-247-3724-9.

BARSKÝ. A. J., DEANS. E. C., 2007. *Jak lépe žít se zdravotními problémy*. Praha PORTÁL: isbn 978-80-7367-298-0

DOLEŽAL. R., VÍTKOVÁ. M., 2007. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. Aktivizační a vzdělávací centrum Brno Paido: ISBN 978-80-7315-143-0.

FALTÝNKOVÁ. Z., 2005. *Paraplegie, tetraplegie*. Svaz paraplegiků, Praha.

FALTÝNKOVÁ. Z., 2012. *Vše okolo tetraplegie*. CZEPA. Praha.

GAVORA. P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšířené vyd. Paido: Brno. ISBN 978-80-7315-185-0.

JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha Triton: ISBN 978-80-7254-329-6.

KŘIVOHLAVÝ. J., 1989. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha Avicenum ISBN 978-80-324-452-0.

MATOUŠEK. O. a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. 1.vyd. Praha Portál s. r. o: ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK. O., 2003. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Portál., ISBN 80-7178-549-0

MATOUŠEK. O., 2007. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha Portál. ISBN 978-807-3673-109-6.

MATOUŠEK. O., KOLÁČKOVÁ. J., KODYMOVÁ. P., 2003 *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha portál, ISBN 80-7367-002-X.

MICHALÍK. J., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha Portál s. r. o: ISBN 978-80-7367-859-3.

MÜHLPACHR. P., VAĎUROVÁ, H. 2006. *Vymezení dimenze a měření kvality života*. In. Pipeková. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno Paido: ISBN 80-7315-120-0.

NAVRÁTIL. L., 2001. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha Portál: ISBN 978-80-246-2068-8.

NEKONEČNÝ. M., 2009. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Academia., ISBN 978-80-200-1679-9.

NOVOSAD. L., 2011. *Tělesné postižení, jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha Portál s. r. o., ISBN 978-80-7367-873-9.

PETEROVÁ. V., 2005. *Páteř a mícha*. 1. vyd. Galén: ISBN 80-7262-336-2.

RYŠLAVÁ. R. a kol., 2005. *Neurologie*. 1. vyd. Triton., ISBN 80-7254-613-9.

TRÖSLER. P. a kol., 2010. *Právo sociálního zabezpečení*. 5. vyd. Praha C. H. Beck: ISBN 97-880-7400-322-6.

ÚLEHLA. I., 2005. *Umění pomáhat*. 3. vyd. Praha Slon: ISBN 80-86429-36-9

VÁGNEROVÁ. M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha Portál s. r. o: ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ. M., 2004. *Psychologie handicapu*. Praha, Karolinum: ISBN 80-7184-929-4.

## **Elektronické informační zdroje**

Neurologia pre prax [online]. [cit. 2014-10-01]. Dostupné na internetu:

[http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=magazine\\_info&magazine\\_id=3](http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=magazine_info&magazine_id=3)

Sociální práce/sociálna práca 1/2007 [online]. [cit. 2015-02-15]. Dostupné na internetu

[http://socialniprace.cz/soubory/1-2007\\_rolsocialnihopracovnika-120116134909.pdf](http://socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolsocialnihopracovnika-120116134909.pdf)

Spinální jednotka úrazové chirurgie Brno - Bohunice [online]. [cit. 2014-09-11]. Dostupné na internetu:

<http://www.fnbrno.cz/spinalni-jednotka/t3570>

Spinální jednotka FN Motol [online]. [cit. 2014-09-11]. Dostupné na internetu:

<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/spinalni-jednotka-pri-klinice-rehabilitace-a-telov/>

Spinální jednotka FN Ostrava [online]. [cit. 2014-09-11]. Dostupné na internetu:

<http://www.fno.cz/neurochirurgicka-klinika/luzkova-cast>

Spinální jednotka Krajská nemocnice Liberec [online]. [cit. 2014-09-11]. Dostupné na internetu:

<http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=104>

Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů [online]. [cit. 2014-12-09]. Dostupné na internetu:

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon\\_329\\_2011.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf)

Zákon o sociálních službách [online]. [cit. 2014-10-12]. Dostupné na internetu:

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf)

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1.** Zobrazení částí páteře a obratlů

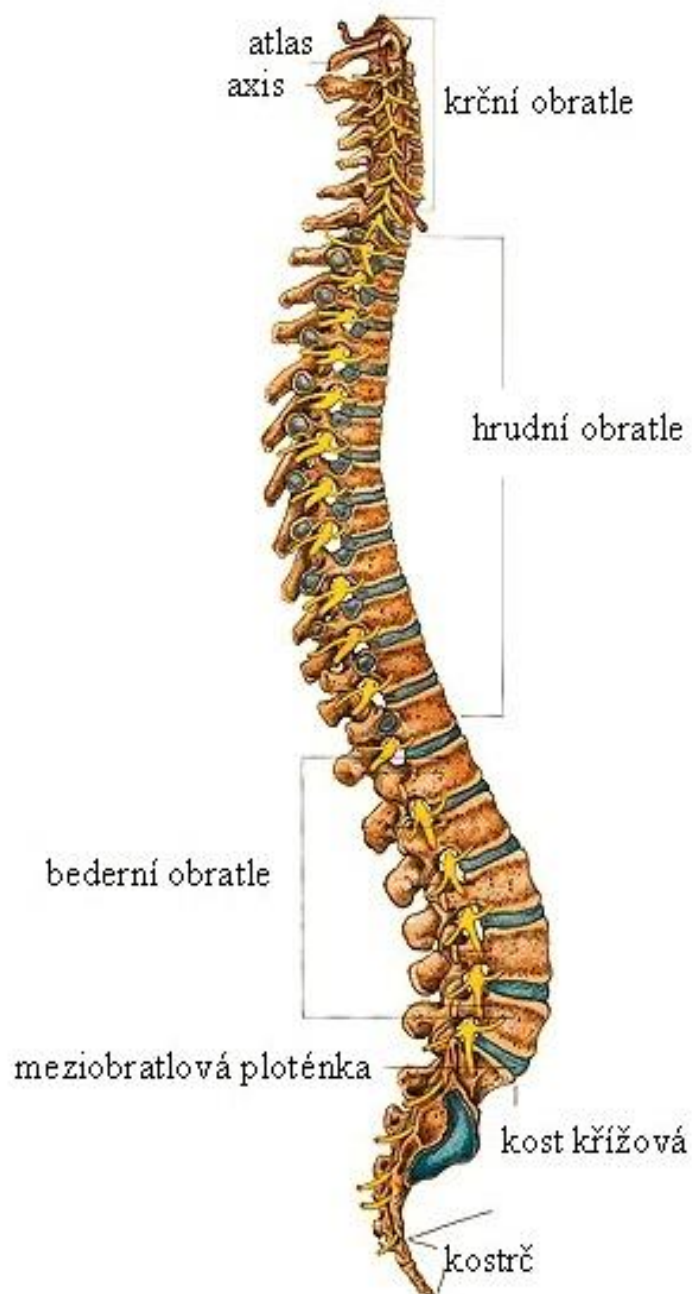
**Příloha č. 2.** Otázky k vedení strukturovaného dotazníku

**Příloha č. 3.** Fotografie

## Přílohy

### Příloha č. 1

Zobrazení částí páteře a obratlů.



## **Příloha č. 2**

### **Otázky k vedení strukturovaného dotazníku**

**1. Váš věk**

- 30 – 30 let
- 30 – 40 let
- 40 – 50 let
- 50 a více let

**2. Vaše délka pobytu na spinální jednotce?**

- 1 – 2 měsíc
- 2 – 4 měsíce
- 4 – 6 měsíců
- 6 a více měsíců

**3. Věděl/a jste při svém pobytu na spinální jednotce, že má spinální jednotka sociální pracovníci?**

- Ano
- Ne

**4. Navštívila Vás při pobytu na spinální jednotce sociální pracovnice?**

- Ano
- Ne

**5. Řekla Vám sociální pracovnice o vašich nárocích na sociální dávky a sociální služby?**

- Ano
- Ne
- Částečně



**6. Byla Vám sociální pracovnice nápomocna při řešení vaší sociální situace?**

- Ano
- Ne
- Částečně

**7. Jak Vám byla sociální pracovnice nápomocna?**

- Radou
- Pomocí při vypisování potřebných žádostí

**8. Byl/a jste spokojen/a s prací sociální pracovnice?**

- Ano
- Ne
- Částečně

**9. Využíváte některou z těchto sociálních dávek?**

- Sociální příspěvek
- Příspěvek na mobilitu
- Příspěvek na péči
- Příspěvek na bydlení
- Ošetřovné
- Jiné
- Nevyužívám žádný ze jmenovaných

**10. Jste v invalidním důchodu?**

- Ano
- Ne

**11. Využíváte sociální služby?**

- Ano
- Ne

**12. Využíváte některou z těchto sociálních služeb?**

- Asistenční službu
- Rehabilitační služby
- Terénní sociální služby
- Jiné
- Nevyužíváte žádné sociální služby

### Příloha č. 3. Fotografie



*Obrázek 1 Spinální jednotka KN Liberec*



*Obrázek 2 Tělocvična na oddělení spinální jednotky*



*Obrázek 3 Návčik manuálních činností na oddělení spinální jednotky*



*Obrázek 4 Koupelna a lůžko ke každodennímu sprchování klientů na oddělení spinální jednotky*