

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

**Možnosti a úskalí sociální práce
s klientem po úrazu s trvalými následky**

Bakalářská práce

Praha 2013

Vedoucí práce:
PhDr. Daniela Vodáčková

Autor práce:
Ester Kopecká, DiS.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně s využitím pouze citovaných literárních pramenů a zdrojů. Práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 17. 12. 2012

Ester Kopecká

Poděkování

Touto cestou děkuji především PhDr. Daniele Vodáčkové za odborné vedení a cenné připomínky. Poděkování dále patří Bc. Magdě Vrábelové, za pomoc a rady při získávání informací ke zpracování kazuistik. Děkuji také Mgr. Martinu Čermákovi za jazykovou korekturu textu.

Bibliografický záznam

KOPECKÁ, Ester. *Možnosti a úskalí sociální práce s klientem po úrazu s trvalými následky*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2013. 50 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Daniela Vodáčková.

Anotace

Bakalářská práce „Možnosti a úskalí sociální práce s klientem po úrazu s trvalými následky“ pojednává o specifikách sociální práce u klienta, který utrpěl zranění, v jehož důsledku došlo k nenávratnému poškození části těla. Zvýšená pozornost je věnována zejména úrazům v oblasti krční páteře a míchy. Úvodní část obsahuje výčet možných trvalých následků úrazů a jejich dopad na klienta, tj. následky fyzické, psychické a sociální. Práce se zabývá potřebami klienta po úrazu s trvalými následky a možnostmi spolupráce sociálních pracovníků, lékařů, sester, psychologů a dalších pracovníků ve zdravotnictví. Dále dostupností informací a služeb pro klienta, a také možnostmi a úskalími sociální práce s takovýmto klientem.

Součástí práce jsou rovněž kazuistiky několika klientů, kteří utrpěli úraz v oblasti krční páteře a míchy. V důsledku toho došlo k omezení či ztrátě funkce dolních a horních končetin, omezení pohyblivosti, schopnosti sebepéče a možnosti sebeuplatnění.

V závěru práce jsou zhodnoceny možnosti sociální práce s klientem po úrazu s trvalými následky a také diskutována problematika, možnosti a úskalí sociální práce ve zdravotnictví.

Klíčová slova

Úraz s trvalými následky, možnosti a úskalí sociální práce, sociální práce ve zdravotnictví, případová studie, metody sociální práce.

Annotation

The bachelor thesis „Ways and Difficulties of Social Work with a Client Having Suffered an Injury with Permanent Consequences“ is dealing with specifics of social work with a client who has suffered an injury resulting in irreversible damage of a part of his body. Special attention is paid to injuries of cervical spine area and the spinal cord. The introduction lists potential permanent consequences and their impact to the client, i.e. physical, psychological and social impacts. The thesis is discussing the needs of a client after an injury with permanent consequences as well as the opportunities for cooperation of social workers, physicians, nurses, psychologists and other healthcare professionals. Further on, it deals with accessibility of information and services to the client and also with opportunities and difficulties of social work with such a client.

The thesis contains also several case histories of clients who have suffered an injury in the area of the cervical spine and the spinal cord resulting in reduction or loss of function of their lower and upper limbs, in reduction of movability, self-care ability and chances for self-realization.

The thesis concludes with an assessment of ways of social work with a client after an injury with permanent consequences and also with a discussion of the issues, opportunities and difficulties of social work in the healthcare sector.

Keywords

Injury with permanent consequences, ways and difficulties of social work, social work in health care, case study, methods of social work.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| OBSAH | 7 |
| ÚVOD | 8 |
| 1. ÚRAZY S TRVALÝMI NÁSLEDKY | 10 |
| 1.1 Popis problematiky úrazů | 10 |
| 1.2 Možné trvalé následky úrazů a jejich dopad na klienta..... | 11 |
| 1.2.1 Fyzické následky..... | 12 |
| 1.2.2 Psychické následky | 15 |
| 1.2.3 Sociální následky | 18 |
| 2. SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM PO ÚRAZU S TRVALÝMI NÁSLEDKY | 20 |
| 2.1 Omezení způsobená úrazem..... | 22 |
| 2.2 Potřeby klienta po úrazu s trvalými následky a jejich naplňování | 23 |
| 3. PŘÍPADOVÉ STUDIE | 26 |
| 3.1 <i>Kazuistika 1</i> | 26 |
| 3.1.1 Popis případu, mechanismus úrazu a jeho následky..... | 26 |
| 3.1.2 Anamnéza | 27 |
| 3.1.3 Stanovení sociální diagnózy | 27 |
| 3.1.4 Návrh řešení a plán sociální péče..... | 28 |
| 3.1.5 Realizace | 28 |
| 3.1.6 Zhodnocení | 29 |
| 3.2 <i>Kazuistika 2</i> | 30 |
| 3.2.1 Popis případu, mechanismus úrazu a jeho následky..... | 30 |
| 3.2.2 Anamnéza | 31 |
| 3.2.3 Stanovení sociální diagnózy | 31 |
| 3.2.4 Návrh řešení a plán sociální péče..... | 32 |
| 3.2.5 Realizace | 32 |
| 3.2.6 Zhodnocení | 33 |
| 3.3 <i>Kazuistika 3</i> | 35 |
| 3.3.1 Popis případu, mechanismus úrazu a jeho následky..... | 35 |
| 3.3.2 Anamnéza | 35 |
| 3.3.3 Stanovení sociální diagnózy | 36 |
| 3.3.4 Návrh řešení a plán sociální péče..... | 36 |
| 3.3.5 Realizace | 37 |
| 3.3.6 Zhodnocení | 38 |
| 4. MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA S DALŠÍMI ODBORNÍKY . | 40 |
| 4.1 <i>Spolupráce s lékařem</i> | 41 |
| 4.2 <i>Spolupráce se sestrou</i> | 41 |
| 4.3 <i>Spolupráce s fyzioterapeutem a ergoterapeutem</i> | 42 |
| 4.4 <i>Spolupráce s psychologem</i> | 43 |
| 4.5 <i>Spolupráce s duchovním</i> | 43 |
| 4.6 <i>Spolupráce s rodinou</i> | 44 |
| 4.7 <i>Spolupráce s dobrovolníky</i> | 45 |
| ZÁVĚR | 46 |
| POUŽITÁ LITERATURA | 48 |

Úvod

Téma své bakalářské práce „Možnosti a úskalí sociální práce s klientem po úrazu s trvalými následky“ jsem si vybrala na základě svého dlouhodobého zájmu o problematiku sociální práce ve zdravotnictví. Původním povoláním jsem všeobecná sestra a sociální práci ve zdravotnictví jsem znala zejména z této strany. Proto jsem chtěla poznat i druhý pohled, tedy z pozice sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Tento obor byl ve zdravotnictví donedávna „popelkou“, a proto mě zajímalo, zda je tomu tak i nadále. Sociální pracovník je v současné době nedílnou součástí komplexní zdravotní péče. Otázkou však zůstává, zda je tento obor dostatečně personálně obsazen a zda je sociální péče poskytována na úrovni, která odpovídá potřebám pacientů/klientů i zdravotnického zařízení. Potěšující je, že k problematice sociální práce ve zdravotnictví je již dostupná odborná literatura¹, odkud sociální pracovníci mohou čerpat.

Ve své práci se věnuji problematice úrazů páteře se zaměřením na poranění míchy v horních segmentech páteře. Tyto úrazy mají jak fyzické, tak psychické, ale i sociální dopady. Ve všech těchto sférách pacient/klient potřebuje terapii, podporu a pomoc. Jaké jsou potřeby a možnosti jejich naplňování u osoby po úrazu s trvalými následky, popisují ve druhé části své práce. Konkrétní příklady jsou uvedeny v části třetí. Popsala jsem v ní ve třech případových studiích mechanismus úrazu konkrétních pacientů, plán sociální péče včetně anamnézy, sociální diagnózy, řešení problému, realizace a zhodnocení.

Sociální pracovník ve zdravotnictví nespolupracuje pouze s pacienty/klienty, ale i se členy multidisciplinárního týmu, který o zraněného pečuje. Do takového týmu patří lékaři, sestry, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, psychologové, ale i duchovní. Nedílnou součástí sociální práce je také spolupráce s rodinou pacienta/klienta. V průběhu psaní své práce jsem zjistila, že sociální pracovník kromě výše vyjmenovaných může spolupracovat také s dobrovolníky. Proto jsem část týkající se spolupráce s dalšími členy týmu rozšířila o bod zahrnující spolupráci s dobrovolníky.

Jednu z dimenzí změn popisuje Jan Potměšil, který ve svých 23 letech utrpěl poranění páteře a míchy při autonehodě. Po dlouhém léčení je upoután na invalidní vozík, avšak i nadále je aktivní a vykonává své povolání herce. „Po autonehodě

¹ Např. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

v prosinci 1989 jsem se dotkl pomyslné hranice života a smrti a jsem velmi vděčný za to, že jsem dostal šanci tady zůstat. V době pobytu v nemocnici se však neléčí jen tělo, ale může se posílit i duch. Je to příležitost k pochopení souvislostí a duchovního rozměru života.“²

² Herec Jan Potměšil pro Asociaci nemocničních kaplanů (www.nemocnicnikaplan.cz)

1. Úrazy s trvalými následky

Úraz je pro člověka vždy velkým zásahem do života a dosavadního fungování. Téměř u každého typu úrazu musí jedinec na kratší či delší dobu změnit své chování a zvyky, což souvisí se samotnou léčbou úrazu, rehabilitací a rekonvalescencí. Pokud se jedná o úraz s trvalými následky, bývá tato změna trvalá. Je třeba naučit se žít s omezeními, která takový úraz způsobil. Změny mohou být menšího charakteru, jen v určitých oblastech, nebo téměř ve všech sférách pacientova/klientova života. Celkové změny jsou obvykle spojeny s vážnějším úrazem, jehož důsledkem může být invalidizace, ztráta soběstačnosti, nutnost používat kompenzační pomůcky a podobně. Úraz má dopad nejen na fyzickou stránku, ale také na psychiku postiženého jedince. Trvalé následky úrazu mohou způsobovat sociální izolaci jedince a zároveň mohou zatěžovat rodinu postiženého, který potřebuje péči a pomoc³.

Úrazy míchy s trvalými následky jsou celosvětově častější u mužů. To potvrzují i zahraniční statistiky. Například Kusec Frederiksson a Mattsson⁴ ve své studii uvádějí, že ve Švédsku je poměr takto postižených mužů a žen 80 ku 20 %.

1.1 Popis problematiky úrazů

Zdravý člověk je obvykle soběstačný ve všech oblastech svého života. Účastní se pracovního procesu. Je schopen sebepečce a sebeobsluhy. Žije rodinným životem, vychovává děti. Setkává se s přáteli, věnuje se svým koníčkům a zálibám, a to bez omezení. To vše se může v jediném okamžiku zásadně změnit. Závažnější úrazy způsobující trvalé následky, obvykle vyžadují dlouhodobější hospitalizaci a následnou rehabilitaci. Z aktivního jedince se stává příjemce péče. Jedná se o péči zdravotní, rehabilitační, sociální, psychologickou atd., která do značné míry vyžaduje také aktivitu zraněného a posléze rehabilitujícího. Každý člověk se s následky úrazu vyrovnává jinak, proto je třeba ke každému přistupovat individuálně.

Úrazy mohou mít různé příčiny. Mezi nejčastější patří pády z výšky, autonehody či popáleniny. Úrazy mohou vzniknout při práci, sportu, v dopravním provozu, při sebevražedných pokusech atd.

³ Votava, 2003, s. 9–16

⁴ Kusec Frederiksson a Mattsson, 2005, s. 5

1.2 Možné trvalé následky úrazů a jejich dopad na klienta

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization WHO) definuje zdraví jako stav bio-psycho-sociálně-spirituální pohody, nikoli jen jako absenci nemoci či vady⁵. Úraz může mít následky ve kterékoli z těchto oblastí, a to jak samostatně, tak kombinovaně. Z uvedené definice vyplývá, že zdravým se člověk může cítit i v případě přítomnosti nemoci, která však neovlivňuje pohodu v jednotlivých oblastech. Nebo naopak, jedinec může pociťovat nepohodu v některých z těchto oblastí, cítit se nemocen, ačkoli přítomnost nemoci či vady není prokázána.

Za zmínku stojí také pojetí zdraví, jak jej uvádí Křivohlavý⁶. Podle něj se vnímání zdraví může lišit podle zaměření jedince i jeho osobnosti. Například lékař vnímá zdraví jako nepřítomnost nemoci či úrazu. Pro sociologa je zdravým člověkem ten, kdo je schopen dobře fungovat ve svých sociálních rolích. Zajímavé je pojetí humanisty, který vnímá zdravého člověka jako toho, kdo je schopen se vyrovnávat se svými životními úkoly bez ohledu na přítomnost nemoci či úrazu.

WHO (1980) formulovala definici postižení jako „částečné či úplné omezení schopností vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou či dysfunkcí orgánů“.

Trvalé následky úrazu znamenají poškození v některé z oblastí uvedených v definici WHO, které jsou po doléčení poškozeného prohlášeny za trvalý stav, a nepředpokládá se zlepšení. Ke zlepšení dojít může, nicméně se nejedná o stav, jaký byl před úrazem.

Zajímavou sondu do historické terminologie týkající se postižených nabízí Votava⁷. Podle něj se označování osob s postižením měnilo v průběhu doby nejen v češtině, ale i v jiných jazycích. Kdysi používané termíny jsou v současné době nepřijatelné až hanlivé. Kupříkladu výraz „mrzák“ je dnes urážlivý, avšak v roce 1913, kdy byl založen „Jedličkův ústav pro mrzáčky“, byl přijatelný. Do současnosti přetrvává pojem invalida například ve spojení „invalidní důchod“. Význam tohoto slova, pocházejícího z francouzštiny, je „bezcestný“. Terminologie se měnila z toho důvodu, že uvedené výrazy měly negativní podtext a sváděly ke snižování důstojnosti postižených. V současnosti se užívají termíny *zdravotně postižený* či *osoba se zdravotním postižením*, případně *osoba se speciálními potřebami*.

⁵ Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 15

⁶ Křivohlavý, 2001, s. 30

⁷ Votava, 2003, s. 11–13

Pojetím termínu postižení se zabývá také Vítková⁸. Analýza Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) představuje čtyři paradigmaty. Tato paradigmaty jsou uváděna v souvislosti se somatopedií, tj. oborem speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním zdravotně a tělesně postižených. Domnívám se však, že tato paradigmaty lze aplikovat obecně. Jedná se o následující modely:

- model medicínský – biologicko-organické pojetí vedoucí k medicínsky orientované péči, tj. překonání a léčbě postižení;
- model sociálněpatologický – integrační obtíže jsou sociální povahy, proto je třeba věnovat pozornost socializaci a diskriminaci podmíněné postižením;
- model prostředí – centrem péče je prostředí, ve kterém se postižený pohybuje, jež je potřeba přizpůsobit jeho možnostem a potřebám;
- model antropologický – v popředí stojí interpersonální interakce, kdy postoje okolí výrazně ovlivňují roli postiženého, proto je důležité realistické zhodnocení situace a respektování identity a jedinečnosti postiženého.

1.2.1 Fyzické následky

Fyzické následky se mohou projevovat na organismu celkově, nebo na jeho jednotlivých částech, podle charakteru či mechanismu poškození. Může se jednat o omezení či ztrátu hybnosti jednotlivých končetin nebo i celého těla. Úrazy horních končetin obvykle komplikují sebeobsluhu a sebekvětu. Poškození dolních končetin jedince limituje v pohyblivosti, omezuje či znemožňuje chůzi. Poranění páteře a pánve mohou mít vliv na celkovou hybnost jedince. Také se může jednat o ztrátu končetiny. Úraz může způsobit poškození v oblasti hlavy a obličeje, poruchu funkce některých orgánů, poruchy zraku či sluchu. Pokud se jedná o poranění dvou a více tělesných systémů, přičemž jsou ohroženy základní životní funkce, hovoříme o polytraumatu. Následným postižením může být částečné ochrnutí, tj. paréza, či úplné ochrnutí – plegie. Úraz obvykle bývá provázen bolestí, která může mít dočasný, ale i trvalý charakter⁹.

⁸ Vítková, 2006, s. 39–67; Vítková in Pipeková, 1998, s. 130

⁹ Višna, Hoch, 2004, s. 66–75

Vítková¹⁰ rozlišuje v rámci vymezení tělesného postižení následující pojmy:

- vada – poškození kosterního či svalového aparátu, poškození orgánů, tělesné změny a deformace;
- omezení či snížení výkonu – změna v rozsahu a možnosti pohybu, nedostatečná možnost pohybu;
- postižení – trvalé následky mající dopad na kognitivní, emocionální a sociální aspekt projevující se v oblasti sociálních interakcí a společenských rolí.

V souvislosti s úrazy s trvalými následky můžeme použít dělení podle Votavy¹¹, resp. jeho část, která přímo souvisí s úrazy:

- tělesné postižení – poruchy pohybového aparátu, které mohou být následkem poranění míchy a mozku, amputace končetin;
- zrakové postižení – poruchy vidění a zraku, jeho ztráta na základě úrazu;
- sluchové postižení – poúrazová porucha či ztráta sluchu;
- kombinovaná postižení – sdružení například tělesného a zrakového poškození, může se jednat také o následky polytraumatu.

Mezi poranění, která jsou téměř vždy provázena trvalými následky, patří úrazy páteře. Rozsah postižení závisí na lokalizaci, respektive výšce poškození. *Poranění krční páteře* vzniká nejčastěji při pádech z výšky, skocích do vody, autonehodách či nehodách cyklistů. Tato poranění jsou často spojena s neurologickým poškozením míchy, které má za následek ochrnutí, v tomto případě tetraplegii. To znamená, že poškozený neovládá dolní ani horní končetiny a ztrácí citlivost. Pokud je závažné poškození míchy v úrovni čtvrtého krčního obratle a výše, vede k paréze bránice. Zraněný potřebuje trvalou umělou dechovou podporu. Poranění v nižších segmentech krční páteře má vliv na hybnost horních končetin. Poranění krční páteře je vždy doprovázeno ztrátou hybnosti těla. Zraněný nekontroluje vyprazdňování moči a stolice, neovládá dolní končetiny. *Poranění hrudní páteře* vznikají nejčastěji při pádech z výšky a autohaváriích. Jsou způsobeny obvykle násilím vyšší intenzity. Rozsah trvalých následků závisí na lokalizaci poškození míchy hrudní páteře. Dojde-li k úplnému přerušení míchy, je následkem trvalé poškození hybnosti dolních končetin – paraplegie.

¹⁰ Vítková, 2006, s. 20

¹¹ Votava, 2003, s. 13–14

Zraněný obvykle nekontroluje vyprazdňování moči a stolice. Všechny úrazy na páteři jsou doprovázeny velkou bolestivostí¹².

Další dělení ochrnutí uvádí Šamánková¹³, která rozlišuje následující:

- paréza – částečná ztráta hybnosti;
- plegie – úplná ztráta hybnosti;
- paraplegie – poškození míchy v oblasti hrudní či bederní páteře, dochází k omezení či ztrátě hybnosti dolních končetin,
- tetraplegie – mícha je poškozena v oblasti dolní krční páteře, důsledkem je omezená hybnost horních končetin, úplná ztráta hybnosti dolních končetin a těla;
- pentaplegie – v případě poškození míchy v oblasti prvního až třetího krčního obratle, kdy je zraněný doživotně závislý na umělé plicní ventilaci.

Vzhledem k níže uvedeným kazuistikám pokládám za důležité zmínit následky úrazů krční páteře a porušení míchy související s jednotlivými segmenty páteře (C1–8) tak, jak jej člení Faltýnková¹⁴. Podle výše poranění rozlišuje následující důsledky na úchop a funkční výsledky:

- C1–3 – dochází k postižení v takovém rozsahu, že pacient/klient je doživotně závislý na podpoře plicní ventilace, pohybu je schopen pouze na elektrickém invalidním vozíku, který ovládá bradou nebo ústy;
- C4 – dechová podpora není nutná, horní končetiny nejsou schopny úchopu, pacient/klient se pohybuje na elektrickém invalidním vozíku, který ovládá bradou nebo ústy, může ovládat počítač pomocí ústní tyčinky;
- C5 – pohyb je možný pomocí elektrického vozíku nebo mechanického vozíku pro tetraplegiky, který ovládá rukou, postižený je schopen základní hygienické péče, najíst se, napít, případně se podepsat s pomocí dlaňové pásky, úchopová reflexe závisí na síle svalů, je možný náhradní funkční úchop (při flexi zápěstí lze obejmout předmět, při flexi dojde ke stažení flexorů, kdy se prsty přimknou k dlani);
- C6 – pacient/klient je samostatný při hygieně, zvládne oblékání horní poloviny těla, je schopen přípravy jednoduchého jídla, využívá náhradní funkční úchop, aktivní úchop pěstní nebo pasivní meziprstní úchop, pohybuje se pomocí

¹² Višna, Hoch, 2004, s. 66–75

¹³ Šamánková a kol., 2011, s. 107

¹⁴ Faltýnková, 2006, s. 14–36

elektrického vozíku či mechanického vozíku pro tetraplegiky, je schopen se samostatně přesunovat z vozíku na lůžko, toaletu či na sedačku auta za použití skluzné desky, je schopen řídit automobil s úpravou pro ruční řízení;

- C7 – soběstačnost postiženého je v rámci lůžka, je samostatný při hygieně, oblékání, využívá pěstní či meziprstní úchop, úchop je však závislý na svalové síle ruky, opozice palce může být nedostatečná, pacient/klient je schopen samostatných přesunů z lůžka na vozík, na toaletu, do bezbariérové vany, může řídit automobil s úpravou pro ruční řízení;
- C8 – pacient/klient je samostatný v aktivitách denního života, pohybuje se pomocí mechanického vozíku, s oporou ortéz je schopen stoje, úchop je dobrý, avšak záleží na svalové síle ruky, automobil řídí s úpravou pro ruční řízení.

1.2.2 Psychické následky

Úrazy s trvalými následky mají velký dopad na psychiku postiženého. Následky spojené s úrazem vyžadují mnohdy zásadní změnu životního stylu, změnu pojetí vlastního těla, nutnost akceptovat neměnnost stavu a vyrovnat se s novou rolí. To nebývá snadné. Vágnerová¹⁵ uvádí, že psychické prožívání je ovlivněno jak úrazem samotným, tak osobnostními vlastnostmi postiženého, jeho zkušenostmi, intelektem, emoční vyrovnaností i zkušeností s dříve prožitými zátěžovými situacemi.

Zvládání náročné životní situace je dynamický proces. Každý jedinec má určité zdroje, možnosti a hodnoty. Ty jsou ovlivňovány obtížnou situací, která na člověka klade určité požadavky. Existují různé způsoby a strategie zvládání zátěžových situací (coping). Každý styl je charakteristický pro daného člověka, tj. v náročných situacích obvykle reaguje určitým způsobem, který je pro něj typický¹⁶.

Vyrovňávání se s novou situací probíhá v několika fázích. Vzhledem k výše uvedenému je třeba jednotlivé fáze vnímat pouze obecně, protože jsou ovlivněny individuálními odlišnostmi. Šamánková¹⁷ a shodně také Kábrtová¹⁸ rozlišuje dvě základní fáze vyrovnávání se s následky úrazu. V období *prvních tří měsíců* od úrazu zraněný nejčastěji prožívá šok, obviňuje se, je zoufalý z nastalé situace. Mnohdy si nepřipouští trvalost poškození a doufá ve zlepšení stavu či úplné uzdravení. Zároveň

¹⁵ Vágnerová, 2004, s. 76

¹⁶ Křivohlavý, 2002, s. 96–107

¹⁷ Šamánková, 2011, s. 119

¹⁸ Kábrtová, 2005, s. 10

uvažuje nad tím, jak bude dále žít. Tato fáze je pro zraněného značně chaotická. Po překonání přibližně prvních tří měsíců přichází fáze, pro niž jsou typické projevy smutku, postižený může být negativně laděný až agresivní. Objevují se obavy o budoucnost, mohou se střídat pocity beznaděje s momenty přehnané aktivity. V této fázi je však vnímání situace realističtější. Postižený přehodnocuje svou budoucnost a reálné možnosti. To je mnohdy provázeno depresivním laděním, ale také pocity naděje. Člověk po úrazu s trvalými následky prochází nejprve fází šoku. Následuje období odmítání reality a naděje ve zlepšení stavu, které přechází do realistického období, kdy si zraněný uvědomuje, že jeho stav je neměnný a musí se vyrovnat s novou životní situací.

Vágnerová¹⁹ popisuje vyrovnávání se s následky úrazu v pěti fázích obdobných, jako popisuje fáze umírání Elizabeth Küblerová-Rossová:

1. Fáze nejistoty – u pacientů/klientů po úrazu s trvalými následky je tato fáze velmi zkrácená nebo vůbec nenastává. Podle Vágnerové trvá do doby stanovení diagnózy. Jedinec po závažném úrazu se diagnózu obvykle dozví velmi záhy. Pro tuto fázi je typické, že člověk přemýšlí o svém zdravotním stavu, snaží se porozumět nové situaci a objevují se u něj pocity úzkosti a obavy.
2. Fáze šoku a popření – pro pacienta/klienta je velmi obtížné přijmout nevratnou změnu svého zdravotního stavu a vše, co s tím souvisí. Nechce uvěřit tomu, že následky jsou vážné, že zásadně ovlivní jeho život a nelze je změnit. Bojí se uvěřit skutečnosti a mnohdy doufá v zázrak nebo že došlo k omylu při interpretaci jeho zdravotního stavu.
3. Fáze negativního hodnocení – v této fázi si pacient/klient již začíná uvědomovat, jaký je jeho skutečný zdravotní stav a důsledky úrazu. To je doprovázeno negativními pocity, že život nemá smysl a vše je ztraceno. Může se uzavírat do sebe, objevují se hněvivé reakce, ale také smutek či deprese.
4. Fáze adaptace – zraněný do jisté míry přijímá důsledky zranění. Uvědomuje si, že nelze očekávat zázrak, ale snaží se udělat vše pro to, aby dopady byly menší, než je předpoklad. V této době dobře spolupracuje a akceptuje léčbu.
5. Fáze smíření – pacient/klient přijímá svůj zdravotní stav jako skutečnost, kterou nelze změnit a učí se žít se svými omezeními. Tato fáze ovšem nemusí nastat u všech jedinců, někdy se stává, že zraněný rezignuje.

¹⁹ Vágnerová, 1999, s. 86–88

V případě ztrátových poranění se postižený musí vyrovnat se ztrátou končetiny a všemi důsledky, které s tím souvisejí. Dochází ke změně vnímání vlastního těla a mysl postiženého zároveň zaměřuje úvahy nad tím, jak bude změnu jeho vzhledu vnímat jeho blízké i širší okolí. V případě poranění míchy, kdy dochází k paréze či plegii, je pro postiženého velice obtížné vyrovnat se s faktem, že ztratil cit, neovládá své tělo, končetiny. Zvažuje, jaké důsledky pro život tato skutečnost bude mít. Úrazy s trvalými následky jsou spojeny se sníženou soběstačností či úplnou nesoběstačností. Člověk je odkázán na péči druhé osoby. S tím souvisí snížené sebehodnocení nebo nepříjemné pocity závislosti na druhé osobě.

Objevují se také otázky po smyslu života. Jaký smysl má život, když je člověk odkázán na péči druhého? Jaký smysl má život, když jedinec nemůže pracovat a tím se realizovat? Jaký smysl má život, když člověk nemůže chodit? (Život již nemá smysl...) Křivohlavý²⁰ spojuje smysl života se směřováním k určitému cíli a hledáním účelu toho, co se děje. Klade-li si člověk po úrazu s trvalými následky otázku, proč se to stalo zrovna jemu, nelze nalézt jednoznačnou odpověď, ale lze odpovědět otázkou: Jaký postoj k dané situaci zvolím, jak se situací naložím, kam zaměřím své úsilí? Díky tomu lze pochopit vlastní pocity i další směřování v nové situaci, což vyžaduje určitou aktivitu samotného postiženého.

Otázkou smyslu, resp. touhou po smyslu, se již v první polovině 20. století zabýval Viktor Emanuel Frankl, který vyvinul psychoterapeutickou metodu logoterapie (řec. logos = smysl). Tato metoda se věnuje zejména pacientově/klientově budoucnosti, smyslu lidské existence a jeho hledání. Otázku „Jaký smysl má život?“ nahrazuje „Jaký smysl chci svému životu dát?“ Od obecného míří ke konkrétnímu, tedy ke konkrétní osobě v určitém okamžiku a s tím související odpovědností za vlastní život²¹.

V souvislosti s úrazy s trvalými následky považují za nutné zmínit problematiku sebevražd. Postižený může být výrazně depresivního ladění. Neumí se s novou situací vyrovnat, nevidí svou budoucnost optimisticky, případně nechce být svému okolí na obtíž, trpí bolestmi a podobně. Sebevražedné jednání je reakcí na tíživou situaci, která se zdá být bezvýchodná. Sebevražedným sklonům je nutné věnovat náležitou pozornost a snažit se takovému jednání předcházet²².

²⁰ Křivohlavý, 1994, s. 43–53

²¹ Frankl, 1994, s. 65–86

²² Mühlpachr, 2008, s. 117–129

1.2.3 Sociální následky

Úraz s trvalými následky obvykle změní vzhled těla postiženého, ať už se jedná o ztrátové poranění či změnu tonu svalstva. To vše hraje velice významnou roli v sociálních vztazích jedince, jež jsou ovlivněny přitažlivostí nebo naopak odpudivostí vzhledu. Poškození, které mění tělesný stav, zároveň působí na vnímání životních perspektiv a cílů. Právě v této oblasti bývá velmi obtížné se s postižením vyrovnat. Na vyrovnání se s novou situací a jejími sociálními dopady má vliv také osobnost jedince. Reálná závažnost poškození nemusí být přímo úměrná prožívané závažnosti. To znamená, že i lehčí následky mohou někteří jedinci vnímat, prožívat a vyrovnávat se s nimi obtížně. Jedinec po úrazu si zároveň uvědomuje, co ztratil, musí se vyrovnat s omezeními a naučit se žít s novými možnostmi. Na sociální vztahy a vazby může mít vliv právě prožívání postiženého. Někteří jedinci mají tendenci na takto závažnou situaci reagovat *podrážděně až agresivně*. Tato agresivita může být směřována vůči sobě samému, což obvykle vede k frustraci, nebo vůči okolí, ať už se jedná o objekty či osoby. Mezi agresivní projevy patří upoutávání pozornosti nebo negativismus. Další možnou reakcí je *únik a izolace*, které mohou být spojené s odmítáním řešení následků úrazu, odmítáním kontaktu s okolím, uzavíráním se do sebe, popíráním či potlačováním. To vše ztěžuje sociální kontakty a práci s pacientem/klientem²³.

Pacient/klient po úrazu s trvalými následky se musí vyrovnat nejen se změnou vzhledu, ale také se ztrátou fyzické zdatnosti a dočasnou nebo částečnou závislostí na druhé osobě, která může být částečná nebo většího rozsahu. Dochází rovněž ke změnám sociálních rolí, změně či ztrátě zaměstnání, invaliditě nebo neschopnosti pracovat. Vlivem úrazu člověk přichází o svobodu. Svoboda je definována jako možnost rozhodovat se, jednat podle vlastní vůle a uvážení. Úraz s trvalými následky způsobuje, že člověk je limitován následky zranění. Rozhoduje se sice svobodně, ale s mnohými omezeními²⁴.

V souvislosti se sociálními dopady úrazu s trvalými následky je třeba zmínit termín „kvalita života“. Hnilicová²⁵ rozlišuje subjektivní a objektivní kvalitu života. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statutu a fyzického zdraví. Autorka dále

²³ Vágnerová, Štěch, Hadj-Mousová in Vágnerová, 1999, s. 33–77

²⁴ Křivohlavý, 1994, s. 16

²⁵ Hnilicová in Payne, 2005, s. 207

zmiňuje, že pro oblast zdravotnictví je významná definice zdraví podle WHO, která je již uvedena na str. 8, kapitola 1.2. Ve zdravotnictví je v souvislosti s kvalitou života sledována nejen přítomnost bolesti, její intenzita, hybnost a soběstačnost pacienta/klienta, ale také jeho psychická pohoda.

Úraz bezpochyby narušuje zdraví, tedy bio-psycho-sociálně-spirituální pohodu (viz kapitola 1.2). Trvalé následky úrazu mohou mít po pominutí akutní fáze významný dopad i na sociální oblast, není to však pravidlem. Každý pacient/klient má jiné zvládací strategie a s následky se vyrovnává jiným způsobem. Hodnocení kvality vlastního života klienta/pacienta značně závisí na systému hodnot jednotlivce.

Úraz s trvalými následky má bezpochyby dopad i na ekonomickou situaci člověka. To souvisí jednak s dočasnou či trvalou ztrátou zaměstnání, změnou zaměstnání vyžádanou následky úrazu, ale také nutností zakoupení různých kompenzačních pomůcek, stavebních úprav v bytě atd.

Člověku po úrazu s trvalými následky se zásadním způsobem mění celý život. Mnohdy neumí najít náplň volného času, vyrovnat se se závislostí na druhé osobě, přijmout novou či změněnou funkci v rodině. Celá rodina se musí vyrovnávat s novou situací, proto hledá radu a pomoc. V tuto chvíli je potřebný sociální pracovník, který může být kompetentním rádcem a dobrým průvodcem novou životní situací a vyrovnáváním se s ní²⁶.

²⁶ Stojčenková, 2009, s. 55–56

2. Sociální práce s klientem po úrazu s trvalými následky

Sociální práce má u nás dlouhou tradici. Již na počátku 19. století vznikaly formální organizace, které se věnovaly výchově, vzdělávání a podobně. Významným obdobím byl přelom 19. a 20. století, kdy se sociální práce stala vědní disciplínou s vlastním etickým kodexem, metodikou, vzděláváním pracovníků a organizačním řádem. Pro sociální práci ve zdravotnictví je významný rok 1918. V tomto roce sociální pracovníci v nemocničním prostředí zformovali první profesní organizaci sociální práce u nás. Války a střídání režimů měly velký vliv také na oblast sociální práce. Střídala se období, v nichž v Československu údajně nebylo třeba sociálních pracovníků, protože v socialistickém režimu nejsou sociální problémy. V roce 1968 bylo opět založeno ministerstvo práce a sociálních věcí, protože se ukázalo, že sociální problémy stále existují. Již na přelomu 50. a 60. let v některých zdravotnických zařízeních fungovala sociální oddělení, i když jen s minimálním počtem pracovníků, tedy například jeden až dva na celé zařízení. Sociální práce se tak postupně rozvíjela jako nedílná součást péče o pacienty/klienty v rámci léčebného a ošetrovatelského procesu²⁷.

Propojení sociální práce se zdravotnictvím je patrné z používané terminologie, která je pro oba obory velmi podobná. Sociální pracovník zjišťuje anamnézu, stanovuje sociální diagnózu, vypracovává plán péče apod. První sociální pracovnice ve zdravotnictví byly v některých zařízeních ustavovány z řad sester²⁸.

Některá onemocnění či handicapy nejsou na první pohled zřejmé. To ovšem neplatí pro úrazy s trvalými následky způsobujícími parézy či plegie. Pacienti/klienti po poranění míchy jsou nuceni používat pomůcky, které jim usnadní pohyb a sebeobsahu, jako jsou hole, berle či invalidní vozíky, v závažnějších případech například i dýchací přístroj. Právě tato změna vzhledu ovlivňuje to, jak je bude jejich blízké i širší okolí vnímat a chovat se k nim. Například při prvním kontaktu s druhým člověkem je zvykem potřást si rukou. Pokud se však setkáme s člověkem na vozíku, nikdy nevíme, zda je schopen nám ruku podat. Nejistotu okolí může vzbuzovat podání ruky paretické či spastické, protože nevíme, jaký rozsah pohybu má zraněný zachován, jak máme ruku uchopit a podobně. A toto je jen jedna z mnoha běžných situací, ve kterých může být jedinec po úrazu nějakým způsobem omezen. Změna vzhledu může ovlivnit například i subjektivní hodnocení intelektu druhého člověka.

²⁷ Kuzníková, 2011, s. 13–30

²⁸ Koláčková, Kodymová in Matoušek, 2005, s. 91–92; Matoušek, Šustová in Matoušek, 2007, s. 101–102

Jedinec po úrazu obvykle dobře vnímá nejisté či soucitné reakce svého okolí a mohou pro něj být zdrojem nejistoty nebo nepříjemných pocitů. Aby se takovým situacím vyhnul, může omezovat kontakty s okolím a volit raději izolaci. Sociální stigmatizace může mít vliv i na rodinu postiženého. U rodinných příslušníků se objevují pocity viny, strachu, obav, studu a podobně. Důsledkem pak může být nadměrná ochrana a péče o nemocného, nebo naopak odmítání či izolace²⁹.

Kromě medicínské léčby, ošetrovatelské a rehabilitační péče nebo psychoterapie, má pro pacienta/klienta po úrazu s trvalými následky zásadní význam i socioterapie. Každý člověk potřebuje mít pocit, že není zbytečný, že jeho život má smysl. Po úrazu je důležité pomoci najít takovému jedinci ztracenou stabilitu, následně pak náplň života a času, což může být například vhodné zaměstnání či jiná seberealizace³⁰.

Zároveň je třeba si uvědomit, že pacienti/klienti pocházejí z různého sociálního prostředí. Mají individuální potřeby a požadavky, které je potřeba v rámci sociální práce zohlednit. Pro jedince po úrazu s trvalými následky je nesmírně důležitá sociální opora. Tou by měla být především rodina. Jak uvádí Kuzníková³¹, vhodná sociální podpora může významně zlepšit kvalitu života pacienta/klienta. Proto jsou nezbytné intervence sociálního pracovníka jak v práci s pacientem/klientem, tak s jeho rodinou.

Na kvalitu života má vliv výše zmiňované vyrovnání se s úrazem a jeho následky. Matoušek³² v souvislosti s nemocí a úrazem uvádí, že pacient/klient a jeho rodina se s novou situací vyrovnávají hůře, pokud nastala náhle, neočekávaně, dříve zdravému člověku. V prvních chvílích rodina zraněnému poskytuje podporu. Čím déle hospitalizace a zdravotní problémy trvají (případně při uvědomění si neměnnosti stavu), tím více jsou frustrováni. Proto podporu a pomoc multidisciplinárního týmu potřebuje nejen pacient/klient, ale i jeho rodina. Zároveň je nutné celou rodinu připravit na okamžik, až se její zraněný člen vrátí do domácího prostředí.

Vliv na kvalitu poskytovaných sociálních služeb má kromě jiného i nutnost vnímat pacienta/klienta komplexně, co nejlépe jej poznat, zajímat se o jeho okolí, rodinu, vztahy atd. Sociální pracovník potřebuje mít co nejvíce informací týkajících se pacienta/klienta, protože tak může lépe porozumět jeho situaci a potřebám. Tyto informace může získat od samotného pacienta/klienta či jeho rodiny. Je nutné hovořit také s lékaři, sestrami a dalšími členy zdravotnického týmu. Právě zdravotníci mohou

²⁹ Vágnerová, 1999, s. 156–157

³⁰ Vágnerová, 1999, s. 158

³¹ Kuzníková, 2011, s. 14

³² Matoušek, 2003, s. 91–94

být sociálnímu pracovníkovi nápomocni v řešení pacientovy/klientovy situace. Jako příklad může sloužit propuštění z nemocnice. Lékař ukončí hospitalizaci teprve ve chvíli, v níž má jedinec s omezenou soběstačností zajištěny služby následné péče³³.

Hlavním cílem sociální práce ve zdravotnictví je pomoc pacientovi/klientovi, jeho rodině a nejbližšímu okolí adaptovat se na novou situaci, která je způsobena nemocí či úrazem a napomoci integraci pacienta/klienta. Stejně jako v jiných oblastech sociální práce je i ve zdravotnictví uplatňován princip posilování lidských práv a důstojnosti člověka. Jedním z nejdůležitějších úkolů je pomoc s úpravou domácího prostředí tak, aby pacient/klient mohl být propuštěn do domácího ošetřování a zároveň se mu dostalo potřebných služeb, pomůcek a podobně.

Požadavky na vzdělání sociálního pracovníka jsou jak v oblasti sociální práce, tak v oblasti zdravotnictví. Kromě odborníků v rámci multidisciplinárního týmu sociální pracovník spolupracuje také s osobami a institucemi mimo zdravotnické zařízení. V rámci péče o pacienta/klienta zjišťuje sociální anamnézu, jejíž součástí jsou informace osobní, rodinné apod. Následuje poskytování informací a doporučení v oblastech osobních, sociálních a sociálněprávních. Pokud je třeba, zprostředkovává sociální pracovník pomoc související s propuštěním do domácího ošetřování či zařízení pro následnou péči. Součástí péče by měl být průběžný zápis intervencí a závěrečné zhodnocení³⁴.

2.1 Omezení způsobená úrazem

Úraz s trvalými následky způsobuje změny v tělesných funkcích a strukturách, což má vliv na omezení v činnostech, a omezení ve společenských aktivitách. V důsledku úrazu u pacienta/klienta dochází ke změnám tělesného vzhledu, a možnosti sebeobsluhy. Mohou se změnit také jeho sociální role v rámci rodiny, dochází k vynucené změně zaměstnání a podobně. Pokud pacient/klient není schopen nadále vykonávat zaměstnání, vynořuje se problém, jak smysluplně trávit volný čas. Pacient/klient je ohrožen sociální izolací související se změnou jeho vzhledu, omezením pohybu a podobně. Následky úrazu však nedopadají pouze na pacienta/klienta, ale i na jeho rodinu a okolí³⁵.

³³ Musil, 2004, s. 15–18

³⁴ Holasová in Kuzníková, 2011, s. 159–165

³⁵ Koláčková, Kodymová in Matoušek, 2005, s. 92–94, 101–104

Vzhledem k uvedeným případovým studiím se zaměřím na následky úrazů poškozujících některý ze segmentů páteře a míchy, zejména v oblasti krční páteře. Trvalé následky po úrazu zpravidla omezují tělesný pohyb, a to v závislosti na lokalizaci poškození míchy. Ztráta hybnosti může být buď úplná, nebo částečná. Při zasažení dolních segmentů krční páteře má pacient *omezenou hybnost dolních končetin* a pohybu je schopen s pomocí opory či invalidního vozíku. Hybnost a motorika horních končetin je zachována, takže pacient/klient je soběstačný při sebeděči. Při poškození vyššího segmentu je *omezena hybnost dolních i horních končetin*, pacient/klient je schopen pohybu pouze pomocí invalidního vozíku, avšak je stále samostatný při sebeděči. Protože horní končetiny jsou paretické nebo částečně plegické, potřebuje k některým činnostem pomůcky. Při poškození v oblasti C4 dochází ke *ztrátě hybnosti dolních i horních končetin*. Pacient/klient je schopen pohybu na elektrickém invalidním vozíku, avšak nedokáže jej ovládat horními končetinami, je nutné ovládání bradou či ústy. Při poškození nejvyššího segmentu dochází ke *ztrátě hybnosti dolních i horních končetin* a zároveň ke *ztrátě schopnosti samostatně dýchat*. Pacient/klient vyžaduje neustálou podporu plicní ventilace. Pohyb je možný pouze na elektrickém invalidním vozíku ovládaném bradou či ústy³⁶.

Pacient/klient může být omezen v chůzi a pohybu, sebeobsluze (při jídle, hygieně, oblékání atd.), v možnostech zaměstnání, využívání volného času, kontaktu s okolním prostředím, přáteli. V případech poškození nejvyššího segmentu míchy pak také v komunikaci. To vše má výrazný dopad na psychické ladění jedince. Zároveň se může výrazně změnit žebříček hodnot, který je většinou osob po závažném úrazu přehodnocován. To vše ovlivňuje, zda pacient/klient vnímá novou situaci jako výzvu, nebo naopak prohru.

Každý pacient/klient po úrazu prochází náročným a dlouhým rehabilitačním procesem. Musí se naučit soběstačnosti a pohyblivosti podle svých možností.

2.2 Potřeby klienta po úrazu s trvalými následky a jejich naplňování

Úrazem s trvalými následky se pacientovi/klientovi zásadně mění život a ve většině případů potřebuje pomoc se zvládnutím nové situace. Můžeme rozlišit 4 typy sociální pomoci, resp. opory:

³⁶ Faltýnková, 2006, s. 14–36

- instrumentální – jedná se o konkrétní pomoc, například opatření pomůcek, materiální pomoc, zařízení neodkladných záležitostí či finanční výpomoc;
- informační – pacient/klient trpí nedostatkem informací o nové situaci, neví, na jaké služby či příspěvky má nárok, jaké jsou jeho možnosti apod.; tyto informace mu může poskytnout kompetentní odborník;
- emocionální – každý jedinec potřebuje být akceptován, chápan, pocíťovat náklonnost a emocionální blízkost;
- hodnotící – jde zejména o povzbuzování člověka, které vede k posílení kladného hodnocení sebe sama, zvýšení sebevědomí³⁷.

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má každý, kdo je v nepříznivé životní situaci, nárok dávky a příspěvky, přičemž je vždy nutné splnit určité podmínky, které jsou v zákoně uvedeny. Jedná se o tyto příspěvky:

- příspěvek na péči – je poskytován v odstupňované výši podle stupně závislosti (I. – IV.), pacient/klient z tohoto příspěvku může zaplatit péči, kterou potřebuje;
- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek – nejčastěji se jedná o invalidní vozíky, berle, ortézy, chodítka, pomůcky k přesunům mezi postelí, vozíkem, vozidlem, k hygieně, dále lůžka atd.;
- příspěvek na úpravu bytu – tato dávka je využívána často, protože je například nutné upravit byt pro pohyb osoby na invalidním vozíku;
- příspěvek na zakoupení, celkovou opravu, zvláštní úpravu či provoz motorového vozidla;
- příspěvek na individuální dopravu;
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže;
- mimořádné výhody – průkaz TP, ZTP nebo ZTP/P;
- bezúročná půjčka.

Osoby se zdravotním postižením mohou využívat sociální služby zajišťující péči o vlastní osobu, stravování, ubytování, pomoc v domácnosti, ošetrovatelské služby, zprostředkovávají informace a kontakt s okolím a podobně. Patří sem i služby sociální rehabilitace sloužící k nábývání potřebných dovedností a umožňující jedinci po úrazu

³⁷ Křivohlavý, 2001, s. 96–98

s trvalými následky samostatnost, návrat do společnosti, nalezení vhodného pracovního uplatnění a podobně.

Trendem v současné době je deinstitucionalizace, tj. upřednostňování adekvátního poskytování služeb sociální péče v přirozeném – domácím – prostředí. Osoby po úrazu s trvalými následky mohou využívat *pečovatelskou službu*, která poskytuje pomoc při oblékání, hygieně, péči o domácnost, přípravě stravy a podobně. Tyto služby je pacientovi/klientovi potřeba zajistit tak, aby plynule navazovaly na propuštění ze zdravotnického zařízení. Dále zdravotně postižení mohou využívat *centra denních služeb* nebo *denní stacionáře*, jež nabízejí aktivizační činnosti či vzdělávací akce. Pokud osoba se zdravotním poškozením potřebuje trvalou péči, může využít *odlehčovacích služeb* sloužících k odpočinku pečující osoby. Mezi další služby patří například *osobní asistence*, při níž vyškolený asistent pomáhá postiženému při úkonech, které pacient/klient z důvodu poškození nemůže vykonávat sám. Pokud je pacient/klient po propuštění do domácího prostředí schopen vykonávat zaměstnání, může využít *sociálně aktivizační služby*. V tomto případě asistent dochází spolu s postiženým na jeho pracoviště a pomáhá mu zajistit vhodné podmínky, případně je pacientovi/klientovi zpočátku nápomocen při pracovní činnosti. Další službou, kterou jedinec po úrazu s trvalými následky může využít, je *poradenské centrum pro zdravotně postižené*, jež slouží jak pacientovi/klientovi, tak jeho rodině³⁸.

Podpoře osob se zdravotním postižením se věnují různé nadace a občanská sdružení, jež napomáhají jedincům ve složité situaci. Zajišťují jejich aktivizaci, poskytují náplň volného času, hájí jejich práva atd. Mezi sdružení s celorepublikovým dosahem, která různými způsoby podporují tělesně a zdravotně postižené, patří například Česká asociace paraplegiků – CZEPA, o. s., Svaz tělesně postižených v ČR, o. s., Kolečka na cestách, o. s., Liga vozíčkářů, Prosaz, o. s. – společnost pro sociální rehabilitaci občanů se zdravotním postižením, Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Existují rovněž nadace zaměřené na pomoc těmto osobám, například Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97, Nadace Charty 77 – Konto BARIÉRY, Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové a další³⁹.

³⁸ Matoušek, 2007, s. 96–99

³⁹ helpnet.cz

3. Případové studie

Klienti uvedení v případových studiích byli hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení na oddělení specializovaném na komplexní léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči o pacienty s míšní lézí. Na tomto oddělení je klientům poskytována odborná lékařská péče (lékaři se specializací na neurologii, ortopedii a rehabilitaci), ošetrovatelská péče, intenzivně se jim věnují fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Součástí péče je také sociální poradenství, psychologické poradenství a spirituální péče. Hospitalizace obvykle trvá přibližně jeden až tři měsíce, podle stavu a potřeb klienta. Po propuštění ze zdravotnického zařízení klienti přecházejí nejčastěji do rehabilitačního zařízení, kde stráví další tři až šest měsíců. Délka pobytu závisí na výši míšní léze, schopnostech a potřebách klienta. Teprve po pobytu v rehabilitačním zařízení klienti bývají propuštěni do domácího pobytu.

Sociální práce ve zdravotnictví je dynamicky se vyvíjející obor. Nicméně v některých zdravotnických zařízeních stále není na potřebné úrovni, a to jak stran personálního obsazení, tak kvalitou poskytovaných služeb. Proto jsem se zaměřila na úroveň sociálních služeb, které jsou klientům poskytovány v tomto zdravotnickém zařízení, a také na přístup sociálních pracovníků ke konkrétním klientům. Zajímalo mě, zda je sociální pracovník v kontaktu s klientem v souladu s jeho potřebami. Tedy zda poskytuje sociální poradenství a sociální služby podle aktuální situace klienta a jeho rodiny.

3.1 *Kazuistika 1*

3.1.1 Popis případu, mechanismus úrazu a jeho následky

Klient A. B. utrpěl v září 2008 poranění v suicidálním pokusu v ebrietě. Našla jej manželka, když při pokusu o oběšení visel z okna. Uvolnila jej, poté následoval pád z druhého patra. Klient utrpěl kromě jiných zranění také frakturu páteře v oblasti 5. a 6. krčního obratle. Následkem této fraktury došlo ke kompletní míšní lézi a následné tetraplegii horních i dolních končetin a trupu. Klient neovládá dolní končetiny, horní končetiny jen částečně, je nesoběstačný.

3.1.2 Anamnéza

Klient A. B. se narodil roku 1974, v anamnéze se objevuje hepatitis C při abúzu heroinu, abúzus alkoholu, trestán nebyl. Manželka uvádí, že neví, proč si klient sáhnul na život. Je ženatý, žije s manželkou v bytě o velikosti 2 + 1, který se nachází ve druhém patře bez výtahu. K bytu vede přibližně 40 schodů. V bytě jsou pro pohyb na invalidním vozíku nevyhovující rozměry zárubní dveří, mezi jednotlivými místnostmi mají dostačujících 90 cm, ale do koupelny a na WC pouze 60 cm. Rodiče klienta jsou rozvedení. Matka žije v rodinném domě se třemi dalšími klientovými sourozenci. Otec bydlí v bytě s novou manželkou a jejich dětmi, který se nachází v prvním patře bez výtahu. Před úrazem byl klient osobou samostatně výdělečně činnou.

Klient byl opakovaně hospitalizován z důvodu rozsáhlých dekubitů v oblasti boků a sakra. Lékaři zvažovali amputaci poloviny těla. K tomu nakonec nedošlo. První hospitalizace, při které byly zahájeny sociální intervence, probíhala od prosince 2008 do dubna 2009. Po jejím ukončení byl klient přeložen do rehabilitačního zařízení. Další hospitalizace se uskutečnila od května do srpna 2010. V období druhé hospitalizace byl klient s manželkou rozveden a žil u své matky v rodinném domě. Následovala ještě třetí hospitalizace od října do prosince 2010.

3.1.3 Stanovení sociální diagnózy

V souvislosti s úrazem u klienta vyvstalo několik sociálních problémů. První z nich se týkal *bydlení*. V době úrazu žil s manželkou v bytě, ve kterém však byly bariéry v podobě úzkých zárubní dveří. K bytu nevedl výtah.

Před druhou hospitalizací žil v rodinném domě se svou matkou. Vyšlo najevo, že matka o klienta nepečuje dostatečně. K hospitalizaci byl přijat ve velmi zanedbaném stavu s rozsáhlými dekubity. Otec pacienta uvedl, že klientova matka je bezcitná. Například jej nechala ležet až 14 hodin na jednom boku a následkem toho se klientovi vytvořily závažné dekubity. Matka ho ubytovala v prvním patře domu, protože se kvůli němu odmítla přestěhovat z přízemí. Občas pacienta „vyvezla“ na verandu, kde jej nechala celý den bez jídla a pití, poté mu ještě vynadala, že se nenajedl. Když byl pacient poprvé u matky o Vánocích roku 2009, strávil celou dobu v přízemí na rozkládací pohovce, ačkoli v patře měl polohovací postel, ovšem do patra se neměl jak dostat. Matka za klientem nechodila na návštěvy ani do zdravotnického, ani do

rehabilitačního zařízení. Odmítala se naučit, jak o klienta pečovat. V domě bydlí ještě tři klientovi bratři, kteří se na péči nepodílejí. Pacienta občas navštěvoval praktický lékař.

3.1.4 Návrh řešení a plán sociální péče

Vzhledem k tomu, že dosavadní *bydlení* bylo nevyhovující z důvodu bariér, sociální pracovnice konzultovala s klientem a jeho manželkou možnosti úpravy bytu a přístupu k němu, případně možnost bezbariérového bydlení. Ještě v průběhu první hospitalizace se ukázalo, že manželka nezažádala o bezbariérový byt a také nepodnikla žádné kroky vedoucí k úpravám stávajícího bytu. Po ukončení první hospitalizace byl klient přeložen do rehabilitačního zařízení. Po propuštění z rehabilitačního zařízení si klienta vzala do péče jeho matka. V průběhu druhé hospitalizace vyšlo najevo, že pobyt u matky je pro klienta ohrožující. Matčina přístup hraničí s týráním svěřené osoby. Klient měl rozsáhlé dekubity zapříčiněné nedostatečnou péčí. Lékaři zvažovali amputaci poloviny těla z důvodu obtížně řešitelných dekubitů. Klienta občas navštěvoval praktický lékař, který však pro zlepšení situace nic nepodnikl. Domácí zdravotní péči klient sjednanou neměl, péči měla zajišťovat matka. S tou však byla velmi obtížná komunikace. Vybudování výtahu do prvního patra odmítla, využití plošiny nebo schodišťové sedačky se jí nezdálo vhodné, protože klient nedokázal sám přesednout. Přestěhovat jej do přízemí odmítla, protože se sama nechtěla stěhovat do prvního patra. Nabízela se varianta bydlení u otce. Ten bydlí v bytě v prvním patře bez výtahu se svou novou ženou a dětmi. Chodí do zaměstnání, proto se o klienta nemůže postarat. Proto bude třeba podat žádost o umístění do ústavu sociální péče.

K řešení *finanční situace* je třeba pomoci klientovi s podáním žádosti o sociální dávky: přiznání invalidního důchodu, příspěvku na péči a průkazu „Mimořádných výhod pro zdravotně tělesně postižené občany“.

3.1.5 Realizace

Klientovi i jeho manželce byly předány informace o bezbariérovém bydlení a také o možnostech úprav ve stávajícím bytě, včetně kontaktů na firmy, které tyto úpravy provádějí. Vzhledem k tomu, že do propuštění klienta z rehabilitačního zařízení manželka žádné úpravy bytu neprovedla, přestěhoval se klient ke své matce.

Bydlení u matky nebylo optimální, proto bylo třeba hledat jiné řešení. S klientem a jeho otcem byla prodiskutována možnost podání trestního oznámení. Otec souhlasí, ale klient trestní oznámení podat nechce. Je nutné hledat jiné řešení bydlení, avšak bydlení u otce není možné. Klient má v době druhé hospitalizace přítelkyni, se kterou se seznámil přes internet, a která jej pravidelně navštěvuje. Plánují společné bydlení, přítelkyně se o klienta chce starat.

Při třetí hospitalizaci klient sděluje, že bydlení s přítelkyní bohužel není možné. Proto chce podat žádost o přijetí do ústavu sociální péče. K matce se vrátit nechce, u otce bydlet nemůže. Zároveň se žádostí do ústavu sociální péče byla podána žádost o umístění v léčebně pro dlouhodobě nemocné z důvodu delších čekacích lhůt na přijetí do ústavu sociální péče. Žádosti byly podány v říjnu 2010, na počátku třetí hospitalizace. V polovině prosince 2010 se uvolnilo místo v ústavu sociální péče. Klient byl po ukončení hospitalizace přeložen přímo do ústavu.

Klient podal žádosti o *sociální dávky*, konkrétně o invalidní důchod a příspěvek na péči. Nejprve byla jako pečující osoba uvedena klientova matka. Když se později ukázalo, že se matka o klienta nestará, plánoval klient bydlení se svou novou přítelkyní. Přál si proto změnit poskytovatele péče z matky na přítelkyni.

Při zařizování průkazu osoby se zdravotním postižením bylo nutno pořídit fotografii, protože klient žádnou neměl. Sociální pracovnice tedy zajistila návštěvu fotografa. Dále byla podána žádost o přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany.

Sociální pracovnice předala klientovi „Sociálně zdravotní minimum“ (dokument vyhotovený sociální pracovníci daného zdravotnického zařízení, který poskytuje všem svým klientům – obsahuje základní údaje), ve němž jsou uvedeny nejdůležitější informace, které by se klienta mohly týkat. Nadále byla klientovi k dispozici pro případ dotazů.

3.1.6 Zhodnocení

Klient A. B. se pokusil o suicidium pravděpodobně pod vlivem návykové látky. Po úrazu se dostal do obtížné sociální situace, protože se s ním rozvedla manželka. Již v době hospitalizace se zdálo, že manželka příliš neprojevuje snahu o řešení úprav bytu a přístupu k němu. Po propuštění z rehabilitačního zařízení si vzala klienta do péče matka. Toto řešení bylo dobré jen zdánlivě. Dlouhou dobu zřejmě nikdo netušil, že

matka svého syna týrá tím, že o něj nepečuje a nepolohuje jej, ačkoli to klientův zdravotní stav vyžaduje. Klientům s plegií se velmi snadno vytvořejí dekubity, protože mají porušenou citlivost v daných partiích a zhoršené prokrvení tkání. Je potřeba je pravidelně polohovat a používat kompenzační pomůcky, aby se vytvoření dekubitů předešlo.

Klient byl schopen částečně pohybovat horními končetinami. Hrubá motorika horních končetin byla částečně zachována, ale jemná motorika nikoli. Nebyl například schopen uchopit přístroj a také se zcela samostatně najíst. I v této oblasti byly shledány nedostatky v péči matky.

Z výše uvedeného je zřejmé, že bylo nutné řešit, kde bude klient bydlet a kdo o něj bude pečovat. Jistá naděje se objevila ve chvíli, kdy se klientova nová přítelkyně vyjádřila, že s ním chce bydlet a starat se o něj. Ke společnému bydlení však nedošlo, o čemž klient informoval sociální pracovníci při další hospitalizaci. Rozhodl se podat žádost do ústavu sociální péče, kam se po propuštění z hospitalizace v prosinci roku 2010 také přestěhoval.

Sociální pracovníce zdravotnického zařízení i nadále zůstávala s klientem v kontaktu, ačkoli od té doby již v daném zdravotnickém zařízení hospitalizován nebyl. Díky tomu se dozvěděla, že vztah klienta s přítelkyní se zřejmě stabilizoval. Plánují společné bydlení i s jejími dvěma dětmi v domě, který v současné době budují. Nyní klient bydlí s přítelkyní ve společném bytě. I přes všechny nesnáze vede klient spokojený život. Díky intenzivní ergoterapii a fyzioterapii se u něj zlepšila jemná motorika horních končetin. Je schopen psát na notebooku a komunikovat pomocí mobilního telefonu – umí sám přijmout hovor. Zlepšila se jeho sebeobsluha při jídle, dokáže se samostatně napít a najíst pomocí dlaňové pásky.

3.2 *Kazuistika 2*

3.2.1 Popis případu, mechanismus úrazu a jeho následky

Klient C. D. utrpěl v dubnu 2011 polytrauma při dopravní nehodě v cizině. Při jízdě po dálnici mu vběhl do cesty kanec, do kterého automobil narazil. Ve vozidle byli čtyři cestující. Klient vozidlo řídil, byl připoutaný, avšak náraz způsobil přetržení bezpečnostního pásu a klienta vymrštil z vozidla přibližně do vzdálenosti 25 metrů před vozidlo. Následovalo bezvědomí a klient byl pět týdnů udržován v umělém spánku na

umělé plicní ventilaci, což si vyžádalo vytvoření tracheotomie. Při nehodě klient utrpěl kromě jiného frakturu horní čelisti, žeber, čelní kosti, pneumotorax, kontuzi plic, frakturu druhého krčního obratle a luxační frakturu pátého a šestého krčního obratle, v důsledku čehož došlo k tetraplegii a úplné nesoběstačnosti. Na období nehody má zraněný amnézii. V období před úrazem byl osobou samostatně výdělečně činnou, žil aktivním životem, od šesti let pravidelně sportoval.

3.2.2 Anamnéza

Klient narozený v roce 1972 pracoval jako montážní dělník, za prací jezdil do zahraničí. Je rozvedený, s bývalou ženou není v kontaktu. V době před úrazem bydlel v podnájmu u své neteře, ale nájem je již zrušen. Trvalé bydliště má hlášeno na městském úřadu. Matka se nedávno přestěhovala z většího bytu do garsoniéry z důvodu vysokého nájemného. Je ve starobním důchodu. Vztahy s matkou nebyly posledních deset let příliš dobré. To uvádí nezávisle na sobě klient i jeho matka, avšak klient zmiňuje, že vina nebyla na jeho straně.

Jako osoba samostatně výdělečně činná je klient povinen samostatně platit sociální pojištění. Sám uvádí, že sociální pojištění platil nepravidelně. Často střídal zaměstnání.

3.2.3 Stanovení sociální diagnózy

Hospitalizace, při které bylo zahájeno sociální šetření, probíhala od srpna do října 2011. Klient se zajímá o proplácení pracovní neschopnosti a *invalidního důchodu*. Není si jistý, zda na invalidní důchod bude mít nárok. Neví, jestli platil sociální pojištění po dostatečně dlouhou dobu tak, aby nárok vzniknul.

Klient potřebuje vyřešit otázku *bydlení*. Před úrazem bydlel v nájmu u své neteře, ale tento nájem již zaniknul. U matky bydlet nemůže, protože není schopen sebezpečí v rámci vozíku, což by byla matčina podmínka. Dalším problémem je, že matka bydlí v malém bytě.

3.2.4 Návrh řešení a plán sociální péče

Klient neví, zda platil dostatečně dlouhou dobu sociální pojištění, aby měl nárok na *invalidní důchod*. Prvořadé je zajištění informativního listu důchodového pojištění. Z něj lze zjistit, zda klient splňuje požadavky. Dále je potřeba zvážit žádost o příspěvek na péči, protože klient je nesoběstačný. Zároveň by bylo vhodné zažádat o průkaz osoby se zdravotním postižením.

Nezbytné je řešit otázku *bydlení*, protože klient dosud bydlel v nájmu u své neteře, což dále není možné. Nabízí se varianta bydlení s matkou, avšak je třeba zvážit, zda je stávající byt dostačující pro matku i klienta, protože se jedná o garsoniéru. Pravděpodobně by bylo třeba provést úpravy bytu a přístupu do něj. Jako vhodnější řešení se v danou chvíli jeví podat žádost o umístění do léčebny dlouhodobě nemocných, respektive do ústavu sociální péče, kam by se klient přestěhoval po propuštění z rehabilitačního zařízení.

3.2.5 Realizace

Protože není zřejmé, zda klient bude mít nárok na přiznání invalidního důchodu, bude prvním krokem zajištění informativního listu důchodového pojištění u České správy sociálního zabezpečení. V případě nesplnění podmínek by klient měl nárok pouze na příspěvek na péči, případně pomoc v hmotné nouzi. V průběhu hospitalizace sociální pracovnice obdržela informativní list důchodového pojištění, ze kterého vyplývá, že klient požadavky pro přiznání invalidního důchodu splňuje.

Matka velmi dobře spolupracuje, slibuje, že zařídí veškeré potřebné dokumenty. Bude potřebovat klientovu plnou moc. Není však jednoznačné, zda se klient bude schopen podepsat. Fyzioterapeuti proto s klientem nacvičují podpis pomocí dlaňové pásky (páska, která se upevní na ruku a do dlaňové části je možné upevnit pero). Ani po nácvičku však klient není schopen podpisu. Je tedy třeba zajistit přítomnost notáře, aby pomocí notářského zápisu za přítomnosti svědků byla matce udělena plná moc. Toto vše bylo zrealizováno v průběhu září 2011. Dále byla podána žádost o příspěvek na péči a žádost o vydání průkazu osoby se zdravotním postižením.

Zároveň je nutné řešit problematiku *bydlení* po propuštění z rehabilitačního zařízení. Dosavadní bydlení nepřipadá v úvahu. Nabízí se možnost bydlení u matky, avšak matka se nedávno přestěhovala z většího bytu do garsoniéry. Matka pečovala o svého manžela i matku, kteří byli nesoběstační, a je z poskytování této péče vyčerpaná.

Připouští, že by se o klienta mohla starat pouze za předpokladu, že bude soběstačný v rámci invalidního vozíku. V té souvislosti je potřeba zvážit úpravy bytu, konkrétně zárubní dveří, aby se klient na vozíku dostal do koupelny a na toaletu. Dále by bylo potřeba upravit bezbariérový přístup k bytu. Nicméně toto řešení je v současné době nevyhovující, protože klient nesplňuje matčin požadavek na soběstačnost. Zvažují se tedy dvě varianty, a to léčebna dlouhodobě nemocných nedaleko matčina bydliště nebo ústav sociální péče. Matka si není jistá, zda klient bude souhlasit s umístěním do léčebny dlouhodobě nemocných. Matka má na tuto léčebnu velmi dobré reference, avšak v léčebně je zaměstnána klientova bývalá přítelkyně. Klient sám říká, že by si nepřál, aby jej bývalá přítelkyně viděla v tomto stavu. Z tohoto důvodu byla tedy podána žádost o umístění v ústavu sociální péče.

Sociální pracovnice předala klientovi „Sociálně zdravotní minimum“, v němž jsou uvedeny základní informace, které by se jej mohly týkat, a zůstane mu k dispozici pro případ dotazů.

3.2.6 Zhodnocení

U klienta C. D. vyvstala poměrně komplikovaná otázka sociálních dávek a invalidního důchodu. Vzhledem k tomu, že před úrazem byl osobou samostatně výdělečně činnou a poměrně často měnil zaměstnání, nebylo zřejmé, zda bude splňovat podmínky pro vyplácení invalidního důchodu. To mu dělalo velké starosti, stejně jako jeho matce, která byla ve starobním důchodu a z tohoto důvodu nemohla syna finančně podporovat. Situace se naštěstí vyvinula v klientův prospěch a podmínky pro vyplácení invalidního důchodu splnil. K tomu zažádal o příspěvek na péči a o průkaz osoby se zdravotním postižením. Vše bylo mírně komplikováno tím, že klient nebyl schopen podpisu, proto bylo nutné zajistit notáře. Dále bylo potřeba opatřit dokumenty jako například výuční list. V této oblasti velmi dobře spolupracovala klientova matka, která potřebné dokumenty zajistila.

Nesnadné bylo řešení bydlení klienta po propuštění z rehabilitačního zařízení. Matka, ačkoli by byla schopna se o klienta postarat, neměla vhodné bytové podmínky. Dalším faktorem ovlivňujícím řešení bydlení, byla skutečnost, že klient s matkou posledních deset let příliš nevycházel. Jako optimální řešení se nabízela léčebna dlouhodobě nemocných a následně ústav sociální péče. Nicméně do léčebny dlouhodobě nemocných nedaleko matčina bydliště klient nechtěl, protože je v něm

zaměstnána jeho bývalá přítelkyně. Sociální pracovnice zdravotnického zařízení podala se souhlasem klienta žádost o umístění do ústavu sociální péče. Po propuštění z hospitalizace bude klientovi pomáhat sociální pracovník rehabilitačního ústavu.

Celá situace byla poměrně komplikována klientovým psychickým stavem. Klient byl depresivně laděný. V průběhu hospitalizace v zahraničí se matce svěřil, že kdyby mohl, spáchal by sebevraždu. Sociální pracovníci říkali, že by bylo lepší, kdyby se po úrazu již neprobudil. Návštěvy matky nenesl dobře. Uvádí, že jej stresují a vyčerpávají. Matka mu údajně nedodává příliš energie a síly. Společné bydlení by z tohoto důvodu pravděpodobně nebylo nejlepším řešením. Větší oporou než matka mu vždy byla známá, o které říká, že je jeho „druhou mámou“. Nicméně klientova matka velice dobře spolupracuje v průběhu celé hospitalizace.

Ačkoli lékaři klienta informovali o zdravotním stavu, stále si nepřipouští, že jeho současný stav, kvadruplegie, je trvalý. Zatím nepočítá s tím, že by nechodil a byl nesoběstačný, stále doufá ve zlepšení stavu. Po použití Vojtovy metody pociťuje zlepšení a doufá, že i v rehabilitačním zařízení bude mít možnost tuto metodu cvičit. Na oddělení navštívil klienta duchovní (psycholog v době jeho hospitalizace není k dispozici), aby pomohl zlepšit jeho psychický stav.

Určitou motivací by pro klienta mohlo být využití notebooku, který by mohl ovládat ústy či pomocí trackballu (vstupní počítačové zařízení podobné myši). Ergoterapeut slíbil, že s klientem promluví o možnostech užívání notebooku a nácviku ovládání.

Obr.: Trackball – různé typy



Po ukončení hospitalizace byl pacient přeložen do rehabilitačního zařízení, kde jej převezmou do péče sociální pracovníci daného zařízení. Sociální pracovnice zdravotnického zařízení zůstává k dispozici pro případ potřeby. Po propuštění z rehabilitačního zařízení je klient hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných. Po

uvolnění místa v ústavu sociální péče bude přeložen tam. Je mobilní na elektrickém invalidním vozíku, který ovládá palcem pravé ruky, nají se samostatně pomocí dlaňové pásky, počítač ovládá ústy.

3.3 Kazuistika 3

3.3.1 Popis případu, mechanismus úrazu a jeho následky

Klient E. F. utrpěl polytrauma při dopravní nehodě, která se stala v listopadu 2011. Klient řídil auto, v ebrietě způsobil dopravní nehodu. Okolnosti si nepamatuje. Kromě dalších zranění, jako je například fraktura stydké kosti, femuru, pánve, žeber a mnoha dalších, které způsobil hemoragický šok, utrpěl frakturu Th11–12, která způsobilá míšní lézi od Th12 distálně. Magnetická rezonance prokázala přerušení míchy. Následkem zranění došlo k paraplegii. Klient je ochrnutý od pasu níže, neovládá dolní končetiny ani vyprazdňování. Horní část těla a horní končetiny jsou bez následků. Klient je schopen sebeobsluhy a pohybu na invalidním vozíku. Díky intenzivní fyzioterapii a rehabilitaci se umí sám přesunout z lůžka na vozík. Naučil se autokatetrizaci, tj. samostatně vyprazdňovat močový měchýř pomocí jednorázového katétru.

3.3.2 Anamnéza

Klient E. F. se narodil roku 1990, před úrazem byl studentem čtvrtého ročníku gymnázia. Je svobodný, žije s matkou v prvním patře panelového domu s výtahem, který je však malý, a proto nevyhovující pro přepravu klienta upoutaného na vozík. Do prvního patra vedou schody. Byt je malý, zárubně dveří všech místností včetně toalety jsou pro průjezd s vozíkem úzké. Rodiče jsou rozvedení, klient má bratra a sestru, kteří s rodiči a klientem ve společné domácnosti nežijí. V bytě však mají hlášeno trvalé bydliště. Matka je v předčasném starobním důchodu. Klient vlastnil řidičský průkaz, který mu byl z důvodu způsobení nehody pod vlivem alkoholu odebrán. Zavinění nám není známo.

Před nehodou klient aktivně sportoval, denně běhal, posiloval, provozoval kickbox a thaibox. Je nekuřák, alkohol užíval příležitostně.

3.3.3 Stanovení sociální diagnózy

Kromě poranění musí klient řešit sociální problémy. Prvním z těch, které chtěl brzy vyřešit, bylo *studium*. Obával se, aby mu studium nebylo ukončeno proto, že v současné době nemůže školu navštěvovat. Úraz se stal na začátku listopadu, hospitalizován bude pravděpodobně ještě v první polovině února. Po propuštění ze zdravotnického zařízení bude následovat pobyt v rehabilitačním zařízení. Rád by do školy nastoupil v září 2012.

V souvislosti se studiem se klient obával *přístupu do školy*, protože školní budova v současné době není bezbariérová. Jedná se o komplex tří budov, ve kterých jsou schody.

Dalším problémem je *bydlení*. Vzhledem k tomu, že současný byt je bariérový, je nutné hledat řešení. Klient by rád zůstal s matkou ve stávajícím bytě, pokud by to bylo možné. Bylo by však nutné provést vnitřní úpravy bytu a také vyřešit přístup do bytu, protože do výtahu nacházejícího se v domě se invalidní vozík nevejde.

V neposlední řadě je potřeba zažádat o *sociální dávky* pro klienta, invalidní důchod a případně příspěvek v hmotné nouzi, protože klient je ještě student a matka je v předčasném starobním důchodu. Příjmy rodiny nejsou vysoké.

3.3.4 Návrh řešení a plán sociální péče

Studijní záležitosti klienta pomohly vyřešit matka a sestra, které navštívily ředitele gymnázia, kde klient studuje. Ředitel rodinu ujistil, že klienta budou vést jako studenta až do konce školního roku. To znamená, že nebude muset sám platit zdravotní ani sociální pojištění. Nástup do školy znovu do čtvrtého ročníku od září 2012 by byl ze strany školy možný.

Ředitel dále uvedl, že v případě nástupu klienta ke studiu od září by přizpůsobili výuku tak, aby se jí mohl účastnit. Případně by klient studoval podle individuálního studijního plánu. Tím by se vyřešil problém *přístupu do školy*.

Při řešení problematiky *bydlení* se nabízí několik variant: úprava stávajícího bytu a přístupu k bytu; prodej stávajícího bytu a zakoupení bytu v přízemí; bezbariérové bydlení.

Bezbariérové byty v místě klientova bydliště nejsou k dispozici, proto tato varianta nepřichází v úvahu. Do jiného města se klient ani jeho rodina kvůli bezbariérovému bydlení stěhovat nechtějí.

Klient i jeho matka by rádi zůstali ve stávajícím bytě, proto zatím neuvažují o prodeji bytu a koupi jiného, přízemního. Musejí zvážit, jaké se nabízejí možnosti úpravy bytu a přístupu k němu. Byt je v prvním patře s výtahem, který je však malý. Jeho přebudování nepřichází v úvahu, proto se jako nejvhodnější řešení nabízí zakoupení či zapůjčení plošiny. Město, ve kterém klient žije, žádné plošiny k zapůjčení nemá, dosud žádné nepoživovalo. Klient může podat žádost o příspěvek na zvláštní pomůcku (konkrétně o plošinu) na úřad práce v místě trvalého bydliště. Bude potřebovat seznam firem vyrábějících plošiny, aby rodina mohla kontaktovat pracovníky firmy a domluvit se s nimi na instalaci vhodné plošiny. Přímou v bytě bude potřeba provést úpravy zárubní dveří, aby byly dostatečně široké pro průjezd na vozíku. Pravděpodobně bude potřeba provést také úpravy koupelny a WC, aby je klient mohl samostatně používat. Žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku bude tedy potřeba podat dvě, jednu na pořízení plošiny, druhou na stavební práce spojené s úpravami koupelny, WC a s rozšířením zárubní dveří v bytě.

Klient je studentem, proto nemusí sám platit sociální a zdravotní pojištění. Bude však potřeba podat žádost o *invalidní důchod*. Klientova sestra zajistí vše ohledně vyřízení invalidního důchodu, proto bude potřebovat bratrovu plnou moc. Je nutné zajistit, aby do zdravotnického zařízení přišel notář k ověření podpisu na plnou moc. Klient zažádá o průkaz osoby se zdravotním postižením.

Klient se zajímal o možnost zproštění povinnosti placení regulačních poplatků za pobyt v nemocnici. To by bylo možné pouze v případě hmotné nouze. Příjmy rodiny by musely být pod hranicí životního minima. To je potřeba doložit příjmy matky. Jako nejvhodnější varianta se v tuto chvíli jeví zažádat nejprve o příspěvek na bydlení. Pokud by byl příspěvek rodině přiznán, mohla by následně zažádat o dávky hmotné nouze.

Dále se klient dotazoval na možnost příspěvku na pořízení motorového vozidla a jeho úpravy. Vzhledem k tomu, že v souvislosti s nehodou mu byl odebrán řidičský průkaz, bude problematiku pořízení automobilu, jeho úpravy a řízení řešit teprve po jeho navrácení.

3.3.5 Realizace

Studijní záležitosti pomohla klientovi řešit rodina. Navštívila ředitele školy, kde klient studuje, a dohodli se, že bude do konce školního roku, tj. do června 2012, veden

jako student školy. Dále bylo s ředitelem školy dohodnuto, že od září 2012 klient bude moci nastoupit do čtvrtého ročníku studia.

Bezbariérový přístup do školy zatím zajistit nelze. Ředitel po jednání s rodinou navrhnul možnost přizpůsobení výuky v tom směru, že by vyučování třídy navštěvované klientem probíhalo pouze v přízemí. Případně by bylo možné využít individuálního studijního plánu.

Řešení situace týkající se *bydlení* se věnuje klientova matka ve spolupráci s klientem. Sociální pracovnice pomohla klientovi a jeho matce vyplnit žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku, v tomto případě se jednalo o plošinu a stavební úpravy bytu. Žádost rodina podá, jakmile matka doloží vyšší příjmy. Zároveň sociální pracovnice předala klientovi seznam firem, které vyrábějí a instalují plošiny.

Sociální pracovnice s klientem vyplnila žádost o *sociální dávky*, konkrétně o příspěvek na bydlení. Doporučila rodině, aby žádost podala, jakmile matka doloží vyšší příjmy. Vyřízení invalidního důchodu obstará klientova sestra díky plné moci, kterou jí klient udělil. Návštěvu notáře k ověření podpisu plné moci zajistila sociální pracovnice.

3.3.6 Zhodnocení

Sociální šetření bylo u klienta zahájeno v polovině prosince 2011, více než dva měsíce po úrazu. V té době byl jeho zdravotní stav již poměrně stabilní. Na základě provedených vyšetření bylo zřejmé, že došlo k přerušení míchy a tím pádem k paraplegii dolních končetin. Klient se od počátku zajímal o řešení své situace jak v oblasti studia, tak bydlení, kompenzačních pomůcek i sociálních dávek.

Sociální pracovnice s klientem i jeho rodinou mnohokrát hovořila, podle potřeb klienta. Zároveň klientovi předala „Sociálně zdravotní minimum“, jež sama vypracovala. Klienta informovala, že v případě potřeby ji může kontaktovat. K tomu mu předala své telefonní číslo a e-mailovou adresu.

Klient sociální pracovníci pravidelně informoval o vývoji situace a o potřebách, které vyvstaly. Zpočátku se nemohl rozhodnout, jak bude řešit bytovou situaci. Zvažoval možnost bezbariérového bydlení i přestěhování do přízemního bytu. Nakonec se rozhodl pro úpravu bytu stávajícího včetně přístupu do bytu.

Výhled klienta do budoucnosti je v současné době krátkodobý. Po propuštění ze zdravotnického zařízení stráví několik týdnů v rehabilitačním zařízení. Přemýšlí i o vzdálenější budoucnosti a o tom, jaké možnosti se budou nabízet. Rád by dokončil

studium gymnázia a uvažuje o studiu na vysoké škole, ale neví, zda školy budou mít bezbariérový přístup. Sám říká, že nyní je nejdůležitější rehabilitace. Poté chce dokončit střední školu a záležitosti týkající se vysoké školy bude řešit, až budou aktuální.

Po přeložení klienta do rehabilitačního zařízení mu bude se sociálními záležitostmi pomáhat sociální pracovník daného zařízení. Klient bude nadále ve styku se sociální pracovníci zdravotnického zařízení, ve kterém byl hospitalizován, a v případě potřeby ji může kontaktovat.

4. Možnosti spolupráce sociálního pracovníka s dalšími odborníky

Péče o pacienta/klienta po úrazu s trvalými následky vyžaduje fungování multidisciplinárního týmu, ve kterém spolupracují lékaři, sestry, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, duchovní, sociální pracovník a v neposlední řadě také rodina klienta. Součástí týmu mohou být i dobrovolníci. Každý ze členů týmu má zcela nezastupitelnou úlohu, která je jen těžko nahraditelná jiným členem týmu. Ve zdravotnickém zařízení, v němž byli hospitalizováni pacienti/klienti z uvedených kazuistik, je sociální péče na velmi vysoké úrovni a sociální pracovník je plnohodnotným a respektovaným členem týmu. Jednotliví členové multidisciplinárního týmu jsou si vědomi vlastní odbornosti a zároveň respektují schopnosti a kompetence ostatních spolupracovníků. Měla jsem možnost hovořit s některými členy týmu, kteří se nezávisle na sobě shodují, že sociální pracovník je nepostradatelný. Poskytuje klientům služby a poradenství, které není v kompetenci nikoho z nich. V případě absence sociálního pracovníka by úroveň služeb poklesla na neúnosnou úroveň, protože žádný jiný člen týmu nemá dostatečné znalosti a kompetence k poskytování sociální péče. Podle slov jednoho ze členů týmu se všichni vzájemně potřebují, aby mohli pacientovi/klientovi poskytovat kvalitní péči. Zároveň se všichni shodují na skutečnosti, že značnou úlohu hrají také vlastnosti jednotlivých členů týmu, určitá kompatibilita osobností, která je v jejich případě pozitivní.

Domnívám se, že komplexní péče o pacienta/klienta je v tomto zdravotnickém zařízení na mimořádně vysoké úrovni. To pozitivně hodnotí i samotní pacienti/klienti a jejich rodiny. Kvalitní poskytování sociálních služeb vyžaduje aktivní spolupráci všech členů týmu včetně klienta i jeho rodiny.

V rámci různých praxí jsem na některých pracovištích v jiných zařízeních vnímala určitou nevraživost zejména mezi sestrami a sociálními pracovníky. Působilo to jako vzájemná rivalita mezi ošetrovatelstvem a sociální prací. Sestrami je sociální pracovník někdy vnímán jako ten, který si s pacienty „jen“ povídá, přičemž sestry odvádějí „skutečnou“ práci. Význam propojení a dobré spolupráce mezi ošetrovatelským a sociálním oborem ve zdravotnických zařízeních zmiňuje například

Siemon⁴⁰ ve své zprávě ze vzdělávací akce, jejímž hlavním tématem byla sociální práce ve zdravotnictví.

4.1 Spolupráce s lékařem

Lékař je prvním členem zdravotnického týmu, který navazuje kontakt se sociálním pracovníkem tak, že odešle žádanku s prosbou o sociální šetření u konkrétního pacienta/klienta. V žádance by měly být uvedeny základní anamnestické informace, jaká terapie je u pacienta/klienta plánována a kontakt na jeho rodinu. Sociální pracovník převezme během 24 hodin od přijetí žádanky pacienta/klienta do své péče. Ve zdravotnickém zařízení obvykle navštěvují sociální pracovníci navštěvují pacienty/klienty přímo na oddělení, na němž jsou hospitalizováni. Lékař pak poskytuje sociálnímu pracovníkovi informace týkající se zdravotního stavu pacienta/klienta a plánu zdravotní péče. V průběhu sociálního šetření a plánování sociálních intervencí během hospitalizace lékař aktivně spolupracuje se sociálním pracovníkem. Sděluje mu aktuální informace o změně zdravotního stavu a plánu zdravotní péče. V případě potřeby informací sociální pracovník lékaře aktivně vyhledá.

Pokud je to oboustranně možné, účastní se sociální pracovník velké vizity, která bývá podle zvyklostí jednotlivých oddělení jednou až dvakrát týdně. Během vizity si členové zdravotnického týmu (lékaři, sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, případně další členové týmu) sdělují aktuální informace o vývoji zdravotního stavu pacienta/klienta a plánu péče. Účast sociálního pracovníka na těchto vizitách je přínosná z toho důvodu, že může získat informace nejen o pacientech/klientech, které již má v péči. Zároveň se dozví informace o ostatních pacientech/klientech hospitalizovaných na oddělení. Vzhledem ke svým kompetencím a znalostem může intervenovat z hlediska potřebnosti sociální péče i u těchto osob.

4.2 Spolupráce se sestrou

Sestra je dalším členem zdravotnického týmu, který může sociálnímu pracovníkovi poskytnout cenné informace týkající se zdravotního stavu pacienta/klienta, jeho soběstačnosti při hygieně, stravování, rozsahu pomoci, kterou při sebeděči pacient/klient potřebuje, a další. Sestra a lékař obvykle společně konzultují potřebnost

⁴⁰ Siemon, 2008, s. 28–29

sociální intervence u konkrétního pacienta/klienta. Sestra je ve velmi intenzivním kontaktu s pacienty/klienty, kteří jí mnohdy svěří své starosti. V průběhu ošetrovatelského procesu může být dostatek prostoru pro rozhovor. Zároveň má sestra pravděpodobně největší přehled o tom, kdy pacient/klient například měl poslední návštěvu rodiny či přátel. Může tedy sociálnímu pracovníkovi poskytnout i tyto informace. Sestra je rovněž účastníkem velké vizity.

Na základě informací získaných od sester si sociální pracovník může utvořit lepší představu o rozsahu služeb, které pacient/klient potřebuje v rámci hospitalizace, ale také v návazné péči a v domácnosti.

4.3 Spolupráce s fyzioterapeutem a ergoterapeutem

Pokud má jedinec po úrazu s trvalými následky intenzivní rehabilitaci, bývá také ve velmi častém kontaktu s fyzioterapeutem a ergoterapeutem (mnohdy několikrát denně). Fyzioterapie a ergoterapie je na oddělení, kde byli hospitalizováni pacienti/klienti z uvedených kazuistik, nedílnou součástí a probíhá velmi intenzivně u všech hospitalizovaných. Během cvičení může být prostor pro rozhovor, proto terapeut může také být cenným zdrojem informací pro sociálního pracovníka. Zároveň spolu konzultují úroveň soběstačnosti a mobility pacienta/klienta, kompenzační pomůcky, které pacient/klient využívá a které bude pravděpodobně potřebovat i po propuštění ze zdravotnického zařízení.

Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti/klienti často potřebují udělit někomu ze členů rodiny plnou moc, aby mu pomohli zařídit některé důležité věci. K udělení plné moci je nezbytný podpis pacienta/klienta. To však může být u tetraplegických osob problematické. Sociální pracovník v takovém případě obvykle požádá ergoterapeuta, aby s pacientem/klientem cvičil jemnou motoriku a snažil se jej naučit podpis (samostatně, pěstním úchopem nebo pomocí dlaňové pásky). Ergoterapeut pak sociálního pracovníka informuje o výsledku nácviku. Spolupráce v tomto konkrétním zdravotnickém zařízení je na velmi dobré úrovni, sociální pracovník je respektován do té míry, že fyzioterapeut či ergoterapeut vyjde sociálnímu pracovníkovi vstříc s úpravou rehabilitačního programu, aby sociální pracovník měl dostatečný prostor pro jednání s pacientem/klientem. Fyzioterapeuti a ergoterapeuti se rovněž účastní velké vizity.

4.4 Spolupráce s psychologem

Protože úraz s trvalými následky má velký dopad i na psychiku jedince, je psycholog důležitým členem zdravotnického týmu. Psycholog pracuje jak se samotným pacientem/klientem, tak s jeho rodinou, pokud je to potřeba. Může sociálnímu pracovníkovi poskytnout důležité informace, které ke své práci potřebuje, týkající se sociálního a rodinného zázemí pacienta/klienta, vztahů v rodině či psychického rozpoložení konkrétního jedince, jeho obav a starostí. Psychologická péče je nesmírně důležitá, protože psychické problémy mohou komplikovat léčbu a rehabilitaci. Psycholog poskytuje pomoc a podporu pacientovi/klientovi tím, že se jej snaží pozitivně ovlivňovat. Pomáhá mu s vyrovnáváním se s traumatem a handicapem, s přijetím vlastního těla, které má po úrazu omezené možnosti. Pomáhá také rodině zraněného vyrovnat se s novou situací. V neposlední řadě by měl být oporou členům zdravotnického týmu včetně sociálního pracovníka, aby dokázali porozumět chování pacienta a vhodně na ně reagovali.

4.5 Spolupráce s duchovním

Spirituální péče je nabízena všem lidem bez rozdílu vyznání či bez vyznání. Je součástí komplexní péče o nemocného a zároveň podpůrnou péčí pro rodinu pacienta/klienta a jeho blízké i zdravotníky a další členy týmu. V rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu péče má své nezastupitelné místo. Duchovní je plnohodnotným členem zdravotnického týmu. Spolupracuje také se sociálním pracovníkem – vzájemně si mohou předávat informace týkající se pacienta/klienta, jeho rodiny a blízkých. Do určité míry se péče duchovního překrývá s psychologickou péčí. Věnují se lidem osamělým, pomáhají jim řešit vztahové či existenciální otázky. Pomáhají pacientům/klientům hledat smysl života a podobně. Podle slov jednoho z duchovních z uvedeného zdravotnického zařízení je duchovní tím člověkem, který s člověkem sestoupí na samotné dno a pomůže mu se odrazit.

Duchovní působící ve zdravotnictví obvykle kromě teologického vzdělání mají také kurz krizové intervence či psychoterapeutický výcvik. Jsou vázáni mlčenlivostí a etickým kodexem nemocničních duchovních.

V současné době není standardem, aby v každém zdravotnickém zařízení byla dostupná spirituální péče. V tomto konkrétním zdravotnickém zařízení je však duchovní

k dispozici 24 hodin denně. Pokud není nikdo z duchovních fyzicky přítomen, má pohotovostní službu na telefonu.

Duchovní ovšem není k dispozici pouze pacientům/klientům a jejich rodinám. Poskytuje podporu a pomoc také členům multidisciplinárního týmu, a to nejen v souvislosti s péčí o pacienta/klienta, ale také v jejich osobních záležitostech.

4.6 Spolupráce s rodinou

Ačkoli uvádím spolupráci sociálního pracovníka s rodinou pacienta/klienta až na téměř posledním místě, nesnižuje to její význam a důležitost. Dobrá spolupráce s rodinou je základem dobré péče o pacienta/klienta.

Vzhledem k tomu, že člověk po úrazu s trvalými následky bude s největší pravděpodobností potřebovat úpravu domácího prostředí, tj. bezbariérové úpravy v bytě a přístupu do něj, je třeba navázat spolupráci s jeho rodinou již v průběhu hospitalizace pacienta/klienta a hovořit s ní o možnostech, jaké se nabízejí, poskytnout jí poradenství, informace o firmách, které úpravy provádějí, a také o kompenzačních pomůckách. V případě, že pacient/klient bude potřebovat zvýšenou péči z důvodu omezené soběstačnosti, je třeba s jeho rodinou dohodnout, zda je poskytnutí takové péče v jejich možnostech, či zda budou potřebovat služby domácí péče.

Změna zdravotního stavu a soběstačnosti pacienta/klienta může mít velký dopad na celou jeho rodinu. Proto je potřeba s rodinnými příslušníky hovořit, zjistit, jaká je situace v rodině, a poskytovat jim pomoc a podporu. Jen dobře fungující rodina pak může člověku s trvalými následky poskytnout potřebnou podporu, péči a motivaci k dalšímu životu i přes všechna omezení.

Sociální práce s pacientem/klientem po úrazu s trvalými následky není omezena pouze na jednoho konkrétního jedince, týká se celé rodiny a prostředí, ve kterém bude po návratu ze zdravotnického či rehabilitačního zařízení žít.

Nejen pacient/klient, ale také jeho rodina potřebuje pomoc a podporu, protože úraz s trvalými následky nemá dopad pouze na samotného zraněného, ale na celou jeho rodinu a přátele. Zároveň jsou na ně kladeny velké nároky v pomoci při péči o pacienta/klienta, protože v průběhu hospitalizace takový člověk nemůže mnohé své záležitosti vyřizovat osobně a potřebuje pomoc rodiny. Proto je spolupráce rodiny se sociálním pracovníkem nesmírně důležitá, a to zejména v případech, v nichž jsou narušeny rodinné vztahy a vazby.

4.7 Spolupráce s dobrovolníky

V současné době se ve zdravotnických zařízeních rozvíjí dobrovolnická činnost, která u nás byla donedávna téměř neznámá. Zdravotnická zařízení mají svá dobrovolnická centra, která poskytují oporu dobrovolníkům, zajišťují jejich přípravu a vzdělávání, organizují ve zdravotnickém zařízení různé akce pro pacienty/klienty, jejich rodiny a spolupracují s multidisciplinárním týmem, jehož součástí je i sociální pracovník. Dobrovolníci usilují o zlepšení duševní pohody pacientů/klientů a podílejí se tak na jejich uzdravování. Jejich aktivity jsou velmi různorodé, od výtvarných, přes canisterapii až po rozhovory a doprovázení pacientů/klientů.

U pacientů/klientů po úrazu s trvalými následky mohou být návštěvy dobrovolníků vhodným zpestřením dne. Zprostředkovávají pacientovi/klientovi kontakt s vnějším světem, odpoutávají pozornost, zároveň dobrovolník může nemocnému poradit v nové nelehké situaci (zejména z pozice člověka „z venku“).

Dobrovolník je stejně jako zdravotníci vázán mlčenlivostí, nicméně v rámci multidisciplinárního týmu může zdravotníkům pomoci odhalit obavy a starosti nemocného a zároveň být nápomocen při řešení problémů.

Závěr

Bakalářská práce se věnuje problematice osob po úrazu s trvalými následky. Vzhledem k uvedeným případovým studiím je teoretická část zaměřena zejména na poškození páteře a míchy v jejích vyšších segmentech – oblasti krční páteře. Tyto úrazy jsou v naprosté většině případů spojeny s parézou či plegií, která je v přímé souvislosti s poškozeným segmentem míchy. Pacient/klient je částečně nebo zcela omezen v činnostech běžného denního života. S tím souvisí změna sociálních rolí, vynucená změna zaměstnání a podobně. Již v době hospitalizace pacient/klient potřebuje péči sociálního pracovníka. Ten může zraněnému pomoci saturovat deficit informací a adaptovat se na novou životní situaci.

Cílem práce bylo zjistit, v jakých rovinách se mění život pacienta/klienta a jaké potřeby sociálních služeb v souvislosti s úrazem vyvstávají v průběhu hospitalizace a po jejím ukončení. S tím souvisí analýza a popis rozsahu a kvality poskytovaných sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních, resp. ve zdravotnickém zařízení, v němž byli hospitalizováni pacienti/klienti uvedení v případových studiích.

Při shromažďování materiálu pro případové studie jsem opakovaně navštěvovala zdravotnické zařízení, ve kterém byli hospitalizováni pacienti/klienti z uvedených kazuistik. Před těmito návštěvami jsem byla přesvědčená, že poskytování sociální práce ve zdravotnictví ztrácí na kvalitě z důvodu nízkého počtu sociálních pracovníků v tomto resortu. Bylo pro mě proto příjemným překvapením, jak dobře fungující sociální oddělení tato nemocnice má. Personální obsazení by pravděpodobně mohlo být početnější, avšak i za stávající situace je sociální péče pacientům/klientům a jejich rodinám poskytována na velmi vysoké úrovni. To je dáno vysokou profesionalitou jednotlivých pracovníků. Současné personální obsazení sociálních pracovníků umožňuje kvalitní péči, avšak otevírá se prostor pro adekvátní sociální poradenství. Za stávající situace sociální pracovníci mohou řešit aktuální a akutní problémy svých klientů, avšak časová vytíženost jim nedovoluje pomocí sociálního poradenství některým problémům předcházet. Nicméně i přesto zůstávají s některými pacienty/klienty v kontaktu i po ukončení hospitalizace a jsou jim k dispozici přinejmenším formou telefonické konzultace. Toto zdravotnické zařízení by mohlo sloužit jako příkladné pracoviště s ukázkovou sociální prací ve zdravotnictví.

Informace jsem získávala od sociálních pracovníků, z jejich dokumentace a vnitřních předpisů, ale také prostřednictvím rozhovorů s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu.

Na sociální pracovníky ve zdravotnictví jsou kladeny vysoké odborné nároky. Specifikum této oblasti spočívá v tom, že tito odborníci musí mít vzdělání jak v oboru sociální práce, tak ve zdravotnictví. Stejně jako ostatní kolegové se musejí také celoživotně vzdělávat. Řezníček⁴¹ zmiňuje, že významné jsou rovněž osobnostní předpoklady sociálního pracovníka, jeho hodnotový systém, umění komunikace, zkušenosti, kreativita a podobně, které jsou důležité pro výkon sociální práce a kontakt s pacientem/klientem. Nezbytnou součástí vztahu s pacientem/klientem je empatie, vřelost a autenticita. Sociální pracovníci z uvedeného zdravotnického zařízení tyto požadavky bezesporu splňují.

⁴¹ Řezníček, 2000, s. 23

Použitá literatura

FALTÝNKOVÁ, Z. *Doporučené postupy pro zachování funkce horní končetiny u tetraplegiků*. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2006. 38 s.

FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 88 s. ISBN 80-901601-4-X.

Helpnet.cz. Informační portál pro osoby se specifickými potřebami. [online] [cit. 2012-10-10] Dostupné z WWW: <http://www.helpnet.cz/>

KÁBRTOVÁ, A. a kol. *Doporučené postupy pro práci psychologa v centrech pro léčení pacientů s poškozením míchy*. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2005. 20 s.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat Domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

KUSEC FREDRIKSSON, R.; MATTSSON, E. *Evidence-based interventions by hospital social workers for patients with spinal cord injuries*. Stockholm University, Department of Social Work, 2005. [online] [cit. 2012-10-09] Dostupné z WWW: <http://www.rah.sa.gov.au/hampstead/downloads2011/Chapter%2012.pdf>

KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O.; KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.

MUSIL, L. „*ráda bych Vám pomohla ale*“. Brno: Marek Zeman, 2004. 244 s. ISBN 80-903070-1-9.

MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. Brno: MSD, 2008. 194 s. ISBN 978-80-7392-069-2.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: SLON, 2000. 80 s. ISBN 80-85850-00-1.

SIEMON, N. Soziale Arbeit und Pflege im Spital – Ergänzung oder Konkurrenz? *SozialAktuell*. 2008; 7/8: 28–29. [online] [cit. 2012-10-05] Dostupné z WWW: http://sfss.ch/cms//fileadmin/user_upload/documents/Fachtagung_SFSS_2008_Tagungsbericht.pdf

STOJČENKOVÁ, P. Návrat do života po úrazu nebo onemocnění mozku. *Sestra*. 2009; 19(5): 55–56. ISSN 1210-0404.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. 301 s. ISBN 80-7315-134-0.

VIŠŇA, P.; HOCH, J. a kol. *Traumatologie dospělých*. Praha: Maxdorf, 2004. 157 s. ISBN 80-7345-034-8.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.