

JIHOĽESKÁ UNIVERZITA V ĽESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Fyzioterapie jako souĽást aktivního pŕŕstupu k seniorskému vĚku

Bakaláŕská práce

Autor:

Helena Dudová

Vedoucí práce:

MUDr. Vojtěch Kurfirst

4. kvĚtna 2011

ABSTRAKT

Problematika seniorského věku je v současné době i vzhledem k demografické situaci aktuálním společenským tématem. Seniors, zvládnutí jejich věku a jejich potřebami se zabývají mnohé vědní disciplíny a také nejrozličnější organizace, jejichž cílem a úkolem je pomoci ke snadnějšímu zvládnutí obtíží, které jsou obvykle se stárnutím a stářím spojovány.

Bakalářská práce se vyslovuje k tématu seniorského věku v rovině jeho úspěšného aktivního prožívání, k němuž může pomoci také fyzioterapie a léčebná rehabilitace. Teoretická část práce se zaměřuje na popis seniorského věku, možnosti fyzioterapie a léčebné rehabilitace ve stáří a pozici fyzioterapeuta v zařazení zdravotní a sociální péče. V praktické části bakalářské práce jsou vyhodnoceny dotazníky z anonymního dotazníkového šetření, které bylo provedeno v některých zařazeních zdravotní a sociální péče ve vybraných městech Plzeňského (Plzeň, Klatovy, Sušice) a Jihočeského kraje (Leské Boudovice, Strakonice, Vodňany). V dotazníkovém šetření bylo zjišťováno, zda kinezioterapie a jednotlivé formy fyzikální terapie tvoří součást standardní nabídky služeb těchto zkoumaných zařazení a zda odlišné nabídce odpovídá také odlišná spokojenost seniorů.

Z výsledků šetření vyplývá, že některé formy fyzikální terapie ve vybraných dotazovaných zařazeních příliš zastoupeny nejsou, což ovšem spokojenost seniorů příliš neovlivňuje. Současní respondenti poskytované služby fyzioterapie a léčebné rehabilitace využívají v poměrně malém množství. Proto by bylo dobré nejen rozšiřovat v zařazeních zdravotní a sociální péče nabídku fyzioterapie a léčebné rehabilitace, ale také současně zvyšovat informovanost seniorů o jejich blahodárném vlivu na fyzické a duševní zdraví.

ABSTRACT

Problems of senior age are currently and in the view of demographic situation an up-to-date social issue. Many branches of science and various organizations deal with senior age, its particularities in order to help to cope with difficulties which are usually associated with aging and old age.

Bachelor thesis involve in the issue of senior age in its active experience which might be strengthened by physiotherapy and medical rehabilitation. The theoretical part of thesis focuses on description of senior age, possibilities of physiotherapy and medical rehabilitation in the old age and on the role of a physiotherapist in the health and social services. The practical part of bachelor thesis assesses questionnaires of an anonymous survey which has been carried out in several health and social services of chosen towns in the Plzeň region (Plzeň, Klatovy, Sušice) and South Bohemia region (Leské Buzovice, Strakonice, Vodňany). The questionnaires assessed whether a standard offer of those health and social services provided kinesiotherapy and various forms of physical therapy and whether the different offer showed the different satisfaction of seniors.

The results show that some forms of physical therapy in the chosen health and social services are not represented, nevertheless this fact does not considerably influence the seniors' satisfaction. In fact the respondents relatively seldom use provided services of physiotherapy and medical rehabilitation. That is why it would be helpful to extend the offer of physiotherapy and medical rehabilitation in the health and social services and at the same time to increase seniors' information about the beneficial effect on their physical and mental health.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

.....
Datum

.....
Podpis studentky

Poděkování:

Tímto bych chtěl poděkovat MUDr. Vojtěchu Kurfirstovi za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěl poděkovat ředitelům a provozovatelům zařízení zdravotní a sociální péče, kteří mi ve svých zařízeních umožnili provedení dotazníkového šetření, a v neposlední řadě respondentům, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOULASNÝ STAV	10
1.1 Seniorský vĕk	10
1.1.1 Stárnutí a stáří	10
1.1.2 Teorie stárnutí	11
1.1.3 Typy stáří (vĕk)	14
1.1.4 Těsné změny ve stáří.....	16
1.1.5 Psychické změny ve stáří	19
1.2 Fyzioterapie a rehabilitace v seniorském vĕku	20
1.2.1 Rehabilitace a její druhy	20
1.2.2 Vyšetření před zahájením rehabilitace.....	22
1.2.3 Prostředky léčebné rehabilitace v případě stárnutí a stáří pohybová léčba	25
1.2.4 Prostředky léčebné rehabilitace v případě stárnutí a stáří myoskeletální postupy	28
1.2.5 Prostředky léčebné rehabilitace v případě stárnutí a stáří speciální koncepty.....	29
1.2.6 Prostředky léčebné rehabilitace v případě stárnutí a stáří fyzikální medicína	30
1.2.7 Prostředky léčebné rehabilitace v případě stárnutí a stáří ergoterapie	32
1.2.8 Aktivita seniora a aktivní přístup k seniorskému vĕku.....	33
1.3 Fyzioterapie v zařazeních zdravotní a sociální péře pro seniory.....	35
1.3.1 Vývoj a soulasný stav zdravotní a sociální péře o seniory.....	35
1.3.2 Fyzioterapeut v pobytovém zařazení.....	38
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	40
2.1 Cíl práce	40

2.2 Hypotézy	40
3. METODIKA	41
3.1 Metoda a technika sběru dat.....	41
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	42
4. VÝSLEDKY	44
5. DISKUZE	89
6. ZÁVĚR.....	96
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	98
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	102
9. PŘÍLOHY	103

ÚVOD

Protože lidská populace (vlivem prodlužující se délky lidského života a nízké porodnosti) v celosvětovém měřítku stárne, zaměřuje se mnoho světových, národních, krajských, městských a dalších organizací na péči o seniory, která souvisí s nabídkou pobytových služeb, sociálních služeb apod. Také v České republice existuje a stále vzniká poměrně velké množství zařízení zdravotní a sociální péče pro seniory, ve kterých se stárnoucí a staší jedinci mohou vnovat nejřetznějším řinnostem a aktivitám a udržovat tak své fyzické a psychické zdraví.

Obecně jednou z nejpřirozenějších aktivit je bezesporu pohyb, který působí nejen na fyzickou stránku člověka a jeho fyzické zdraví, ale také na psychickou stránku spojenou se zdravím duševním. Pohyb přináší člověku mimo jiné také možnost seberealizace, a proto by měla nabídka aktivit v zařizeních zdravotní a sociální péče pro seniory zahrnovat rovněž fyzioterapii a léčebnou rehabilitaci, která se primárně zaměřuje na z kvalitnější pohybu a následně pak zvyšuje kvalitu života. Ve své bakalářské práci jsem se tedy rozhodla zjistit, zda fyzioterapie a léčebná rehabilitace tvoří součást standardní nabídky služeb některých takovýchto zařizení ve vybraných krajských, bývalých okresních a menších městech Plzeňského a Jihočeského kraje.

Výběr krajů a měst zapojených do výzkumu byl ovlivněn místem mého trvalého bydliště v jihozápadních Čechách (Sušice) poblíž hranic bývalého klatovského a bývalého strakonického okresu. Pro dotazníkové šetření ke své bakalářské práci jsem tak oslovila zařízení zdravotní a sociální péče v Plzni, v Klatovech a v Sušici (Plzeňský kraj) a v Českých Budějovicích, ve Strakoniciích a ve Vodňanech (Jihočeský kraj).

Součástí dotazníků byly dále otázky týkající se frekvence využívaní nabízených typů fyzioterapie a léčebné rehabilitace dotazovanými seniory a otázky hodnotící spokojenost respondentů se zkoumanými domovy a nemocničními lůžkovými odděleními pro seniory na základě předpokládané hypotézy, že spokojenost seniorů v jednotlivých typech zařizení zdravotní a sociální péče odpovídá odlišnému rozsahu nabídky fyzioterapeutických a rehabilitačních postupů v nich

Aťkoli je praktická část mé bakalářské práce zaměřená na několik konkrétních zařízení zdravotní a sociální péče pro seniory, myslím, že by mohla upozornit na přednosti a nedostatky fyzioterapeutické spolupráce s pacienty/klienty nejen v těchto zařízeních. Příklad by také mohla vést k rozšíření nabídky či zlepšení poskytování jednotlivých typů fyzioterapie a léčebné rehabilitace ve zkoumaných zařízeních.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Seniorský věk

1.1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí a stáří tvoří neodmyslitelnou součást lidského života, avšak zatím nebyla stanovena jejich absolutní a konečná definice. Pro jejich vymezení se sice nejčastěji používá fyzický stav organismu ve spojitosti s kalendářním (chronologickým) věkem, tyto ovšem nejsou pro přesnou charakteristiku dostačující. Na poli medicíny a společenských věd existuje na tisíc definic stárnutí a stáří [Jarošová, 2006].

Kalvach et al. [1997] označuje stáří pozdní fáze prodlouženého průběhu života, které jsou projevem geneticky daných involučních procesů (ovlivněných především prodávajícími nemocemi, způsobem života i životními podmínkami) a pojí se s řadou významných sociálních změn. A protože se všechny procesy a změny vzájemně prolínají a ovlivňují, je těžké dle Kalvacha et al. stáří jednoznačně vymezit.

Jako závěrečnou etapu ontogenetického vývoje chápe stáří dle Jarošové [2006] také Pacovský, který ve své knize *O stárnutí a stáří* (Praha, 1990) definuje mimo jiné dva typy stárnutí, a sice stárnutí fyziologické a patologické, do nichž lze zařadit stárnutí přirozené. Celý proces stárnutí je pak označován jako cesta do stáří i přechodné vývojové období mezi dospělostí a stáří, kdy stárnutí i stáří přirozeně určují jeho genetické predispozice a nevratně formují faktory prostředí.

Haškovcová [1990] vnímá stáří jako prodloužené období lidského života, které vztahuje k dětství, mládí a k dospělosti. Současné upozorňuje, že stáří není nemocí, ale jedná se o proces změn v průběhu celého života, které jsou patrné teprve v pozdějším věku.

Poněkud jiný přístup ke stáří představí Gilec [2004b, s. 12], který uvádí, že *„Přirozeně je tak starý, jak stáří myslí.“* Stáří dle něj není dáno počtem let života, ale je určeno duševním a tělesným stavem. *„A udržet co nejdéle své tělo myslí a tělo se podaří, když máme prostředky souladu s řádem bytí, neznásilujeme svou prodlouženost a nesnažíme*

se hrát si na nĚkoho, kým nejsme.Ď LlovĚk je tedy relativnĚ mladý, dokud pĚjímá nové poznatky, zkušenosti a názory, kterými se nechává ovlivnit. Ğilec [2004b, s. 13] dále zastává názor, ě délkou ěivota není mĚné mĚst jeho kvalitu ani spokojenost: *Āposuzovat kvalitu ěivota léty je totěě jako mĚst hodnotu knihy poĽtem stran, obraz ĽtverĽními decimetry a sochu na kilogramy.Ě* Stárnutí potom povaĽuje za pĚsrožený biologicky zákonitý proces (spojený s úbytkem funkĽních rezerv a sniĽenou adaptaĽní schopností lidského organismu), který lze vysvĚlovat dvĚma zpĚsoby, a to jako proces obecných biologických zmĚn ve spojení s vĚkem anebo jako proces, do nĚhoĽ se promítá aktuální zdravotní stav ovlivnĚný prostĚdím.

Pro poslední v této práci uvedený pĚsklad definice stárnutí a stáĚ lze pĚspojit charakteristiky Poledníkové [2006], která pokládá stárnutí za nezvratný biologický proces týkající se celé pĚrody. Pro kaĽdý ěivoĽígný druh, vĽetnĚ ĽlovĚka, existuje geneticky podmínĚná délka ěivota, na jehoĽ konci pĚschází koneĽná etapa stárnutí Ľ stáĚ. V názoru na jednoznaĽné vymezení stáĚ se Poledníková shoduje s Kalvachem et al. [1997] a udává, ě dosud není k dispozici ěádná jednomyslnĚpĚjímaná definice.

1.1.2 Teorie stárnutí

Z uvedených definic vyplývá, ě není pĚsnĚ známo, co vlastnĚ stáĚ zpĚsobuje a proĽ organismus stárne, pĚstoě se gerontologové touto otázkou zabývají uĽ řadu let. A tak jako existuje mnoho nejednotných definic stáĚ, vzniklo pomĚnĚ velké mnoĽství rĚznorodých teorií stárnutí, které lze pro zjednoduĽení kategoricky rozdĚlit do dvou vĚĽích skupin, a sice na teorie biologické (dĚené dále na teorie vnitĽních a zevních vlivĽ) a teorie sociální.

Sociální teorie obsahují tĚ základní postoje ke stárnutí, ovlivĽované pĚdevĽm strukturou spoleĽnosti a sociálními zmĚnami, kterými jsou teorie aktivity, neangaĽovanosti a kontinuity a diskontinuity. Podle teorie aktivity je pro zachování uspokojení a zdraví ve stáĚ dĽleĽité pokračĽvání aktivit. Teorie neangaĽovanosti udává, ě spokojenosti ve stáĚ docílĽ ĽlovĚk, pokud se smĽí s omezením sociálních a osobních vztahĽ. Kontinuita a diskontinuita pak spolĽívá v zachování ěivotního stylu, na který byl

Převládá zvyklý ve středním věku. Lím více se životní styl mění, tím více narůstá diskontinuita.

Teorie zevních vlivů (ekologická teorie) upozorňuje na pozitivní nebo negativní účinek různých zevního prostředí na lidský organismus a jeho stárnutí. Mezi tyto faktory lze zahrnout především složení stravy a způsob jejího přijmu, chemické látky, viry a bakterie i mnohé psychosociální faktory. Platí ovšem, že na organismus působí vždy několik vnějších vlivů současně

Asi nejvíce množství názorů na příčiny stárnutí je šazeno do oblasti vlivů vnitřních, kam patří například teorie genetického programu, metabolických změn i porušené integrace a organizace, do kterých lze následně zahrnout celou řadu teorií dalších [Jarošová, 2006].

Genetické teorie vycházejí z předpokladu, že každý jedinec stárne podle svého předem daného programu zakódovaného v DNA, takže funkční věk jednotlivce nemusí ve všech případech odpovídat jeho věku kalendářnímu [Gruberová, 1998]. Bylo statisticky zjištěno, že vyššího věku se dožívají spíše děti rodičů, kteří se sami dožili vysokého věku [Jedlička et al., 1991].

Teorie metabolických změn se zabývá změnami stárnoucího organismu na úrovni molekulární, buněčné, tkáňové a orgánové. Do této skupiny se dále řadí například teorie volných radikálů, hromadění (lipofuscinu) [Jarošová, 2006] nebo křehčení.

Volné kyslíkové radikály (byť produkt endogenního metabolismu) obsahují nepárový elektron, díky kterému okamžitě po svém vzniku mohou vstupovat do přecháň oxidálních metabolických dějů buňky s cílem vytvoření elektronového páru, a tak způsobit mnohé změny zejména na buněčných membránách a v genetickém materiálu buňky. Starý organismus není schopen tyto radikály účinně odstraňovat, proto jsou vyvolané změny rozsáhlejší.

Ve stárnoucích buňkách, zvláště pak v myokardu, neuronech a kosterním svalstvu, dochází také k hromadění stařeckých pigmentů (lipofuscinů), které životnost těchto buněk snižují. Lipofuscin vzniká pravděpodobně následkem autooxidálních reakcí v buňce, především autooxidace lipidových složek lyzozomů [Gruberová, 1998]. Byl prokázán u všech dosud vyšetřených živočišných druhů a jeho analogie byla

nalezena také u rostlin. Pod mikroskopem se jedná o temná granula, která po ozáření modrofialovým světlem hlutně fluoreskují. Jejich přesné složení však vědci dosud neobjevili [Kalvach et al., 1997].

Podle teorie křehnutí, jinak také stárnutí makromolekul či cross linkage theory, dochází k metabolickým změnám ve stáří spojováním dvou nebo více makromolekul (např. nukleové kyseliny, bílkoviny) do ireverzibilních kovalentních vazeb, kterých s postupem času přibývá. Tedy platí, že čím větší množství kovalentních vazeb se v organismu vytvoří, tím je jedinec starší [Gruberová, 1998].

Imunologická teorie, která je řazena do skupiny názorů týkajících se poružené integrace a organizace, se opírá o skutečnost, že při dělení buněk dochází ke vzniku imunologicky vadného materiálu, který organismus s přibývajícím věkem neoznačí a následně neodbourá jako škodlivý. Tento materiál se potom hromadí v organismu a způsobuje autoimunní fenomén. Stáří je proto možné označit jako generalizovaný autoimunní stav [Jarošová, 2006]. Teorie metabolických omylů tuto teorii ještě rozšiřuje tím, že ke vzniku chyb dochází především v syntéze proteinů či enzymů. Velmi důležitá pro stárnutí buňky je ovšem DNA. Porucha jejích nukleotidů při syntéze nukleových kyselin urychluje stárnutí nejvíce [Gruberová, 1998].

V souladu s teorií hormonální (neuroendokrinní) je proces stárnutí ovlivňován snížením citlivosti buněk na vybrané hormony, případně také poklesem funkce těchto vybraných hormonů. Některé dokonce uvádějí přítomnost speciálního hormonu hypofýzy, který na stárnutí buněk účinkuje přímo [Balogová, 2005]. Činnost hypofýzy (respektive adenohypofýzy s řídícím hormonem somatotropinem) je endokrinně ovlivňována zejména epifýzou, jež sama dále ještě produkuje pro stárnutí významný hormon melatonin. Jeho účinky řídí biorytmy, ovlivňují stav imunitního systému, podporují regenerační procesy, zvyšují ochranu buněk před volnými radikály a pozitivně působí proti rozvoji rakovinného bujení. Lze tedy souhrnně říci, že účinky melatoninu zlepšují zdravotní stav organismu a oddalují projevy stárnutí [Koubal, 2000].

Podle Jedličky [1991, s. 6] existuje ještě jedna teorie, která nemá přesné zařazení, a sice teorie mutační. Ta **apovahuje stárnutí za výsledek somatických mutací,**

a to především spontánních mutací pravděpodobně menšího významu, mutací způsobených ionizujícím zářením a pak mutací vyvolaných jinými blíže neurčenými faktory.

Přestože teorií je několik a každá se zabývá svým úzkým spektrem zájmu, nelze stárnutí posuzovat z omezeného hlediska jedné z nich. Stárnutí je třeba chápat jako složitý multifaktoriální děj, během něhož vlivem mnohých biologických i sociálních faktorů výrazně klesá adaptabilita a viabilita (životaschopnost) organismu a zvyšuje se jeho vulnerabilita (zranitelnost) [Gruberová, 1998].

1.1.3 Typy stáří (věk)

Jak již bylo uvedeno výše, stárnutí a stáří lze považovat za přirozené etapy ontogenetického vývoje a součást životního cyklu. Pro vyměňování periodizace lidského života se nejčastěji používá věk, který je obecně vymezován určitým časovým úsekem, charakteristickým ať už ve významu společensko-historickém nebo ve vztahu k lidskému životu. Může být posuzován z hlediska chronologického, biologicky-funkčního, demografického nebo z pohledu politiky státu, a tím věkovou periodizaci ještě více specifikovat.

Chronologické hledisko věku, jinak řečeno kalendářní věk, vychází z časového období počínajícího dnem narození a končícího smrtí. Podle něj stárnou jedinci spadající do stejné věkové skupiny stejným způsobem, i když ovšem neodpovídá praxe, proto se jedná o hledisko spíše orientační [Balogová, 2005]. Není překvapením, že také v oblasti kalendářního věku existuje několik způsobů, jak období života (zejména dospělost a stáří) rozdělit do menších časových úseků. Nejčastěji se člověk setkává s patnáctiletou klasifikací Světové zdravotnické organizace (WHO) akceptovanou OSN v roce 1980, která vypadá následovně

- 45 až 59 let střední věk, interevium
- 60 až 74 let vyšší (starší) věk, rané (časné) stáří, senescence
- 75 až 89 let pokročilý (starší věk), vlastní stáří, kmetství, senium

- 90 let a více – dlouhověkost, patriarchium

WHO označuje jako hranici stáří 60 let, ve vyspělých zemích však byla tato mez posunuta vlivem prodloužení délky života, snížení úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění a zlepšování funkční zdatnosti jedinců až na 65 let. Přesto se jako zlomový ontogenetický bod stáří jeví věk až kolem 75 let, kdy vědci autorů začíná považovat do té doby mladé seniory za staré [Kalvach et al., 1997].

Biologicky-funkční hledisko věku (funkční věk) odpovídá dle Balogové [2005, s. 11] *A skutečnému funkčnímu potenciálu člověka*. Je určené souhrnem biologických, sociálních a psychologických charakteristik a ve věku přispadá neodpovídá věku kalendářnímu. Pro studium gerontologie má však zásadnější význam než výše uvedené hledisko chronologické, protože z něj lze velmi snadno zjistit aktuální stav jedince v procesu stárnutí, přispádá jednotlivců diagnostikovat stárnutí předčasné apod.

Biologické stáří vychází z geneticky daného programu, celkového působení vnitřního i zevního prostředí a z prodáváných chorob. Psychické stáří ovlivňuje především funkční změny organismu a osobnost jedince ve spojení s reakcemi na tyto změny. A protože každý z nás vnímá vlastní stárnutí jiným způsobem, používá se v lékařské praxi iasto pojem subjektivní věk, který vymezuje osobní pocity každého stárnoucího člověka. Poslední charakteristika, sociální stáří, souvisí se změnami v oblasti společenského života, tedy se změnami rolí, životního způsobu a v ekonomickém zabezpečení, přestože se dále napojuje na hledisko věku z pohledu politiky státu, tedy na důchodový věk [Kociová & Peregrinová, 2003].

Sociální periodizace života dle časový úsek mezi narozením a smrtí do tří až čtyř tzv. věků, kdy první věk se označuje jako předproduktivní, druhý produktivní, třetí postproduktivní a čtvrtý se používá pro fázi závislosti. Pojem postproduktivní věk však iasto vyvolává představu, že stáří znamená ztrátu produktivní činnosti, a vede k podceňování a diskriminování seniorů. Proto bychom měli v rámci aktivního přístupu preferovat pro osoby starší 60 let synonymum *čtvrtý věk* a podporovat snahy jedinců o osobnostní rozvoj až do smrti v nejvyšším stáří. Souhlasně bychom také měli podle konceptu úspěšného stárnutí zamezit především vzniku závislosti seniora, tedy zabránit projevu čtvrtého věku [Kalvach et al., 1997].

Ve výltu moŕnŕch hledisek vŕku nesmŕ bŕt opomenuto ani hledisko demografickŕ, kterŕ slouhŕ jako pomŕnŕvŕznamnŕ statistickŕ ŕdaj pro spoleŕnost. Lze ho zŕskat jednoduchŕm vŕpoŕtem, a sice podŕlem osob urŕitŕho kalendŕŕnŕho vŕku k danŕmu poŕtu obyvatel [Balogovŕ, 2005]. Vlivem prodluŕujŕcŕ se dŕlky ŕivota a nŕzkŕ porodnosti (vŕjimku tvoŕ pouze rozvojovŕ zemŕ kde je zastoupena spŕge vysokŕ natalita a ŕasnŕ mortalita) pŕedpoklŕdŕ Svŕovŕ zdravotnickŕ organizace postupnŕ stŕrnutŕ celŕ populace, coŕ vŕak s sebou souŕasnŕpŕŕnŕgŕ mnoŕstevnŕ nŕrŕst invalidnŕch, chronicky nemocnŕch a duŕevnŕ postiŕenŕch osob. Vzniklŕ situace se tak stŕvŕ dlouhodobŕm celospoleŕenskŕm problŕmem [Gruberovŕ, 1998].

1.1.4 Tŕesnŕ zmŕny ve stŕŕ

Jak uvŕdŕ Jaroŕovŕ [2006, s. 21], zŕklad fyzickŕch zmŕn ve stŕŕ tvoŕ *Apoptŕbovŕnŕ orgŕnŕ, zpomalenŕ metabolismus a pokles biologickŕch adaptaŕnŕch mechanismŕ.* Stŕrnutŕ se projevuje snad ve vŕech orgŕnovŕch systŕmech lidskŕho tŕa, zejmŕna v pohybovŕm aparŕtu a kardiovaskulŕrnŕ, respiraŕnŕ a nervovŕ soustavŕ. Ve starŕm vŕku klesŕ mobilita ŕlovŕka, coŕ vede na ŕrovni dalŕch systŕmŕ ke vzniku metabolickŕch zmŕn, diabetu, moŕovŕch kamenŕ, zŕnŕŕ moŕovŕch cest, nechutenstvŕ, obŕtipaci ŕi pŕ dlouhodobŕ imobilizaci na lŕŕku k rozvoji dekubitŕ (proleŕenin), kterŕ se vytvŕŕejŕ v mŕstech, kde se pŕmo pod kŕhŕ nachŕzejŕ kostŕnŕ struktury [Kociovŕ & Peregrinovŕ, 2003]. Proleŕeniny vŕak nejsou jedinou koŕnŕ zmŕnou, neboŕ nejvŕŕŕ orgŕn tŕa mŕnŕ fyziologicky s pŕbŕvajŕcŕmi roky svoji strukturu, vysychŕ, tenŕŕ se a dochŕzŕ na nŕm k vŕskytu vrŕsek a pigmentovŕch skvrn.

Vŕraznŕm rysem stŕrnutŕ je vedle snŕŕenŕ elasticity kŕŕe takŕ snŕŕenŕ elasticity cŕv ŕi plicnŕch sklŕpkŕ, coŕ s sebou pŕnŕgŕ onemocnŕnŕ znŕmŕ jako ŕilnŕ nedostateŕnost, hypertenze ŕi staŕeckŕ plicnŕ emfyzŕm. Srdeŕnŕ sval ztrŕcŕ na vŕkonnosti a atrofuje, stejnŕ jako mozek, ve kterŕm souŕasnŕpojivo nahrazuje vysoce specializovanou tkŕŕ. V nervovŕ soustavŕ klesŕ poŕet neuronŕ, jejich drŕhdivost a rychlost vedenŕ vzruchŕ, ŕŕmŕ se zhorŕuje povrchovŕ i hlubokŕ ŕitŕ. To se projevŕ mimo jinŕ takŕ fleklŕnŕm drŕenŕm tŕa nebo poruchami koordinace a chŕŕze [Jaroŕovŕ,

2006]. Kosterní svalstvo ztrácí původní rychlost, tonus a sílu kontrakce, ubývá svalových vláken, prodlužuje se jejich reakční čas a starý llověk slábne a snadno se unaví.

S rostoucím věkem llověka vlivem šídnutí obratlových těl, atrofie meziobratlových destiček a zakřivování páteře (do hrudní hyperkyfózy a bederní hyperlordózy) také klesá tělesná výška [Poledníková et al., 2006]. Změny v hustotě kosterní hmoty a jejich následky se projevují zejména u žen z důvodu nástupu menopauzy. Předpokládá se, že ženy mohou do svých sedmdesáti let věku ztratit až 30 % hustoty minerálů v kosti [Guccione, 2000].

Čilec [2004a, s. 11] připomíná, že *„Stárnutí postihuje celý pohybový aparát. Nejdušně dochází k omezování pohyblivosti, následuje pokles rychlosti a obratnosti a nakonec síly a vytrvalosti.“* Rozvíjejí se mnohé degenerativní změny jako osteoartróza (zhoršení pevnosti a elasticity hyalinní chrupavky kloubů), osteoporóza (snížení obsahu kostní hmoty neboli šídnutí kostí vedoucí ke zvýšenému riziku fraktur) nebo osteomalacie (porucha mineralizace novotvořených kostí i mčknutí kostí, které způsobuje deformaci jejich tvaru). To vše se rovněž projeví mimo jiné zvýšením rizika pádů seniorů [Čilec, 2004a], které mohou vést zejména u žen po menopauze ke vzniku zlomenin především distálního radiu (Collesova zlomenina), bederních obratlů a poměrně i křivku femuru [Wagstaff & Coakley, 1988].

Pro přespok porušení kvality chůze a následným pádům dochází, není vlivem multimorbidit starších osob snadné zjistit. Příčina může být například ve špatné rovnováze, ztuhlosti kořenových kloubů, proděláném nebo prodáváném onemocnění centrální nervové soustavy i v artrotických a dalších degenerativních změnách pohybového aparátu. Zhoršená mobilita se pak projevuje například zkrácením kroku, opatrnou pomalou nejistou chůzí, šlápnutím do prachu, potřebou přispadné opory, ztíženým zvedáním dolních končetin nebo chybným synkinézou končetin horních [Weber et al., 2000].

Dle Kalvacha et al. [1997] je možné vymezit 7 hlavních okruhů příčin oslabeného funkčního stavu seniorů. Jsou jimi ateroskleróza (kornatění tepen) a její orgánové projevy, chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc (rozedma plic),

osteoartróza, osteoporóza, Alzheimerova choroba, poruchy zraku aň slepota (amaurosa) a poruchy sluchu aň hluchota (surditas).

Protože se některé zdravotní potíže a příznaky (objektivní i subjektivní) objevují u většiny geriatrických pacientů, bylo pro ně vytvořeno souborné označení geriatrické syndromy (dříve tzv. geriatrické obři, giants of geriatrics). V tomto případě však slovo syndrom neznamena mnohina příznaků jedné příčiny, jak tomu bývá v běžné klinické praxi, naopak pojmenovává skupinu symptomů mnoha i rozličných kombinovaných příčin. Mezi tzv. geriatrické obry tedy můžeme zahrnout syndrom hypomobility, dekonidice a svalové slabosti (sarkopenie), anorexie a malnutrice, instability s pády, inkontinence, imobilizace, kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování, duálního (kombinovaného) senzorického deficitu, maladaptace, týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka či terminální geriatrické deteriorace (dočasného krátkodobého snížení rozumových schopností) [Kalvach et al., 2008].

Velkým problémem seniorů upoutaných dlouhodobě na lůžko se stává z výše uvedených tzv. geriatrických obrů zvláště imobilizační syndrom. Jeho projevy jsou někdy viditelné na první pohled, například výše zmíněné dekubity nebo otoky dolních končetin, jindy mohou probíhat bez vnějších známek. Nedostatek pohybu na lůžku vede především ke vzniku svalových atrofií a kontraktur, kloubních ankylóz, osteoporózy z inaktivity, k rozvoji ortostatické hypotenze, řilní insuficience, varixů a trombóz (s vysokým rizikem plicní embolie), k ukládání sekretu v dýchacích cestách s nebezpečím zánětu plic, k nechutenství, malnutrici, sníženému pocitu říznosti obštipaci nebo ke stagnaci moči v močovém měchýři s následným zánětem močových cest. Všechny tyto změny následně negativně ovlivňují psychickou stránku, starý člověk si uvědomuje vlastní bezmocnost, stává se depresivním, úzkostným a ztrácí naději na zlepšení stavu. I proto je důležité nenechávat dlouhodobě imobilní seniory bez aktivity a motivace k ní [Mlýnková, 2009].

1.1.5 Psychické změny ve stáří

Přirozenou součástí procesu stárnutí jsou psychické změny ovlivněné stavem psychiky v mládí a v dospělosti. S přibývajícím věkem klesá energie, vitalita a celkové psychomotorické tempo, zhoršuje se především krátkodobá paměť, schopnost koncentrace a rychlé reakce, přichází citová labilita, změny nálad se sklonem k depresím a úzkostným stavům a pocit osamění až cílené samotářství či nedůvěra k novému věkem. Llověk se však také stává důslednějším, klidnějším, vyzrálějším, trpělivějším, zodpovědnějším a moudřejším a jeho činy jsou rozvážnější, důkladnější a systematictější [Poledníková et al., 2006].

Na otázku, jak se ve stáří se změnami vyrovnávat, odpovídá několik teorií. Ke těm nejznámějším patří teorie aktivního stáří (předpokládající, že základ optimální adaptace na stáří tvoří udržení kontaktů s vnějším světem), teorie uvolňování z aktivit (podle níž úspěšná adaptace závisí na schopnosti seniora odpoutat se od řady funkcí a činností) a teorie substituční (kladoucí důraz na nahrazení nevyhovujících rolí a činností vhodnými aktivitami). Každý stárnoucí člověk je však jedinečná osobnost, která vyžaduje individuální přístup, proto není možné vybrat z těchto teorií jednu vždy a obecně platnou. Pro většinu seniorů je sice vhodný styl aktivního stáří, ovšem u některých je třeba aktivity přece jen omezit či vynechat a nahradit jinými [Kalvach et al., 1997].

Je známo pět základních postojů jedinců na přicházející stáří, které bývají v literatuře označovány jako strategické adjustační modely, a to konstruktivní přístup, strategii závislosti, obrannou strategii, nepřátelský postoj a strategii sebenenávisti. Tyto modely jsou sice poměrně rozdílné, přesto se vzájemně prolínají a člověk může v průběhu stárnutí projít všemi pět [Jarošová, 2006].

Konstruktivní přístup spolívá v realizaci přemýšlených cílů a plánů na základě přizpůsobivosti aktuálnímu zdravotnímu stavu, naopak závislost směřuje k neaktivitě a nesoběstačnosti. Obrannou strategii používají většinou lidé společensky a profesně úspěšní, aby svému okolí dokázali, že nepotřebují žádnou pomoc, protože ještě nejsou staří. Nepřátelský postoj pak volí tací senioři, kteří ji dříve svalovali vinu za své

neúspěchy na ostatní. Ti se často smíší s odchodem na penzi, pocítují větší odpor, izolují se od světa, závidí mladým lidem a reagují na ně nevrle a mrzutě. Poslední model, sebenávist, se od nepřátelství liší pouze tím, že v něm senioři veškerou zlobu a pohrdání obrací proti sobě. Mají pocit, že svůj život už dohli, zanedbávají společenské styky a cítí se zbyteční [Minibbergerová & Dušek, 2006].

Dva naposledy zmíněné postoje ke stáří jsou často příčinou problematického jednání a chování seniorů. Proto je potřeba v přístupu ke starším lidem akceptovat jejich povahové rysy, respektovat jejich práva a zapojovat je do aktivit pouze do takové míry, kam sahá jejich svobodná vůle. Senior by tedy neměl být nikdy k němu nucen, protože by se tak spíše umocnilo jeho negativní stanovisko. Základní snahou pracovníků ve zdravotních a sociálních službách by naopak mělo být navrácení stárnoucímu člověku pocitu jistoty a bezpečí, dále zabránění redukci jeho kognitivních funkcí a rozšíření jeho sociálnosti [Venglášová, 2007].

1.2 Fyzioterapie a rehabilitace v seniorském věku

1.2.1 Rehabilitace a její druhy

Pojem rehabilitace se začal používat ve Spojených státech amerických na začátku dvacátého století, kdy se z front první světové války vracelo mnoho vojáků, jejichž zranění s sebou nesla trvalé následky. Aby vláda usnadnila jejich znovuzaplnění do společnosti a do aktivního života, vznikl v USA v roce 1918 zákon o rehabilitaci vojáků (Soldiers Rehabilitation Act). O dva roky později se zákon rozšířil na všechny občany jako Civilian Rehabilitation Act. V Evropě na našem území se rehabilitace začala rozvíjet až po druhé světové válce zejména vlivem léčky poliomyelitidy [Kolář et al., 2009].

Rehabilitací je označován proces pomoci znevýhodněnému člověku k získání co nejvyššího funkčního potenciálu při jeho návratu do plnohodnotného života [Gruberová, 1998], proces reintegrace a resocializace. Ve středu zájmu zde stojí člověk postižený vrozenou vadou, nemocí, pádnou úrazem, jehož tělesné, duševní nebo sociální funkce

jsou omezeny i sníženy. Při procesu návratu do společenského života se využívají prostředky léčebné, sociální, pracovní, psychologické a ekonomické [Jedlička et al., 1991]. Podle toho, které z nich převládají, členění se rehabilitace na léčebnou (medicínskou), sociální, pedagogickou a pracovní.

Světová zdravotnická organizace (WHO) však rehabilitaci záměrně nedefiniuje, ji jako *Akombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti a následně šká, že Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí dysabilita, následný handicap, a usiluje o společenské zaplnění postiženého* [Kolář et al., 2009, s. 2].

Léčebnou rehabilitaci vymezuje Kalvach [2004, s. 413] jako *Akomplex medicínských, preventivních, diagnostických a terapeutických opatření, která směřují k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví. Tato opatření vedou buď k úplnému odstranění disability, nebo ke snížení jejího rozsahu i ke zpomalení jejího rozvoje.* Účelem léčebné rehabilitace je tedy optimalizace fyziologických funkcí, nácvik kompenzačních a substitučních mechanismů, získání maximální možné soběstačnosti a nezávislosti a prevence sekundárních změn. K naplnění rehabilitačních cílů se využívají prvky kinezioterapie (pohybová léčba, léčebná tělesná výchova), fyzikální terapie s balneoterapií a ergoterapie (včetně léčebné výchovy k soběstačnosti) [Kociová & Peregrinová, 2003].

Oborově do léčebné rehabilitace patří fyzioterapie a myoskeletální medicína, fyziatrie neboli fyzikální medicína (fyzikální terapie, balneologie, balneoterapie) a ergoterapie. Nelze však opomenout ani rehabilitační inženýrství a terapeutické postupy psychologie a logopedie. S jednotlivými obory se člověk setkává v rámci nemocniční lůžkové péče, ambulantní péče a péče v odborných a lázeňských léčebných ústavech [Kolář et al., 2009]. Některé úkony léčebné rehabilitace jsou také součástí komplexní ošetřovatelské péče zdravotních sester [Jedlička et al., 1991]. O tom, kdy a koho rehabilitovat, rozhoduje ošetřující lékař (často lékař primární péče), který současně stanovuje rehabilitační potenciál pacienta, tedy zda pacient rehabilitaci opravdu potřebuje a využije ji. Určení rehabilitačního potenciálu vychází z vyšetření

pacienta před začátkem rehabilitace, z volby nejvhodnějšího rehabilitačního postupu a místa provádění rehabilitace a ze sledování a hodnocení jejího efektu [Topinková & Neuwirth, 1995].

S rehabilitačním potenciálem souvisí také úspěšnost rehabilitace a její pozitivní prognóza, která vypovídá o dosažitelnosti daného rehabilitačního cíle při použití vhodných opatření v plánovaném řádu. O pozitivní rehabilitační prognózu rozhoduje několik kritérií, kterými jsou charakter funkčních poruch (zda jsou odstranitelné nebo mohou být zmírněny ve vztahu k běžným denním činnostem), použitelnost kompenzačních strategií ve vztahu k nejlepšímu zvládnutí běžných úkolů a využitelnost adaptačních možností [Schuler & Oster, 2010].

1.2.2 Vyšetření před zahájením rehabilitace

Aby mohl být zvolen nejvhodnější možný rehabilitační postup, prochází pacient/klient před zahájením rehabilitace řadou vyšetření, která se orientují zejména na diagnostiku funkčního postižení. Patří mezi ně především podrobná anamnéza, fyzikální vyšetření, zhodnocení psychického stavu a získání informací o sociální situaci, ve které se dotýklý nachází [Topinková & Neuwirth, 1995].

Podrobná anamnéza, na jejíž sestavení by si měl zdravotnický pracovník vyčlenit dostatek času, se skládá z anamnézy současně zdravotního stavu (současné zdravotní potíže v oblasti např. pohybu, sebeobsluhy, aktivit denního života, výživy apod.), osobní anamnézy (informace o předchozích onemocněních, úrazech, operacích a hospitalizacích), rodinné anamnézy (výskyt dědičných a civilizačních chorob či dlouhodobosti v rodině), psychologické anamnézy (např. orientace pacienta/klienta v prostoru a čase, způsob komunikace, stresové faktory a jejich zvládnutí apod.), sociální anamnézy (vztahy v rodině, ekonomická situace, sociální prostředí, vzdělání, zaměstnání apod.) a spirituální anamnézy (vyznání a náboženské praktiky). Protože si pacient/klient nemusí při anamnestickém rozhovoru na vše vzpomenout, doplňují se další zjištěné informace průběžně při každé vhodné příležitosti [Poledníková et al., 2006].

V rámci fyzikálního vyšetření hodnotí fyzioterapeut (či ergoterapeut) somatometrii, rozsah pohybů v kloubech, svalové funkce a svalovou sílu, celkovou zdatnost, schopnost sebeobsluhy s důrazem na mobilitu, smyslové funkce a toleranci záte, která je důležitá pro následné stanovení přiměřené intenzity rehabilitace [Topinková & Neuwirth, 1995]. Při postupu měření by měl terapeut dodržovat následující zásady: zachovávat nutný takt a ohled k pacientovi, měření provádět v nejnutnějším oblečení (například pouze ve spodním prádle), měřit v dostatečně teplé místnosti, respektovat neklid a únavu vyšetřovaného, umýt si před měřením a po měření ruce, měřidla po použití přetřít dezinfekčním prostředkem, provádět opakovaná měření pokud možno ve stejnou denní dobu (soulasně by je měl provádět stále stejný terapeut), před započetím měření si připadně na těle pacienta označit měřené body dermatografem a pak od času vyzkoušet přesnost měřících přístrojů (váha, měřidlo, spirometr, dynamometr atd.) [Haladová & Nechvátalová, 2005].

Způsob, jak změnit rozsah pohybu v kloubu (goniometrie), existuje poměrně velké množství, v praxi se však používá především obkreslovací a planimetrická (plošná) metoda, která zaznamenává pohyb v jedné rovině z předem daných poloh. Dále se v praxi využívá metoda SFTR, jejíž název je odvozen z těchto rovin (sagitální, frontální, transverzální, rotace) a za jejíž neutrální a o postavení se považuje vzpřímený stoj spojený v připevnění s dlaněmi vpřed, a úhlový rozsah pohybu ve spojení s úhlovým postavením kloubu, které usnadňují ohodnocení funkce a pracovních schopností jedince.

Postavení kloubu a jeho rozsah pohybu jsou zjišťovány a udávány ve stupních. I zde platí určitá pravidla měření, například zachovávat stejné polohy po celou dobu měření, provést několik pasivních pohybů před začátkem měření, střed úhlu (goniometru) přikládat do osy pohybu ze zevní strany kloubu, měřit pasivní i aktivní rozsah pohybu a kontrolně měřit stejným způsobem, stejným úhlem, stejným fyzioterapeutem (či pověřeným pracovníkem), nejlépe ve stejnou denní dobu [Haladová & Nechvátalová, 2005].

Svalová síla se běžně vyšetřuje a určuje pomocí gestibodové stupnice svalového testu (dle Jandy), který informuje o síle jednotlivých svalů či svalových skupin v rámci

jedné funkční motorické jednotky. Dále pomáhá při vymezení rozsahu a lokalizace léze jednotlivých motorických periferních nervů, stanovení vhodného postupu regenerace, analýze jednoduchých pohybových stereotypů a při určení pracovní výkonnosti testované části těla a používá se při reedukaci organicky i funkčně oslabených svalů. Stupnice svalového testu je následující: st. 5 (N – normal) pro sval s velmi dobrou funkcí, st. 4 (G – good) odpovídající asi 75 % síly normálního svalu, st. 3 (F – fair) vyjadřující asi 50 % síly normálního svalu, st. 2 (P – poor) udávající asi 25 % síly normálního svalu, st. 1 (T – trace) pro zážitek vyjadřující asi 10 % síly normálního svalu a st. 0 (nula), kdy testovaný sval při pokusu o pohyb nejeví sebemenší známky stahu. Při provádění a hodnocení svalového testu mimického svalstva se vychází z mírné modifikace této stupnice, která není založená na síle, ale na rozsahu provedeného pohybu ve srovnání se zdravou stranou obličeje.

Pro co nej přesnější provedení svalového testu platí několik zásad a pravidel, například testuje se konstantní pomalý pohyb (hádný pohyb) v celém rozsahu, pokud možno s pevnou fixací (ne přes glachu nebo bříško hlavního svalu) a s odporem kladeným konstantní silou kolmo na směr pohybu. Odpor by neměl být kladen přes dva klouby [Janda et al., 2004].

Kromě výše vypsání patří do oblasti základního fyzikálního vyšetření i jeho zhodnocení chůze a rovnováhy, které však bývá většinou přehlíženo nebo je považováno za doplňkové. Přitom charakteristická porucha chůze může signalizovat diagnózu už při prvním kontaktu s pacientem/klientem. Proto terapeut při jednání s pacientem/klientem a během vyšetřování pozorně sleduje základní rysy stoje, chůze a specifických manévřů, svalovou sílu a slabost, posturální reflexy, iniciaci chůze, výdrž a adaptaci na změnu podmínek zevního prostředí, známky laterální i předozadní instability, poruchy pohybové koordinace a další [Kalvach et al., 2004, s. 165 – 204].

Výsledkem hodnocení by potom mělo být stanovení vzorce chůze a anatomicko-klinické klasifikování poruch chůze. Pokud je vyšetřovaným senior, přidává se také stanovení výkonnosti dolních končetin, posouzení schopnosti spolupráce a mentální kapacity pacienta/klienta pro zvládnutí zadaného úkolu a v neposlední řadě určení i odhad chodecké zdatnosti a míry křehkosti. Typické vzorce poruch chůze jsou

následující: svalová slabost, rozšíření základny dolních končetin (chůze o rozšířené bázi se směrovými odchylkami nebo vrávoravá chůze; chůze o rozšířené bázi se změnami kadence kroků nebo ataktická, potácivá chůze), zkrácení kroku se změnami kadence a plynulosti chůze (toporná, ztuhlá chůze) a poruchy iniciace a výdrže chůze (zamrzající chůze, zárazy, pohybové blokády). Podle anatomicko-klinické klasifikace poruch chůze se rozlišují tři základní úrovně poškození – frontální (nejvyšší), kortikosubkortikální (střední) a periferní (nejnižší) [Kalvach et al., 2008].

Častým vyšetřením, především v seniorském věku, bývá hodnocení soběstačnosti a výkonnosti pacienta/klienta a náročnosti a bezpečnosti jeho domácího prostředí. Pro vymezení soběstačnosti (v ADL, tj. aktivitách každodenního života) se nejčastěji používá Barthelův index nebo FIM – hodnocení funkční nezávislosti. Výkonové testy se potom orientují na tělesné, mentální a smyslové schopnosti ve vztahu k disabilitě [Kalvach et al., 2004, s. 165 – 204].

Podrobná anamnéza a provedená vyšetření umožňují vedle zvolení rehabilitačního postupu sestavit krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán a stanovit cíl rehabilitace, kterého má být terapií dosaženo [Topinková & Neuwirth, 1995].

1.2.3 Prostředky léčebné rehabilitace v fázi stárnutí a stáří – pohybová léčba

Rehabilitací v gerii rozumíme snahu o zachování nebo zlepšení porušených funkcí v oblasti biologické, psychologické i sociální [Jedlička et al., 1991, s. 162]. Aby byla dostatečně efektivní, vyžaduje od seniora nejen aktivitu a zapojení se do terapie, ale také víru v rehabilitační cíl. Tato víra však u stárnoucích osob často chybí, což rehabilitaci ve stáří podstatně limituje [Gruberová, 1998].

Jak již bylo uvedeno výše, do léčebné rehabilitace patří zejména fyzioterapie s myoskeletální medicínou, fyziatrie neboli fyzikální medicína (fyzikální terapie, balneologie, balneoterapie) a ergoterapie.

Slovo fyzioterapie pochází z řeckého *fysis* (přirodní síla) a *therapeia* (léčení jako poskytnutí služby) a označuje terapeutické postupy využívající různé formy energie (včetně pohybové) k dosažení léčebného ovlivnění patologických stavů. Fyzioterapie se

zaměřuje především na pohybový systém, jeho analýzu a možnosti ovlivnění jeho poruch (případně ovlivnění poruch dalších orgánových systémů). Mezi její základní léčebné postupy patří kinezioterapie [Kolář et al., 2009], která zahrnuje léčebnou tělesnou výchovu, léčbu prací a léčebnou masáže.

Léčebná tělesná výchova (LTV) využívá pro zlepšení stavu organismu konkrétní tělesné pohyby a skládá se z pasivního, aktivního a dechového cvičení. Za pasivní cvičení, které má za cíl zvýšit pohyblivost v kloubech, je považováno také polohování [Németh et al., 2009], tedy jak uvádí Jedlička et al. [1991, s. 163] *Apolohování nemocného na lůžku tak, aby poloha odpovídala pohodlí nemocného, vylučovala možnost komplikací, aby plnila úkol preventivní i léčebný.* Tímto preventivním a léčebným účelem je pak myšleno zejména předcházení vzniku deformit, kontraktur a dekubitů se současnou snahou o zabránění snižování pohyblivosti jednotlivých kloubů a zkracování některých svalových skupin. Proto je zásadou polohování ukládat pacienta/klienta do opačné polohy, než je ta, v níž má tendenci setrvávat [Jedlička et al., 1991].

Podle počtu zúčastněných osob v terapii se rozlišují dva typy LTV, a to individuální a skupinová. Individuální LTV v geriatrii spočívá nejčastěji v nácviku obratnosti na lůžku, změně poloh (sed, stoj), chůze, jízdy na vozíku a v dechovém cvičení [Gruberová, 1998].

Dechové cvičení (dechová gymnastika, DG) se zaměřuje na udržení optimálního stavu funkce dýchacích cest. Protože s přibývajícím věkem stoupá v plicích reziduální objem a klesá jejich vitální kapacita, věnují se dechová cvičení ve stáří nácviku správné dechové techniky, správného držení těla usnadňujícího dýchání a posilování dýchacího svalstva, což vede ke zlepšení pohyblivosti hrudníku a zvýšení dosahované úrovně oxygénování krve v plicích [Schuler & Oster, 2010]. Rozlišuje se několik typů dechové gymnastiky, a sice statická, dynamická, mobilizační, kondiční apod. Statickou DG tvoří samostatné dýchání soustředěné do oblasti hrudníku, břišní a zad. Správný stereotyp dýchání vypadá následovně: nádech nosem se zavřenými ústy, pauza na konci nádechu, výdech ústy a na jeho konci opět pauza. Výdech může mít několik variant: vzdychání, foukání, prodloužené foukání, brzděný výdech, usilovný výdech, aktivní výdech nebo otevřený výdech. Při dynamické dechové gymnastice doprovází vlastní dýchání pohyby

pánve, dolních a horních končetin, trupu a hlavy [Hromádková et al., 2002]. Pohyby se řídí obecnými pravidly: v momentě kdy dochází k rozvíjení hrudníku, pacient/klient nadechuje, se stlačením hrudníku vydechuje, napětí vzpažení, úklon a nádech; připažení, rovný stoj a výdech. Terapii je možné doplnit o jemnou masáž hrudníku, která dopomáhá k odstranění pšpadného sekretu [Jedlička et al., 1991].

Skupinová cvičení bývají vřginou kondiční a mĀ by se uskutečňovat s určitou pravidelností, protože s ní roste efekt léčebné tĀesné výchovy [Gruberová, 1998]. Práce ve skupině napětí umohřuje vzájemnou podporu lidí podobného věku a s podobnými potížemi, zvyšuje nezávislost lřlověka a následně i jeho sebevřdomí, umohřuje získat pocit dobře odvedené práce, dává pšleřitost sdilet s někým problémy a starosti, zdokonaluje znalosti o sobě samém, poskytuje prostor k procvičování pohybových i sociálních dovedností a vyvolává v lidech radost [Walsh, 2005]. Počet cvičencřů ve skupině by se měl pohybovat mezi lřtyřmi až deseti osobami a terapie by měla probíhat i v pšpadě mimořádně níhř úřasti. U seniorř se osvřřilo skupinové cvičení trvajřící třicet minut, nejvřře vřak lřtyřcet pĀ minut [Schuler & Oster, 2010].

Protože ve stářř dochází k některým věkem podmíněným změnám (napětí snřžení pohyblivosti kloubř, omezení koordinace, rychlosti a vytrvalosti, zpomalení látkové výměny, snřžení reakční rychlosti, omezení koncentrace, zvýřenř rizika natařenř lř přetřhnutř svalř, zmenřenř stability kostř, ochabnutř vaziva a svalř nebo snřžení kapacity kardiorepirařního systému), má pohybová léčba u seniorř svř určitř specifika. Optimální cvičení pro stárnoucí a starě jedince je vytrvalostní, rychlostní cviky a ģvihy by měly být vynechány. Slovní instrukcř pš terapii není pro snadné pochopenř dostařující, a proto by měla být doplněna názornou ukázkou. Nejůřinněřř formou pohybu je aktivní cvičení, které ani nemusř být provedeno naprosto pšesně a v plném rozsahu [Kociová & Peregrinová, 2003].

Maximální tepovř frekvence by neměla být pš cvičení překrořena o víc jak padesř procent maximální srdeční frekvence získané zřřnovými testy pš vyřetřenř. Není řádou zapojovat cviky aktivujřící břřřnř lis, protože zvyšujř intraabdominální tlak a zřřřujř návrat krve k srdci, rovně by se měly vynechávat rotace, flexe a extenze krční páteř z dřřvodu možných patologických změn v jejř oblasti. Cviky je dobré provádě

s řádnými změnami poloh a do cvičební jednotky by neměl terapeut zahrnovat mnoho nových a složitých prvků [Németh et al., 2009].

1.2.4 Prostředky léčebné rehabilitace v době stárnutí a stáří – myoskeletální postupy

Na individuální LTV lze plynule navázat myoskeletálními postupy, například cvičením svalové síly, dynamickou neuromuskulární stabilizací (DNS), mobilizací měkkých tkání, terapií suchou jehlou, trakcí, relaxačními technikami (zejména autogenním tréninkem) a cvičením na rozvoj somatestezie. Cvičení svalové síly vychází z analytického pohledu na svalovou soustavu, kdy je na trénovaný sval nahlíženo jako na samostatnou anatomickou jednotku, v DNS je naopak ovlivňováno zařazení svalu do biomechanických řetězců a terapeut se zaměřuje na centrace a stabilizace páteře, hrudníku, pánve a pletenců končetin. Cvičení na rozvoj somatestezie nutí člověka uvědomovat si, jak se pohybuje, v jakých svalech má zvýšené napětí a kde zbytečně vydává příliš svalové aktivity. Terapie suchou jehlou využívá výrazného analgetického účinku následujícího po prudce bolestivém vpichu jehly do citlivých struktur pohybové soustavy (TrPs – triggerpointy) [Kolář et al., 2009]. Použití jehly se řadí do oblasti reflexní terapie, kam spadá také masáže, místní znecitlivění, elektrická stimulace a akupunktura, která je považována za jednu z nejstarších empirických léčebných metod [Lewit, 2003].

Jednou z nejčastějších terapií v každém věku je uvolňování měkkých struktur obklopujících celé tělo, tedy mobilizace měkkých tkání. Možností zvýšení jejich posunlivosti a protažlivosti existuje několik: postizometrická relaxace (PIR), protažení kožní šasy, posouvání fascií, akupresurní masáže [Kolář et al., 2009], pouhý (lehký) tlak, léčení zaměřené na jizvy, svalová relaxace nebo exteroceptivní stimulace (na zlepšení aferentace a citlivosti).

Myoskeletální postup trakce lze do jisté míry zařadit do oblasti kloubních manipulací. Jedná se o krátkodobý opakovaný nebo dlouhodobý kontinuální tah v ose kloubu, který by měl přinést úlevu. Používá se společně s nárazovou manipulační léčbou v případě kloubní blokády nebo omezení hybnosti pohybového segmentu. Při

opatrném provedení však může tato nárazová manipulace pacientovi/klientovi spíše ublížit, proto by ji měli do terapie zařazovat pouze odborníci [Lewit, 2003]. Ve stáří jsou nárazová manipulační léčba i trakce dokonce kontraindikovány [Kociová & Peregrinová, 2003].

1.2.5 Prostředky léčebné rehabilitace v době stárnutí a stáří – speciální koncepty

Současným trendem na poli fyzioterapie je poměrně vysoký nárůst počtu rozličných fyzioterapeutických a jim příbuzných konceptů a metod. Některé z nich jsou oficiální medicínou uznávané, jiné zamítané, některé se doplňují, jiné proti sobě bojují, některé jsou konvencionální a jiné alternativní. Pro příklad lze uvést základní neurofyziologický koncept s širokým indikačním spektrem (proprioceptivní neuromuskulární facilitace – PNF), přístupy využívající hlavní reflexní lokomoce (Vojtov princip: reflexní lokomoce), koncepty s primárním zaměřením na hemiplegii dospělých (koncept Bobath u dospělých), koncepty zaměřené především na využití senzorické stimulace, koncepty zaměřené na využití proprioceptivní stimulace (metodika senzomotorické stimulace: Janda a Vávrová), metody zaměřené na určité speciální neurologické indikace (dermo-neuro muskulární terapie: Kenny), metody primárně zaměřené k pohybové výchově a správnému držení těla (metoda Feldenkrais), fyzioterapeutické metody s využitím zvláštích prostředků (hippotherapie, S-E-T koncept: Sling Exercise Therapy s využitím závažného zařízení TerapiMaster) a terapeutické přístupy využívající prvky umění (muzikoterapie, arteterapie) [Pavlíč, 2003].

Ve stáří velmi oblíbený Bobath koncept (jinak také NDT – neurodevelopmental treatment) byl původně vyvinut pro léčbu dětí s dětskou mozkovou obrnou, postupem času rozšířil své indikace o dospělé s hemiplegií následkem cévních mozkových příhod a další. Jedná se o 24hodinovou péči o pacienta/klienta, která pomocí polohování, handlingu a facilitace/inhibice reguluje patologický svalový tonus a facilituje fyziologický pohyb vedoucí k funkčním činnostem [Hromádková et al., 2002]. Konceptu se využívá zejména u osob s poruchami svalové funkce, pohybu a tonu,

k nimh došlo vlivem léze centrálního nervového systému. Cílové syndromy zahrnují centrální parézy a plegie, svalové poruchy a poruchy vnímání vlastního těla [Schuler & Oster, 2010].

Pro aktivní cvičení se seniory lze použít také některé z netradičních pohybových metod typu Alexandrovovy techniky (k zachování koordinace pohybů), rolfingu (k nácviku plynulejších a ekonomičtějších pohybů za využití působení gravitace) či organicko-rytmické pohybové výchovy podle metody Medau, která se zaměřuje na vnímání vlastního těla, okolního prostoru a pohybů směřujících k prohloubení smyslovému vnímání hudby [Čilec, 2004a].

1.2.6 Prostředky léčebné rehabilitace v době stárnutí a stáří v fyzikální medicíně

Další rozsáhlá oblast léčebné rehabilitace fyziatrie neboli fyzikální medicína se zabývá fyzikálními podnohy (pohybová, mechanická, tepelná, chemická, elektrická, světelná a akustická energie), které následně využívá ve zdravotnické praxi k prevenci, diagnostice a terapii. Dělí se na fyzikální terapii (FT), využívající tyto podnohy k léčení, balneologii, charakteristickou využitím především přírodních zdrojů vázaných na určité místo, a balneoterapii, která přírodní zdroje fyzikálních podnoží (přírodní léčivé a minerální vody, peloidy, zvlhčující plyny, klimatické a meteorologické prvky) využívá k lázeňské léčbě [Kolář et al., 2009].

Fyzikální medicína se prakticky nikdy neindikuje jako monoterapie, ale slouží jako pomocná (přípravná) metoda v rámci komplexního přístupu a zaujímá přibližně 4 % (u osob s trvalým či velmi vážným zdravotním postižením) až 30 % (při léčbě funkčních poruch pohybového aparátu) celkového času ucelené rehabilitace. Před rozhodnutím, jaký druh fyzikální terapie zvolit, musí terapeut zvážit kontraindikované metody u daného pacienta/klienta, vybrat konkrétní požadovaný účinek terapie, zvážit lokalizaci (především hloubku) cílové tkáně stadium funkční či strukturální poruchy, vybrat konkrétní proceduru a stanovit její parametry a určit časové zařazení FT v rámci jednoho terapeutického sezení.

Mezi obecné kontraindikace FT (s některými výjimkami pro specifické procedury ve specifických případech) patří horečnaté stavy, celková kachexie, implantovaný kardiostimulátor, kovové předměty pod místem aplikace, krvácivé stavy, trofické změny kůže v místě aplikace, jizvy nebo první poškození kožního krytu (včetně vpichů), oblast laryngu a štítné žlázy, primární ložiska TBC, primární tumory, oblast velkých sympatických plexů, manifestní kardiální nebo respirační insuficience a poruchy citlivosti v místě aplikace (ve smyslu hypestezie či anestezie pro danou formu dráždění). Vedle obecných kontraindikací mají jednotlivé typy FT své kontraindikace speciální. Povinností (fyzio)terapeuta je všechny kontraindikace respektovat a odmítnout provedení procedury i v případě že ke vzniku kontraindikovaného stavu došlo v jejím průběhu (např. horečka) [Podhradský & Podhradská, 2009].

Nejstarší používanou technikou fyzikální terapie je aplikace tepla (z oblasti termoterapie), která zvyšuje prokrvení a elasticitu pojivové tkáně čímž snižuje spazmy, kloubní ztuhlost a bolest a napomáhá vstřebávání zánětlivých infiltrátů. Aplikace chladu (kryoterapie) se naopak v praxi používá poměrně zřídka, např. při bolestivých svalových spazmech a bolestech myofasciálního nebo traumatického původu. Z dalších typů FT se lze ve stáří v hojném počtu setkat s elektroléčbou, především s diadynamickými a interferenčními proudy u bolestivých stavů, elektrickou nervovou stimulací u centrálních i periferních paréz a transkutánní elektrickou nervosvalovou stimulací (TENS) nízkofrekvenčními proudy u bolestivých stavů různé etiologie (např. bolesti v zádech, kontuze, fantomové bolesti aj.). Stále více oblíbená se také stává laserová terapie (z oblasti fototerapie), a to jak pro léčbu kožních lézí, tak pro ztížení bolestí revmatických, degenerativních a neuralgických [Topinková & Neuwirth, 1995]. Ve výhledu některých procedur pak nelze opomenout oblíbené klasické ruční nebo podvodní masáže (patřící do mechanoterapie), které jsou pro pacienty/klienty velmi příjemné. Ve výhledu však mohou být kontraindikovány např. vlivem chorob kardiovaskulárního systému. Také by nikdy neměly být upřednostňovány oproti kinezioterapii nebo ergoterapii [Gruberová, 1998].

Podle využívaných fyzikálních podmínek je možné fyzikální terapii didakticky rozdělit na elektroterapii (kontaktní i galvanoterapie, nízkofrekvenční

a stredofrekvenčná terapia; bezkontaktná a vysokofrekvenčná terapia, distálna elektroterapia, magnetoterapia), fototerapiu (nepolarizované žiarenie a UV-žiarenie, svetelná audiovizuálna stimulácia, IR-žiarenie; polarizované žiarenie a biolampa, laser, fotokolorterapia), termoterapiu a hydroterapiu (lúčová a pozitívna, negatívna, kombinovaná; celková a pozitívna, negatívna, kombinovaná), mechanoterapiu (prístrojové trakcie, kompresná terapia, vakuová terapia, vakuum-kompresná terapia, ultrasonoterapia, terapia rázovou vlnou) a terapiu tvorenou kombináciou rôznych druhov energie (napríklad kontaktná elektroultrasonoterapia). Požadované účinky jsou potom analgetický, disperzný (podieľajúci sa na účinkoch ďalších), myorelaxačný (centrálny, reflexný, priamy, nepriamy, špecifický, antispastický), myostimulačný (využívaný predovšetkým v elektrogymnastike), trofotropný (zlepšujúci krvenie v danej oblasti), antiedematózný (proti otoku) a odkladný (vychádzajúci z autoreparačných schopností organizmu, kedy počas aplikácie procedur dochádza k spontánnemu ústupu obtíží) [Podhradský & Podhradská, 2009].

1.2.7 Prostriedky lečebnej rehabilitácie v rámci starnutia a stáť a ergoterapie

Ergoterapie, posledná z týchto zmiňovaných oblastí lečebnej rehabilitácie, sa zaoberá na nácvik základných výkonov sebaobsluhy a instrumentálnych vedomých činností, aby dosiahla čo najnezávislejšieho života jedinca vo vlastnej domácnosti. Pokiaľ pacient/klient nie je schopný dosiahnuť pohybové zlepšenie, snaží sa ho ergoterapeut naučiť využívať nové komplexné a substitučné pohybové vzorce, v ktorých sa zapojuje veľký jeho zvyškový potenciál, a postupne ho učí používať rehabilitačné a kompenzačné pomôcky [Topinková & Neuwirth, 1995]. Kľúčovými bodmi ergoterapie sú prenosy ľahko/vozík, vozík/kidlo, vozík/toaleta alebo vana, mytie, obliekanie sa, jado a pitie, domáce práce (pranie, hľadanie, úklid, vaenie), psanie a podobne [Schuler & Oster, 2010]. Využíva k nim všetky svoje slohy, a sice ergodiagnostiku, predpracovnú ergoterapiu, kondičnú ergoterapiu, cieľovú ergoterapiu a lečebnú výchovu k samostatnosti (jednu z najdôležitejších súčastí rehabilitácie ve stáť, ve ktorej spolupracujú ergoterapeuté s fyzioterapeutami a s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi).

Z výše uvedeného výřtu metod, terapií a procedur vyplývá, že prostředků léčebné rehabilitace existuje poměrně velké množství. Některé jsou ve stádiu plně využívány, jiné se používají méně a některé by měly být zcela vynechány. Kontraindikovány jsou tyto: intenzivní hydrokinezioterapie a pohybová terapie zatěžující kardiovaskulární systém, rychlostní a vytrvalostní cvičení, manipulační léčba a trakce, intenzivní celotělové tepelné procedury, hypertermie a intenzivní dráždivá balneoterapie. U léčby vysokofrekvenčními proudy, klasické a podvodní masáže a u saunování (z důvodu prudké zátěže při ochlazování) je třeba postupovat dle dávkování vůči pacienta/klienta. Doporučované procedury jsou potom následující: individuální a skupinová cvičení, relaxační cvičení, prvky jógy, dechová gymnastika, cévní gymnastika, cvičení ve vodě s kontrolou tepové frekvence a krevního tlaku, ergoterapie, nízkofrekvenční proudy a malá termoterapie [Kociová & Peregrinová, 2003].

1.2.8 Aktivita seniora a aktivní přístup k seniorskému věku

Stárnutí s sebou přináší řadu znevýhodnění (disabilit) a omezení možností, a to jak v oblasti zdravotního stavu, tak v oblasti sociální (penzionování, ovdovění, ztráta kontaktu s dcerami, osamělost, nástup do dlouhodobé ústavní péče, ztráta soběstačnosti apod.). Pokud se s těmito omezeními a znevýhodněními senior nesrovná a upadne do problémů a izolace, může se u něj rozvinout tzv. spirála neschopnosti a neúspěšnosti. Nízká úroveň schopností vyvolává pocit neschopnosti, ten následně připraví člověka o nové možnosti atd. Snahou zdravotní sociální sféry je proto aktivizace seniorů (lépe řečeno programování aktivit) spočívající v motivaci především těch pacientů/klientů, kteří ztratili životní perspektivu a rezignovali. *Skutečná podpora aktivity klienta znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí, dává mu smysl, rozmnohuje jeho přirozené potřeby a pocity tak, jak je tomu v každodenním životě každého člověka* [Kalvach, 2004, s. 437].

Ve zdravotní sociální praxi se tedy stále častěji přistupuje k pacientovi/klientovi podle bio-psycho-sociálního modelu zdraví, který považuje tělo a duši (alespoň v otázce zdraví a nemoci) za dva neoddržitelné aspekty. V případech pozitivního a negativního

ovlivnění zdraví zahrnuje jak biologické, tak psychologické i sociální aspekty a podporuje prevenci v udržování zdraví s důrazem na aktivní přístup k životu, protože posílením aktivního přístupu k životu lze do budoucna zlepšit zdravotní stav a zdravotnost celé populace.

Zkušenosti potvrdily, že nejdůležitějším prvkem péče na stáří je včasné poskytnutí nejdůležitějších informací o jeho biologické a sociální problematice stárnoucím lidem s následnou péčí na řešení typických problémů se stářím spojených. V ekonomicky vyspělých státech tak probíhají mnohé geriatrické programy, jejichž cílem je preventivní zdravotní péče, která zvyšuje soběstačnost lidí v seniorském věku [Gilec, 2004a].

Preventivní zdravotní péče ve stáří zahrnuje primární, sekundární i terciární prevenci. Do primární péče spadá zejména fyzická aktivita a cvičení (minimálně 3-5krát týdně 30 minut chůze), nekuřáctví, vhodné stravovací návyky, přiměřenou hmotnost, prevenci úrazů (např. použití bezpečnostních pásů v autě, helmy při jízdě na kole) a imunizaci (proti influenze, pneumokokovi a tetanu). Sekundární prevence se potom zaměřuje např. na měření kostní denzity a krevního tlaku, screening diabetu, onkologický screening nebo vyšetření zraku a sluchu [Topinková, 2005].

Nejpřirozenějším prostředkem ke zlepšení pocitu zdraví a kvality života je bezesporu pohyb, který ovlivňuje nejen fyzickou stránku člověka, ale také reguluje psychickou zátěž a posiluje duševní zdraví. Pohyb stimuluje nervovou soustavu a zvyšuje její reakční rychlost, aktivuje činnosti mozku, který následně napomáhá vytvářet a obnovovat paměťové stopy, způsobuje vyplavování endorfinů (hormonů dobré nálady) a zlepšuje výkon, koordinaci a řídící funkce centrální nervové soustavy včetně vegetativního nervstva [Matouš et al., 2002]. Pohyb souhrnně ovlivňuje rozvoj některých patologických změn spojených se stářím (např. manifestaci aterosklerózy) a udržuje člověka delší dobu společensky aktivním. Dále posiluje pozitivní vztah k sobě samému, zvyšuje sebeúctu a sebevědomí, stává se zdrojem radosti a potlačuje bezmyšlenkovitost, nesoustředěnost, pocit strachu a bezradnosti [Gilec, 2004a].

Přesto mnoho seniorů považuje své omezené pohybové aktivity za dostačující a cvičení odmítá. Jejich pohybové stereotypy však mohou být zafixovány chybně

(např. neekonomické zvedání a nošení břemen, vadné držení těla, chybná chůze, mokrý dýchání apod.) a nemusí tedy působit jako vhodný stimul pro centrální nervovou soustavu. Je proto potřeba zařadit do pohybových aktivit seniora vyrovnávací cvičení se zaměřením na uvolňování kloubů a protahování svalů, dynamická posilovací cvičení a nácvik správných pohybových stereotypů [Matouš et al., 2002].

Při aktivizaci seniorů při plánování jejich aktivit nesmí ovšem zdravotníci a sociální pracovníci zapomínat na respektování následujících specifik: zájem jedince o konkrétní činnost je ovlivňována jeho životní zkušeností, senior proto může některé činnosti preferovat a některé odmítat; činnost musí odpovídat individuálnímu tempu seniora a změna činnosti schopnosti seniora reakce na ni; v tréninku pružnosti zvyků a stereotypů se nesmí zapomínat na potřebu jistoty; smysl prováděné činnosti určuje jedinec sám, případně vytvořené produkty by měly být k užtku; senior je schopen posoudit sám výsledek své práce a jeho hodnocení přiblíhu a výsledků činnosti vyplývá z jeho vlastní představy o sobě samém, z jeho nároků na sebe sama a z jeho společenského postavení; plánované a realizované činnosti musí být přiměřené fyzickým a mentálním schopnostem jednotlivce, nikdy nesmí vést k jeho ponížení při utvrzování v pocitu vlastní neschopnosti; aktivizace by měla navodit pocit úspěchu a radosti [Kalvach, 2004, s. 365-463].

1.3 Fyzioterapie v zařízeních zdravotní a sociální péče pro seniory

1.3.1 Vývoj a současný stav zdravotní a sociální péče o seniory

Ve srovnání s nedávnou historií, s dobou před rokem 1989, prošla oblast poskytování sociálních služeb seniorům v České republice v posledních pšblih dvaceti letech poměrně zásadními změnami. Tehdejší model zdravotní a sociální péče umisřoval stárnoucí a staré lidi do jediné možné formy zařízení (státních domovů dřchodců). Společnost se těchto jedinců stranila a snařila se budít zdání, ře ji tvoř pouze zdraví, silní, výkonní a schopní jedinci. To vše vedlo k rutinnímu skupinovému systému zdravotní a sociální péče, direktivnímu přstupu zdravotních sester a sanitářek

v domovech a k minimálnímu zájmu o člověka jako lidskou bytost, která má své pocity a potřeby [Malíková, 2011].

K mírné úpravě institucionálních i neinstitutonálních forem péče o seniory na evropské úrovni došlo na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří, které se konalo v roce 1982. Byly zde deklarovány základní principy zdravotní a sociální péče o stárnoucí a staré osoby, mezi něž patří především demedicalizace (důraz na kvalitu života a autonomii seniora a na jeho přirozené prostředí), deinstitucionalizace (upřednostňování opatrování a zabezpečení seniora v domácím prostředí ve spojitosti s rozvojem terénních zdravotních a sociálních služeb), desektorizace (týmová spolupráce, propojení zdravotních a sociálních služeb, ale také rodinné a profesionální péče) a v neposlední řadě deprofesionalizace (podpora rodiny, dobrovolnictví či výpomoc sousedů) [Jarošová, 2006].

Další úpravu přinesly *Zásady OSN pro seniory*, přijaté Valným shromážděním OSN v roce 1991, které vycházejí z programu Vídeňského sympoza a kde je v osmnácti bodech rozpracováno pět zásad zdravotních a sociálních služeb: zabezpečení, důstojnost, nezávislost, seberealizace a participace [Kalvach & Holmerová, 2004]. Dle těchto zásad by měli mít senioři možnost účastnit se rozhodování o svém odchodu z pracovního života, žít v bezpečném prostředí, které se může přizpůsobit jejich osobním preferencím a jejich schopnostem, žít co nejdéle ve svém domově mít přístup ke zdravotní péči, využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností apod. [Zásady OSN pro seniory, 1991].

Úroveň zdravotní a sociální péče v naší republice se dále mírně zlepšila, když Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) vydalo několik dokumentů s dlouhodobými plány (například *Kvalita života ve stáří* a *Národní program péče o stárnutí na období let 2008-2012* nebo *Bílá kniha v sociálních službách*). Výrazné změny však přišly až se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [Malíková, 2011], který vytváří právní rámec pro vztahy mezi lidmi a institucemi v takových případech, kdy je třeba zabezpečit podporu a pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci, a vymezuje práva a povinnosti obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb [Průvodce sociálními službami, jsme tu pro Vás.: Pobytové služby, 2008].

Malíková [2011, s. 31] uvádí, že *Aposlání sociálních služeb* bylo specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě nevolné společnosti, ve svém přirozeném společenství. Pro zdárné plnění tohoto poslání je potom dle Malíkové [2011, s. 31] formulováno sedm vědělých principů, které mají být základem veškerých sociálních služeb:

- *Anezávislost a autonomie pro uživatelé služeb a nikoli závislost;*
- *zaplnění a integrace a nikoli sociální vyloučení;*
- *respektování potřeb a služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem;*
- *partnerství a pracovat společně neodděleně*
- *kvalita a záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem;*
- *rovnost bez diskriminace;*
- *standards národní, rozhodování v místě*

Dle zákona č. 108/2006 Sb. řadíme do oblasti sociálních služeb bezplatné odborné sociální poradenství (zaměřené na potřeby jednotlivých sociálních skupin), služby sociální péče (napomáhající k dosažení co nejvyšší soběstačnosti a zapojení do běžného života společnosti a zajišťující důstojné prostředí a zacházení) a služby sociální prevence (zabraňující sociálnímu vyloučení ohrožených osob, napomáhající k zdárnému překonání nepříznivé sociální situace a chránící společnost před vznikem a šířením neštěstí) [Přítel sociálními službami, jsme tu pro Vás.: Pobytové služby, 2008].

Poskytovatelem sociálních služeb mohou být subjekty zřizované obcemi a krajem, nestátní neziskové organizace (obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení včetně odborových organizací, státem uznávané církve, náboženské společnosti a úřelové zařízení církve, nadace a nadační fondy, příspěvkové organizace, zájmová sdružení právnických osob, politické strany a hnutí, státní fondy a další organizace stanovené zvláštěním zákonem), fyzické osoby a MPSV, které je v současné době zřizovatelem veřejně specializovaných ústavů.

Mezi možné druhy zařízení sociálních služeb patří centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy

pro seniory, domovy se zvládním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na přeli cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb a pracoviště rané péle. Jednotlivé druhy zařízení lze volně spojovat a kombinovat a vytvášet tak mezigenerační a integrovaná centra [Malíková, 2011].

Na integraci služeb je založena také péle zdravotní, která bývá v kontextu českého zdravotnictví označována jako péle komunitní. Pro stárnoucí a staré pacienty sestává z geriatrických ambulancí, geriatrických nemocničních oddělení (specializovaných na seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti), zařízení následné péle (rehabilitačních a doléčovacích oddělení, která jsou určena pro nemocné ve stabilizovaném stavu po odeznění akutní fáze), ošetřovatelských oddělení (pro pacienty se stabilizovaným či neovlivnitelně progredujícím stavem a s potřebou ošetřovatelské péle krátkodobé, dlouhodobé i trvalé), hospiců (poskytujících také respitní péli), geriatrických denních center (semimurální formy péle o geriatrické pacienty) a z domácí péle, která by měla nahradit nebo oddálit hospitalizaci seniora na lůžkovém oddělení [Jarošová, 2006].

Ústavní zdravotní a sociální služby lze dělit podle délky pobytu pacienta, případně podle naléhavosti přijetí do zařízení na pobyty akutní (krátkodobé, především nemocniční), subakutní (dočasné, omezené na dobu převážně 3 měsíců) a chronické či dlouhodobé (často trvalé). V České republice pak ještě existují služby ambulantní neboli terénní, které jsou poskytovány buď v klientovi bytě nebo klient za službami dochází (například výjezdní stacionáře) [Kalvach & Holmerová, 2004].

1.3.2 Fyzioterapeut v pobytovém zařízení

Zákon č. 108/2006 Sb. také přesně definuje okruh pracovníků sociálních služeb. Dle něj zde svou odbornou činnost vykonávají sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotní pracovníci, pedagogičtí pracovníci a manželeři a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Za

podmínek stanovených zvláštním právním předpisem mohou v oblasti sociálních služeb působit také dobrovolníci [Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách].

Fyzioterapeut se řadí společně s vrchní sestrou (či vedoucí ošetřovatelské péče), všeobecnou sestrou a ergoterapeutem do kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků. Ve sféře služeb *provádí diagnostickou, preventivní a léčebnou péči v oblasti poruch pohybového aparátu na úseku léčebno-preventivních zdravotnických zařízení, v léčebných zařízeních, ústavech sociální péče a v rehabilitačních ústavech. V pobytovém sociálním zařízení je podřízen vrchní sestře a lékaři a spolupracuje se všeobecnými sestrami, ergoterapeutem a aktivizačními sestrami nebo jinými aktivizačními pracovníky*, jak uvádí Malíková [2011, s. 108]. Úzká spolupráce je navázaná také se sociálními pracovníky. Fyzioterapeut od nich získává potřebné zprávy o klientovi a předává jim informace o možných klientových schopnostech a dovednostech pro aktivizační činnosti, kontakt se společenským prostředím a sociálně terapeutické činnosti [Beněšová, 2009].

Základními činnostmi fyzioterapeuta v zařízeních jsou: vyšetření klienta (svalový test, goniometrické vyšetření, vyšetření postury, pohybových stereotypů a zkrácených a oslabených svalů, kineziologické vyšetření), edukace klienta, cvičení (aktivní a pasivní, individuální a skupinové), masáže (dílčí, reflexní apod.), masážní techniky, LTV a metody kinezioterapie, správa krátkodobého i dlouhodobého rehabilitačního plánu, hodnocení efektu terapie, instruktáž pracovníků v sociálních službách o způsobu a rozsahu rehabilitačního ošetřování jednotlivých klientů, koordinace základního rehabilitačního ošetřování klientů se všeobecnými sestrami a informování lékaře o výsledcích své práce [Malíková, 2011].

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

1) Zjistit jaké možnosti fyzioterapie a rehabilitace nabízejí různá zařízení pro seniory (např. domy s pečovatelskou službou, penziony pro seniory, lůžka následné péče) ve vybraných městech na území západních a jižních Čech (respektive Plzeňského a Jihočeského kraje).

2) Srovnat jak se tyto možnosti liší v malých, bývalých okresních a krajských městech a navrhnout případná zlepšení, aby nabídka fyzioterapeutických metod vedla ke spokojenosti seniorů v různých lokalitách.

2.2 Hypotézy

1) Fyzioterapeutické postupy jsou součástí standardní nabídky jednotlivých typů zařízení pro seniory.

2) Rozsah této nabídky je v jednotlivých typech zařízení odlišný; tomu odpovídá i odlišná spokojenost seniorů.

3. METODIKA

3.1 Metoda a technika sběru dat

Data, se kterými pracuji ve výzkumné části své bakalářské práce, jsem získala kvantitativní formou výzkumu za použití sestavených anonymních dotazníků o dvaceti třech otevřených, uzavřených i polouzavřených otázkách, ve kterých mohli respondenti své odpovědi vybírat z vypsání variant nebo je slovně vypisovat (viz. příloha). Seniori vyplňovali dotazníky většinou sami, v případě několika jedinců bylo potřebné postoupit vzhledem k jejich zdravotnímu stavu k zodpovídání otázek formou individuálního standardizovaného rozhovoru.

V první části dotazníku jsem se věnovala jednotlivým formám kinezioterapie a fyzikální terapie ve zkoumaných zařízeních. Na oblast ergoterapie jsem se v dotazníkovém řešení nezaměřovala, protože mnoho seniorů (dle mých zkušeností) nespatřuje rozdíl mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem. Tyto dva pojmy jsou součástí pro stárnoucí a staré jedince poměrně komplikované a seniori jejich význam znají spíše pod označením léčebná rehabilitace či pouze rehabilitace, proto jsem pojem léčebná rehabilitace v dotaznících uváděla pro vysvětlení při jakémkoli použití slova fyzioterapie.

Druhá část dotazníku obsahovala otázky na spokojenost respondenta se zařízením zdravotní či sociální péče, ve kterém žije, s možnostmi fyzioterapie a léčebné rehabilitace v něm apod. V závěru pak dotazovaní jedinci uváděli některé své identifikační údaje (např. pohlaví a věk).

Dotazníky byly rozdány v měsících únoru a březnu 2011 náhodně vybraným dvacetilenným skupinám (v jednom případě desetilenné skupině) seniorů ve zvolených zařízeních zdravotní a sociální péče pro seniory (např. lůžka následné péče či domovy pro seniory). Selekcí zařízení předcházelo zjištění informací o četnosti jejich výskytu v daných městech západních a jižních Čech (respektive Plzeňského a Jihočeského kraje) a možnostech fyzioterapie a léčebné rehabilitace v nich.

Návratnost dotazníků byla 100 %. Po návratu dotazníků od respondentů následovala analýza získaných dat s jejich zpracováním do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Excel. Výsledky byly následně porovnány v rámci jednotlivých zařízení, měst a krajů a bylo ověřeno potvrzení pracovních hypotéz.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Do své bakalářské práce jsem z měst Plzeňského a Jihočeského kraje vybrala Plzeň a Česká Budějovice jako krajská města, Klatovy a Strakonice jako bývalá okresní města a jako malá města (či obce s rozšířenou působností) jsem zvolila Sušici a Vodňany.

Ve výše uvedených městech se (na základě informací získaných od pracovníků městských úřadů a městských informačních center a z webových stránek sociální pomoci, sociálních služeb či oblastních charit) nachází celkem 19 domovů pro seniory či domovů se zvláštním režimem, 16 domů s pečovatelskou službou, 2 oddělení geriatrické a 7 oddělení následné péče (ONP) či lůžek dlouhodobě nemocných (LDN).

V Plzni slouží stárnoucím a starým lidem 4 domovy pro seniory a 3 domovy se zvláštním režimem, 5 domů s pečovatelskou službou, 2 oddělení geriatrické ve fakultní nemocnici a jedno oddělení LDN v městské nemocnici; v Českých Budějovicích 4 domovy pro seniory, 5 domů s pečovatelskou službou a v nemocnici 2 oddělení následné péče; v Klatovech 3 domovy pro seniory, jeden dům s pečovatelskou službou a v nemocnici žádná ONP či LDN; ve Strakonici 3 domovy pro seniory, 2 domy s pečovatelskou službou a v nemocnici jedno oddělení následné péče, které však slouží velkou částí pacientům neseniorského věku; v Sušici jeden domov pro seniory, dva domy s pečovatelskou službou a v nemocnici dvě oddělení LDN a ve Vodňanech jeden domov pro seniory, jeden dům s pečovatelskou službou a jedno oddělení typu LDN v Alzheimercentru.

Po dohodě s šédky jednotlivých zařízení sociální péče pro seniory (či organizací, které tato zařízení provozují) se dotazníkového šetření zúčastnilo šest domovů pro seniory, a to Domov pro seniory sv. Jiří (Plzeň), Domov pro seniory

v Klatovech, Domov důchodců Sušice, Domov pro seniory Máj Leské Boudčovice, Domov pro seniory, Rybníční (Strakonice) a Domov pro seniory (Vodňany). Ze zařízení zdravotní péče pro seniory se do výzkumu zapojilo jedno oddělení geriatric (v Plzni), jedno oddělení následné péče (ve Strakonici) a jedno oddělení LDN (v Sušici).

4. VÝSLEDKY

Otázka I. 1: Co podle Vás patří do oblasti fyzioterapie či léčebné rehabilitace?

První otázka (otevřená) uváděla seniory do problematiky působení dotazníkového šetření. Vyjádření jednotlivých respondentů k ní jsou poměrně rozmanitá, nejčastěji se však v odpovědích opakují pojmy cvičení, masáže, nácvik chůze, pohyb či uzdravení. V následující tabulce je uveden výčet názorů dotazovaných seniorů na to, co podle nich patří do oblasti fyzioterapie či léčebné rehabilitace.

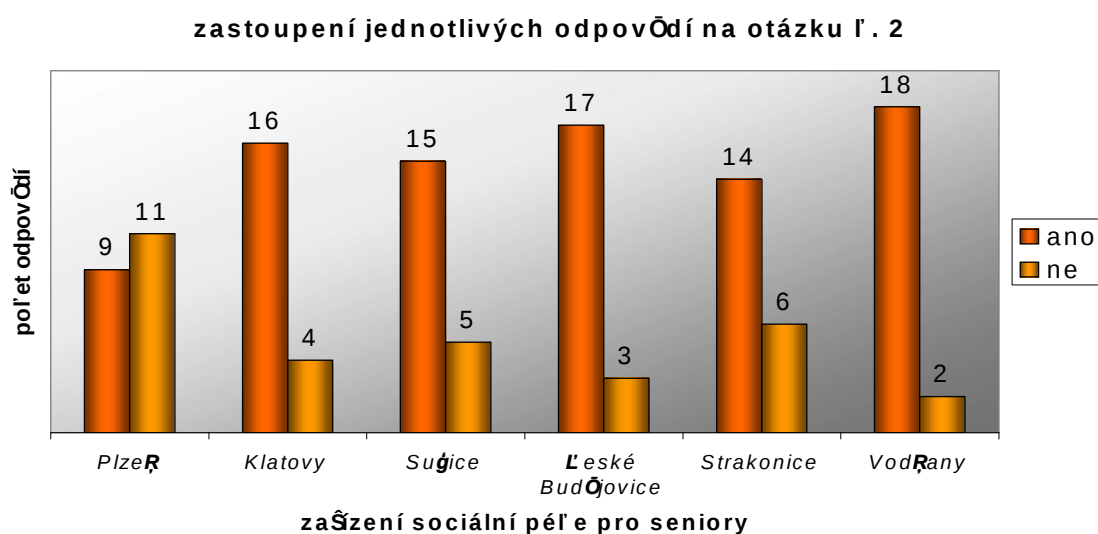
Tabulka I. 1: Výčet jednotlivých odpovědí na otázku I. 1

rehabilitace mozkové činnosti	procvičování orgánů, které nejsou v nejlepším stavu
obnovení sil, obnovení činnosti funkce jednotlivých orgánů	náhradní cvičení, kterým upevníte svalstvo
ochrana proti nemoci, režim po nemoci	chůze (v chodítku), procházky
uzdravení, zlepšení zdravotního stavu	jízda s vozíkem
vrácení do normálního života	běhání, skákání
snaha dát člověka do původního stavu	jízda na kole, rotoped
duševní uklidnění, vzkříšení těla i duše	pohyb, náprava pohybu
doléčení, klid a pohoda	všestranný pohyb, všechny pohyby
uzpůsobení života při problémech	perličky, vířivky, koupele
aktivita, pomoc, když něco bolí	plavání, bazén
úkony, které napraví zlomeniny	svíčka na kolena
vše, co mi určí rehabilitační sestra	nahřívání bolavých kloubů
cvičení, rozcvičování, trénink	parafín, masáže, magnet
cvičení orgánu, který je bolavý	zpívání

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka I. 2: Dochází za Vámi na cvičení fyzioterapeut, rehabilitační pracovník nebo někdo, kdo jejich práci vykonává?

Graf I. 1: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 2 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory



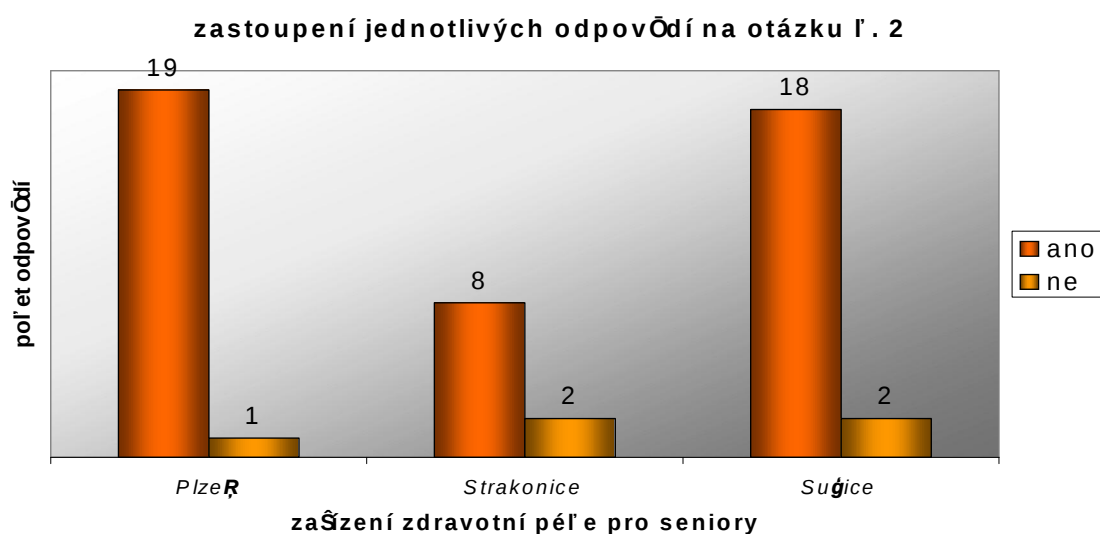
Zdroj: vlastní výzkum

Z počtu dvaceti respondentů v každém zkoumaném zařízení sociální péče dochází v domově pro seniory v Plzni zdravotní sestry a pečovatelky na cvičení za devíti klienty (45 %), v domově pro seniory v Klatovech zdravotní sestry a pečovatelky za dvanácti klienty (třetina) a v domově pro seniory v Sušici rehabilitační sestra za patnácti klienty (třetina). Z Jihočeského kraje cvičí v domově pro seniory v Českých Budějovicích fyzioterapeutky se sedmnácti klienty (85 %), v domově pro seniory ve Strakonici fyzioterapeuti se třinácti klienty (70 %) a v domově pro seniory ve Vodňanech zdravotní sestra s masérským kurzem s osmnácti klienty (90 %).

Ve vybraných zařízeních sociální péče pro seniory v Plzeňském kraji tedy cvičí šest klientů (67 %) a v Jihočeském kraji šest devět klientů (82 %) z deseti dotázaných. Celkově dochází fyzioterapeuti a ostatní zdravotní pracovníci ve

zkoumaných domovech pro seniory za osmdesáti devíti klienty ze sto dvaceti respondentů (74 %).

Graf 1. 2: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 2 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Na oddělení geriatric v Plzni odpovědělo kladně na otázku cvičení s fyzioterapeutem apod. devatenáct pacientů (95 %) a v Sušici na oddělení LDN osmnáct pacientů (90 %) z dvaceti dotázaných. Ve Strakonici na oddělení následné péče vybralo kladnou odpověď osm pacientů z deseti (ltyš pōiny). Celkově tedy v zařízeních zdravotní péče cvičí s fyzioterapeuty ltyšcet pō pacientů z padesáti dotázaných, což odpovídá 90 % respondentů.

Pokud vyhodnotím všech sto sedmdesát dotazníků, dochází na cvičení fyzioterapeut, rehabilitační pracovník či jiný zdravotnický pracovník za sto třiceti ltyšmi klienty, tedy za 79 % respondentů.

Otázka I. 3: Pokud ano, jak často?

Na třetí otázku odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na druhou otázku byla kladná.

Tabulka I. 2: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 3 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory v Plzeňském kraji

	Plzeň		Klatovy		Sušice	
několikrát denně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou denně	6	67 %	0	0 %	2	13 %
jednou za dva až tři dny	2	22 %	12	75 %	12	80 %
jednou za týden	0	0 %	0	0 %	0	0 %
méně často	1	11 %	4	25 %	1	7 %
počet odpovědí Ano u otázky I. 2	9		16		15	

Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z uvedené tabulky, v domovech pro seniory v Plzni převládá forma cvičení jednou denně (67 %). Naopak v Klatovech a v Sušici zvolila většina dotazovaných seniorů (třetiny a čtyřtiny) možnost cvičení jednou za dva až tři dny.

Tabulka I. 3: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 3 ve zkoumaných zařízeních sociální péče v Jihočeském kraji

	České Budějovice		Strakonice		Vodňany	
několikrát denně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou denně	15	88 %	0	0 %	12	67 %
jednou za dva až tři dny	2	12 %	14	100 %	4	22 %
jednou za týden	0	0 %	0	0 %	2	11 %
méně často	0	0 %	0	0 %	0	0 %
počet odpovědí Ano u otázky I. 2	17		14		18	

Zdroj: vlastní výzkum

V zašizených sociální péče pro seniory v Leských Budčovicích a ve Vodčanech probíhá cvičení dle výsledků dotazníkového šetření ve včíněpšpadě jednou denně (88 % a 67 %). Ve Strakonici se respondenti 100 % shodli na cvičení s fyzioterapeutem jednou za dva až tři dny.

Tabulka 1. 4: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 3 ve zkoumaných zašizených zdravotní péče pro seniory

	Plzeň		Strakonice		Sušice	
několikrát denně	0	0 %	2	25 %	6	33 %
jednou denně	15	79 %	5	63 %	6	33 %
jednou za dva až tři dny	4	21 %	0	0 %	5	28 %
jednou za týden	0	0 %	0	0 %	0	0 %
méně často	0	0 %	1	13 %	1	6 %
počet odpovědí Ano u otázky 1. 2	19		8		18	

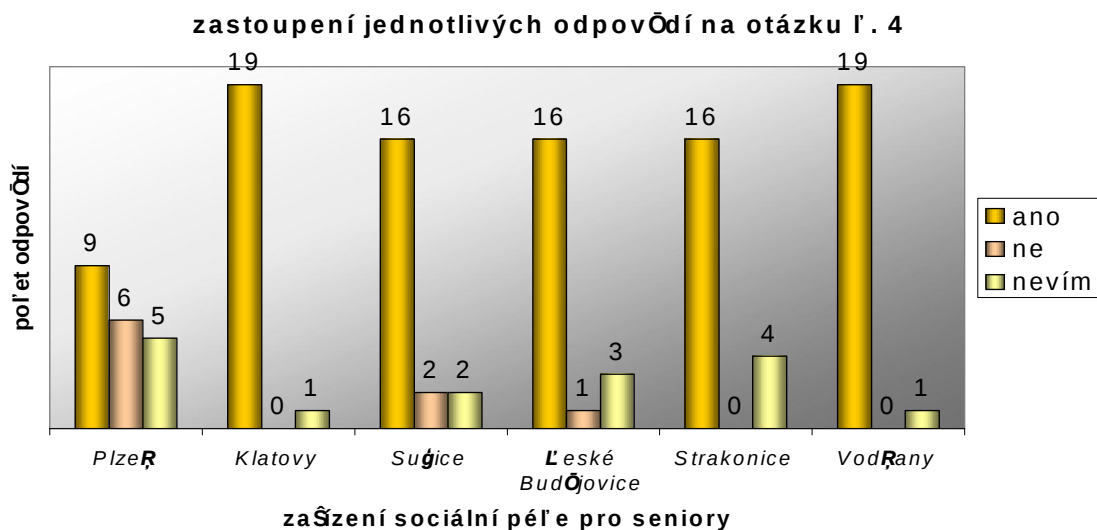
Zdroj: vlastní výzkum

Na všech odděleních vybraných nemocnic převažuje individuální cvičení jednou denně. V plzeňské nemocnici v 79 % odpovědí, ve strakonické nemocnici v 63 % odpovědí a v jedné třetině odpovědí v sušické nemocnici, kde stejné množství respondentů také zvolilo odpověď několikrát denně.

Ze sto šesti ltyš odpovídajících respondentů zvolilo možnost cvičení s fyzioterapeutem nebo rehabilitačním či jiným pracovníkem několikrát denně osm osob (6 %), možnost cvičení jednou denně šedesát jedna osob (46 %), jednou za dva až tři dny padesát pět osob (41 %), jednou za týden dvě osoby (1 %) a méně často osm osob (6 %). Celkově tedy převažuje léčebná tělesná výchova jednou denně (se 46 %), lta je také LTV jednou za dva až tři dny (se 41 %).

Otázka I. 4: Jsou ve Vašem zašizení také skupinová cvičení pro více osob?

Graf I. 3: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 4 ve zkoumaných zašizeních sociální péče pro seniory



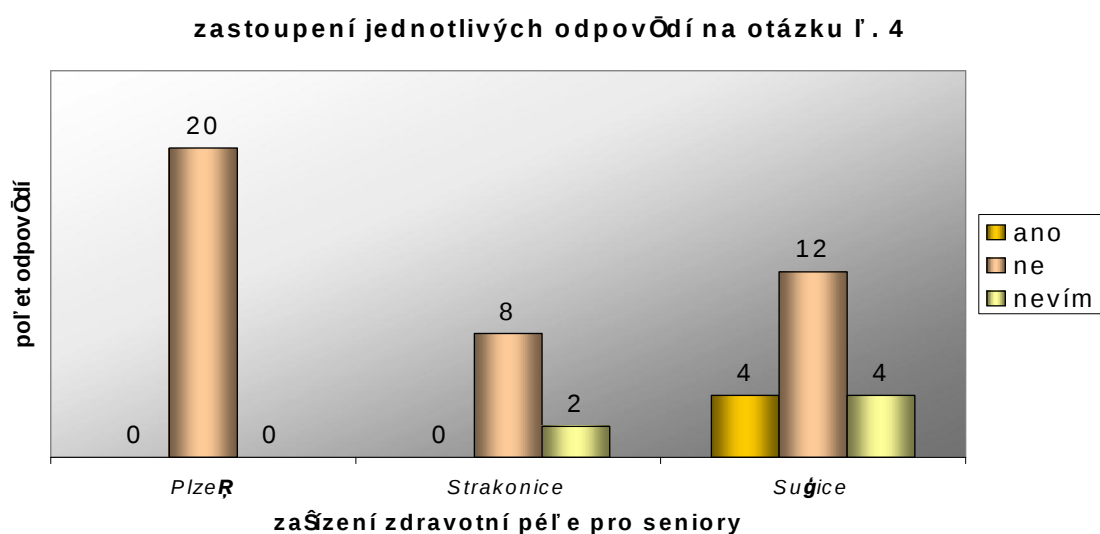
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda jsou v jednotlivých zašizeních zdravotní a sociální péče skupinová cvičení, odpovědělo v domově pro seniory v Plzni kladně devět respondentů (45 %), záporně šest respondentů (30 %) a možnost „nevím“ zvolilo pět respondentů (jedna čtvrtina). V domově pro seniory v Klatovech na tutéž otázku kladně odpovědělo devatenáct dotazovaných seniorů (95 %) a možnost „nevím“ zvolil jeden senior (5 %). Domov pro seniory v Sušici nabízí skupinová cvičení podle šestnácti dotazovaných (třetinu pětina), podle dvou dotazovaných (10 %) skupinová cvičení součástí nabídky nejsou a stejný počet osob (tamtéž 10 %) o nabídce skupinových cvičení v domově neví.

V Leských Boudčovicích odpovědělo v domově pro seniory na otázku ohledně skupinových cvičení v zašizení kladně šestnáct osob (třetinu pětina), záporně jedna osoba (5 %) a s odpovědí si nebyly jisty tři osoby (15 %). Ve Strakonici vybralo kladnou odpověď tamtéž šestnáct dotazovaných (třetinu pětina) a tři jedinci zvolili odpověď „nevím“ (jedna pětina). Domov pro seniory ve Vodňanech nabízí skupinová cvičení

podle devatenácti dotazovaných seniorů (95 %) a jeden dotazovaný senior o možnosti těchto cvičení v domovů neví (5 %).

Graf 1. 4: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 4 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

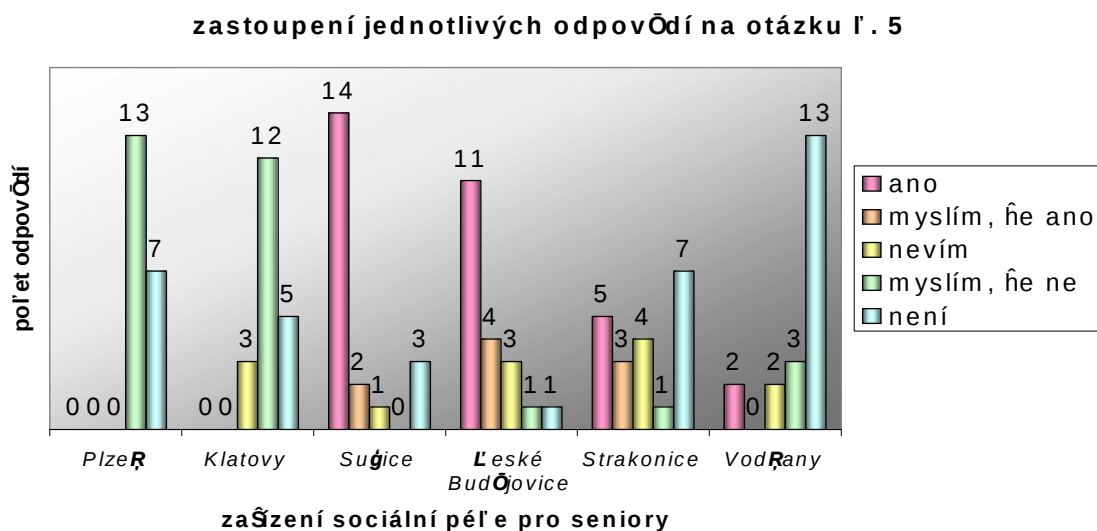
Na oddělení geriatric v plzeňské nemocnici odpovědělo na otázku skupinových cvičení dvacet pacientů, tedy celých 100 % dotazovaných, záporně. Spíše záporně odpovídali také pacienti ve strakonické nemocnici, kde odpověď ano zvolilo osm osob (třetina) a dvě osoby (jedna pětina) o skupinových cvičeních na oddělení neví. Sušická nemocnice jako jediná ze zkoumaných zařízení zdravotní péče skupinová cvičení podle třetiny pacientů (jedna pětina) nabízí. Dalších dvanáct pacientů (třetina) však možnost skupinových cvičení na oddělení popírá a třetina pacientů (jedna pětina) o takovéto možnosti neví.

Vyhodnotím-li všechna zkoumaná zařízení sociální péče společně odpovědělo na možnost skupinových cvičení kladně 79 % respondentů. Při stejném vyhodnocení zkoumaných zařízení zdravotní péče získám 8 % kladných odpovědí. Dalo by se tedy

Šci, ě ze vĚch zkoumanĚch zařzení zdravotní a sociální pĚle pro seniory tvoř skupinová cvičení součást tradiční nabídky služeb spĚe v zařzeních pĚle sociální.

Otázka Ĥ. 5: Je ve Vařem zařzení mořnost vodolĚby (vĚřvka, podvodní masāĤĚ)?

Graf Ĥ. 5: ZastoupenĤ jednotlivĚch odpovĚdĤ na otázku Ĥ. 5 ve zkoumanĚch zařzeních sociální pĚle pro seniory

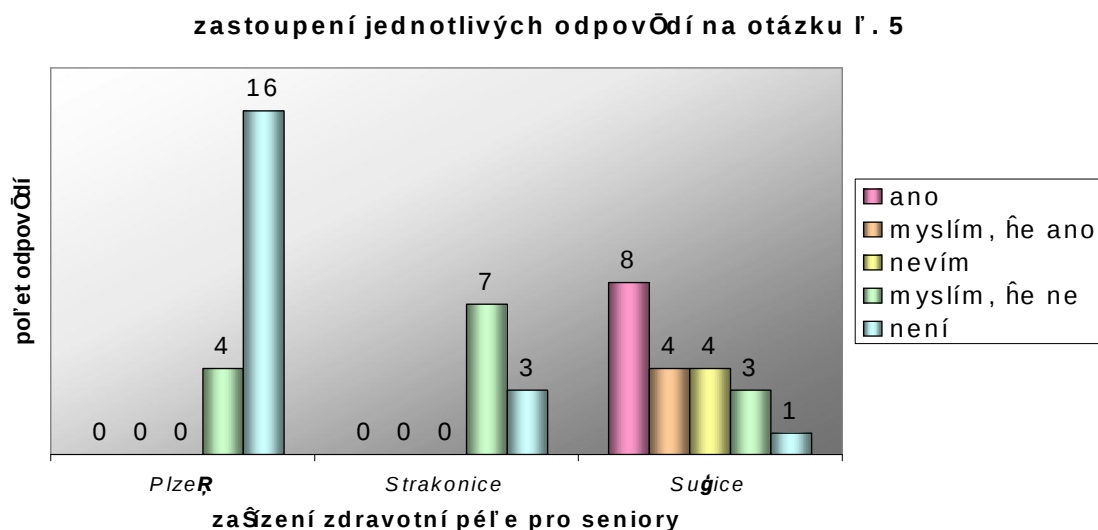


Zdroj: vlastní vĚzkum

Z Plzeřského kraje nabízí dle vĚsledkĤ vĚřzkumu mořnost vodolĚby pouze domov pro seniory v SuĤici, kde odpovĚdĤo kladnĤtrnāct respondentĤ (70 %) a dva respondenti (10 %) si myslĤ, Ĥe v domovĤmořnost vodolĚby je.

V JihoĤeskĚm kraji jsou vodolĚbou vybavena dle vĚsledkĤ vĚřchna zkoumanā zařzení. V ĤeskĚch BudĤovicĤch odpovĚdĤo na otázku kladnĤjedenāct dotazovanĤch (55 %), ve Strakonice pĤ dotazovanĤch (jedna Ĥtvrtina) a ve Vodřanech dva dotazovanĤ (10 %). OdpovĚĤ ĤmyslĤm, Ĥe anoĤ volily v ĤeskĚch BudĤovicĤch ĤtĤř osoby (jedna pĤina) a ve Strakonice tř osoby (15 %).

Graf P. 6: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku P. 5 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

V zařízeních zdravotní péče se s možností vodoléčby dle pacientů setkáváme pouze na LDN v Sušici, kde odpovědělo kladně osm pacientů (dvě pčiny) a čtyři pacienti (jedna pčina) předpokládají, že na oddělení možnost vodoléčby existuje. Nemocnice v menším městě je tedy v tomto případě vybavena lépe než v bývalém okresním nebo krajském městě.

Otázka P. 6: Pokud je ve Vašem zařízení možnost vodoléčby, využíváte ji? Jak často?

Na čestnou otázku odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na pátou otázku zněla Ano nebo Myslím, že ano.

Tabulka 1. 5: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 6 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory v Plzeňském kraji

	Plzeň		Klatovy		Sušice	
někdy	x	x	x	x	0	0 %
jednou denně	x	x	x	x	0	0 %
jednou za dva až tři dny	x	x	x	x	0	0 %
jednou za týden	x	x	x	x	6	38 %
méně často	x	x	x	x	4	25 %
vůbec nevyužívám	x	x	x	x	6	38 %
počet odpovědí Ano a Ne, jsem si jistá, že ano u otázky 1. 5	0		0		16	

Zdroj: vlastní výzkum

V domovech pro seniory v Sušici využívá možnost vodoléby 63 % odpovídajících respondentů, z toho 38 % jednou za týden a jedna čtvrtina méně často. 38 % osob možnost vodoléby vůbec nevyužívá. V domovech pro seniory v Plzni a v Klatovech na otázku nikdo neodpovídal.

Tabulka 1. 6: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 6 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory v Jihočeském kraji

	Leské Budčovice		Strakonice		Vodňany	
někdy	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou denně	0	0 %	0	0 %	1	50 %
jednou za dva až tři dny	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou za týden	2	13 %	0	0 %	0	0 %
méně často	5	33 %	3	38 %	0	0 %
vůbec nevyužívám	8	53 %	5	63 %	1	50 %
počet odpovědí Ano a Ne, jsem si jistá, že ano u otázky 1. 5	15		8		2	

Zdroj: vlastní výzkum

V domovech pro seniory v Leských Budčovicích využívá možnost vodoléby 53 % (53 %) vodolébu nevyužívá. Podobně na tom domov pro seniory ve Strakonici, kde vodolébu nevyužívá 63 % respondentů. Ve Vodňanech ze dvou osob, které na

předchozí otázku odpovídaly kladně vodoléřbu využívá první osoba jednou denně a druhá ji nevyužívá vůbec.

Tabulka 1. 7: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 6 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče

	Plzeň		Strakonice		Sušice	
někdy	x	x	x	x	0	0 %
jednou denně	x	x	x	x	0	0 %
jednou za dva až tři dny	x	x	x	x	1	8 %
jednou za týden	x	x	x	x	0	0 %
méně často	x	x	x	x	1	8 %
vůbec nevyužívám	x	x	x	x	10	83 %
počet odpovědí Ano a Ne, které odpovídají na otázku 1. 5	0		0		12	

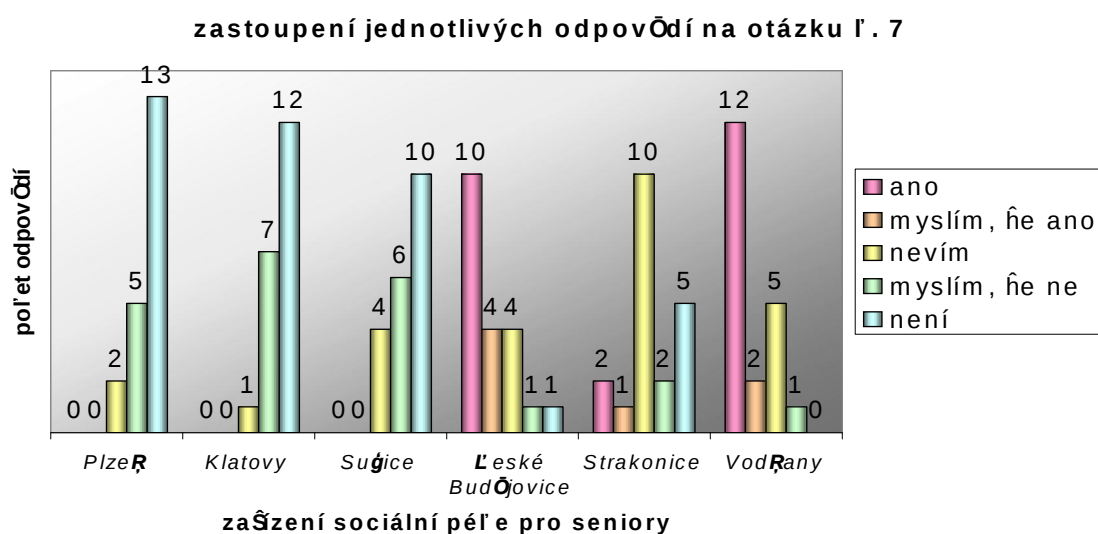
Zdroj: vlastní výzkum

Na oddělení LDN v Sušici využívá možnost vodoléřby 17 % dotazovaných seniorů (z toho necelých 8 % jednou za dva až tři dny a necelých 8 % méně často než jednou za týden) a dalších 83 % ji nevyužívá. V plzeňské a strakonické nemocnici pacienti na tuto otázku neodpovídali.

V celkovém hodnocení lze konstatovat, že většina respondentů, kteří na gestou otázku odpovídali (57 %), možnost vodoléřby v zařízeních zdravotní a sociální péče vůbec nevyužívá.

Otázka I. 7: Je ve Vašem zařízení možnost elektroléby (různé typy proudů, magnet,ě)?

Graf I. 7: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 7 ve zkoumaných zařazeních sociální péče pro seniory

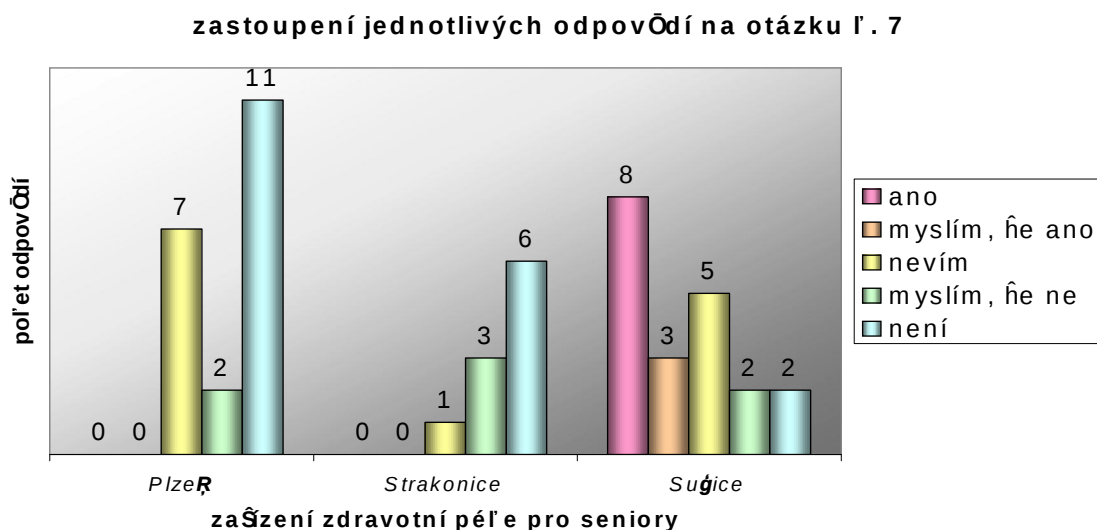


Zdroj: vlastní výzkum

Možnost elektroléby nenabízí podle získaných dat ani jeden zkoumaný domov pro seniory v Plzeňském kraji. Zda se v jejich zařazení elektroléba nachází, neví v domovů pro seniory v Plzni dvě osoby (10 % respondentů), v domovů pro seniory v Klatovech jedna osoba (5 % respondentů) a v domovů pro seniory v Sušici čtyři osoby (pětina respondentů).

V Jihočeském kraji odpovídá v domovů pro seniory v Leských Buzovicích na otázku možnosti elektroléby kladně deset dotazovaných (polovina), ve Strakonici dva dotazovaní (10 %) a ve Vodňanech dvanáct dotazovaných (třetina). Je v jejich zařazení existuje možnost elektroléby, předpokládají v Leských Buzovicích čtyři jedinci (jedna pětina), ve Strakonici jeden člověk (5 %) a ve Vodňanech dvě osoby (10 %).

Graf P. 8: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku P. 7 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Z nemocničních oddělení se s možností elektrolýzy setkáme podle získaných dat pouze na LDN v Sušici, kde na sedmou otázku odpovědělo kladně osm dotazovaných (dvěpětina). Těm dalším dotazovaným (15 %) si myslí, že by se na oddělení měla elektrolýza nacházet. Na oddělení geriatrické plzeňské nemocnice a na oddělení následné péče strakonické nemocnice převažují názory, že se v daném zařízení s elektrolýzou nelze setkat.

Otázka P. 8: Pokud je ve Vašem zařízení možnost elektrolýzy, využíváte ji? Jak často?

Na osmou otázku odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na sedmou otázku zněla *Ano* nebo *Myslím, že ano*.

V zařízeních sociální péče v Plzeňském kraji na osmou otázku nikdo neodpovídal, protože v těchto zařízeních není elektrolýza dle dotazovaných seniorů

součástí standardní nabídky služeb. (Proto zde ani není uvedena tabulka zastoupení jednotlivých odpovědí.)

Tabulka 1. 8: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 8 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory v Jihočeském kraji

	Leské Budčovice		Strakonice		Vodňany	
několikrát denně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou denně	0	0 %	0	0 %	10	71 %
jednou za dva až tři dny	0	0 %	0	0 %	3	21 %
jednou za týden	3	21 %	0	0 %	0	0 %
méně často	2	14 %	0	0 %	0	0 %
vůbec nevyužívám	9	64 %	3	100 %	1	7 %
počet odpovědí Ano a myslím, že ano na otázku 1. 7	14		3		14	

Zdroj: vlastní výzkum

V domovech pro seniory v Leských Budčovicích využívá nabídky elektroterapie necelých 36 % dotazovaných, většina osob (64 %) této nabídky nevyužívá. V domovech pro seniory ve Strakonici zvolilo četnost využívání elektroterapie nulovou všech 100 % odpovídajících. Pouze v domovech pro seniory ve Vodňanech je dle odpovědí na otázku číslo osm využívána elektroterapie ve větším množství, a to z necelých 93 %.

Tabulka 1. 9: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 8 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory

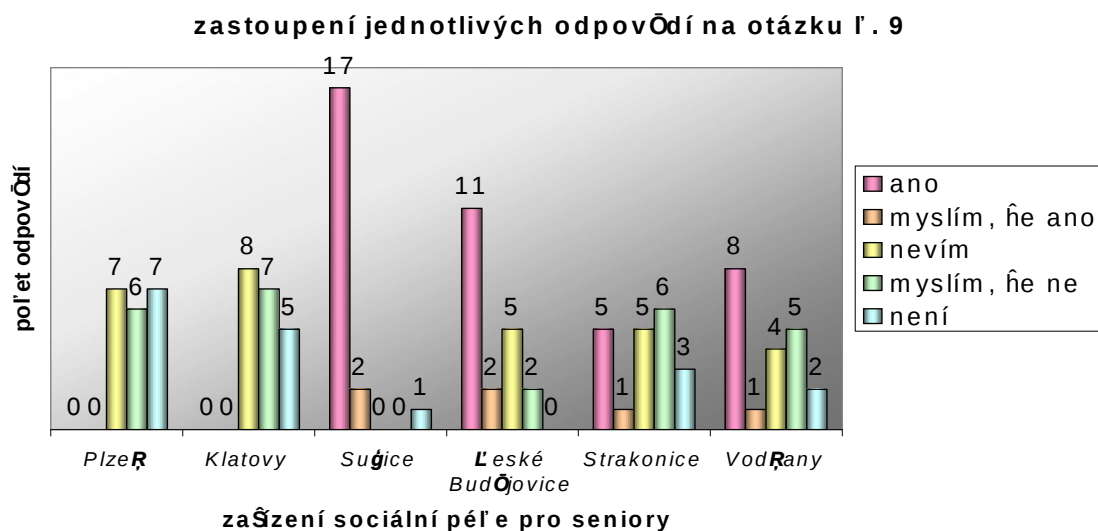
	Plzeň		Strakonice		Sušice	
několikrát denně	x	x	x	x	0	0 %
jednou denně	x	x	x	x	0	0 %
jednou za dva až tři dny	x	x	x	x	1	9 %
jednou za týden	x	x	x	x	0	0 %
méně často	x	x	x	x	2	18 %
vůbec nevyužívám	x	x	x	x	8	73 %
počet odpovědí Ano a myslím, že ano na otázku 1. 7	0		0		11	

Zdroj: vlastní výzkum

Na oddělení LDN v Sušici využívá z odpovídajících osob elektroléřbu 27 % seniorů, z toho 9 % jednou za dva až tři dny a 18 % méně často. Převládá zde ale polovina seniorů, kteří možnost elektroléřby nevyužívají (73 %). V plzeňské a ve strakonické nemocnici respondenti na osmou otázku neodpovídali.

Otázka I. 9: Je ve Vašem zařízení možnost termoterapie (teplé i studené zábaly, parafín, rašelina, ...)?

Graf I. 9: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 9 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory



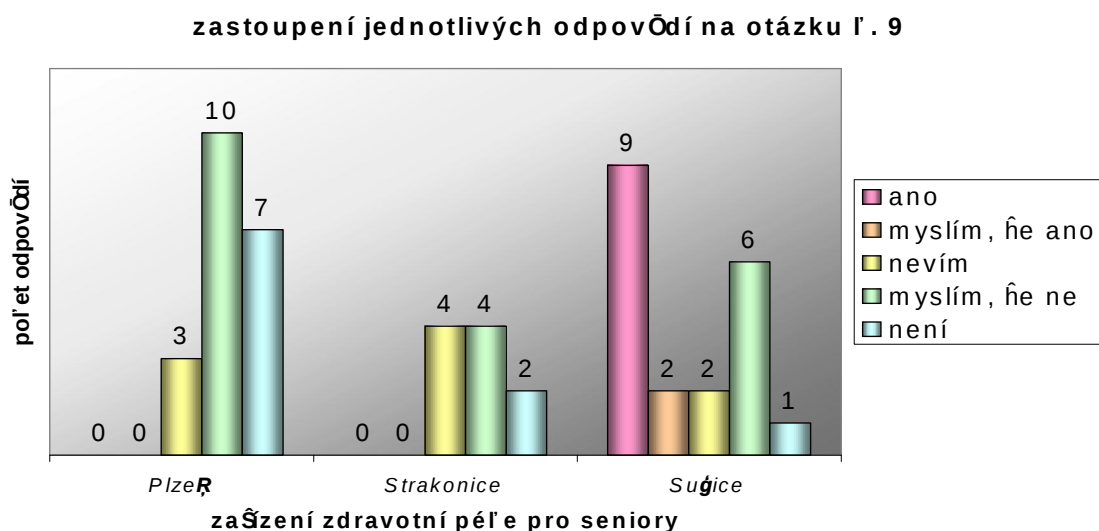
Zdroj: vlastní výzkum

Možnost termoterapie nabízí ze zkoumaných zařízení sociální péče v Plzeňském kraji pouze domov pro seniory v Sušici, kde na devátou otázku odpovědělo kladně sedmnáct respondentů (85 %) a odpověď „myslím, že ano“ zvolili dva respondenti (10 %). V domovech pro seniory v Plzni a v Klatovech vybírali dotazovaní senioři poměrně vyrovnaně pouze odpovědi „nevím“, „myslím, že ne“ a „ne“.

V Jihočeském kraji se s termoterapií setkáme podle dotazníkového šetření ve všech zkoumaných zařízeních sociální péče, kde dvů pĕiny vĕch dotazovaných odpovĕly na devĕtou otĕzku Ano a 7 % odpovĕlo Myslĕm, ěe ano.

V domovĕ pro seniory v Ľeskĕch Budĕovicĕch je termoterapie poskytovĕna dle jedenĕcti respondentĕ (55 %) a nejspĕj poskytovĕna dle dvou respondentĕ (10 %). Domov pro seniory ve Vodĕanech nabĕzĕ termoterapii dle osmi respondentĕ (dvĕ pĕiny) a pravdĕpodobnĕ nabĕzĕ dle jednoho respondenta (5 %). V domovĕ pro seniory ve Strakonicech pĕevlĕdajĕ spĕje zĕpornĕ odpovĕdi. Odpovĕdi Ano a Myslĕm, ěe ne o zaĕrtlo v dotaznĕku devĕ osob (45 %), odpovĕdi Ano a Myslĕm, ěe ano o ěest osob (30 %). Pĕesto budu pro dalĕĕ otĕzku vychĕzet z pĕedpokladu, ěe domov pro seniory ve Strakonicech termoterapii nabĕzĕ.

Graf Ľ. 10: Zastoupenĕ jednotlivĕch odpovĕdĕ na otĕzku Ľ. 9 ve zkoumanĕch zařĕzenĕch zdravotnĕ pĕe pro seniory



Zdroj: vlastní vĕzkum

Ze zkoumanĕch zařĕzenĕch zdravotnĕ pĕe pro seniory je podle vĕsledkĕ dotaznĕkovĕho šetřĕnĕ termoterapie poskytovĕna pouze v nemocnici v Suĕici, kde

o jejím provozování na oddělení ví devět respondentů (45 %) a předpokládají ho dva respondenti (10 %).

Otázka P. 10: Pokud je ve Vašem zařízení možnost termoterapie, využíváte ji? Jak často?

Na desátou otázku odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na devátou otázku zněla Ano nebo Anyslím, že ano.

Tabulka P. 10: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku P. 10 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory v Plzeňském kraji

	Plzeň		Klatovy		Sušice	
někdy	x	x	x	x	0	0 %
jednou denně	x	x	x	x	2	11 %
jednou za dva až tři dny	x	x	x	x	6	32 %
jednou za týden	x	x	x	x	6	32 %
méně často	x	x	x	x	2	11 %
vůbec nevyužívám	x	x	x	x	3	16 %
počet odpovědí Ano a Anyslím, že ano na otázku P. 9	0		0		19	

Zdroj: vlastní výzkum

Protože na devátou otázku v domovech pro seniory v Plzni a v Klatovech nikdo Ano a Anyslím, že ano neodpověděl, byla desátá otázka vyhodnocena pouze v domovech pro seniory v Sušici. Možnost termoterapie je zde využívána v 84 % procentech případů, z toho převládá četnost terapie jednou za dva až tři dny a jednou za týden (shodně 32 %).

Tabulka I. 11: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 10 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory v Jihočeském kraji

	Leské Budčovice		Strakonice		Vodňany	
několikrát denně	0	0 %	0	0 %	1	11 %
jednou denně	0	0 %	0	0 %	6	67 %
jednou za dva až tři dny	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou za týden	0	0 %	0	0 %	0	0 %
méně často	6	46 %	4	67 %	0	0 %
vůbec nevyužívám	7	54 %	2	33 %	2	22 %
počet odpovědí Ano a Ne, jsem si jistá na otázku I. 9	13		6		9	

Zdroj: vlastní výzkum

V domovech pro seniory v Leských Budčovicích je mezi odpovídajícími respondenty možnost termoterapie využívána minimálně proto, že 54 % z nich tuto možnost vůbec nevyužívá a 46 % ji využívá méně často než jednou za týden. Podobně je na tom domov pro seniory ve Strakonici, kde léčbu teplem i chladem podstupuje 67 % odpovídajících osob méně často než jednou za týden a jedna třetina osob ji nepostupuje vůbec. Pouze ve Vodňanech pěstuje počet jedinců, kteří termoterapii využívají často; 67 % odpovídajících ji využívá jednou denně a 11 % několikrát denně.

Tabulka I. 12: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 10 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory

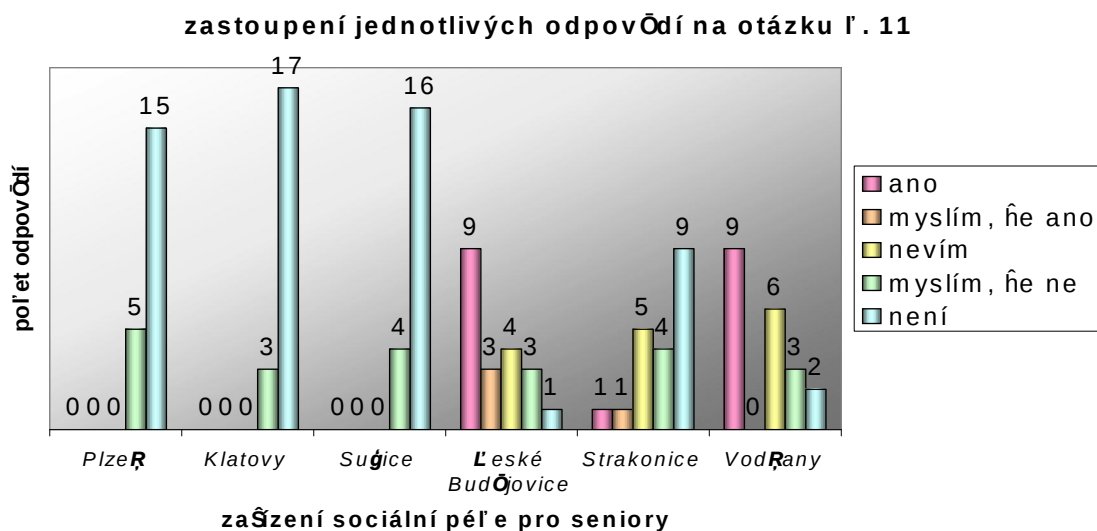
	Plzeň		Strakonice		Sušice	
několikrát denně	x	x	x	x	1	9 %
jednou denně	x	x	x	x	0	0 %
jednou za dva až tři dny	x	x	x	x	0	0 %
jednou za týden	x	x	x	x	0	0 %
méně často	x	x	x	x	0	0 %
vůbec nevyužívám	x	x	x	x	10	91 %
počet odpovědí Ano a Ne, jsem si jistá na otázku I. 9	0		0		11	

Zdroj: vlastní výzkum

Ze zkoumaných nemocničních zařízení byla otázka I. 10 zodpovězena pouze na oddělení LDN v Sušici, kde možnost termoterapie využívá z odpovídajících osob pouze jeden člověk (9 %) a převažuje počet jedinců, kteří léčbu teplem vůbec nevyužívají (91 %).

Otázka I. 11 : Je ve Vašem zařízení možnost fototerapie ("horské sluníčko", solárium, laser, ...)?

Graf I. 11: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 11 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory

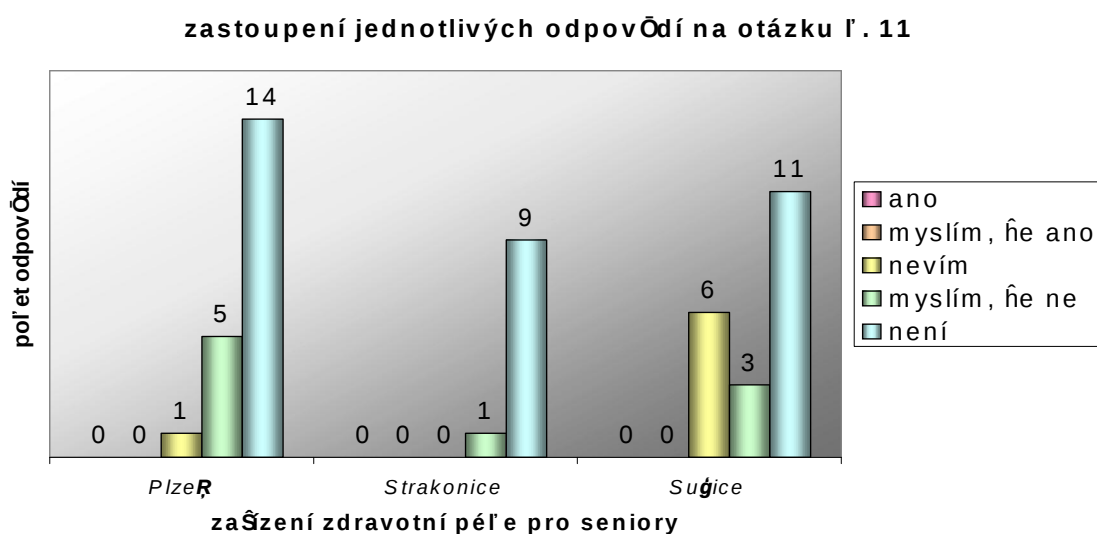


Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z dotazníkového šetření, možnost fototerapie nabízejí pouze zkoumaná zařízení sociální péče v Jihočeském kraji. V domovech pro seniory v Leských Boudovicích se s touto možností setkáme podle devíti dotazovaných (45 %) a pravděpodobně setkáme dle tří dotazovaných (15 %). V domově pro seniory ve Strakonici převažuje názor, že v něm možnost fototerapie není (45 %). Přesto jedna osoba o existenci této terapie v domově (5 %) a jedna osoba si myslí, že by v domově

můžou být (5 %). V domovech pro seniory ve Vodňanech odpovídalo na jedenáctou otázku kladně devět respondentů (45 %).

Graf 1. 12: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 11 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Dle odpovědí respondentů není fototerapie poskytována ani na jednom zkoumaném nemocničním oddělení, tedy ani na oddělení geriatrické v plzeňské nemocnici, na oddělení následné péče ve strakonické nemocnici a ani na lůžkách dlouhodobě nemocných v sušické nemocnici.

Podle výsledků dotazníkového šetření by se tak dalo říci, že ze všech možných druhů fyzikální terapie je léčba pomocí různých typů záření ve zkoumaných zařízeních zdravotní a sociální péče zastoupena nejméně (odpovědi *Ano* a *Myslím, že ano* zvolilo pouze 14 % všech dotazovaných).

Otázka I. 12: Pokud je ve Vašem zařízení možnost fototerapie, využíváte ji? Jak často?

Na dvanáctou otázku odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na jedenáctou otázku zněla Ano nebo Anyslím, že ano.

Ze všech zkoumaných zařízení zdravotní a sociální péče se dle výsledků dotazníkového šetření nacházejí přístroje pro fototerapii pouze v domovech pro seniory v Jihočeském kraji, proto na dvanáctou otázku v zařízeních sociální péče v Plzeňském kraji a v zařízeních zdravotní péče v obou krajích nikdo neodpovídal. (Nejsou zde proto ani uvedeny tabulky zastoupení jednotlivých odpovědí.)

Tabulka I. 13: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 12 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory v Jihočeském kraji

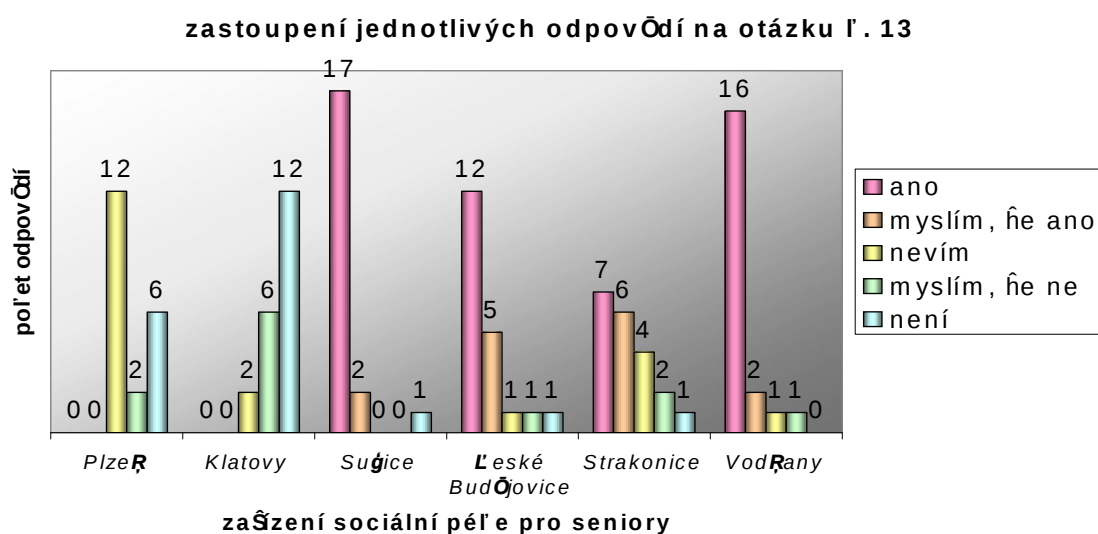
	Leské Budčovice		Strakonice		Vodňany	
někdy denně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou denně	0	0 %	1	50 %	7	78 %
jednou za dva až tři dny	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou za týden	0	0 %	0	0 %	0	0 %
méně často	4	33 %	0	0 %	0	0 %
vůbec nevyužívám	8	67 %	1	50 %	2	22 %
počet odpovědí Ano a Anyslím, že ano na otázku I. 11	12		2		9	

Zdroj: vlastní výzkum

V domovech pro seniory v Leských Budčovicích většina odpovídajících jedinců (67 %) možnost fototerapie vůbec nevyužívá a zbytek jedinců (jedna třetina) ji využívá méně často než jednou za týden. V domovech pro seniory ve Strakonici na dvanáctou otázku odpovídali dva respondenti, z nichž jeden možnost fototerapie využívá jednou denně a druhý ji nevyužívá vůbec. V domově pro seniory ve Vodňanech z devíti odpovídajících osob využívá léčbu zářením 78 % respondentů a 22 % ji nevyužívá vůbec.

Otázka I. 13: Je ve Vašem zařízení možnost mechanoterapie (masáže, baňky, ultrazvuk, ...)?

Graf I. 13: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 13 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory

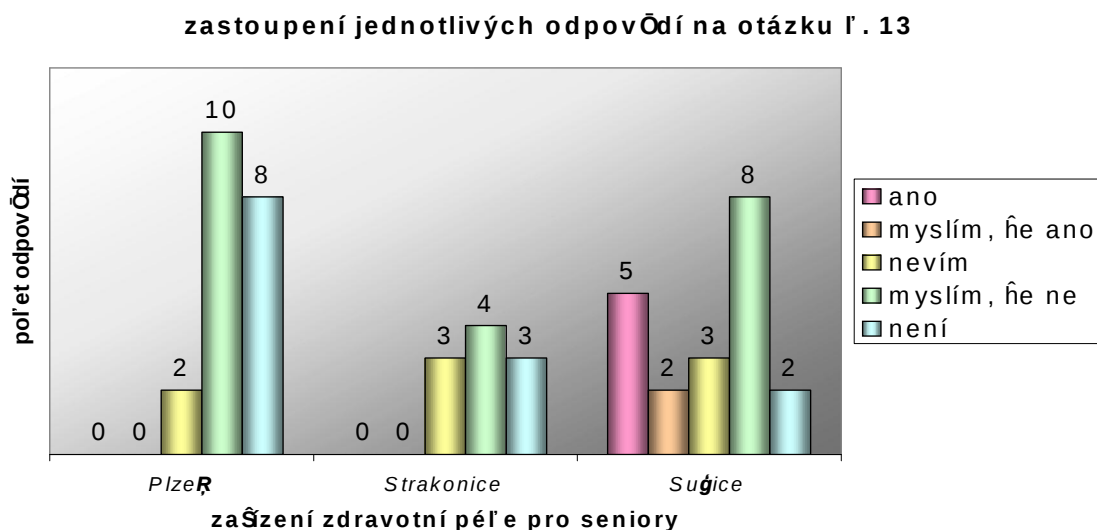


Zdroj: vlastní výzkum

V zařízeních sociální péče v Plzeňském kraji je mechanoterapie nabízena dle výsledků výzkumu pouze v domově pro seniory v Sušici, a to podle sedmnácti dotazovaných (85 %), kteří o možnosti mechanoterapie v domově ví, a dvou dotazovaných (10 %), kteří si myslí, že tato možnost v domově je.

V domově pro seniory v Leských Boudovicích je mechanoterapie poskytována dle dvanácti respondentů (60 %) a nejspíše poskytována dle pěti respondentů (jedna čtvrtina). Ve Strakonici o existenci mechanoterapie v domově pro seniory ví sedm dotazovaných (35 %) a předpokládá ji šest dotazovaných (30 %). V domově pro seniory ve Vodňanech jsou kladné odpovědi zastoupeny z Jihočeského kraje v největším počtu; šestnáct osob (třicet procent) odpovědělo na šestou otázku ano a dvě osoby (10 %) myslím, že ano.

Graf I. 14: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 13 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Ze zkoumaných zařízení zdravotní péče pro seniory je možné setkat se s mechanoterapií na základě dotazníků pouze na oddělení LDN v Sušici, kde pět respondentů (jedna čtvrtina) zastává názor, že je zde mechanoterapie poskytována, a dva respondenti (10 %) tento typ terapie na oddělení předpokládají.

Na základě výsledků dotazníkového šetření, kdy 44 % všech dotazovaných volilo na třináctou otázku odpověď Ano nebo Myslím, že ano, lze konstatovat, že možnost mechanoterapie je nejvíce zastoupenou možností fyzikální terapie ve zkoumaných zařízeních zdravotní a sociální péče.

Otázka I. 14: Pokud je ve Vašem zařízení možnost mechanoterapie, využíváte ji? Jak často?

Na třináctou otázku odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na třináctou otázku zněla Ano nebo Myslím, že ano.

Tabulka 1. 14: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 14 ve zkoumaných zařízeních sociální péče v Plzeňském kraji

	Plzeň		Klatovy		Sušice	
někdy	x	x	x	x	0	0 %
jednou denně	x	x	x	x	0	0 %
jednou za dva až tři dny	x	x	x	x	5	26 %
jednou za týden	x	x	x	x	5	26 %
méně často	x	x	x	x	6	32 %
vůbec nevyužívám	x	x	x	x	3	16 %
počet odpovědí Ano a Ne, které ano na otázku 1. 13	0		0		19	

Zdroj: vlastní výzkum

V zařízeních sociální péče pro seniory v Plzeňském kraji je dle dotazníkového šetření mechanoterapie nabízena pouze v domovech pro seniory v Sušici, kde ji využívá 84 % respondentů, z toho nejvíce procent (32 %) méně často než jednou za týden.

Tabulka 1. 15: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 14 ve zkoumaných zařízeních sociální péče v Jihočeském kraji

	Leské Boudkovice		Strakonice		Vodňany	
někdy	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou denně	0	0 %	0	0 %	7	39 %
jednou za dva až tři dny	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jednou za týden	0	0 %	0	0 %	3	17 %
méně často	5	29 %	4	31 %	3	17 %
vůbec nevyužívám	12	71 %	9	69 %	5	28 %
počet odpovědí Ano a Ne, které ano na otázku 1. 13	17		13		18	

Zdroj: vlastní výzkum

V domovech pro seniory v Leských Boudkovicích i ve Strakoniciích pěstuje počet dotazovaných jedinců, kteří možnosti mechanoterapie nevyužívají. V domově pro seniory v Leských Boudkovicích je to dvanáct jedinců (71 %) a ve Strakoniciích devět jedinců (69 %). Ostatní odpovídající v obou domovech využívají možnosti

mechanoterapie méně často než jednou za týden. Pouze v domovech pro seniory ve Vodňanech je z Jihočeského kraje mezi odpovídajícími respondenty mechanoterapie více využívána, a to v 72 % případů. Převažuje dokonce četnost využívání mechanoterapie jednou denně (39 % případů).

Tabulka I. 16: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 14 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče

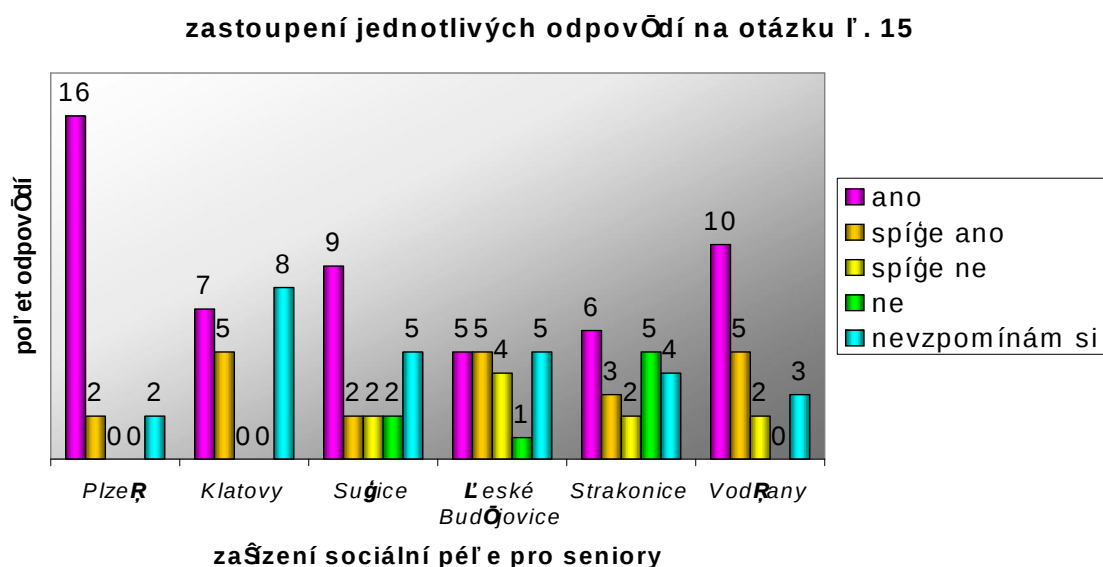
	Plzeň		Strakonice		Sušice	
více než jednou denně	x	x	x	x	0	0 %
jednou denně	x	x	x	x	0	0 %
jednou za dva až tři dny	x	x	x	x	1	14 %
jednou za týden	x	x	x	x	0	0 %
méně často	x	x	x	x	2	29 %
vůbec nevyužívám	x	x	x	x	4	57 %
počet odpovědí Ano a Ne, ať už na otázku I. 13	0		0		7	

Zdroj: vlastní výzkum

Na oddělení LDN v Sušici převládá mezi sedmi odpovídajícími respondenty počet osob, které mechanoterapii nevyužívají (57 %). Na ostatních zkoumaných odděleních není dle výsledků předchozí otázky mechanoterapie poskytována.

Otázka I. 15: Byl(a) jste dostatečně seznámen(a) s nabídkou fyzioterapie a léčebné rehabilitace ve Vašem zařízení?

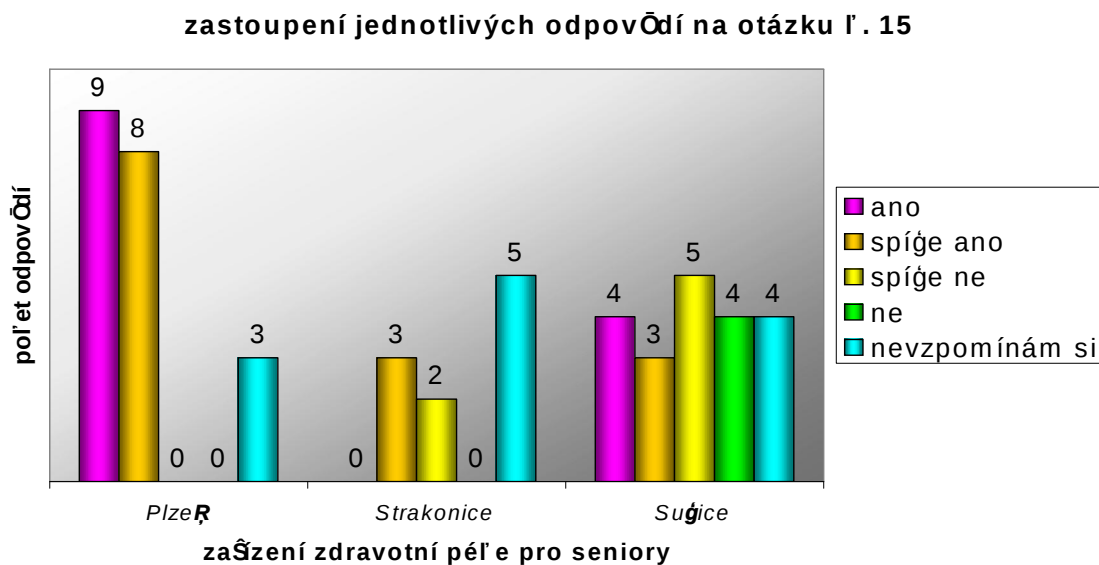
Graf I. 15: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 15 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda byli respondenti dostatečně seznámeni s nabídkou léčebné rehabilitace a fyzioterapie ve svém zařízení, odpovídala většina dotazovaných jedinců v Plzeňském kraji (53 %) i v Jihočeském kraji (35 %) **Ano**. Odpověď **Spíše ano** volilo ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory celkem 18 % všech respondentů. Poměrně velký počet všech jedinců (23 %) si na seznámení se s nabídkou léčebné rehabilitace a fyzioterapie nevzpomíná.

Graf I. 16: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 15 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory

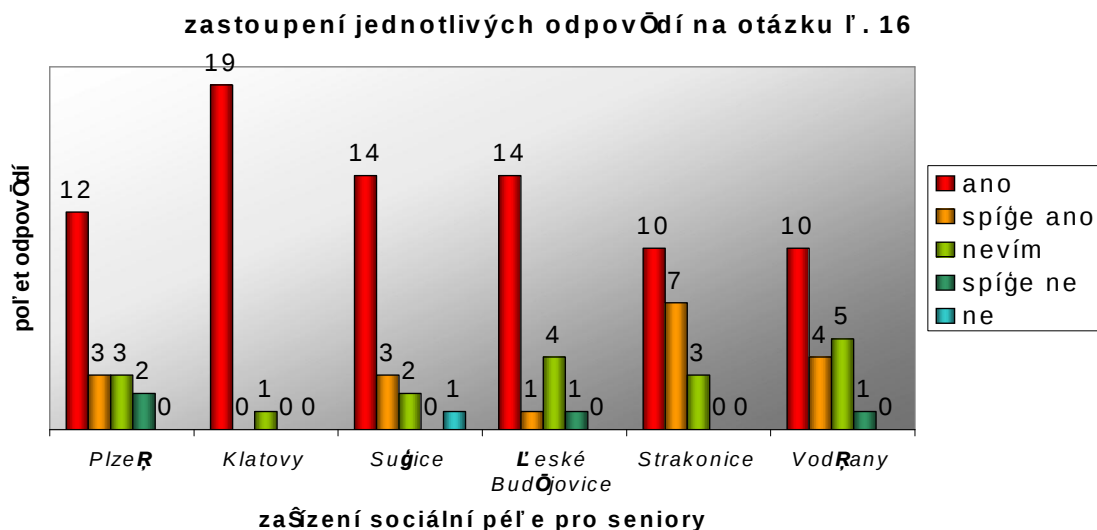


Zdroj: vlastní výzkum

Na oddělení geriatry v plzeňské nemocnici bylo s nabídkou léčebné rehabilitace a fyzioterapie dostatečně seznámeno 45 % respondentů a spíše seznámeny byly dvě pětiny respondentů. Na oddělení následné péče ve strakonické nemocnici si většina (polovina) dotazovaných na seznámení s nabídkou nevzpomíná. Na oddělení LDN v Sušici jsou všechny kategorie odpovědí poměrně vyvážené, převládá však počet jedinců, kteří s poskytovanými možnostmi léčebné rehabilitace a fyzioterapie spíše seznámení nebyli (jedna čtvrtina).

Otázka I. 16: Jste s nabídkou těchto služeb spokojen(a)?

Graf I. 17: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 16 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory



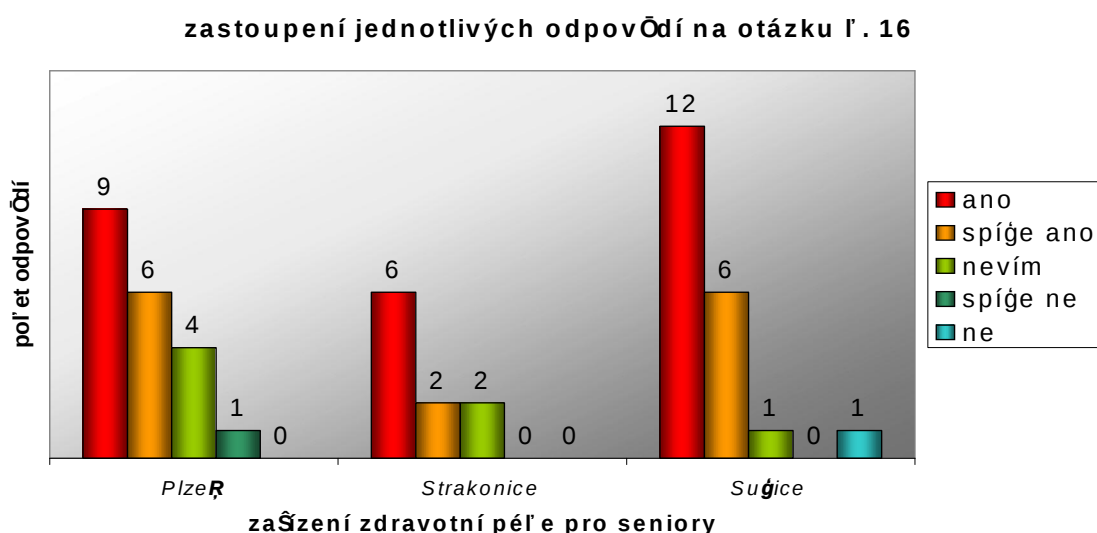
Zdroj: vlastní výzkum

V zařízeních sociální péče v Plzeňském kraji převládá s nabídkou léčebné rehabilitace a fyzioterapie spokojenost. V plzeňském domově pro seniory, ve kterém se dle dotazníkového šetření nenachází ani jedna forma fyzikální terapie a kde dochází pracovník rehabilitace pouze za 45 % dotazovaných seniorů, je s nabídkou spokojeno 60 % klientů domova a spíše spokojeno 15 % klientů. 10 % klientů zde s nabídkou služeb spokojeno spíše není. V domově pro seniory v Klatovech, který také nabízí pouze individuální a skupinová cvičení, je spokojeno 85 % respondentů a spíše spokojeno 10 % respondentů. V domově pro seniory v Sušici, ve kterém se dle výsledků výzkumu nenachází pouze elektroléčba a fototerapie, je s nabídkou léčebné rehabilitace a fyzioterapie spokojeno 70 % dotazovaných osob a spíše spokojeno 15 % osob. Jeden respondent (5 %) zde s nabídkou služeb spokojen není.

Spokojenost s nabídkou léčebné rehabilitace a fyzioterapie převládá také ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory v Jihočeském kraji. V domově pro

seniory v Leských Budečovicích je s nabídkou služeb spokojeno 70 % dotazovaných a spíše spokojeno 5 % dotazovaných. 5 % dotazovaných je zde se službami spíše nespokojených. V domově pro seniory ve Strakonici nabídka služeb vyhovuje polovině osob a spíše vyhovuje 35 % osob. V domově pro seniory ve Vodňanech je s nabídkou služeb spokojena polovina respondentů, spíše spokojena pětina respondentů a spíše nespokojeno je zde 5 % respondentů.

Graf I. 18: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 16 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

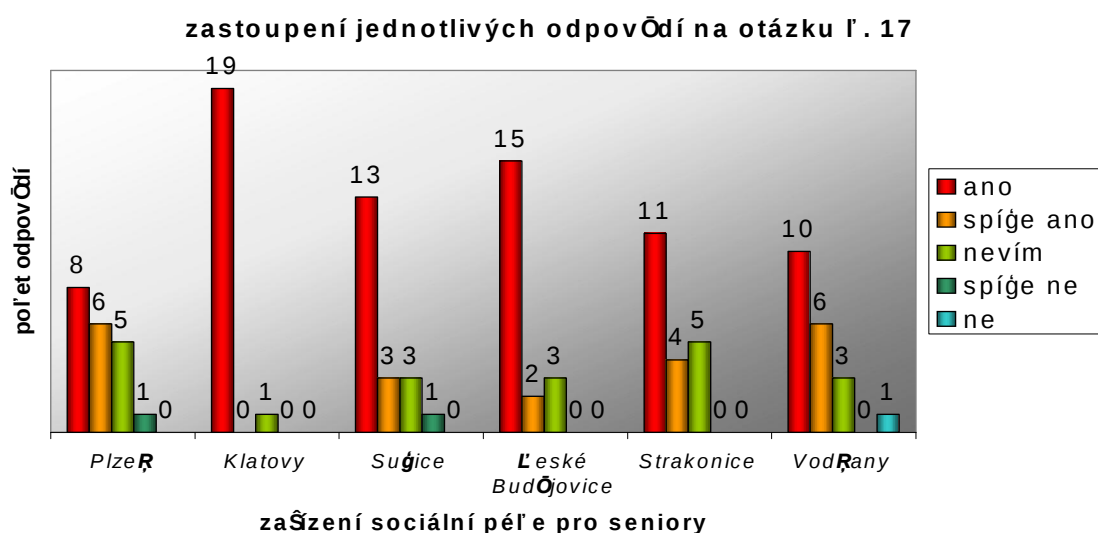
Na oddělení geriatric v plzeňské nemocnici, kde se dle dotazníkového šetření setkáme pouze s individuálním cvičením, je s nabídkou léčebné rehabilitace a fyzioterapie spokojeno 45 % dotazovaných pacientů, spíše spokojeno 30 % pacientů a spíše nespokojeno 5 % pacientů. Ve strakonické nemocnici, která podle výsledků výzkumu také nabízí pouze individuální cvičení, jsou s nabídkou služeb spokojeny tři pětiny respondentů a spíše spokojena jedna pětina respondentů. Na oddělení LDN v Sušici, které nabízí na základě vyhodnocených dotazníků kromě fototerapie všechny zkoumané druhy léčebné rehabilitace a fyzioterapie, jsou s nabídkou služeb spokojeny

tě pŕiny dotazovaných a spíĝe spokojeno je zde 30 % dotazovaných. Jeden pacient (5 %) zde s nabídkou sluĝeb spokojen není.

Pokud vyhodnotím spokojenost s nabídkou léčebné rehabilitace a fyzioterapie ve všech zkoumaných zařizeních zdravotní a sociální péče pro seniory společně zjistím, ěe 62 % seniorů je spokojených, 19 % spíĝe spokojených, 3 % spíĝe nespokojených, 1 % nespokojených a 15 % seniorů neví, zda jsou spokojení ěi nespokojení.

Otázka ě. 17: Jste spokojen(a) s tím, jak je fyzioterapie ěi léčebná rehabilitace ve Vašem zařizení prováděna?

Graf ě. 19: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku ě. 17 ve zkoumaných zařizeních sociální péče pro seniory



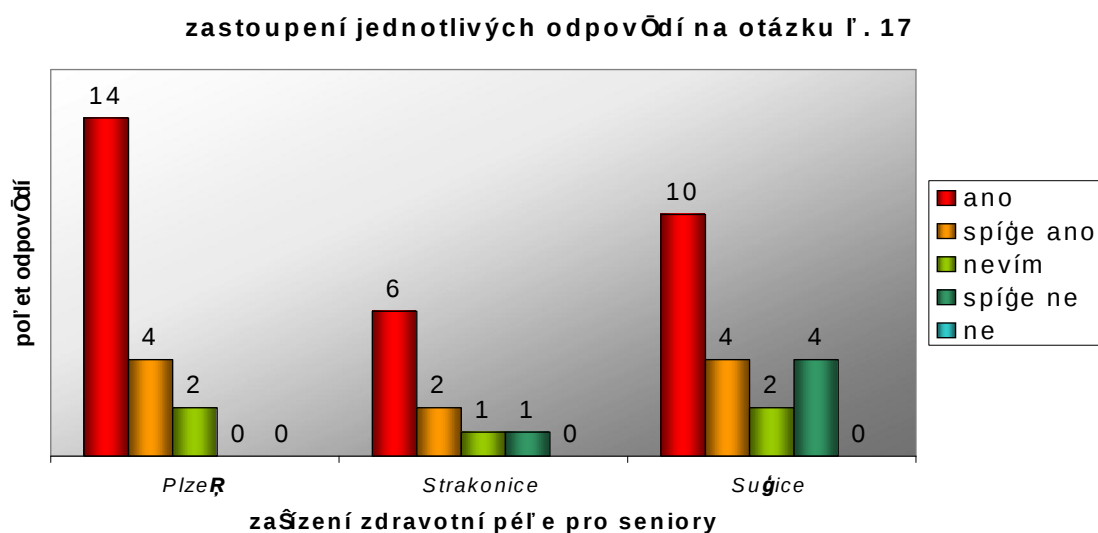
Zdroj: vlastní výzkum

Způsob provádění fyzioterapie ěi léčebné rehabilitace v zařizeních sociální péče pro seniory vyhovuje 63 % všech v tomto zařizení dotazovaných a spíĝe vyhovuje 18 % z nich. Nejvíce spokojeni jsou s prováděním fyzioterapie ěi léčebné rehabilitace respondenti v domovech pro seniory v Klatovech, kde na sedmnáctou otázku zvolilo kladnou odpověď 95 % klientů. Z Jihočeského kraje jsou klienti domovů pro seniory

s fyzioterapií a léčebnou rehabilitací nejvíce spokojeni v Leských Budčovicích, kde jsou spokojeny téměř čtvrtiny osob a spíše spokojena je zde desetina osob.

Nespokojených respondentů je ve všech zkoumaných zařízeních sociální péče 1 % (jeden klient domova pro seniory ve Vodňanech) a spíše nespokojených 2 % (jeden klient domova pro seniory v Plzni a jeden v domově pro seniory v Sušici).

Graf I. 20: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 17 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory

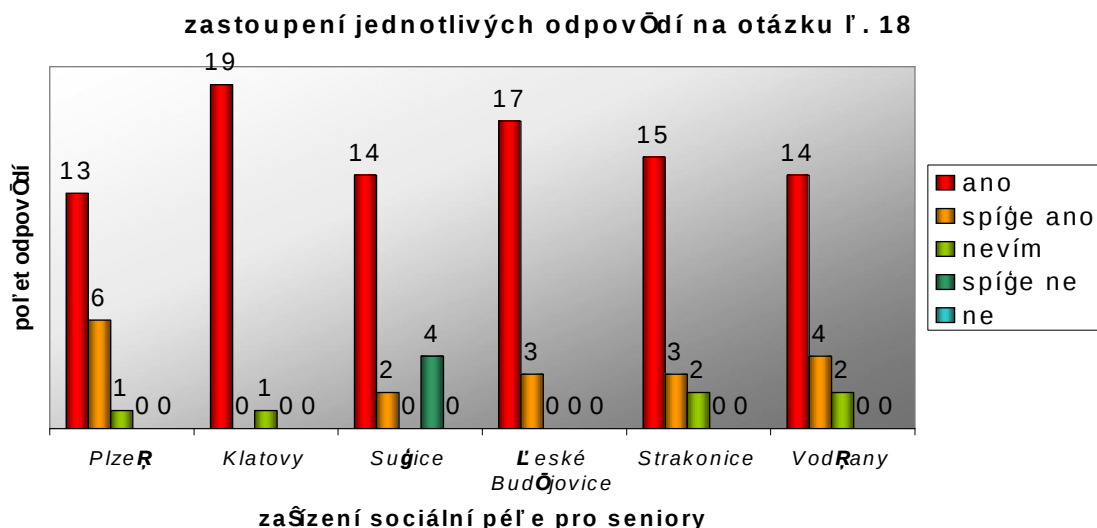


Zdroj: vlastní výzkum

Na všech zkoumaných nemocničních odděleních převažuje spokojenost se způsobem provádění fyzioterapie a léčebné rehabilitace (60 %). Nejspokojenější jsou pacienti na oddělení geriatry v plzeňské nemocnici (70 %), dále na oddělení následné péče ve strakonické nemocnici (60 %) a na oddělení LDN v sušické nemocnici (50 %). Spíše spokojena je v každé zkoumané nemocnici shodně polovina seniorů. Spíše nespokojeni jsou pacienti pouze ve Strakonici (10 %) a v Sušici (jedna polovina).

Otázka I. 18: Jste spokojen(a) se zaščením, ve kterém právŃhijete?

Graf I. 21: Zastoupení jednotlivých odpovŃdí na otázku I. 18 ve zkoumaných zaščeních sociální péle pro seniory



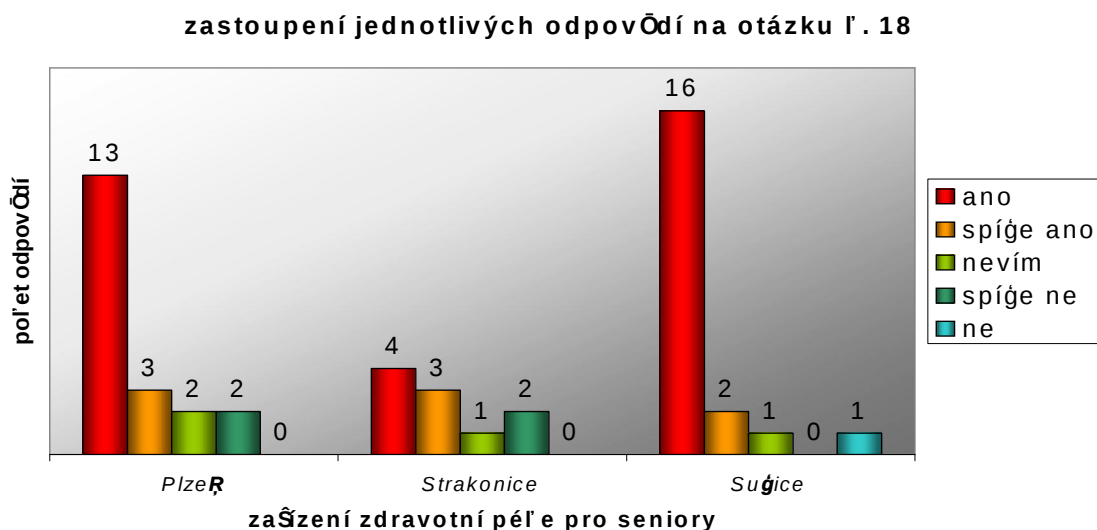
Zdroj: vlastní výzkum

Ve zkoumaných zaščeních sociální péle je s domovy pro seniory spokojeno celkem 77 % ze všech sto dvaceti respondentŃ. V kaŃdém zkoumaném domovŃ pro seniory pak pŃevaŃuje spokojenost s daným zaščením.

V Plzni je se zkoumaným domovem spokojeno 65 % dotazovaných jedincŃ a dalŃích 30 % dotazovaných jedincŃ je spíge spokojeno. V Klatovech domov pro seniory vyvolává pocit spokojenosti v 95 % dotazovaných. V Sušici je se zkoumaným zaščením sociální péle spokojených 70 % klientŃ a spíge spokojených 10 % klientŃ. V Sušici je ovŃem také jedna pŃina klientŃ s domovem pro seniory spíge nespokojena.

V Leských Buzovicích domov pro seniory vyhovuje 85 % dotazovaných osob a 15 % osob spíge vyhovuje. Ve Strakoniciích jsou s domovem spokojeny tŃlvtvrtiny respondentŃ a spíge spokojeno je zde 15 % respondentŃ. Ve Vodňanech svou spokojenost se zaščením sociální péle vyjádŃilo 70 % jedincŃ, spíge spokojená je zde pŃina osob.

Graf I. 22: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 18 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory

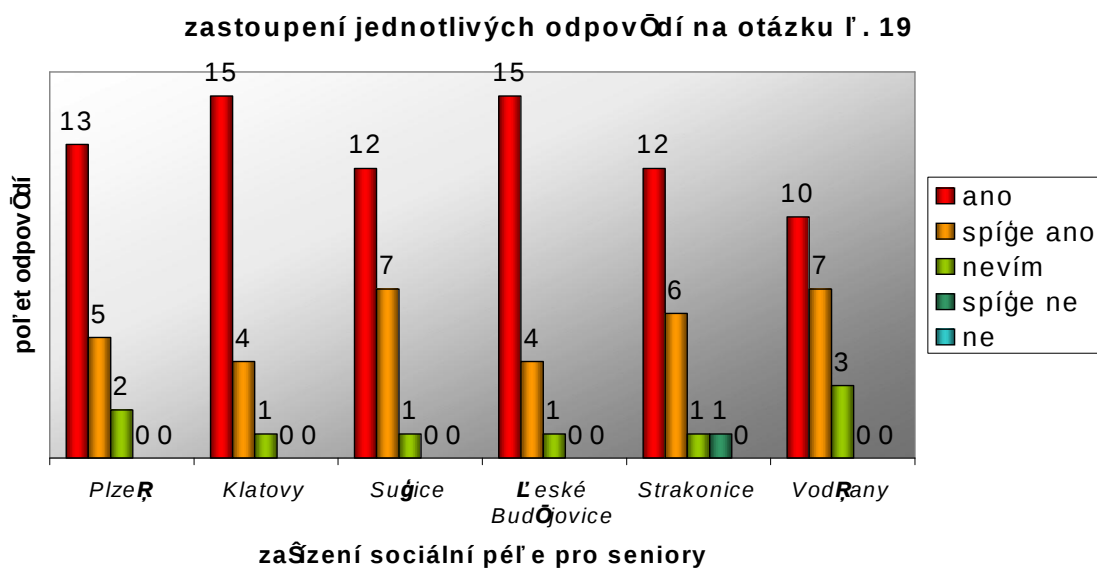


Zdroj: vlastní výzkum

Ze zkoumaných zařízení zdravotní péče pro seniory jsou pacienti nejspokojenější s oddělením LDN v Sušici, kde na osmnáctou otázku zvolily odpověď **Ano** 16 respondentů a odpověď **Spíše ano** zvolilo 10 % respondentů. Jeden respondent (5 %) se zde však označil za nespokojeného. S oddělením geriatric v Plzni je dle výzkumu spokojeno 65 % dotazovaných pacientů, spíše spokojeno 15 % pacientů a dva pacienti (10 %) jsou zde spíše nespokojeni. V nemocnici ve Strakonici je potom spokojených 40 % odpovídajících, spíše spokojených 30 % odpovídajících a spíše nespokojených 20 % odpovídajících.

Otázka I. 19: Cítíte se celkově spokojen(a)?

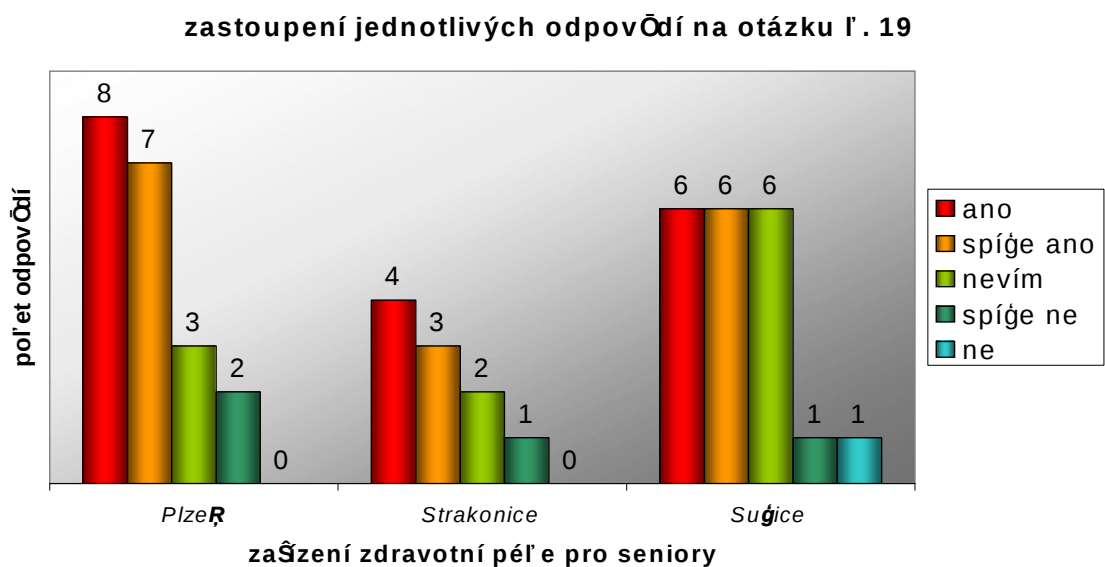
Graf I. 23: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 19 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku celkové spokojenosti odpovídala většina dotazovaných seniorů v zařízeních sociální péče kladně (64 %) nebo spíše kladně (28 %). Nejspokojenější jsou dle dotazníkového šetření respondenti v domovech pro seniory v Klatovech a v Leských Boudovicích, kde se téměř čtvrtiny klientů cítí spokojeni a jedna pětina klientů spíše spokojeni. Spíše nespokojen se cítí z celkového počtu sto dvaceti respondentů pouze jeden dotazovaný (1 %), který žije v domově pro seniory ve Strakonici. Zápornou odpověď na devatenáctou otázku nezvolil ve zkoumaných zařízeních sociální péče nikdo.

Graf I. 24: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 19 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



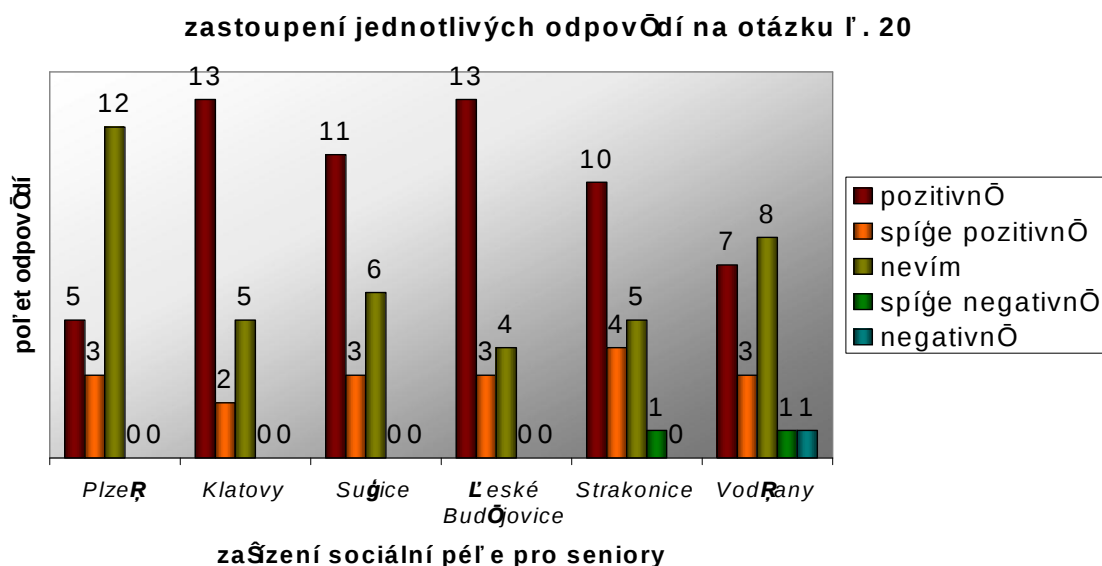
Zdroj: vlastní výzkum

Celková spokojenost převažuje mezi seniory ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče ve 36 % případů. 32 % respondentů se cítí spíše spokojených, 8 % spíše nespokojených a 1 % nespokojených. Nejspokojenější se dle výsledků výzkumu cítí pacienti na oddělení geriatrie v plzeňské nemocnici, kde jsou celkově spokojeny dvě třetiny pacientů a spíše spokojeno je zde 35 % pacientů. Méně spokojeni jsou potom senioři na oddělení LDN v Sušici, kde svou spokojenost vyjádřilo 30 % dotazovaných a nespokojenost 5 % dotazovaných. Za spíše spokojené se zde potom považuje 30 % dotazovaných a za spíše nespokojené 5 % dotazovaných.

Otázka I. 20: Jakým způsobem ovlivňuje fyzioterapie a léčebná rehabilitace Váš pocit spokojenosti? (Svou odpověď, prosím, zdůvodněte.)

Na dvacátou otázku odpovídali všichni respondenti, tedy i ti, za nimiž působí nedochází na cvičení fyzioterapeut nebo rehabilitační či zdravotnický pracovník, a ti, kteří působí nevyužívají žádné formy fyzikální terapie.

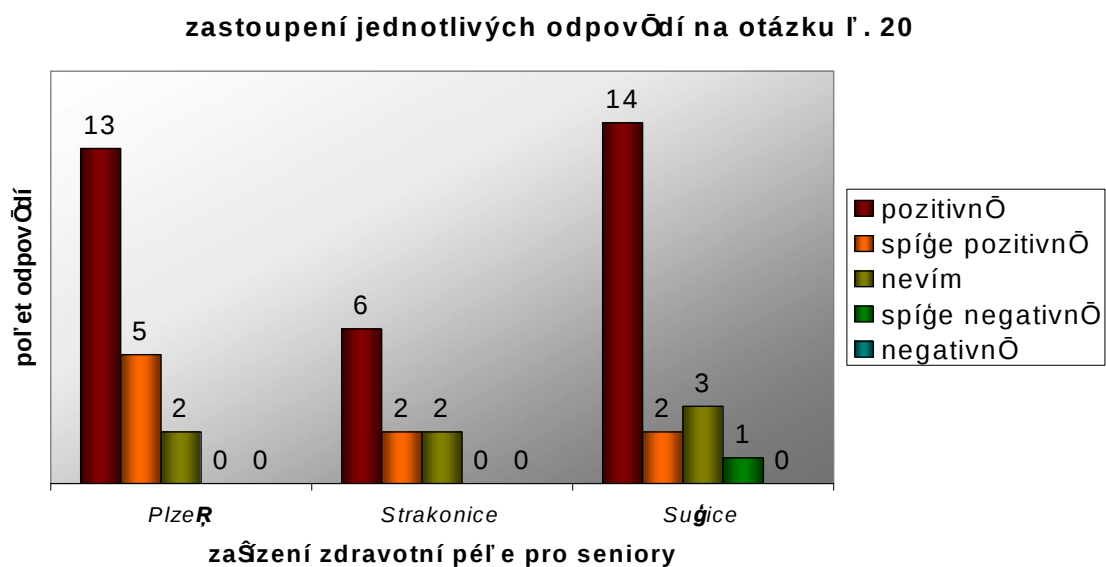
Graf I. 25: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 20 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu sto dvaceti respondentů v zařízeních sociální péče pro seniory působí fyzioterapie a léčebná rehabilitace na padesát devět osob (49 %) pozitivně na osmnáct osob (15 %) spíše pozitivně na dvě osoby (2 %) spíše negativně a na jednu osobu (1 %) negativně. Poměrně velké množství respondentů (jedna třetina) zaujímá k fyzioterapii a léčebné rehabilitaci neutrální postoj.

Graf 1. 26: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 20 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

V zařízeních zdravotní péče odpovídalo celkem padesát seniorů, z nichž dvě třetiny hodnotí fyzioterapii a léčebnou rehabilitaci jako pozitivní, 18 % jako spíše pozitivní, 2 % jako spíše negativní a 14 % respondentů si s odpovědí není jisto.

Při celkovém vyhodnocení všech sto sedmdesáti dotazníků získám 54 % pozitivních odpovědí, 16 % spíše pozitivních odpovědí, 28 % odpovědí „nevím“, 2 % spíše negativních odpovědí a 1 % negativních odpovědí.

Protože otázka číslo dvacet byla polouzavřená, uvádím dále tabulkový přehled nejčastějších zdůvodnění působení fyzioterapie a léčebné rehabilitace na dotazované seniory.

**Tabulka I. 17: Výlet jednotlivých zdrojů pozitivního a spíše pozitivního působení
fyzioterapie a léčebné rehabilitace na základě otázky I. 20**

vyhovuje mi, cítím se lépe	přináší celkové uvolnění
chodím na cvičení ráda	když bolí záda, tak se rozmažou klouby
raději chodím, než ležím	bolesti se zmenšují a vidím v tom zlepšení
pohyb neškodí, hýbu se	lépe se hojí rána
všechno se rozhýbe	pomáhá, jsem spokojená
budu pohyblivější	pomáhá paměti
řlověk je lehčí, má lepší pohyby	psychická podpora
svaly se uvolní, zvýší sílu	radost ze života
klouby se rozhýbávají	cítím se spokojeně
zvednu víc ruku, nohy něco dělají	vrací se síla a energie
pomáhá srovnat záda	popovídám si, mám společnost
fyzioterapie rozcvílí tělo	zasměji se v kolektivu
doufám, že něco všechno postaví na nohy	přijdu na jiné myšlenky, rozptýlení
naulím se chodit, projdu se	usmívá se na mě sestřelka
pomůže mi, abych mohla chodit	terapií se můj stav den ode dne zlepšuje
cvičit se musí, je to potřeba	vracím se do života
bez cvičení bych ležel jako dřevo a nic bych nedělal	mám ze cvičení radost, těším se na něj
bez cvičení tělo ztuhne	můžu dělat víc věcí
pohyb je třeba, protože dělá hodně	pozitivní působení je její účel
vyplňuje čas	doufám, že se vše rehabilitací zlepší

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka I. 18: Výčet jednotlivých zdůvodnění pro odpověď Anémímó na otázku I. 20

cvilím málo, necvilím	kdyby nepomáhalo, tak se nedělá
na cvičení nechodím	nemůžu nic jiného dělat
služby nevyužívám	nedokážu posoudit
rehabilitace nemá vliv	cvilím a přemalířka
každý den jinak	neumím to
někdy je to příjemné, někdy ne	chtělo by to delší dobu

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka I. 19: Výčet jednotlivých zdůvodnění negativního a spíše negativního působení fyzioterapie a léčebné rehabilitace na základě otázky I. 20

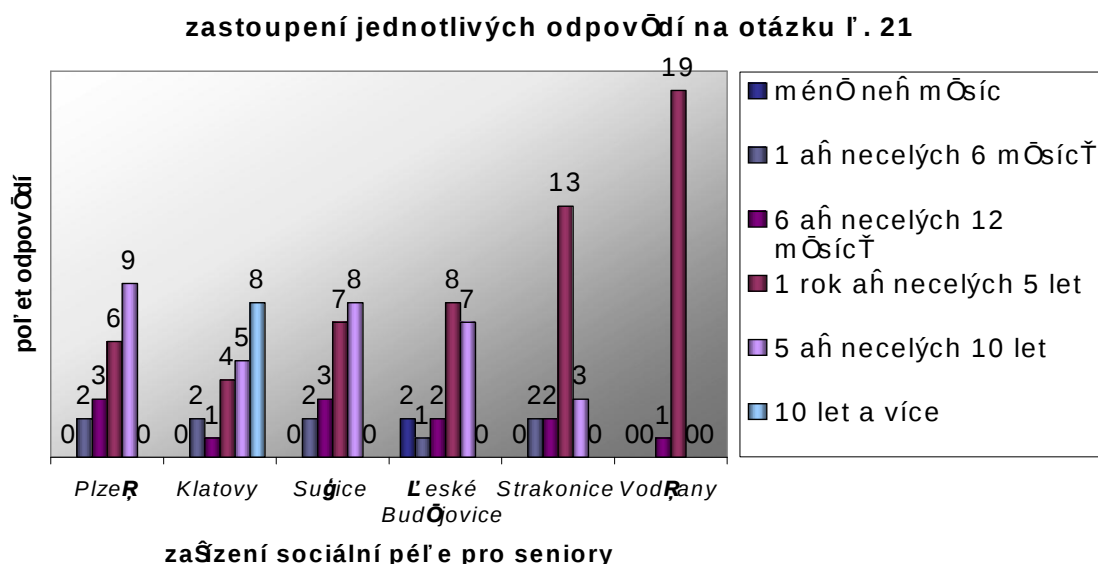
rehabilitace není pravidelná
cvičení je bolestivé
nepomáhá to
nerad dělá gymnastiku na cvičení

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka I. 21: Jak dlouho už v tomto zařízení pobýváte?

Dvacátá první otázka byla otevřená a respondenti na ni mohli odpovídat jakýmkoli časovým údajem. Odpovědi pak byly pro snadnější vyhodnocení dotazníku rozděleny do šesti kategorií, a sice Anémímó měsíců, A jeden až necelých šest měsíců, A šest až necelých dvanáct měsíců, A jeden rok až necelých pět let, A pět až necelých deset let a A více než deset let.

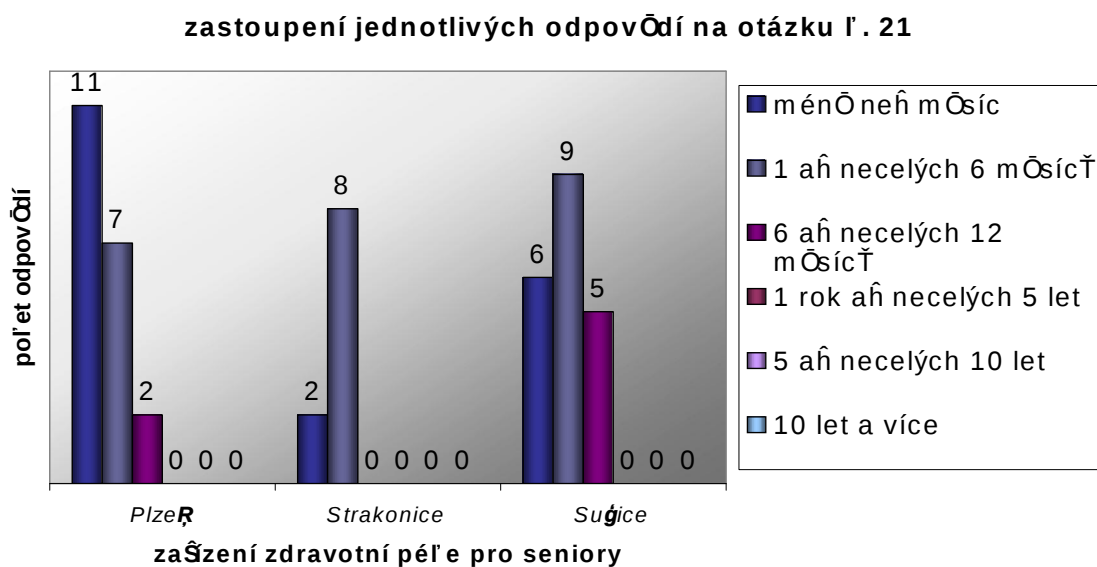
Graf I. 27: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 21 ve zkoumaných zařízeních sociální péle pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů z domova pro seniory v Plzni (45 %) hlásí v daném zařízení sociální péle půl až necelých deset let. Toto časové období představuje (ze dvou pětin) také v domově pro seniory v Sušici, kde ještě další poměrně stejné množství dotazovaných (35 %) pobývá v zařízení jeden rok až necelých pět let. V Leských Boudčovicích je procentuální zastoupení délky pobytu respondentů v zařízeních přesně opačné než v Sušici, tedy představuje zde ze dvou pětin časové období mezi jedním rokem a necelými pěti lety. Ve strakonickém a vodňanském domově pro seniory převládá počet jedinců, kteří zde hlásí jeden rok až necelých pět let, a to z 65 % ve Strakonici a z 95 % ve Vodňanech. Pouze v domově pro seniory v Klatovech se objevily odpovědi spadající do kategorie deset let a více, a to dokonce ve dvou pětinach případů.

Graf I. 28: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 21 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory

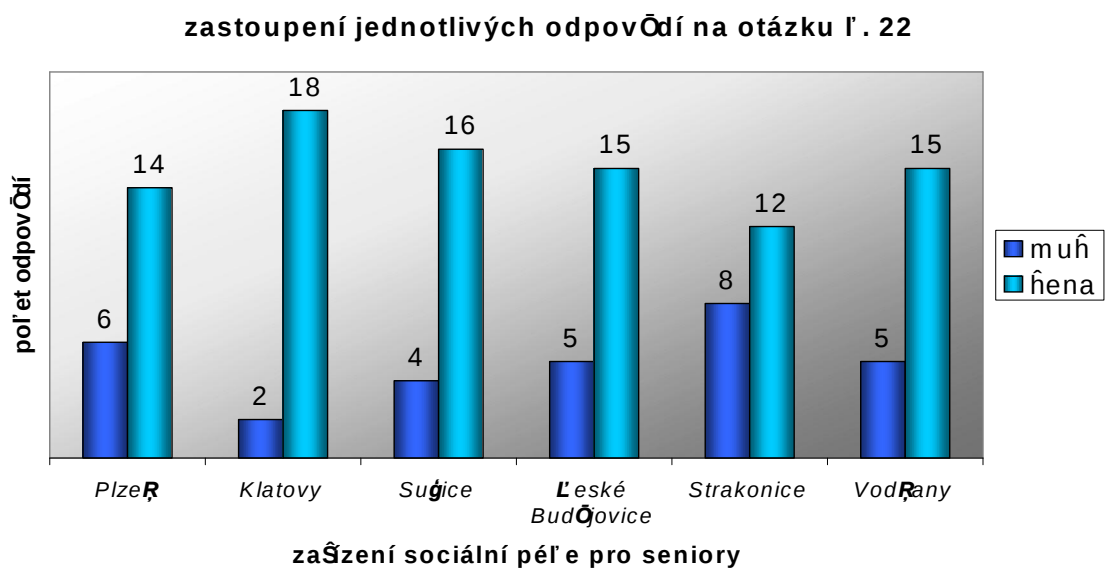


Zdroj: vlastní výzkum

Na oddělení geriatry v plzeňské nemocnici setrvávají dotazovaní senioři zejména méně než pět let (90 %) a podobně je tomu i na oddělení následné péče ve Strakonici, kde dokonce žádný z respondentů déle než pět let nepobývá. V sušické nemocnici jsou v odpovědích zastoupeny kategorie méně než 6 měsíců z 30 %, 1 až necelých šest měsíců z 45 % a 6 až necelých dvanáct měsíců z jedné čtvrtiny.

Otázka I. 22: Jaké je Vaše pohlaví?

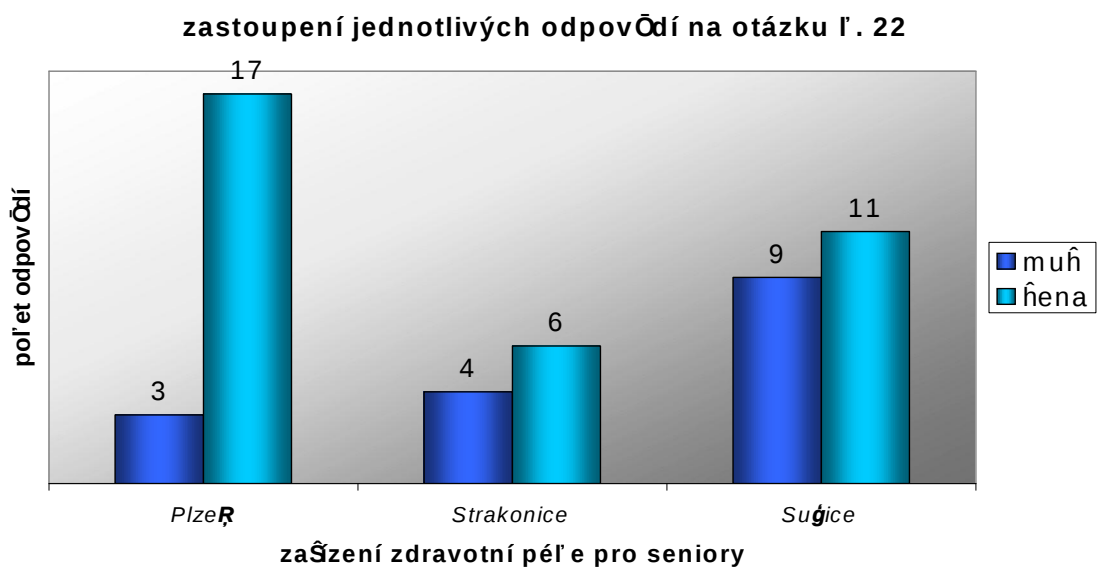
Graf I. 29: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 22 ve zkoumaných zařízeních sociální péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z uvedeného grafu, většinu respondentů v zařízeních sociální péče pro seniory tvořily ženy (třetiny). Nejvyrovnanější zastoupení mužů a žen se výzkumu zúčastnilo v domově pro seniory ve Strakonici, kde procentuální poměr vychází 40 % ku 60 %.

Graf I. 30: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku I. 22 ve zkoumaných zařazeních zdravotní péře pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

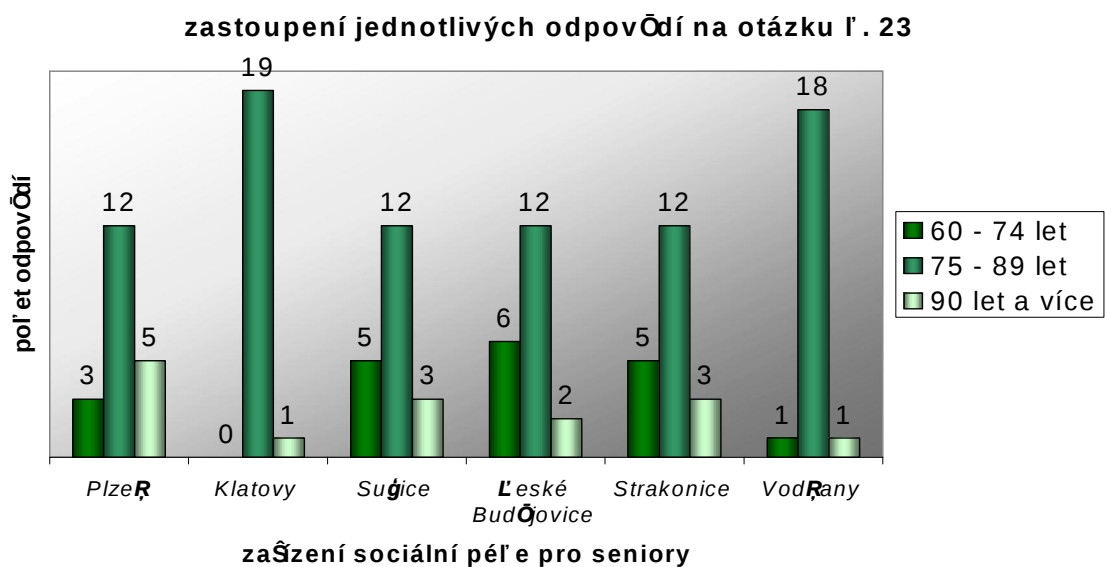
Také v zařazeních zdravotní péře pro seniory na dotazníky odpovídaly spíše ženy (68 %). Rozdílné hodnoty v zastoupení pohlaví zde však nejsou zejména na oddělení následné péře ve Strakonici (40 % mužů ku 60 % žen) a na oddělení LDN v Sušici (45 % mužů ku 55 % žen) tak výrazné.

V celkovém součtu všech respondentů ve zkoumaných zařazeních zdravotní a sociální péře pro seniory se dotazníkového šetření zúčastnilo 46 mužů (27 %) a 124 žen (73 %).

Otázka I. 23: Jaký je Váš věk?

Otázka věku byla otázkou otevřenou. Pro zjednodušení výsledných grafů však byli respondenti rozděleni do věkových kategorií raného stáří (60 až 74 let), vlastního stáří (75 až 89 let) a dlouhověkosti (více než 90 let).

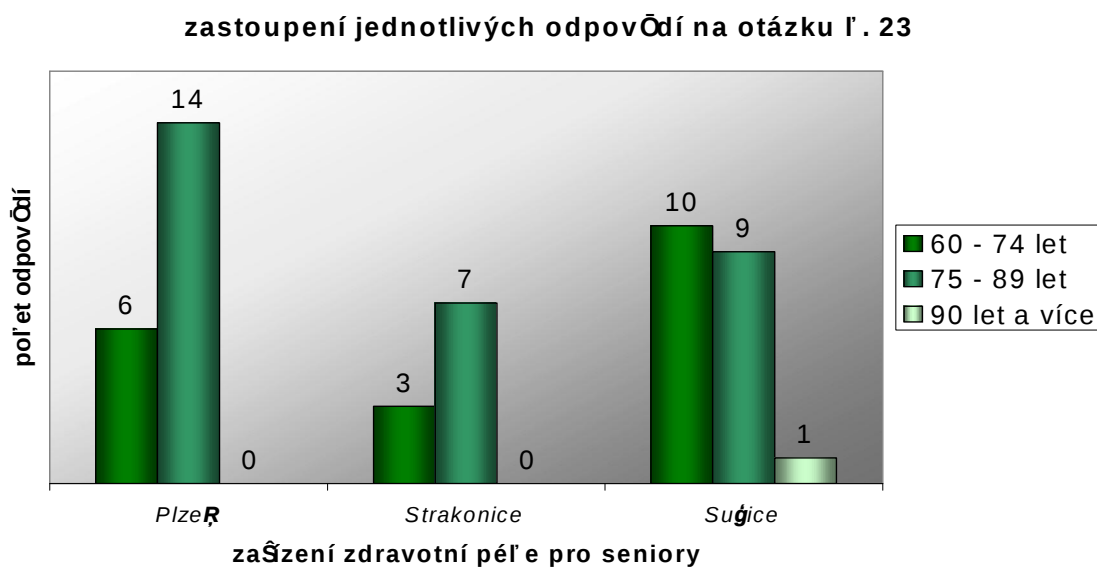
Graf 1. 31: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 23 ve zkoumaných zašizeních sociální péle pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Podle uvedeného grafu lze konstatovat, že se v zašizeních sociální péle pro seniory výzkumu účastnili zejména respondenti věku vlastního stáří, a to ze 71 %. Nejvíce jedinců z kategorie dlouhověkosti odpovídalo na dotazníky v domovech pro seniory v Plzni (jedna čtvrtina v domovech dotazovaných) a nejméně v domovech pro seniory v Klatovech a ve Vodňanech (po 5 %).

Graf 1. 32: Zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku 1. 23 ve zkoumaných zařízeních zdravotní péče pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

V zařízeních zdravotní péče pro seniory se dotazníkového šetření zúčastnili také spíše jedinci mezi sedmdesáti a osmdesáti devíti lety (60 %). Pouze na oddělení LDN v Sušici převažoval počet respondentů z kategorie raného stáří (polovina), ovšem také pouze zde se výzkumu zúčastnil jeden respondent (5 %) nad devadesát let.

Celkem se tedy do výzkumu k mé bakalářské práci zapojilo třicet devět seniorů mezi šedesáti a sedmdesáti lety (23 %), sto patnáct seniorů mezi sedmdesáti a osmdesáti devíti lety (68 %) a třináct seniorů nad devadesát let (9 %).

5. DISKUZE

Jak už bylo uvedeno v popisu metodiky, pro výzkum ke své bakalářské práci jsem zvolila zařízení zdravotní a sociální péče pro seniory ve městech Plzeň, Klatovy, Sušice, Leské Boudovice, Strakonice a Vodňany. Výběh konkrétních domovů a lůžkových nemocničních oddělení pro seniory v těchto městech se dále odvíjel od ochoty jednotlivých šeditelů a provozovatelů mět výzkum v zařzeních umožnit. Proto se dotazníkového šetření nezúčastnili pacienti/klienti např. v nemocnici v Leských Boudovicích nebo v domovech pro seniory v Plzni, které jsou fyzioterapií a léčebnou rehabilitací lépe vybaveny.

Dotazníky byly rozdány v měsících únoru a březnu 2011 náhodně vybraným dvacetilenným skupinám (v jednom případě desetilenné skupině) seniorů ve zvolených zařzeních. Po vyhodnocení jsem ovšem zjistila, že odpovědi jednotlivých respondentů ohledně možnosti kinezioterapie a fyzikální terapie se mnohdy v rámci téhož zařízení poněkud liší. Oslovila jsem proto šeditele, sociální pracovníky, fyzioterapeuty, rehabilitační pracovníky a zdravotníky, kteří provádějí léčebnou rehabilitaci, zda by mi mohli upřesnit, jakým způsobem fyzioterapie a léčebná rehabilitace v jejich zařízení probíhá. Získané informace jsem následně srovnala s tabulkami a grafy uvedenými ve výsledkové části své bakalářské práce.

Na základě výpovědi sociální pracovnice nabízí domov pro seniory v Plzni svým klientům pouze rehabilitační ošetřovatelství a ergoterapii, která je spojena s každodenními ranními rozcvičkami. Fyzikální terapie v tomto zařízení není poskytována.

Dle výsledků dotazníkového šetření cvičí v domově individuálně 45 % dotazovaných a skupinová cvičení se zde provozují také dle 45 % respondentů. U otázek na fyzikální terapii všichni dotazovaní jedinci volili odpovědi *Ano*, *Ano, ale*, *Ano, ale*, což by odpovídalo skutečnosti. Přesto je s nabídkou fyzioterapie a léčebné rehabilitace v domově spokojeno 60 % a spíše spokojeno 15 %

dotazovaných klientů. S jejím prováděním je potom spokojeno i spíše spokojeno 70 % respondentů.

Také v Klatovech se setkáme pouze s rehabilitačním ošetřovatelstvím a ergoterapií spojenou se skupinovými cvičeními, nácvikem chůze a vysazováním na lůžko i do křesel. Pokud má některý ubytovaný klient zájem o fyzikální terapii, je možné nechat si procedury předepsat v klatovské nemocnici na ambulanci rehabilitace a docházet tam. Dále v domově existuje možnost lůžkové i celotělové masáže, která ovšem není zahrnuta do standardní nabídky služeb, a proto si ji klienti hradí sami.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že pracovník rehabilitace dochází za lůžky pomocí klientů a skupinová cvičení jsou v domově dle 95 % respondentů. Na všechny formy fyzikální terapie dotazovaní senioři odpovídali negativně nebo nevěděli, zda se v zařízení nacházejí. Přesto i zde je s nabídkou služeb fyzioterapie a léčebné rehabilitace spokojeno 85 % a spíše spokojeno 10 % respondentů. Se samotným prováděním rehabilitace je pak spokojeno 95 % dotazovaných.

Domov pro seniory v Sušici poskytuje svým klientům jak kinezioterapii, tak fyzikální terapii přímo v zařízení. Individuální a skupinová LTV probíhají s rehabilitační sestrou, která při cvičení využívá také velkých míčů, overballů i Thera-bandů. Skupiny se ke kondiční LTV scházejí třikrát týdně na tři hodiny. Z fyzikální terapie (na lékařský předpis) není v zařízení zastoupena pouze elektroterapie. Z vodoléčby mohou senioři využívat nožní vlnku a perlíkovou lázeň, z termoterapie parafinové zábaly (zejména na ruce) a lavaterm, z mechanoterapie míčkování a masážní techniky a z fototerapie biolampu, která se však spíše nepoužívá.

Podle vyhodnocených dotazníků cvičí v domově individuálně téměř čtvrtina respondentů a skupinová cvičení jsou součástí nabídky služeb dle lůžkových seniorů. O možnosti vodoléčby v domově lůžkové lůžky dotazovaných (využívá ji 63 % z nich), termoterapie 95 % osob (využívá ji 84 % z nich) a mechanoterapie 95 % respondentů (využívá ji 84 % z nich). O poskytování fototerapie v domově neví žádný dotazovaný senior. 55 % respondentů uvedlo, že bylo dostatečně i spíše seznámeno s možnostmi fyzioterapie a léčebné rehabilitace v domově. Spokojeno i spíše spokojeno s jejich rozsahem je potom celkem 85 % a s jejich poskytováním lůžkové lůžky všech v domově

dotazovaných. Aťkoli je tedy nabídka zejména fyzikální terapie v domovů pro seniory v Sušici vŮgí než v dotazovaných zašŤzeních v Plzni a Klatovech, jsou senioŠ v Klatovech s nabídkou sluŤeb spokojenŮgí než v Sušici.

V domovŮ pro seniory v Ťeských BudŮovicích pracují dvŮ fyzioterapeutky, které vedou s klienty individuální i skupinové LTV za pouŤití rŤžných pomŤček, napŠ také motomedu Ťi bŮhíciho pásu. Skupinová cviŤení probíhají formou kaŤdodenních ranních rozcviŤek. Fyzikální terapie se na lékaŠský pŠedpis v zašŤzení poskytuje ve vŤech jejích typech, a sice ve formŮ vodolélby ťi perliŤková lázeŤ, ruŤní a noŤní víŠvka, podvodní masáŤ; elektrolélby ťi DD proudy, magnet; termoterapie ťi raŤelina, lavaterm; fototerapie ťi solux, biolampa a mechanoterapie ťi ultrazvuk a pŠleŤitostnŮmasáŤe.

Z dvaceti seniorŤ, kteŠ vyplŤovali dotazníky, vyuŤívá moŤnosti individuálního cviŤení 85 % z nich, vŮgína kaŤdý den. O skupinovém cviŤení v zašŤzení ví ŤtyŠ pŮiny jedincŤ. S moŤností vodolélby se v domovŮmŤŤeme nebo spíŤe mŤŤeme setkat dle ŤŠ Ťtvrtin respondentŤ (z toho ji vyuŤívá 47 %), s elektrolélbou dle 70 % osob (z toho ji vyuŤívá necelých 36 %), s termoterapií dle 65 % osob (z toho ji vyuŤívá 46 %), s fototerapií dle 60 % jedincŤ (z toho ji vyuŤívá jedna ŤŠetina) a s mechanoterapií dle 85 % dotazovaných seniorŤ (z toho ji vyuŤívá 29 %). V dotazníku dále polovina osob uvedla, Ťe byla dostateŤnŮ nebo spíŤe seznámena s nabídkou fyzioterapie a léŤebné rehabilitace v domovŮ spokojeny Ťi spíŤe spokojeny s ní jsou potom ŤŠ Ťtvrtiny z nich.

Srovnáme-li tento domov s plzeŤským, jsou v obou zašŤzeních senioŠ zhruba stejnŮ spokojeni, pŠestoŤe Ťeské BudŮovice nabízejí vŮgí mnoŤství rehabilitaŤních sluŤeb, protoŤe poskytují vŤechny formy fyzikální terapie. Co se týká zpŤsobu provádŤní fyzioterapie a léŤebné rehabilitace v ŤeskobudŮovickém domovŮ je s ním spokojeno Ťi spíŤe spokojeno 85 % respondentŤ.

Domov pro seniory ve Strakoniciích zamŮtnává na plný úvazek jednu fyzioterapeutku a na ŤástelŤný úvazek jeŤŮjednoho fyzioterapeuta, kteŠ s klienty cviŤí pŠedevŤím individuálnŮ a to kaŤdý den. Skupinová LTV probíhá v zašŤzení dvakrát týdnŮ jinak se skupinky scházejí v rámci ergoterapie. Z vodolélby nalezneme v domovŮ podvodní masáŤ a víŠvky na ruce a nohy, z elektrolélby VAS a magnet, z termoterapie teplé zábaly a kryosálky, z fototerapie solux a laser a z mechanoterapie

masáže a ultrazvuk. Klientům je zde současně nabízena (na lékařský předpis jako ostatní všechny formy fyzikální terapie) také možnost lymfoterapie.

Je za nimi fyzioterapeut dochází, uvedlo v dotaznících 70 % respondentů (všichni shodně zvolili četnost jednou za dva až tři dny). Z dalších možností kinezioterapie a fyzikální terapie by se v zařazení měla nacházet skupinová cvičení dle typu pacientů, vodoléčba dle dvou pacientů (z toho ji využívá 38 %), elektroléčba dle 15 % osob (nikdo nevyužívá), termoterapie dle 30 % osob (z toho ji využívá 67 %), fototerapie dle 10 % jedinců (z toho ji polovina využívá) a mechanoterapie dle 65 % respondentů (z toho ji využívá 31 %). K otázce dostatečného seznámení s nabídkou služeb fyzioterapie a léčebné rehabilitace vybírali dotazovaní senioři z variant odpovědí poměrně rovnoměrně dostatečně seznámeno či spíše seznámeno s touto nabídkou je zde tedy pouze 45 % jedinců. Spokojeno a spíše spokojeno s ní je zde potom 85 % osob a s prováděním fyzioterapie a léčebné rehabilitace téměř čtvrtiny osob.

Provedli-li opět srovnání se stejným městem v Plzeňském kraji (Klatovy), zjistím, že Strakonice nabízejí více možností fyzikální terapie. Přesto jsou senioři v Plzeňském kraji s nabídkou služeb zařazení spokojenější než v Jihočeském, což může být spojeno s neinformovaností klientů o možných aktivitách v domově. Jak totiž vyplývá z dotazníkového šetření, mnoho seniorů ve Strakonici není s nabídkou fyzioterapie a léčebné rehabilitace v domově dostatečně seznámeno. Připadne-li některým jedincům působit potíže zařadit určité procedury do jednotlivých forem terapie nebo netuží, že některé činnosti, které sami provozují nebo jim jsou poskytovány, patří do oblasti fyzikální terapie.

Ve Vodňanech provádí fyzioterapii a léčebnou rehabilitaci zdravotní sestra s masérským kurzem. Cvičení probíhají pravidelně jak skupinovou formou, tak individuálně na pokojích klientů (aktivní a pasivní LTV, vertikalizace, nácvik stoje a chůze). Z fyzikální terapie (na doporučení ošetřujícího lékaře) jsou v domově zastoupeny všechny její formy. Z vodoléčby lze využívat nožní vánku, která se však pro svoji nepraktičnost spíše nepoužívá, z elektroléčby magnet a proudovou stimulaci, z termoterapie termofor, lavaterm a ledový gel, z fototerapie UV lampu, infračervenou

lampu, biolampu a mini laser a z mechanoterapie klasickou i reflexní masáží, případně balneologického léčebného zařízení.

Na základě dotazníkového šetření dochází zdravotní sestra na individuální cvičení s 90 % respondentů. Ostatní formy fyzioterapie a léčebné rehabilitace jsou v zařízení dle dotazníků zastoupeny takto: skupinová cvičení dle 95 % osob, vodoléčba dle 10 % osob (využívá jeden respondent), elektrolyčba dle 70 % jedinců (využívá ji 93 % z nich), termoterapie dle 45 % osob (využívá ji necelých 78 % z nich), fototerapie dle 45 % osob (využívá ji 78 % z nich) a mechanoterapie dle 90 % dotazovaných seniorů (využívá ji 72 % z nich). Dostatečně ji spíše seznámeny s možnostmi fyzioterapie a léčebné rehabilitace v zařízení byly v domovů pro seniory ve Vodňanech téměř čtvrtiny respondentů, spokojeno ji spíše spokojeno s touto nabídkou je zde 70 % respondentů a s prováděním jednotlivých typů terapie potom téměř polovina dotazovaných seniorů.

Ze srovnání nabídky služeb ve stejné velikých městech obou krajů vychází lépe Jihočeský kraj, protože Vodňany na rozdíl od Sušice poskytují svým klientům také elektroterapii a ve větší míře fototerapii. Přesto jsou senioři s nabídkou služeb spokojeni částečně i v Plzeňském kraji.

Z nemocničních oddělení dochází na geriatrii v Plzni fyzioterapeut na individuální cvičení s pacienty každý den (včetně sobot a nedělí). Jádrem fyzioterapie zde tvoří míčkování, pasivní a aktivní LTV na lůžku, aplikace motodlah na dolní končetiny, vertikalizace a nácvik stoje a chůze. Fyzikální terapie není standardní součástí nabídky služeb.

V dotazníkovém šetření zahrlo návštěvu fyzioterapeuta 95 % respondentů, většina z nich jednou denně. U ostatních forem kinezioterapie a fyzikální terapie volili senioři zejména odpovědi Ano a Anyslim, že ne, v několika případech Nevím. S nabídkou fyzioterapie a léčebné rehabilitace bylo v zařízení dostatečně a spíše seznámeno 85 % osob a jsou s ní spokojeny ji spíše spokojeny téměř čtvrtiny respondentů. Se samotným prováděním fyzioterapie je pak spokojeno ji spíše spokojeno 90 % dotazovaných seniorů.

Na oddělení následné péče ve Strakonických jsou hospitalizováni pacienti všech věkových kategorií na doléčení po přeložení z akutních lůžek. Léčebná rehabilitace je zde realizována formou každodenní aktivní a pasivní LTV na lůžku, aplikace motomedu, vertikalizace a nácviku chůze. Pokud určí lékař jsou vybraní pacienti dováženi na rehabilitační ambulanci, kde mohou využít vodoléčbu nebo elektroléčbu. Protože se ale tato ambulance nachází v jiné budově fyzikální terapie se na ONP spíše nepředepisuje.

Do výzkumu se ve strakonické nemocnici zapojilo pouze deset jedinců, protože se v době dotazníkového šetření více osob seniorského věku (schopných odpovídat) na oddělení nenacházelo. Jak ve svých dotaznících uvedli, dochází fyzioterapeut na individuální cvičení za pomoci pomůcek z nich. S ostatními formami kinezioterapie či fyzikální terapie se na oddělení nesetkáme. Otázka informovanosti o možnostech terapie zůstává zodpovězena neutrálním způsobem, kdy si jedna polovina seniorů na seznámení s terapií nevzpomíná a druhá se dělí o odpovědi spíše ano (30 %) a spíše ne (20 %). O možnosti dovážení pacientů na ambulanci rehabilitace však neví nikdo. Přesto jsou zde s nabídkou fyzioterapie a léčebné rehabilitace i s jejím prováděním spokojeni i ti spíše spokojeni lidé z pomůcek jedinců.

V sušické nemocnici docházejí na oddělení lůžek dlouhodobě nemocných fyzioterapeutka a zdravotní sestra. Cvičení je zde pouze individuální a spočívá v každodenní pasivní a aktivní LTV na lůžku spojené s malými technikami, dechové gymnastice, v nácviku sedu, stoje a chůze a aplikaci motomedu. Skupiny se na oddělení scházejí pouze v rámci ergoterapie. Fyzikální terapii je možné po dohodě s lékařem využívat na ambulanci rehabilitace, která sídlí ve stejné budově a nabízí možnost vodoléčby (perliřková lázeň, ruční a nožní vlivy, hydrogalvan), elektroléčby (VAS, DD proudy, Träbertovy proudy, magnet), termoterapie (lavaterm a kryosálky) a mechanoterapie (ultrazvuk).

Z dotazovaných seniorů dochází fyzioterapeutka nebo zdravotní sestra na individuální LTV za 90 % osob. Z dalších typů kinezioterapie na oddělení probíhají údajně také skupinová cvičení, která ovšem podle získaných informací vede ergoterapeutka a nejsou primárně zaměřena na pohyb. Vodoléčba je na LDN

poskytována i pravděpodobně poskytována dle 60 % seniorů (z nich ji využívá necelých 17 %), elektrolyzační dle 55 % jedinců (z nich ji využívá 27 %), termoterapie dle 55 % osob (z toho ji využívá 9 %) a mechanoterapie dle 35 % respondentů (z nich ji využívá 43 %). Mechanoterapie je jako jediná forma fyzikální terapie nabízena formou manuteračních technik přímo na oddělení. Na otázku, zda byli pacienti dostatečně seznámeni s možnostmi fyzioterapie a léčebné rehabilitace, odpovídalo kladně spíše kladně 35 % seniorů, převažuje zde tedy spíše neinformovanost. S nabídkou služeb je zde potom spokojeno a spíše spokojeno 90 % pacientů a se samotným prováděním terapií 70 % osob.

Ze všech zkoumaných zařízení zdravotní péče můžeme označit za fyzioterapii a léčebnou rehabilitaci nejlépe vybavenou soubor nemocnic, respektive její oddělení lůžek dlouhodobě nemocných. Jako v jediném ze všech zkoumaných zařízení zde na úrovni nemocničních lůžkových oddělení odpovídá spokojenost seniorů rozsahu poskytovaných služeb.

Srovnáním všech zkoumaných zařízení zdravotní a sociální péče pro seniory se ukazuje, že neplatí pravidlo Ažím větší množství, tím více služeb seniorům nabízím. Souhlasně také neplatí, že spokojenost seniorů s možnostmi fyzioterapie a léčebné rehabilitace roste s jejím rozsahem. Spíše naopak. Skoro by se dalo říci, že čím méně je seniorům v zařízeních nabízeno, tím více jsou spokojeni. Spokojenost, a to i celková spokojenost, není výrazně ovlivněna faktory věku a pohlaví.

Z provedeného výzkumu dále vyplývá, že senioři poskytované služby v domovech a nemocničních lůžkových odděleních využívají poměrně málo. V některých případech to může být způsobeno nízkou informovaností pacientů/klientů o jejich rozsahu, mnohdy však stárnoucí a staří jedinci procedury odmítají, protože je považují nepotřebující nebo nechtějí být na obtíž. Proto si myslím, že by každý senior měl být při nástupu do zařízení dostatečně seznámen nejen s nabídkou fyzioterapie a léčebné rehabilitace v něm, ale také s významem kinezioterapie a fyzikální terapie pro pohybový systém a fyzické a duševní zdraví.

6. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci na téma *Fyzioterapie jako součást aktivního přístupu k seniorskému věku* jsem se věnovala problematice stárnutí a stáří z pohledu fyzioterapeuta v zařazení zdravotní a sociální péče pro seniory.

Cílem bylo zjistit, jaké možnosti fyzioterapie a léčebné rehabilitace nabízejí některá vybraná zařízení pro seniory (domovy pro seniory či oddělení geriatric, následné péče a lůžek dlouhodobě nemocných) ve vybraných městech na území Plzeňského a Jihočeského kraje. Druhý cíl práce se týkal srovnání nabízených možností v jednotlivých zařízeních s dalšími nabízenými možnostmi v ostatních zařízeních. Dle mého názoru došlo ve výsledkové a diskusní části k naplnění obou vytýčených cílů.

Hypotézy byly ověřovány na základě vyhodnocení anonymních dotazníků, které byly rozdány v jednotlivých zařízeních zdravotní a sociální péče, a na základě upřesňujících informací od šéftel, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, rehabilitačních pracovníků a zdravotníků, kteří v zařízeních provádějí léčebnou rehabilitaci.

První stanovená hypotéza předpokládala, že fyzioterapeutické postupy tvoší součást standardní nabídky služeb jednotlivých typů zařízení pro seniory. Na základě dotazníkového šetření a sdělení zaměstnanců do výzkumu zapojených domovů a nemocnic byla tato hypotéza potvrzena, protože ve všech dotazovaných zařízeních jsou poskytovány alespoň některé ze zkoumaných forem kinezioterapie a fyzikální terapie. Ne všechna zařízení však nabízejí všechny typy fyzikální terapie a péči vystudovaného fyzioterapeuta, který by pravidelně docházel za pacienty/klienty.

Druhá stanovená hypotéza zněla: *Rozsah této nabídky je v jednotlivých typech zařízení odlišný; tomu odpovídá i odlišná spokojenost seniorů.* Dotazníkové šetření ukázalo, že spokojenost respondentů s nabídkou a poskytováním služeb v jednotlivých zařízeních je skutečně odlišná, druhá hypotéza byla tedy také potvrzena. Oproti původnímu očekávání se však spokojenost seniorů nezvyšuje s rostoucím rozsahem služeb; dokonce by se dalo říci, že čím méně je seniorům ve zkoumaných zařízeních

zdravotní a sociální péče z jednotlivých typů kinezioterapie a fyzikální terapie nabízeno, tím jsou spokojenější. Osoby seniorského věku totiž mnohdy ani netuží, že by jim služby z oblasti fyzioterapie a léčebné rehabilitace mohly být v zařízeních poskytovány.

V rámci dotazníkového šetření pak bylo také mimo jiné zjištěno, že poměrně velké množství respondentů služby fyzioterapie a léčebné rehabilitace v jednotlivých zařízeních zdravotní a sociální péče pro seniory nevyužívá. Někteří z nich nevědí, že tyto možnosti v zařízeních existují, někteří je považují za zbytečné.

Proto si myslím, že by bylo dobré zvýšit obecnou informovanost seniorů o příznivém vlivu fyzioterapie a léčebné rehabilitace na jejich fyzické a duševní zdraví a rozšířit povědomí pacientů/klientů o jednotlivých typech kinezioterapie a fyzikální terapie, které mohou být nebo jsou v zařízeních zdravotní a sociální péče nabízeny.

Tato bakalářská práce pak může sloužit jako jakýsi výlet možných přístupů k seniorskému věku z hlediska fyzioterapie a léčebné rehabilitace.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BALOGOVÁ, B. *Seniori*. Prešov: Akcent Print, 2005. 158 s. ISBN 80-969274-9-3.
- 2) BENEŠOVÁ, E. Fyzioterapie v pobytových zařízeních pro seniory. *Sociální péče: Odborný časopis pracovníků sociálních služeb*, 2009, 2, s. 20-22. ISSN 1213-2330.
- 3) BOUBAL, S. *Současné teorie stárnutí* [online]. 22.11.2000 [cit. 2011-01-22]. Dostupné z:
<http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/mechanisms/theory/theory_contemporary.asp>.
- 4) GUCCIONE, A. A. *Geriatric Physical Therapy*. 2. vyd. St. Louis: Mosby, 2000. 507 s. ISBN 0-323-00172-6.
- 5) GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998. 97 s.
- 6) HALADOVÁ, E. a NECHVÁTALOVÁ, L. *Vyšetřovací metody hybného systému*. 2. vyd. nezměněné. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 135 s. ISBN 80-7013-393-7.
- 7) HÁČKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
- 8) HROMÁDKOVÁ, J., et al. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jinoňany: H & H, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
- 9) JANDA, V., et al. *Svalové funkční testy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 328 s. ISBN 80-247-0722-5.
- 10) JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- 11) JEDLIČKA, V., et al. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

- 12) KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 13) KALVACH, Z., et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium. I. díl, Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
- 14) KALVACH, Z. Interdisciplinární problematika geriatrické medicíny. In: KALVACH, Z., et al. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 365-463. ISBN 80-247-0548-6.
- 15) KALVACH, Z., et al. Komplexní geriatrické hodnocení (CGA). In: KALVACH, Z., et al. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 165-204. ISBN 80-247-0548-6.
- 16) KALVACH, Z. a HOLMEROVÁ, I. Zdravotnické a sociální služby pro seniory. In: KALVACH, Z., et al. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 465-516. ISBN 80-247-0548-6.
- 17) KOCIOVÁ, K. a PEREGRINOVÁ, Z. *Fyzioterapie v geriatrii*. Martin: Osveta, 2003. 63 s. ISBN 80-8063-132-8.
- 18) KOLÁŠ, P., et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 19) LEWIT, K. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. přepracované vyd. Praha: SdĚlovací technika, 2003. 411 s. ISBN 80-86645-04-5.
- 20) MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařazeních*. 1. vyd. Praha: Grada 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 21) MATOUŠ, M., et al. *Pohyb ve stáří je klíčem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
- 22) MINIBERGEROVÁ, L. a DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

- 23) Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 1991, 11. 5. 2005 [cit. 2011-03-06]. Zásady OSN pro seniory. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1111>>.
- 24) MLÝNKOVÁ, J. Rizika dlouhodobého pobytu seniora na lůžku: Imobilizační syndrom. *Sociální péče: Odborný časopis pracovníků sociálních služeb*, 2009, 2, s. 17-19. ISSN 1213-2330.
- 25) NÉMETH, F., et al. *Geriatría a geriatrické ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- 26) PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. opravené vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2003. 239 s. ISBN 80-7204-312-9.
- 27) PODĚBRADSKÝ, J. a PODĚBRADSKÁ, R. *Fyzikální terapie: Manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 200 s. + 18 listů volné obrazové přílohy. ISBN 978-80-247-2899-5.
- 28) POLEDNÍKOVÁ, ě., et al. *Geriatrické a gerontologické ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- 29) *Průvodce sociálními službami, jsme tu pro Vás.: Pobytové služby*. Leské Budčovice: Herbia s.r.o., 2008. 78 s.
- 30) SCHULER, M. a OSTER, P. *Geriatría od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- 31) ČTILEC, M. *Pohybové a relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004a. 94 s. ISBN 80-246-0788-3.
- 32) ČTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004b. 136 s. ISBN 80-7178-920-8.
- 33) TOPINKOVÁ, E. *Geriatría pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- 34) TOPINKOVÁ, E. a NEUWIRTH, J. *Geriatría pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.
- 35) VENGLÁŠOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

- 36) WAGSTAFF P. a COAKLEY, D.: *Physiotherapy and the elderly patient*; London: Croom Helm, 1988. 224 s. ISBN 0-7099-3696-6.
- 37) WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178-970-4.
- 38) WEBER, P., et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- 39) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Fyzikální terapie

Fyzioterapie

Kinezioterapie

Léčebná rehabilitace

Senior

Stáří

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Sestavený anonymní dotazník, který byl použit pro získání dat od respondentů v jednotlivých vybraných zařízeních zdravotní a sociální péče.

Příloha 1: Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsm studentka oboru fyzioterapie Zdravotní sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a pígu bakalářskou práci na téma Fyzioterapie jako součást aktivního přístupu k seniorskému věku. V této práci budu hodnotit, jaké možnosti fyzioterapie a rehabilitace nabízejí vybraná zařízení pro seniory (např domovy důchodců, oddělení následné péče,...) ve vybraných městech na území Plzeňského a Jihočeského kraje a jak jsou s nabídkou služeb spokojeni senioři. Proto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění krátkého anonymního dotazníku. Své odpovědi, prosím, **kroužkujte**, u některých otázek **slovně vypisujte**. Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Helena Dudová

1. Co podle Vás patří do oblasti fyzioterapie či rehabilitace?

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

2. Dochází za Vámi na cvičení fyzioterapeut, rehabilitační pracovník nebo někdo, kdo jejich práci vykonává?

- a) ano
- b) ne

3. Pokud ano, jak často?

- a) několikrát denně
- b) jednou denně
- c) jednou za dva až tři dny
- d) jednou za týden
- e) méně často

4. Jsou ve Vašem zařízení také **skupinová cvičení** pro více osob?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Je ve Vašem zařazení možnost **vodoléčby** (vířivka, podvodní masáže,...)?
- a) ano
 - b) myslím, že ano
 - c) nevím
 - d) myslím, že ne
 - e) není
6. Pokud je ve Vašem zařazení možnost vodoléčby, využíváte ji? Jak často?
- a) několikrát denně
 - b) jednou denně
 - c) jednou za dva až tři dny
 - d) jednou za týden
 - e) méně často
 - f) vůbec nevyžívám
7. Je ve Vašem zařazení možnost **elektroléčby** (různé typy proudů, magnet,...)?
- a) ano
 - b) myslím, že ano
 - c) nevím
 - d) myslím, že ne
 - e) není
8. Pokud je ve Vašem zařazení možnost elektroléčby, využíváte ji? Jak často?
- a) několikrát denně
 - b) jednou denně
 - c) jednou za dva až tři dny
 - d) jednou za týden
 - e) méně často
 - f) vůbec nevyžívám
9. Je ve Vašem zařazení možnost **termoterapie** (teplé i studené zábaly, parafín, rašelina,...)?
- a) ano
 - b) myslím, že ano
 - c) nevím
 - d) myslím, že ne
 - e) není

10. Pokud je ve Vašem zařazení možnost termoterapie, vyuhíváte ji? Jak často?

- a) několikrát denně
- b) jednou denně
- c) jednou za dva až tři dny
- d) jednou za týden
- e) méně často
- f) vůbec nevyhívám

11. Je ve Vašem zařazení možnost **fototerapie** (Ažorské sluníčko, solárium, laser,...)?

- a) ano
- b) myslím, že ano
- c) nevím
- d) myslím, že ne
- e) není

12. Pokud je ve Vašem zařazení možnost fototerapie, vyuhíváte ji? Jak často?

- a) několikrát denně
- b) jednou denně
- c) jednou za dva až tři dny
- d) jednou za týden
- e) méně často
- f) vůbec nevyhívám

13. Je ve Vašem zařazení možnost **mechanoterapie** (masáže, bažky, ultrazvuk,...)?

- a) ano
- b) myslím, že ano
- c) nevím
- d) myslím, že ne
- e) není

14. Pokud je ve Vašem zařazení možnost mechanoterapie, vyuhíváte ji? Jak často?

- a) několikrát denně
- b) jednou denně
- c) jednou za dva až tři dny
- d) jednou za týden
- e) méně často
- f) vůbec nevyhívám

15. Byl(a) jste dostatečně seznámen(a) s nabídkou fyzioterapie a rehabilitace ve Vašem zařízení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevzpomínám si

16. Jste s nabídkou těchto služeb spokojen(a)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

17. Jste spokojen(a) s tím, jak je fyzioterapie či rehabilitace ve Vašem zařízení prováděna?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

18. Jste spokojen(a) se zařízením, ve kterém pracujete?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

19. Cítíte se celkově spokojen(a)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

20. Jakým způsobem ovlivňuje fyzioterapie a rehabilitace Váš pocit spokojenosti?

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) nevím
- d) spíše negativně
- e) negativně

Svou odpověď, prosím, zdůvodněte:

.....

.....

.....

21. Jak dlouho už v tomto zařízení pobýváte?

.....

.....

.....

22. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

23. Jaký je Váš věk?

.....

.....

.....

Děkujeme za Vaše čas věnovaný vyplnění dotazníku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living, aktivity každodenního života
aj.	a jiné
apod.	a podobně
DD proudy	diadynamické proudy
DG	dechová gymnastika
DNA	deoxyribonukleová kyselina
DNS	dynamická neuromuskulární stabilizace
FIM	Functional Independence Measure, funkční míra nezávislosti
FT	fyzikální terapie
IR	infračervený
LDN	lůžka dlouhodobě nemocných
LTV	léčebná tělesná výchova
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
NDT	neurodevelopmental treatment
ONP	oddělení následné péče
OSN	Organizace spojených národů
PIR	postizometrická relaxace
PNF	proprioceptivní neuromuskulární facilitace
SFTR	sagittal-frontal-transversal-rotation, záznam měření pohybu v kloubu
st.	stupeň
TBC	tuberkulóza
TENS	transkutánní elektrická nervosvalová stimulace
TrPs	triggerpointy
tzv.	takzvaný
UV	ultrafialový
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace