

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu

Bc. Soňa Kalafatičová

Management komprehenzivní rehabilitace seniorů

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Olomouc 2012

ANOTACE

Název práce v ČJ: Management komprehenzivní rehabilitace seniorů

Název práce v AJ: Management of comprehensive rehabilitation of seniors

Datum zadání: 2011-01-30

Datum odevzdání: 2012-07-16

Vysoká škola, fakulta: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Ústav: Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Bc. Soňa Kalafatičová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce má za cíl popsat rehabilitaci seniorů na Jesenicku, porovnat poskytovanou rehabilitaci se současným konceptem komprehenzivní rehabilitace a navrhnout model řízení komprehenzivní rehabilitace seniorů na Jesenicku. Součástí práce je objasnění pojmu komprehenzivní rehabilitace se zaměřením na seniory. Průzkumná část je zaměřena na popis demografické a sociální situace na Jesenicku a na průběh rehabilitace seniorů v Jesenické nemocnici, spol. s r. o. v letech 2006-2011. Výstupem práce je návrh realizace komprehenzivní rehabilitace seniorů v Jesenické nemocnici.

Abstrakt v AJ:

The goal of the thesis is to describe the rehabilitation of seniors in the Jeseník, compared it with the current concept of comprehensive rehabilitation and design how to manage comprehensive rehabilitation of seniors in Jeseníky. The thesis clarify the concept of comprehensive rehabilitation with a focus on seniors. The exploration part is focused on describing the demographic and social situation in Jeseníky and rehabilitation of older people in the Jeseník hospital in 2006-2011. The output of this thesis is the design of comprehensive rehabilitation of older people in the Jeseník hospital.

Klíčová slova v ČJ: komprehenzivní rehabilitace, senioři, management

Klíčová slova v AJ: comprehensive rehabilitation, seniors, management

Počet stran: 79

Počet příloh: 4

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 16. července 2012

.....

Děkuji Doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Děkuji vedení Jesenické nemocnice, spol. s r. o. za umožnění provedení průzkumu na oddělení Léčebna dlouhodobě nemocných.

OBSAH

ANOTACE	2
ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KOMPREENZIVNÍ REHABILITACE	10
1.1 Rehabilitace	10
1.2 Komprehenzivní rehabilitace	12
1.2.1 Léčebná rehabilitace	13
1.2.2 Sociální rehabilitace	14
1.2.3 Pedagogická rehabilitace	15
1.2.4 Pracovní rehabilitace	16
1.3 Rehabilitační tým	16
2 NEMOCI SENIORŮ	18
2.1 Zvláštnosti chorob ve stáří	18
2.2 Geriatrické syndromy	19
3 KOMPREENZHIVNÍ REHABILITACE SENIORŮ	22
3.1 Léčebná rehabilitace seniorů	22
3.2 Sociální rehabilitace seniorů	24
VÝZKUMNÁ ČÁST	25
4 METODIKA	25
4.1 Výzkumné otázky	25
4.2 Metodika práce	26
4.3 Výzkumné metody	26
4.4 Zkoumaný vzorek	27
4.5 Předvýzkum	28
4.6 Případová studie	29
5 VÝSLEDKY	31
5.1 Demografická a sociální situace na Jesenicku	31

5.1.1	Demografická situace na Jesenicku	32
5.1.2	Sociální služby na Jesenicku	37
5.2	Rehabilitace na LDN v letech 2006-2011	39
5.2.1	Charakteristika oddělení LDN	39
5.2.2	Charakteristika rehabilitace na oddělení LDN	39
5.3	Obsahová analýza zdravotnické dokumentace z let 2006-2011	43
5.4	Vybrané případové studie	49
5.4.1	Obsahová analýza případových studií	56
	DISKUSE	59
	ZÁVĚR	63
	LITERATURA A PRAMENY	66
	SEZNAM ZKRATEK	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM TABULEK	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH	73
	PŘÍLOHY	74

ÚVOD

Problematika seniorů je v současnosti velmi diskutovaným tématem. Jedním z hlavních důvodů je stárnutí evropské populace. V České Republice bude podle analýzy Českého statistického úřadu postupně docházet ke zvyšování relativního počtu lidí ve věku 65 let a více. Z této skupiny bude nejvíce přibývat lidí ve věku 85 let a více. Zdravotní stav lidí tohoto věku obvykle vyžaduje častější zdravotní a sociální péči.¹ Léčba seniorů bývá zpravidla delší než léčba mladých lidí a často se stává, že se senior nemůže vrátit do původního prostředí. Jednou z možností jak ovlivnit tuto skutečnost je poskytování komprehenzivní rehabilitace seniorům.

Jsem fyzioterapeut. Od srpna roku 2006 pracuji jako fyzioterapeut v Jesenické nemocnici, spol. s r. o. na oddělení Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN). Protože naprostá většina pacientů/klientů LDN jsou senioři, začala jsem se o problematiku seniorů více zajímat. Pravidelně se účastním besed, seminářů a konferencí (Gerontologické dny v Ostravě), které se týkají problematiky seniorů. Aktivně jsem se zapojila do programu Česko-polské akademie 3. věku. Právě tato několikaletá zkušenost s prací se seniory mě přivedla k výběru tématu této práce. Rehabilitace je velmi široký pojem a ve zdravotnickém prostředí je stále chápán v úzkém slova smyslu pouze jako léčebná rehabilitace a většinou je také poskytována pouze léčebná rehabilitace. Proto bych ráda poukázala na nutnost širšího pohledu na rehabilitaci a to zejména v případě seniorů.

Cílem této práce je popsat rehabilitaci seniorů na Jesenicku, porovnat poskytovanou rehabilitaci se současným konceptem komprehenzivní rehabilitace a navrhnout model řízení komprehenzivní rehabilitace seniorů na Jesenicku. Dílčími cíli jsou:

1. Popsat komprehenzivní rehabilitaci a její složky.
2. Popsat specifická onemocnění seniorů ve vztahu k rehabilitaci.
3. Vysvětlit pojem komprehenzivní rehabilitace se zaměřením na rehabilitaci seniorů.
4. Popsat demografickou situaci na Jesenicku.
5. Popsat sociální situaci seniorů na Jesenicku.

¹ SVOBODOVÁ, Kamila. *ANALÝZA: Stárnutí populace podle výsledků projekce ČSÚ*. [online], <www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34>

6. Popsat průběh rehabilitace seniorů v Jesenické nemocnici, spol. s r. o.
7. Posoudit, jaké složky rehabilitace jsou realizovány v Jesenické nemocnici, spol. s r. o.
8. Navrhnout způsob dosažení komprehenzivní rehabilitace seniorů na Jesenicku a jejího řízení.

Východiskem pro zpracování této práce bylo vypracování rešerší na dané téma. Základní rešerši jsem si nechala vypracovat ve Vědecké knihovně v Olomouci na podkladě následujících klíčových slov: **komprehenzivní rehabilitace, senioři, demence a management**. Rešerše obsahovala 151 záznam. Po podrobném prostudování vybraných zdrojů jsem zjistila, že pouze velmi málo publikací a článků obsahuje relevantní informace k danému tématu. Proto jsem rešerši rozšířila pomocí konkretizace a vzájemných kombinací klíčových slov, jako **ucelená rehabilitace, rehabilitace seniorů, management rehabilitace** aj., v katalogu Vědecké knihovny v Olomouci, Souborném katalogu Knihovny Univerzity Palackého a v internetových databázích jako Bibliographia medica Českoslovacca nebo pomocí vyhledávače Gogole Scholar. Přes obsáhlý soupis literatury k danému tématu jsem pro zpracování teoretické části použila jen několik publikací, protože další publikace a články obsahují již jen citace a parafráze z nich. Jedním z hlavních zdrojů je kniha docenta Koláře *Rehabilitace v klinické praxi*. Tato obsáhlá publikace představuje souhrn dosavadních poznatků o komprehenzivní rehabilitaci a její současné podobě.

Diplomová práce je členěna na dvě části, teoretickou a praktickou. V rámci teoretické části jsou zodpovězeny první tři dílčí cíle. Je zaměřena na objasnění pojmu komprehenzivní rehabilitace a jejích složek. Dále se zabývá specifiky nemocí seniorů a možnostmi komprehenzivní rehabilitace seniorů. Východiskem pro zpracování teoretické části mi byly odborné publikace a články.

Praktická část je zaměřena na popis demografické a sociální situace na Jesenicku. Podkladem byla data zveřejněná Českým statistickým úřadem a Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Obsahuje popis rehabilitace na oddělení LDN Jesenické nemocnice, spol. s r. o. Další průzkum je zaměřen na obsahovou analýzu zkoumaného vzorku oddělení LDN. Průběh rehabilitace je popsán v pěti případových studiích a jejich analýze. Zkoumaný vzorek tvoří zdravotnická dokumentace oddělení LDN z let 2006-2011.

Výstupem diplomové práce je zhodnocení reálného poskytování rehabilitace na oddělení LDN a návrh organizačních změn směřujících ke zkvalitnění poskytované rehabilitace ve smyslu poskytování komprehenzivní rehabilitace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMPREENZIVNÍ REHABILITACE

1.1 Rehabilitace

Pojem rehabilitace má velmi široký význam. Většina slovníků dělí význam slova rehabilitace na dvě základní skupiny. Na prvním místě bývá uváděno „navrácení, obnovení cti, bezúhonnosti, dobré pověsti, práv, společenského postavení ap.; ospravedlnění.“² Na druhém místě bývá uváděn význam lékařský, tedy že rehabilitace je „léčebná metoda směřující k opětnému nabytí schopností ztracených nemocí n. úrazem; návratná péče.“³ Stejně jako řada léčebných metod se i rehabilitace začala rozvíjet ve 20. století v souvislosti se světovými válkami. Pojem rehabilitace se začal používat ve Spojených státech amerických po První světové válce v souvislosti s terapií zraněných vojáků.⁴ Ve druhé polovině 20. století se rehabilitace začala organizovat, strukturalizovat. V rámci Světové zdravotnické organizace (WHO) vznikla řada definic vymezujících obor rehabilitace, jeho náplň a objekt působení. V roce 1969 byla rehabilitace definována jako „kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možno nejvyššího stupně funkční schopnosti.“⁵ Se současným vývojem klasifikací funkčních poruch se měnily i pojmy v definicích rehabilitace. V roce 1981 dle definice WHO obsahuje rehabilitace „všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita, následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého.“⁶ Na rozdíl od předchozí formulace v ní není zmíněn konkrétní prostředek jak společenského začlenění dosáhnout. Obdobou je definice z roku 1994, kdy WHO definuje rehabilitaci „jako proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti.“⁷ Jedna z posledních definic rehabilitace je z roku 1999. Podle ní představuje rehabilitace „organizační opatření a služby směřující ke zlepšení, udržení a oddálení zhoršení fyzických, psychických, sociálních a pracovních aktivit a pomáhající lidem dosáhnout jejich

² KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*, s. 598.

³ KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*, s. 599.

⁴ Srov. TROJAN, S., aj. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*, s. 195.

⁵ KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 2.

⁶ Tamtéž.

⁷ JANKOVSKÝ, J. aj. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s.9.

plného potenciálu a optimálního stupně nezávislosti.“⁸ Označení rehabilitace za soubor opatření a služeb je velmi všeobecné a nedovoluje považovat za rehabilitaci pouze určitý konkrétní přístup či metodu. Zaměření rehabilitace na fyzické, psychické, sociální a pracovní aktivity je velmi obšírné.

Toto komplexní pojetí rehabilitace ještě není v České republice rozšířeno. Po 2. světové válce byla u nás v souvislosti s epidemiemi dětské obrny s úspěchem rozvíjena především fyzioterapie. Ta byla postupně rozšířena o různé terapeutické postupy a začala být nazývána rehabilitací. Toto chápání pojmu rehabilitace u nás přetrvává.⁹ Většina lidí považuje fyzioterapii za rehabilitaci, přestože fyzioterapie představuje pouze jednu z mnoha metod léčebné rehabilitace a léčebná rehabilitace je jednou ze čtyř složek komprehenzivní rehabilitace. Současné moderní pojetí rehabilitace je vymezeno jako „koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince.“¹⁰ Kolář uvádí, že „tento proces zahrnuje zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku.“¹¹ Toto pojetí je jedním z nejobširnějších a poukazuje na komplexnost rehabilitace, která znamená především včasnost a návaznost. Kromě těchto je důležitá dostupnost zvláště informací, individuální přístup k poskytování rehabilitace, multidisciplinární posouzení a součinnost všech poskytovatelů.¹²

⁸ KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 11.

⁹ Srov. TROJAN, S., aj. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*, s. 196.

¹⁰ KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 1.

¹¹ KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 1.

¹² Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 8.

1.2 Komprehenzivní rehabilitace

Komprehenzivní rehabilitace je počeštěným výrazem anglického *comprehensive rehabilitation*, který nejčastěji překládáme jako ucelená rehabilitace. Z výše uvedených definic rehabilitace je zřejmé, že již samotný pojem rehabilitace v sobě zahrnuje několik složek a měl by být brán jako rehabilitace ucelená. Výraz ucelená, by měl vyvrátit chápání rehabilitace pouze jako součást léčebného programu. Pojem ucelená rehabilitace vyjadřuje provázanost zdravotní péče s ostatními oblastmi.¹³

Kolář definuje komprehenzivní rehabilitaci „jako vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti.“¹⁴ Votava dodává, že ucelená rehabilitace má své místo v případech, kdy nemoc či postižení nelze řešit a vyřešit pouze zdravotnickými prostředky a stav je dlouhodobý či trvalý.¹⁵

„Cílovou skupinu ucelené rehabilitace tvoří osoby se zdravotním postižením bez omezení věku, u kterých došlo nebo může dojít v důsledku vrozené vady, onemocnění nebo úrazu k omezení aktivity a začleňování do společnosti. Jedná se o osoby, které jejich zdravotní postižení omezuje, nebo jim dokonce znemožňuje dosáhnout optimální úrovně soběstačnosti, vzdělání a které toto zdravotní postižení omezuje v možnosti pracovního uplatnění.“¹⁶

Komprehenzivní rehabilitace je dělena na čtyři složky:

- léčebná rehabilitace;
- sociální rehabilitace;
- pedagogická rehabilitace;
- pracovní rehabilitace.¹⁷

O komprehenzivní rehabilitaci lze hovořit, pokud obsahuje alespoň dvě složky. Důležité je, aby jednotlivé složky byly poskytovány včas, plynule, koordinovaně

¹³ Srov. VOTAVA, J. , *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14-15.

¹⁴ KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 2.

¹⁵ Srov. VOTAVA, J. , *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14.

¹⁶ KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 2.

¹⁷ Tamtéž.

a komplexně.¹⁸ Ucelenost je dána vzájemným propojením jednotlivých složek. Specialisté v jednotlivých oborech by měli mít přehled o činnosti ostatních oborů a měli by být schopni svým klientům alespoň rámcově naznačit, jaký bude průběh rehabilitace a na koho by se v případě potíží měli obrátit.¹⁹

1.2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je souborem rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních postupů a opatření, která směřují k získání maximální funkční zdatnosti.²⁰ Je zajišťována v nemocnicích v rámci lůžkové péče, ambulantně, v odborných léčebných ústavech a lázních. Léčebnou rehabilitaci můžeme dělit dle postupu na vertikální a horizontální. V případě vertikální rehabilitace dochází k návratu plné funkční zdatnosti, dochází k návratu k původnímu stavu. V tomto případě nejsou nutné další intervence. Při horizontální rehabilitaci je přítomno trvalé postižení, jehož úprava není zcela možná. Rehabilitace se zde zaměřuje na funkční úpravu pomocí kompenzace omezených funkcí.²¹ Další složky komprehenzivní rehabilitace by měly následovat ihned po ukončení léčebné rehabilitace nebo by měly být započaty již v průběhu léčebné rehabilitace. Léčebná rehabilitace vychází z důkladné diagnostiky a stanovení rehabilitačního plánu. Krátkodobý plán sestává z konkrétních postupů a jejich koordinace. Dlouhodobý plán stanovuje další postupy a připravuje podmínky pro přechod k další složce rehabilitace. Mezi obory léčebné rehabilitace jsou řazeny: fyzioterapie, ergoterapie, rehabilitační inženýrství, fyziatrie a myoskeletální medicína.²² Neubauerová mezi prostředky léčebné rehabilitace řadí také balneoterapii, canisterapii, dietoterapii, expresivní terapii (arteterapie, muzikoterapie), hypoterapii, léčebnou tělesnou výchovu s rehabilitačními metodami a neuropsychologickou terapii²³

Fyzioterapie je terapeutický postup, který využívá různých forem energií, přírodních podnětů k zachování či obnově zdraví. Fyzioterapie se zaměřuje

¹⁸ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 2. a JANKOVSKÝ, J. aj. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s.7.

¹⁹ Srov. VOTAVA, J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14.

²⁰ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 2.

²¹ Srov. VOTAVA, J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 26.

²² Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 3-4.

²³ Srov. NEUBAUEROVÁ, L. aj., *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*, s. 19.

na prevenci, diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového aparátu.²⁴ Cíleně ovlivňuje i funkce ostatních systémů včetně psychických.

Fyziatrie je lékařský obor, který se zabývá studiem fyzikálních podnětů a jejich využitím k prevenci, diagnostice a terapii.²⁵

Ergoterapie je terapeutický obor, který „prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“²⁶

Rehabilitační inženýrství je technickým oborem, který se zabývá vývojem, tvorbou a aplikací technických pomůcek pro zdravotně postižené. Tyto pomůcky pomáhají k dosažení určitého stupně soběstačnosti a umožňují začlenění do společnosti.²⁷

Psychologie jako obor stojí na pomezí prakticky všech složek ucelené rehabilitace. Klinická psychologie je jakákoliv kvalifikovaně prováděná psychologie na půdě zdravotnictví. Neuropsychologie se zabývá diagnostikou a terapií poškozeného mozku z psychologického hlediska. Indikuje rehabilitaci kognitivních funkcí.²⁸

Logopedie je oborem uplatňovaným v rámci léčebné a pedagogické rehabilitace. Předmětem logopedie je diagnostika a terapie poruch komunikačních funkcí, tj. s poruchami řečových mechanismů a s poruchami kognitivních a fatických funkcí. Cílem je umožnění mezilidské komunikace a obnovení původního stavu.²⁹ Pokud tohoto nelze dosáhnout, využívá logopedie alternativních forem komunikace.³⁰

1.2.2 Sociální rehabilitace

Proces zaměřený na nácvik dovedností zdravotně postiženého pacienta potřebných k dosažení maximální míry samostatnosti a soběstačnosti v rámci

²⁴ Srov. ZEMAN, M. *Fyzioterapie v současné moderní medicíně*, s. 467.

²⁵ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 4.

²⁶ Česká Asociace Ergoterapeutů. [online], <www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

²⁷ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 4.

²⁸ Srov. VOTAVA, J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 40.

²⁹ Srov. VOTAVA, J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 46.

³⁰ Srov. NEUBAUEROVÁ, L. aj., *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*, s. 25.

zdravotního postižení.³¹ Pomocí různých činností pomáhá snížit stupeň závislosti. Cílem sociální rehabilitace je dosažení co nejvyšší úrovně sociální integrace.³² Úzce navazuje na léčebnou rehabilitaci. Každý člověk má sociální vazby od narození a udržuje si je i při pobytu např. v nemocnici. Pokud je to člověku umožněno, jsou mu vytvořeny předpoklady, může se do společnosti opět vrátit.³³

Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb. Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem. Umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři. Sociální služby zajišťují pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem sociálních služeb je podpora rozvoje či zachování stávající soběstačnosti seniora, návrat do původního prostředí a obnova či zachování dosavadního stylu života.³⁴

Sociální rehabilitace je poskytována zejména nestátními neziskovými organizacemi, občanskými sdruženími, zdravotnickými zařízeními a nadacemi. Tyto většinou poskytují i odborné poradenské služby.³⁵

1.2.3 Pedagogická rehabilitace

Zaměřená na vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením s cílem dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání.³⁶ Přestože je vzdělávání se otevřený proces probíhající celý život, největší důraz je kladen na období dětství a dospívání. Pedagogická rehabilitace působí na osoby se získaným postižením i na osoby s postižením od narození. Využívá pedagogicko psychologické prostředky s cílem edukace a reedukace, nastolení či obnovení normálního stavu. Využívány jsou speciální metody, postupy a prostředky volené podle druhu a stupně postižení.³⁷

³¹ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 5.

³² Srov. NEUBAUEROVÁ, L. aj., *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*, s. 19.

³³ Srov. VOTAVA, J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 15.

³⁴ Srov. Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Sociální služby*. [online], <www.mpsv.cz/cs/9>

³⁵ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 5.

³⁶ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 6.

³⁷ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, s. 31.

Speciální pedagogika se tedy dělí na somatopedii (pro tělesně postižené), psychopedii (pro mentálně postižené), etopedii (pro jedince s poruchami chování), tyflopedit, popřípadě ortopedii (pro zrakově postižené), surdopedii, popřípadě akupedit (pro sluchově postižené) a logopedii (pro řečově postižené).³⁸

Největší důraz je kladen na optimální rozvoj osobnosti a díky tomu i sociální, pracovní a kulturní integraci. Na základě toho se mohou účastnit produktivního života. Tento proces je organizován na ranou péči, školní edukaci a profesní vzdělávání. Hlavním cílem pedagogické rehabilitace je dosažení maximálního stupně vzdělání.

1.2.4 Pracovní rehabilitace

„Pracovní rehabilitace se zaměřuje na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, které na základě její žádosti zabezpečují úřady práce.“³⁹ Pracovní rehabilitace je součástí politiky zaměstnanosti. Zařazení do těchto programů probíhá na základě posouzení zdravotního stavu, pracovní způsobilosti, úrovně dosaženého vzdělání a získaných zkušeností a dovedností. To vše je ovlivněno situací na trhu práce. Součástí postupu pracovní rehabilitace mohou být poradenské činnosti, teoretická a praktická příprava na budoucí povolání, rekvalifikační kurzy, zprostředkování, udržení či změna zaměstnání a vytváření podmínek pro výkon zaměstnání.⁴⁰ V rámci pracovní rehabilitace jsou vytvářena chráněná pracovní místa, chráněné dílny. Tyto jsou přizpůsobeny zdravotnímu stavu a praktickým možnostem osob se zdravotním postižením. Existuje také zákon, který stanovuje povinnost zaměstnávat občany se změněnou pracovní schopností.⁴¹

1.3 Rehabilitační tým

Rehabilitační tým je skupinou odborníků, kteří vzájemně spolupracují na dosahování společných cílů. Měl by být složen z „lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa, sociální pracovníce a... logopeda.“⁴² Dalšími členy jsou speciální pedagog, zdravotní sestry a protetičtí odborníci.⁴³

³⁸ JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, s. 31.

³⁹ KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 7.

⁴⁰ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 7.

⁴¹ Srov. JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, s. 34.

⁴² NEUBAUEROVÁ, L. aj., *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*, s. 22.

⁴³ Srov. Tamtéž.

Rehabilitační lékař je vedoucím léčebné rehabilitace. Určuje, kdo se bude na léčbě podílet a jakým způsobem. Lékař popisuje příznaky a syndromy, určuje diagnózu, stanoví medikaci a další léčbu.

Fyzioterapeut na podkladě vlastního vyšetření provádí speciální terapeutické postupy v rámci stanoveného plánu. Hlavním cílem je zpravidla obnovení hybnosti a nácvik lokomoce.

Ergoterapeut hodnotí a trénuje všední denní činnosti, přičemž se zaměřuje na trénink motorický, sensorických a kognitivních funkcí. Trénuje používání kompenzačních pomůcek a v rámci ergodiagnostiky hodnotí zbytkový pracovní potenciál.

Neuropsycholog se zaměřuje na určení úrovně pozornosti, koncentrace, bdělosti, schopnost samostatného úsudku. **Psycholog** se zaměřuje na rehabilitaci kognitivních funkcí, psychodiagnostiku a poradenskou činnost. Logoped diagnostikuje a ovlivňuje poruchy řeči.

Klinický logoped využívá reedukačních i kompenzační postupy se snahou o maximalizaci komunikačních dovedností pacienta.

Sociální pracovník pomáhá zejména při řešení finančních otázek, spolupracuje s rodinou a příslušnými institucemi (např. sociálními odbory).

Protetik navrhuje a zhotovuje individuální kompenzační pomůcky.

Speciální pedagog je nedílnou součástí týmu při rehabilitaci dětí.

Dobrovolnictví zatím není příliš rozšířeno. Dobrovolníci obvykle pomáhají při méně odborných činnostech.⁴⁴

⁴⁴ Srov. NEUBAUEROVÁ, L. aj., *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*, s. 22-26.

2 NEMOCI SENIORŮ

Se zvyšujícím se věkem vzrůstá také nemocnost. Senioři jsou více nemocní než mladší lidé. Jedná se o nemoci chronické a degenerativní a jejich akutní formy a dekompenzace.⁴⁵ Klinický obraz i léčba nemocí seniorů jsou často odlišné od obrazu nemocí mladších lidí. Roli hraje věk, tělesná kondice, komorbidita a farmakoterapie.⁴⁶ Mezi nejčastější nemoci starších lidí patří kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění, gastrointestinální a respirační onemocnění.⁴⁷ Nejčastějšími formami kardiovaskulárních onemocnění jsou akutní formy ischemické choroby, jako je infarkt srdce či mozku. Nemoci pohybového aparátu mají ve vyšším věku spíše degenerativní charakter. Typickým onemocněním je artróza. Zvláštní kapitolou jsou úrazy, zlomeniny. Mezi nejtypičtější metabolická onemocnění patří diabetes mellitus 2. typu. Se zvyšujícím se věkem vzrůstá počet diagnostikovaného diabetu a u diabetiků dochází ke zhoršování komplikací diabetu.

2.1 Zvláštnosti chorob ve stáří

Pro seniory je typický odlišný průběh nemocí než u mladších lidí. Příznaky onemocnění bývají nevýrazné, nenápadné a někdy mohou chybět úplně. S věkem dochází ke sdružování nemocí, tzv. multimorbiditě nebo polymorbiditě. Znamená to současný výskyt více nemocí ať nezávisle na sobě nebo vzájemně na sebe řetězené. Klinický obraz se může překrývat nebo potencovat. Další zvláštností jsou lékové reakce, kdy současné užívání několika léků může zastírat příznaky a způsobit neočekávané a nežádoucí účinky. Pokud starší člověk onemocní, může akutní forma nemoci dekompenzovat přidružené chronické onemocnění. Tento jev se nazývá kaskádový efekt. Často se také stává, že dojde k dekompenzaci jiného než postiženého orgánu. Nejčastěji jde o mozek, který má menší funkční rezervu a reaguje citlivěji na změnu vnitřního prostředí. Další zvláštností je nespecifičnost příznaků a jejich dominance nad ostatními projevy. Jsou to například únava, nechutenství, celkové zhoršení stavu a vyskytují se u mnoha různých onemocnění. Někdy dochází dokonce

⁴⁵ Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, s. 5.

⁴⁶ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 135.

⁴⁷ Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, s. 6.

k nesignalizování zdravotních problémů. Všechny tyto jevy komplikují diagnostiku i následnou léčbu nemoci.^{48,49}

Specifickou zvláštností chorob seniorů je vysoký funkční a sociální kontext chorob. U seniorů je velmi vysoké riziko ztráty soběstačnosti. I drobné zhoršení stavu může člověka omezit v soběstačnosti. Pokud jde o chronické či invalidizující onemocnění, často dochází k výrazným změnám sociálního postavení. Vzhledem k omezení soběstačnosti jsou často odkázáni na pomoc druhých lidí a často jsou také nuceni se stěhovat pro neschopnost samostatného bydlení. Tyto faktory rovněž ovlivňují průběh nemoci, protože negativně působí na psychiku nemocného.^{50,51}

2.2 Geriatrické syndromy

Na podkladě zkušeností lékařů se závažnými zdravotními potížemi a symptomy, které se u geriatrických pacientů často opakovaly, byly na přelomu 60. a 70. let formulovány tzv. geriatrické obři. Následně byla geriatric označována jako medicína čtyř (později pěti) „i“: instabilita, imobilita, intelektové poruchy, inkontinence, iatrogenní poškození⁵². Je pro ně charakteristická „multifaktoriální etiologie, chronický průběh, pokles nezávislosti, náročná a obtížná léčitelnost.“⁵³ Koncept geriatrických syndromů vznikl později. V klinické medicíně znamená syndrom množinu příznaků způsobených jednou příčinou. Geriatrické syndromy mají příznaky mnohočetné a vyvolané různými příčinami.⁵⁴ Kalvach uvádí dva přístupy k vymezení geriatrických syndromů (GS): „GS jako synonymum jednotlivých příznaků ... a zdravotních problémů obvyklých, častých a významných u geriatrických pacientů“⁵⁵ a „GS jako složitější příznakové a problémové soubory s vnitřní logikou patogenetickou provázaností.“⁵⁶

Syndrom hypomobility, decondice a svalové slabosti (sarkopenie). Podstatou je vzájemná podmíněnost těchto tří jevů. Snížením pohybové aktivity,

⁴⁸ Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, s. 8-9..

⁴⁹ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 135-138.

⁵⁰ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 135-138.

⁵¹ Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, s. 9.

⁵² Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 141.

⁵³ WEBER, P. Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny. *Vnitř Lék*, 2011, 57(6), <http://www.vnitrnilekarstvi.cz/online/E2010_18?confirm_rules=1>

⁵⁴ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 141.

⁵⁵ KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 141.

⁵⁶ Tamtéž.

zejména chůze, dochází k úbytku svalové hmoty a tím se celkově snižuje fyzická výkonnost.

Syndrom anorexie a malnutrice. Také nazýván syndrom nechutenství a neprospívání nalézáme i bez výskytu příčinného onemocnění. Často se rozvíjí během ústavní léčby a komplikuje průběh a léčbu onemocnění.⁵⁷

Syndrom instability s pády. Geriatrická instabilita je různorodá a je podmíněna různými příčinami. Jednak poruchou percepce a analýzy rovnovážného systému, poruchou efektorů rovnovážného a muskuloskeletálního systému, poruchou zraku, vnějšími příčinami (např. nevhodná obuv) a v neposlední řadě instabilita způsobená kombinací výše uvedených příčin.⁵⁸

Syndrom inkontinence. Inkontinence je definována jako stav jakéhokoliv spontánního „nedobrovolného úniku moči, který představuje zdravotně psychologický a sociálně hygienický problém.“⁵⁹ U starších lidí výrazně ovlivňuje kvalitu života a podílí se na izolaci člověka mimo společnost. Zatímco v produktivním věku se inkontinence týká převážně žen, ve stáří podíl mužské inkontinence narůstá a po 80. roce se tento podíl vyrovnává.⁶⁰

Syndrom imobility (imobilizační syndrom). Imobilita je porucha schopnosti samostatného pohybu v prostoru. Může být přechodná nebo trvalá. Mezi nejzávažnější onemocnění způsobující dlouhodobou či trvalou mobilitu patří zejména ikty (cévní mozkové příhody), onemocnění nosných kloubů, zlomeniny dolních končetin a jiná onemocnění dolních končetin, parkinsonismus, respirační či kardiovaskulární insuficience.⁶¹

Syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování. Předstupněm je minimální kognitivní deficit, který se může změnit na některý typ demence. Demence jsou skupiny chorob, které se projevují výrazným snížením paměti, intelektu a poznávacích funkcí a druhotně postihuje všechny psychické funkce.

Syndrom duálního (kombinovaného) senzoryckého deficitu. Znamená omezení smyslového vnímání a to konkrétně dvou smyslů současně – zraku a sluchu.

⁵⁷ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 160-161.

⁵⁸ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 168-169.

⁵⁹ KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 215.

⁶⁰ ROMŽOVÁ, M. aj. Inkontinence moči u stárnoucího pacienta z pohledu urologa. *Prakt. lékařem*. [online]. 2010, roč. 6, č. 5, s. 227-230, <<http://www.solen.cz/pdfs/lek/2010/05/03.pdf>>

⁶¹ Srov. WEBER, P. WEBER, Pavel. Velké geriatrické syndromy – vztah k polymorbiditě a dysaptibilitě v seniu. *Postgraduální medicína* [online]. 2004, č. 3, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/velke-geriatricke-syndromy-vztah-k-polymorbidite-a-dysaptibilite-161496>>

Syndrom maladaptace. Zhoršená schopnost přizpůsobení se, typické při změně prostředí.

Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka (elder abuse). Týrání může být tělesné, ale i psychické a emocionální. Senioři jsou často finančně zneužíváni. Zanedbávání mohou být druhou osobou, často také zanedbávají péči o sebe samotné. Do syndromu týrání patří také neodůvodněné použití restriktivních opatření u klientů v pobytových zařízeních.⁶²

Syndrom terminální geriatrické deteriorace. Dochází ke zhoršování stavu geriatrického pacienta bez zjevné příčiny a nereagující na léčbu. Obvykle spěje ke smrti.⁶³⁶⁴

Syndrom frailty neboli stařecké křehkosti. Křehkost je chápána jako rizikovost. Je způsobena přirozenými změnami orgánů ve stáří jako jsou úbytek svalové a kostní hmoty, snížení pevnosti kostí, zhoršení pohyblivosti, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, a také poruchy kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. Takto nemocní jsou ohroženi sníženou schopností provádět běžné denní činnosti až nesoběstačností. Je u nich velké riziko pádů a zlomenin. Tyto stavy vedou často k opakovaným hospitalizacím.⁶⁵

Jedním z přínosů konceptu geriatrických syndromů je mimo jiné návod ke komplexnímu pojetí geriatrické problematiky, protože stále převládá orientace na jednotlivé choroby. Dále také podporují týmový přístup ke geriatrickým pacientům.⁶⁶

⁶² Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 277-279.

⁶³ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 142.

⁶⁴ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 5.

⁶⁵ Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, s. 9.

⁶⁶ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 143-144.

3 KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE SENIORŮ

Jak již bylo uvedeno, nejčastějšími chorobami vyššího věku jsou kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění a gastrointestinální a respirační onemocnění.⁶⁷ Vzhledem k odlišnému klinickému obrazu a průběhu nemoci ve stáří je nutný i odlišný léčebný a terapeutický přístup. Kromě akutního vyšetření a stanovení základní diagnózy je nutné také komplexní vyšetření s ohledem na geriatrické syndromy. Tyto můžeme rozdělit na somatické, psychické a sociální. Mezi somatické řadíme poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilita, pády a úrazy, inkontinence moči a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a tekutin a dekubity. Mezi psychické řadíme demence, deprese, deliria, poruchy chování a poruchy adaptace. Do sociálních geriatrických syndromů jsou řazeny. ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání a zneužívání a dysfunkce rodiny.⁶⁸ Somatické a psychické geriatrické syndromy jsou předmětem zájmu léčebné rehabilitace seniorů, sociální geriatrické syndromy řeší sociální rehabilitace.

V rámci rehabilitace seniorů je nutné mít na paměti, že rehabilitační cíle jsou odlišné než u lidí v produktivním věku. Hlavním cílem je zachování soběstačnosti a tím i možnosti návratu do domácího prostředí. Vzhledem k tomu, že zhoršování zdravotního i celkového stavu je pro seniory typické, měla by být rehabilitace zaměřena na prevenci tohoto zhoršení.⁶⁹

3.1 Léčebná rehabilitace seniorů

V rámci léčebné rehabilitace hraje věk rehabilitanta velmi výraznou roli. Se vzrůstajícím věkem se zvyšuje počet přidružených chorob a geriatrických syndromů, které omezují možnosti léčebné rehabilitace. Zejména přítomnost psychických syndromů má výrazný vliv na vzájemnou spolupráci. Přítomnost demence výrazně zhoršuje vzájemnou komunikaci a compliance. V rámci léčebné rehabilitace je doporučeno provádět „aktivační léčbu, trénink poznávacích funkcí, podporovat realitní

⁶⁷ Srov. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, s. 10.

⁶⁸ TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, s. 10.

⁶⁹ Srov. VOTAVA, J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 190.

orientaci.⁷⁰ Kinezioterapie v léčbě demencí využívá gymnastická a dechová cvičení s prvky automasáže. To vede k uvědomění si vlastního těla a zlepšuje integraci člověka. Cvičení je zaměřeno na kognitivní a manipulační dovednosti.⁷¹ Delirantní stavy, tedy reverzibilní mozkové dysfunkce, se u seniorů vyskytují velmi často zejména při akutní změně stavu. Kubešová uvádí, že delirantní stav je pravděpodobný až v 70% případů akutního operačního řešení zlomeniny femuru. Rozvoj deliria vždy znamená zhoršení prognózy a možnost vzniku komplikací.⁷² Deprese, poruchy chování a adaptace vyžadují citlivý psychoterapeutický přístup a mnohdy odbornou pomoc psychologa či psychiatra.

Velké geriatrické syndromy tvoří imobilita, instabilita, inkontinence a intelektové poruchy. Neohrožují nemocného na životě, ale mají vliv na kvalitu života nemocného. Syndrom imobility je extrémním vyústěním syndromu hypomobility. Je to soubor důsledků a projevů dlouhodobého omezení pohyblivosti. Jeho řešení vyžaduje komplexní lékařskou rehabilitační a ošetrovatelskou intervenci. Souvisí prakticky se všemi geriatrickými syndromy. Mezi jeho projevy patří porucha ortostázy, riziko vzniku flebotrombózy a vzniku plicní embolie, dekonvence oběhového systému, plicní hypoventilace, vznik proleženin, svalová atrofie, vznik kontraktur, zhoršení motorické koordinace, dekalifikace skeletu, poruchy mikce a defekace, psychické poruchy, dehydratace či malnutrice.⁷³ Terapie výše uvedených potíží je doménou fyzioterapie, která s využitím speciálních terapeutických postupů pomocí pohybu a mechanických případně tepelných podnětů ovlivňuje příčinu či symptomy. V případě dlouhotrvajícího neměnného stavu (cca 3 měsíce) či progresu onemocnění je zapotřebí přehodnotit rehabilitační plán, či léčebnou rehabilitaci ukončit a pokračovat v rehabilitačním ošetrovatelství a sociální rehabilitaci.

Syndrom instability s pády má několik různých příčin. Instabilita je porucha koordinace způsobující nejistotu při chůzi, závratě a pády. Je podmíněna poruchou detekce a korekce umístění těla v prostoru. Způsobuje velké obavy seniorů, až 40% seniorů má občas pocit instability či závratí. Léčebná rehabilitace je součástí

⁷⁰ KUBEŠOVÁ, H. aj. Velké interdisciplinární – Intelektové poruchy, instabilita syndromy v geriatrii. *Postgraduální medicína* [online]. 2007, č. 8, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/velke-interdisciplinari-intelektove-poruchy-instabilita-syndrom-323585>>

⁷¹ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 674.

⁷² Srov. KUBEŠOVÁ, H. aj. Velké interdisciplinární – Intelektové poruchy, instabilita syndromy v geriatrii. *Postgraduální medicína* [online]. 2007, č. 8, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/velke-interdisciplinari-intelektove-poruchy-instabilita-syndrom-323585>>

⁷³ Srov. KALVACH, Z. AJ., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 194-195.

komplexní léčby i prevence. V rámci prevence je důležitá přiměřená fyzická aktivita. Se zvyšujícím se věkem se rehabilitace zaměřuje na využívání vhodných kompenzačních pomůcek. Pro chůzi je velmi důležitá obuv (zabývá se kalceotika) a opěrná pomůcka, kterou může být vycházková hůl, francouzská hůl či chodítka. Dále bývají nutné úpravy prostředí, ve kterém se člověk pohybuje jako například montáž madel, odstranění prahů apod. (doména ergoterapie). V neposlední řadě je již možné používat chrániče na exponovaná místa jako např. hip protektor na kyčle, který snižuje riziko fraktury proximálního femuru u seniorů.⁷⁴

3.2 Sociální rehabilitace seniorů

Mezi hlavní problémy seniorů v sociální oblasti patří „ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání a zneužívání, dysfunkce rodiny.“⁷⁵ Cílem sociální rehabilitace je dosažení maximální možné míry soběstačnosti a tím i co nejvyšší úrovně začlenění do společnosti. Sociální rehabilitace je zprostředkována některými zdravotnickými zařízeními a nadacemi. Zpravidla je provozována ambulantně a hrazena z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí.⁷⁶ Pokud není možné dosažení dostatečné míry soběstačnosti potřebné k návratu do původního prostředí existuje mnoho druhů služeb sociální péče. Měly by poskytovat pomoc při zajištění soběstačnosti, při zabezpečení základních životních potřeb. Hlavním cílem je zvýšení či udržení kvality života seniora. Mezi tyto služby patří pečovatelské služby, asistenční služby, osobní asistence, respitní péče a domovy sociální péče. Výběr záleží na samotném seniorovi a jeho aktuálním stavu.⁷⁷

⁷⁴ Srov. KUBEŠOVÁ, H. aj. Velké interdisciplinární – Intelektové poruchy, instabilita syndromy v geriatрии. *Postgraduální medicína* [online]. 2007, č. 8, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/velke-interdisciplinari-intelektove-poruchy-instabilita-syndrom-323585>>

⁷⁵ PIECKOVÁ, L., Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra* [online]. 2011, roč. 4, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/geriatricke-syndromy-pece-o-geriatrickeho-pacienta-klienta-459329>>

⁷⁶ Srov. KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 5.

⁷⁷ Srov. PIECKOVÁ, L., Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra* [online]. 2011, roč. 4, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/geriatricke-syndromy-pece-o-geriatrickeho-pacienta-klienta-459329>>

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 METODIKA

4.1 Výzkumné otázky

1. Jaká je demografická situace na Jesenicku?
2. Jaká je sociální situace v oblasti péče o seniory na Jesenicku?
3. Jak probíhá rehabilitace seniorů v Jesenické nemocnici?
4. Je rehabilitace seniorů v Jesenické nemocnici ucelená?
5. Jakým způsobem je možné dosáhnout poskytování komprehenzivní rehabilitace seniorů na Jesenicku?

4.2 Metodika práce

Výzkumnou část diplomové práce tvoří čtyři části. První část je zaměřena na popis demografických údajů a sociální situace na Jesenicku a jejich porovnání se situací v České republice. Druhou část tvoří popis rehabilitační dokumentace oddělení Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) Jesenické nemocnice, spol. s r. o. Proces rehabilitace je charakterizován počtem klientů ročně, složením základních diagnóz rehabilitujících klientů a výčtem jednotlivých rehabilitačních výkonů v letech 2006-2011. Třetí část tvoří obsahová analýza zdravotnické dokumentace rehabilitovaných klientů. Ve čtvrté části je popsán způsob rehabilitační léčby v rámci pěti případových studií.

4.3 Výzkumné metody

V rámci výzkumu byly použity dvě metody, studium dokumentů obsahovou analýzou a případová studie.

Obsahová analýza je kvantitativní metodou výzkumu, která slouží systematickému a kvantitativnímu popisu obsahu sdělení⁷⁸. Je zaměřena na obsahovou a formální stránku komunikace v písemné, ústní či neverbální podobě⁷⁹. V rámci obsahové analýzy se provádí design a organizace výzkumu, následuje fáze ověřování a získávání dat a jejich vyhodnocování. Design výzkumu obnáší vymezení výběrového souboru dat, definování kategorií (zkoumaných znaků) a návrh jejich kódování.⁸⁰ Kategorie by měly být vyčerpávající, vzájemně se vylučující a vytvořeny tak, aby zařazení do nich bylo stejné i při posuzování jiným výzkumníkem.⁸¹

Předmětem obsahové analýzy je zdravotnický dokumentace klientů oddělení LDN Jesenické nemocnice, spol. s r. o. Jako kategorie obsahové analýzy byly vybrány základní demografické a epidemiologické parametry, které mají zásadní vliv na průběh rehabilitace.

- věk klientů;
- pohlaví klientů;
- základní diagnózy klientů;

⁷⁸ OLECKÁ, I, a IVANOVÁ, K. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. s. 27.

⁷⁹ ŽIAKOVÁ, K., aj. *Ošetrovatel'stvo : teória a vedecký výskum*, 78.

⁸⁰ Srov. DVOŘÁKOVÁ, I. *Obsahová analýza / formální obsahová analýza / kvantitativní obsahová analýza*. *Antropowebzin* [online]. 2010, č. 2, s. 98,

<http://antropologie.zcu.cz/media/webzin/webzin_2_2010/Dvorakova__I-2-2010.pdf>

⁸¹ Srov. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 240.

- délka hospitalizace.

Poslední kategorii tvoří vstupní hodnota Barthelové testu. (Barthel Index- BI). Jde o jeden z nejznámějších testů aktivit denního života (activities of daily living – ADL), který slouží k orientačnímu stanovení míry soběstačnosti. Hodnotí 10 základních sebeobslužných úkonů: činnosti: přijímání potravy, koupání, osobní hygiena, oblékání, kontinence močového měchýře, kontinence konečníku, užívání WC, přesuny, lokomoce a chůze po schodech⁸² (viz příloha). Tento test je dělán standardně u všech klientů při příjmu na oddělení LDN.

4.4 Zkoumaný vzorek

Zkoumaný vzorek tvořila zdravotnická dokumentace klientů oddělení LDN Jesenické nemocnice, spol. s r. o. Tato dokumentace byla z období od 1.8.2006 do 31.12.2011. Důvodem bylo, že do 1.8.2006 nebyl na tomto oddělení přítomen fyzioterapeut na plný úvazek a rehabilitace na tomto oddělení nebyla prováděna v plném možném rozsahu a tento fakt by mohl zkreslit výsledky. Zdravotnickou dokumentaci klientů tvoří lékařské, sesterské a rehabilitační záznamy. Lékařské záznamy tvoří příjmový list, který obsahuje anamnézu, nynější onemocnění a status praesens, dalšími záznamy jsou konziliární vyšetření, informované souhlasy, dotazníky (např. Barthelové test, nutriční dotazník) epikrýzy a propouštěcí zpráva. Sesterská dokumentace sestává zejména ze stanovení ošetřovatelských diagnóz, ošetřovatelského plánu a jeho plnění. Rehabilitační dokumentace fyzioterapeuta obsahuje vstupní vyšetření a zápisy o průběhu rehabilitace.

Na oddělení LDN jsou hospitalizováni i mladí lidé. Proto bylo hlavním kritériem výběru dosažení věku 65 let a více v daném roce hospitalizace. Dolní věková hranice 65 let je dána tím, že v současnosti je tento věk považován za počáteční pro rané stáří. Dále následoval prostý náhodný systematický výběr z chronologicky řazených záznamů v knize evidence rehabilitace na oddělení LDN.

⁸² Srov. VAŇÁSKOVÁ, Eva. *Testování v neurorehabilitaci*, s. 312-313.

4.5 Předvýzkum

Před vlastním výzkumem byla výzkumná metoda testována na souboru klientů z roku 2010. Pro účely předvýzkumu byla vybrána dokumentace každého pátého klienta.

Tabulka č. 1: Výsledky předvýzkumu

	Věk	Pohlaví		Dg.	Délka hospitalizace	Vstupní ADL
		Muž	Žena			
1	84	1		I	30	20
2	60	1		Ost.	5	35
3	92		1	M	16	20
4	86		1	S	90	30
5	82	1		I	7	35
6	85		1	S	35	50
7	89		1	M	7	45
8	70	1		S	180	20
9	82		1	S	85	35
10	80		1	S	15	50
11	82		1	S	65	20
12	85		1	S	41	35
13	83	1		I	62	20
14	82		1	I	92	30
15	90	1		E	16	20
16	80		1	I	34	20
17	85	1		I	12	30
18	78	1		F	5	45
19	79		1	S	89	20
20	89		1	I	10	45
21	82		1	I	7	50
22	79	1		I	21	30
23	66		1	C	34	35
24	87	1		I	14	35
25	82		1	M	10	30
26	72		1	S	86	55
Součet		10	16			
Průměr	81				41	33

Tabulka č. 2: Tabulka četností diagnóz v předvýzkumu

C	E	F	I	M	S	OST
1	1	1	10	3	9	1

Předvýzkum ukázal, že rehabilitováni jsou častěji ženy, věkový průměr rehabilitovaných je 81 let, nejčastějšími hlavními diagnózami klientů jsou diagnózy skupiny I a S. Průměrná doba hospitalizace byla 41 den a průměrný vstupní Barthelové index byl 33 bodů. Protože se informace v předvýzkumu již opakovaly, bylo možno v samotném výzkumu použít již každou desátou dokumentaci.

4.6 Případová studie (kazuistika):

Kazuistika je specifická kvalitativní metoda. Je charakterizována jako ucelená a podrobná studie případu. Obsahuje souhrnný popis začátku, vývoje a průběhu případu. Komplexní kazuistika obsahuje popis případu, analýzu a interpretaci případu a závěry. Výběr případu bývá záměrný, zaměřený na typické nebo málo typické případy.⁸³

Výzkum metodou případové studie probíhá v několika na sebe navazujících a vzájemně se provázaných krocích. Nejdříve je nutné určit zaměření výzkumu pomocí výzkumných otázek. Následuje volba strategie výběru a samotný výběr případu. Určují se metody sběru a analýzy dat. Před vlastním sběrem dat probíhá příprava, která by měla odhalit případné problémy. Sběr dat a jejich zaznamenávání by měl probíhat systematicky z několika zdrojů. Výsledná data je nutné analyzovat a interpretovat. Výzkumník se zaměřuje na hledání propojení mezi získanými daty a výzkumnými otázkami. Zpráva o případové studii by měla zobrazit případ komplexně a být srozumitelná.⁸⁴⁸⁵

Kazuistiky uvedené v praktické části by měly odpovědět na následující otázky:

1. Kdo je rehabilitován na oddělení LDN?
2. Co je předmětem rehabilitace?
3. Jak probíhá rehabilitace?

K zodpovězení otázek bylo vybráno pět případů. Záměrně byly vybráni klienti s hlavní diagnózou I (cévní onemocnění) a S (úrazy) a záměrně byli vybráni klienti s odlišným průběhem či odlišnou léčbou. V případě kazuistik klientů s diagnózou I šlo o klienty se stejným druhem onemocnění, a to cévní mozkovou příhodou. Přestože byli léčeni obdobně, klinický obraz, průběh jejich onemocnění a následné rehabilitace se lišily. U klientů s diagnózou S šlo o podobný typ úrazu, který byl však zcela odlišně léčen.

⁸³ Srov. ŽIAKOVÁ, K. Ošetrovatel'stvo : teória a vedecký výskum, s.152.

⁸⁴ Srov. HENDL, J., Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace, s. 113-114.

⁸⁵ Srov. MIOVSKÝ, M., Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, s. 98.

Kritériem výběru byl i věk nad 65 let s výjimkou jednoho případu. Důvodem výběru je porovnání odlišných případů a způsobu jejich rehabilitace. Kazuistiky byly vytvořeny na podkladě lékařských a rehabilitačních záznamů pacientů. Získaná data byla uspořádána podle výše uvedené struktury. Metodou obsahové analýzy byla vybrána data o věku, pohlaví, diagnóze, délce hospitalizace a vstupní hodnotě Barthelové testu k následné analýze a interpretaci. Stejnou metodou byla porovnána data o cíli, průběhu a efektu rehabilitace v rámci pěti kazuistik.

5 VÝSLEDKY

5.1 Demografická a sociální situace na Jesenicku

„Novodobý okres Jeseník, který vznikl 1. 1. 1996 vyčleněním z okresů Šumperk a Bruntál, zahrnuje 24 obcí, z nichž 5 obcí (Javorník, Jeseník, Vidnava, Zlaté hory a Žulová) mají statut města.“⁸⁶ Zbývajícími 19 obcemi jsou: Bernartice, Bělá pod Pradědem, Bílá Voda, Černá Voda, Česká Ves, Hradec-Nová Ves, Kobylá nad Vidnávkou, Lipová-lázně, Mikulovice, Ostružná, Písečná Skorošice Stará Červená Voda Supíkovice Uhelná Vápenná Velká Kraš Velké Kunětice, Vidnava, Vlčice, Žulová.⁸⁷ „Začátkem roku 2003 zanikly okresní úřady a samosprávné kraje se od té doby pro účely státní správy dělí na správní obvody obcí s rozšířenou působností (Jeseník), ty dále na správní obvody obcí s pověřeným obecním úřadem (Javorník, Jeseník, Zlaté Hory). Ve 24 obcích okresu Jeseník mělo své trvalé bydliště přes 41 tisíc obyvatel“⁸⁸. Bývalý okres Jeseník je nejmenším a nejseverněji položeným okresem Olomouckého kraje, což ilustruje obrázek č. 1. Rozprostírá se na území o ploše 719 km².⁸⁹

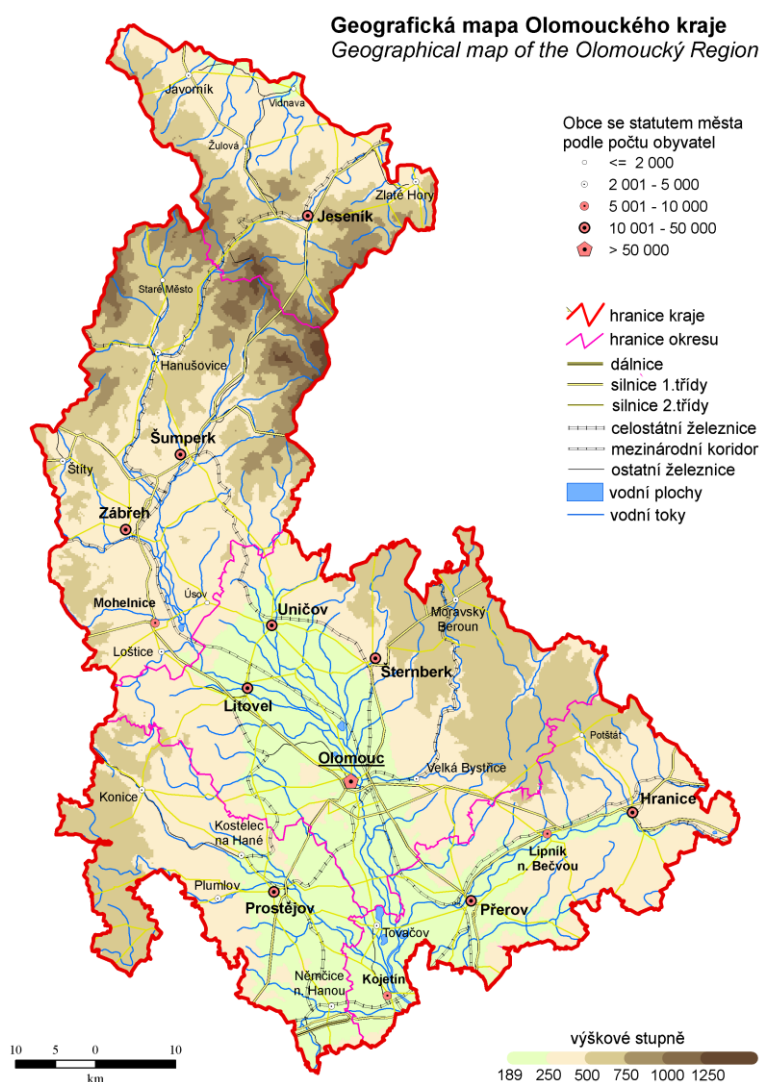
⁸⁶ Charakteristika okresu Jeseník. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD OLOMOUC Oddělení regionálních analýz a informačních služeb [online]. <www.olomouc.czso.cz/infoservisolom@czso.cz 1>

⁸⁷ Vybrané ukazatele za okres Jeseník. Časové řady. [online], <www.olomouc.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/okres_jesenik>

⁸⁸ Charakteristika okresu Jeseník. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD OLOMOUC Oddělení regionálních analýz a informačních služeb. [online]. <www.olomouc.czso.cz/infoservisolom@czso.cz 1>

⁸⁹ Srov. Tamtéž.

Obrázek č. 1: Geografická mapa Olomouckého kraje⁹⁰



5.1.1 Demografická situace na Jesenícku

Počet obyvatel Jesenícka se dlouhodobě snižuje. Během let 2000-2010 se snížil z 42 435 obyvatel na 41 095, tedy o 1 340 lidí. V rámci Olomouckého kraje je tak Jesenícko spolu s Šumperkem a Přerovem oblastí, ve které došlo ke snížení počtu obyvatel. Celkově počet obyvatel Olomouckého kraje vzrostl v letech 2003-2010 o 5 368 obyvatel. Počet obyvatel v České republice se zvýšil o 266 224 obyvatel.

⁹⁰ Geografická mapa Olomouckého kraje.
[online].<[www.olomouc.cz/so.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/13002E23B1/\\$File/13-710108m001.gif](http://www.olomouc.cz/so.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/13002E23B1/$File/13-710108m001.gif)>

Tabulka č. 3: Počet obyvatel na Jesenicku a v České republice v letech 2000-2010

Počet obyvatel	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Jesenicko	42.435	42.251	42.041	41.827	41.404	41.095
Česká Republika	10.266.546	10.203.269	10.220.577	10.287.189	10.467.542	10.532.770

Tabulka č. 4: Počet obyvatel v okresech Olomouckého kraje v letech 2003-2010

	Celkem	Jeseník	Olomouc	Prostějov	Přerov	Šumperk
2003	636 313	42 148	224 333	109 439	134 599	125 794
2004	635 126	42 014	224 296	109 367	134 181	125 268
2006	639 894	41 827	228 956	109 633	134 668	124 810
2008	642 137	41 404	231 339	110 159	134 722	124 513
2010	641 681	41 095	232 226	110 182	133 932	124 246

Věkové složení obyvatelstva Jesenicka se v letech 2000-2010 výrazně změnilo. V roce 2000 bylo dětí do 15 let věku o 5% více než dospělých nad 65 let věku. Tento rozdíl se v průběhu deseti let vyrovnal a v roce 2010 bylo dokonce o 0,4% více dospělých nad 65 let než dětí do 15 let věku. Obyvatelstvo Jesenicka stárne. Průměrný věk obyvatel roste, a to z 37,3 let v roce 2000 na 40,8 v roce 2010. Vyšší průměrný věk dosahují ženy. Průměrný věk mužů se od roku 2000 do roku 2010 zvýšil o necelé 4 roky a u žen o 3,3 roky. (viz tabulka č. 5)

Tabulka č. 5: Věková struktura obyvatel Jesenicka⁹¹

	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Počet obyvatel	42 435	42 251	42 014	41 827	41 404	41 095
ženy	21 469	21 385	21 249	21 078	20 844	20 671
Obyvatelé ve věku						
0 – 14 (%)	17,6	16,8	15,6	14,8	14,2	14,1
15 – 64 (%)	70,8	71,5	72,2	72,3	72,1	71,4
65 a více (%)	11,6	11,8	12,2	12,9	13,7	14,5
Průměrný věk obyvatel	37,3	37,9	38,7	39,4	40,2	40,8
muži	35,5	36,2	37,1	37,8	38,6	39,3
ženy	39	39,6	40,3	41	41,7	42,3

Obdobný vývoj má věkové složení obyvatel České Republiky celkově. Z dostupných statistik z let 2004-2010 je patrný podobný trend v ČR jako na Jesenicku. Snižuje se relativní počet obyvatel do 15 let věku a zvyšuje se relativní četnost obyvatel ve věku nad 65 let. V rámci ČR nejsou tyto změny tak velké jako

⁹¹ Vybrané ukazatele za okres Jeseník. Časové řady. [online], <www.olomouc.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/okres_jesenik>

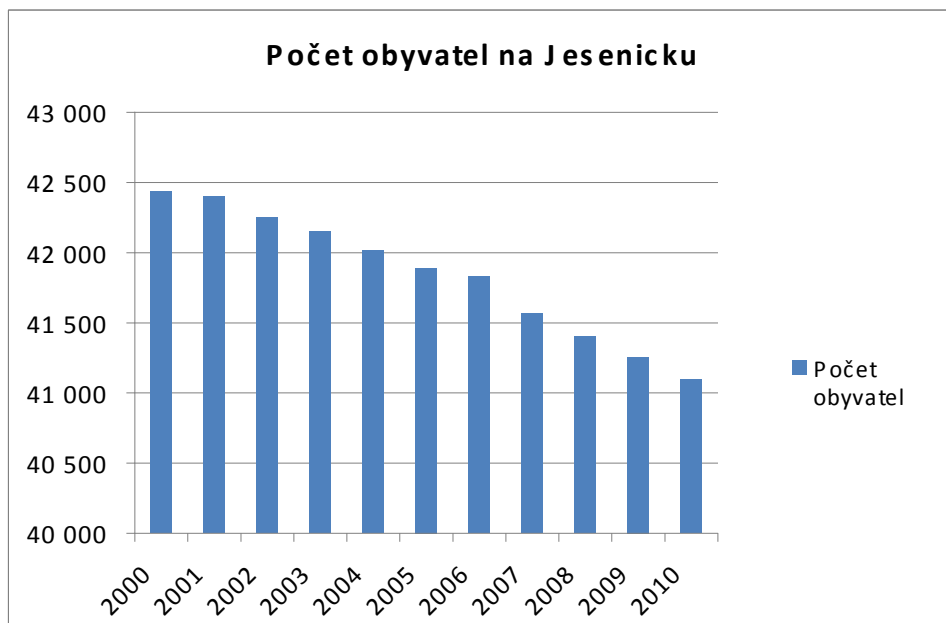
na Jesenicku. Zatímco na Jesenicku se v letech 2004-2010 snížil o 1,5 % v ČR došlo ve stejném období ke snížení o 0,6 %. Věková skupina 15-65 let má v letech 2004-2010 v ČR i na Jesenicku spíše klesající tendence. Výrazný je nárůst relativního počtu obyvatel ve věku 65 let a více. Na Jesenicku se v letech 2004-2010 zvýšil o 2,3 % zatímco v ČR se zvýšil o 1,5 %. Na Jesenicku se tedy v letech 2004-2010 více snížil relativní počet obyvatel do 15 let věku a více zvýšil počet obyvatel ve věku nad 65 let než průměrně v ČR.

Tabulka č. 6: Věková struktura obyvatel ČR v letech 2004 - 2010

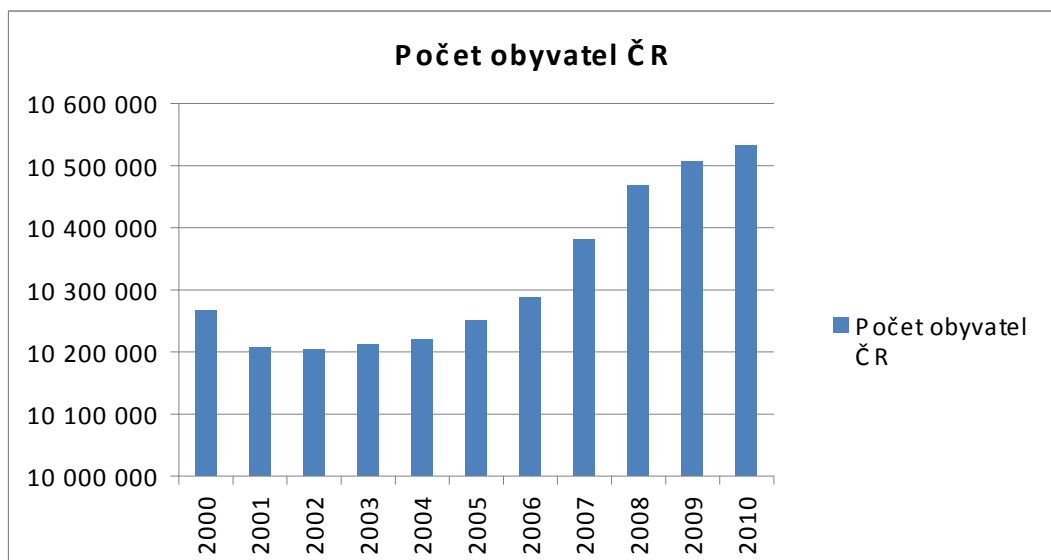
	2004	2006	2008	2010
0-14	15,0%	14,4%	14,1%	14,4%
15-64	71,0%	71,2%	71,0%	70,1%
65+	14,0%	14,4%	14,9%	15,5%

Z následujících grafů je zřejmá tendence vývoje počtu obyvatel na Jesenicku a v České republice. Zatímco v rámci České Republiky počet obyvatel roste, na Jesenicku počet obyvatel trvale klesá.

Graf č. 1. Počet obyvatel na Jesenicku v letech 2000-2010

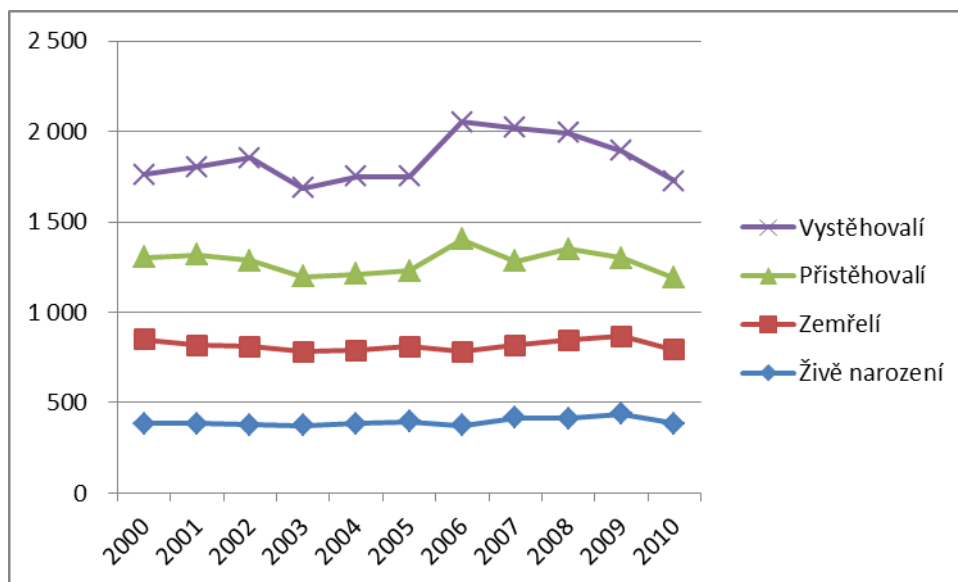


Graf č. 2: Počet obyvatel ČR v letech 2000-2010



V letech 2000 až 2010 došlo k úbytku obyvatel Jesenicka o 1 340 lidí. Tento úbytek je jen z části dán celkově vyšším počtem zemřelých než živě narozených. Nejvíce se na úbytku obyvatel podílí vyšší počet vystěhovaných než přistěhovaných obyvatel. (viz graf č.3)

Graf č. 3: Vývoj přírůstku a úbytku obyvatel na Jesenicku v letech 2000-2010



Úbytek obyvatel Jesenicka způsobený vystěhováním lze částečně objasnit vysokou mírou nezaměstnanosti na Jesenicku. Míra nezaměstnanosti na Jesenicku se během let 2000-2010 zvýšila z 13,7% na 19,69%. Celorepubliková míra nezaměstnanosti se zvýšila z 8,78% na 9,57%. Na Jesenicku je nezaměstnaný každý pátý občan. Tato situace a dlouhodobá tendence je častým důvodem vystěhování z Jesenicka za prací. To se týká zejména mladých rodin s dětmi.

Tabulka č. 7: Nezaměstnanost na Jesenicku⁹²

	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Pracovní síla (MPSV)	22 490	20 745	21 130	20 959	21 178	19 663
Uchazeči o zaměstnání	2 961	3 501	4 012	3 236	2 540	4 055
se zdravotním postižením	401	450	485	403	390	410
Míra registr. Nezaměstnanosti						
původní metodika (%)	13,17	16,88	19,03	.	.	.
nová metodika (%)	.	.	18,31	14,68	11,50	19,69
Volná pracovní místa (VPM)	180	44	165	183	94	64

⁹² Vybrané ukazatele za okres Jeseník. Časové řady. [online] <www.olomouc.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/okres_jesenik>

Zatímco počet obyvatel ve věku 15-65 let se v průběhu let 2000-2010 příliš nezměnil, vzrostl počet obyvatel nad 65 let věku. Zvýšil se počet důchodců. Celkový počet příjemců důchodů se každoročně zvyšuje. V letech 2000-2010 se zvýšil o 996 osob. Počet starobních důchodců se zvýšil o 1 458 osob.

Tabulka č.8: Přehled důchodců na Jesenicku⁹³

	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Příjemci důchodů celkem	9 561	9 650	9 921	10 119	10 351	10 577
z toho starobních	5 084	5 058	5 302	5 530	5 941	6 542
Průměrný měsíční důchod (Kč)	6 039	6 548	6 917	7 780	9 138	9 533
starobní	6 119	6 621	6 984	7 826	9 174	9 581

Zvyšování průměrného věku obyvatel Jesenicka a přibývání starších občanů s sebou nese i vyšší požadavky na poskytování sociálních služeb. S vyšším věkem se zpravidla snižuje soběstačnost. Vzhledem k vysoké míře nezaměstnanosti a zvyšování věku odchodu do důchodu je často těžké pro rodinné příslušníky starat se o seniora doma.

5.1.2 Sociální služby na Jesenicku

Na Jesenicku existuje celkem 13 zařízení poskytujících sociální služby. Šest zařízení poskytuje komplex rezidenčních služeb – dva domovy pokojného stáří, jeden dům – penzion pro důchodce a tři domovy důchodců. V sedmi domech s pečovatelskou službou jsou poskytovány ošetrovatelské a pečovatelské služby, někdy externími subjekty. Dvě zařízení poskytují terénní sociální služby. Volnočasové aktivity zajišťují dva kluby důchodců a akademie třetího věku.⁹⁴ V Jeseníku jsou dva penziony pro seniory a Středisko pečovatelské služby Jeseník. V České Vsi a v Mikulovicích jsou domy s pečovatelskou službou. Další domovy pro seniory jsou v Javorníku, Bílé Vodě, Vidnavě a v Kobylé nad Vidnávkou. (viz Příloha č. x).

Prostřednictvím pečovatelských služeb je realizována domácí péče. Služby jsou poskytovány v domácím prostředí. Rozsah i frekvence poskytovaných služeb je individuální, dle potřeby daného člověka. Může jít o dovoz obědů, úklid až po pomoc při koupání apod. Pokud zdravotní, sociální či jiný důvod znemožňuje

⁹³ Vybrané ukazatele za okres Jeseník. Časové řady. [online]

<www.olomouc.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/okres_jesenik>

⁹⁴ Sociálně demografická analýza okresu Jeseník. [online] <www.bela.cz>

setrvání seniora v domácím prostředí, nabízejí se zde dvě možnosti. Penzion či domov důchodců. Penziony poskytují svým klientům soukromí, každý klient bydlí samostatně. Přitom však využívají pečovatelskou službu, která zde není celodenní. V domovech důchodců je již poskytována celodenní péče, péče ošetřovatelská i lékařská.

5.2 Rehabilitace na LDN v letech 2006-2011

5.2.1 Charakteristika oddělení LDN

Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) vznikla v roce 1985 vyčleněním z interního oddělení. Na oddělení je 30 lůžek⁹⁵. „Oddělení je zaměřeno na poskytování ošetrovatelské péče pro pacienty s dlouhodobějším onemocněním, kdy pro nesoběstačnost je vedle medikamentosní léčby nutná i ošetrovatelská péče a rehabilitace. O pacienty se společně stará tým pracovníků složených z lékaře, fyzioterapeuta, diplomovaných sester, ošetrovatelek, pomocnic. Zabezpečujeme i potřebnou pomoc a péči u pacientů v terminální fázi zhoubného onemocnění.“⁹⁶ V roce 2010 bylo na oddělení LDN evidováno 19 odborných zdravotnických pracovníků. Z toho jediný muž – lékař, 9 všeobecných sester, 1 zdravotnický asistent, 5 ošetrovatelek, 3 sanitářky.⁹⁷ Od srpna roku 2006 je na oddělení stále přítomen fyzioterapeut s úvazkem 1,0. Před tímto datem byl provoz rehabilitace na tomto oddělení z nedostatku fyzioterapeutů omezen. Na oddělení LDN docházel fyzioterapeut z jiného oddělení a pro nedostatek času byla rehabilitace omezena na základní úkony.

5.2.2 Charakteristika rehabilitace na oddělení LDN

Rehabilitace je vždy indikována lékařem. U velkých vizit je stav klientů konzultován lékařem, fyzioterapeutem a vedoucí zdravotní sestrou. Tabulka č. 9 znázorňuje, s jakými diagnózami byli klienti nejčastěji rehabilitováni. Nejčastějšími skupinami diagnóz jsou skupina I a S. V každém roce bylo rehabilitováno více žen než mužů.

Tabulka č. 9: Počet rehabilitovaných pacientů dle diagnóz v letech 2006-2011

	AB	CD	E	F	G	I	J	K	M	N	OP	ST	Ost.	Muži	Ženy	Celkem
2006	0	1	1	0	1	17	1	2	5	0	0	20	1	14	35	49
2007	0	2	2	0	1	32	4	3	11	0	0	55	1	48	63	111
2008	0	3	0	0	0	31	0	2	4	0	0	77	2	36	83	119
2009	0	4	0	3	1	53	2	5	8	0	0	55	5	41	95	136
2010	0	6	4	1	1	49	4	2	10	0	0	57	2	50	86	136
2011	0	4	8	1	1	71	5	6	15	4	0	47	7	75	94	169

⁹⁵ Srov. Jesenická nemocnice spol. s r. o. LDN oddělení [online], <www.jesnem.cz/oddeleni/ldn-oddeleni-18?>

⁹⁶ Jesenická nemocnice spol. s r. o. LDN oddělení [online], <www.jesnem.cz/oddeleni/ldn-oddeleni-18?>

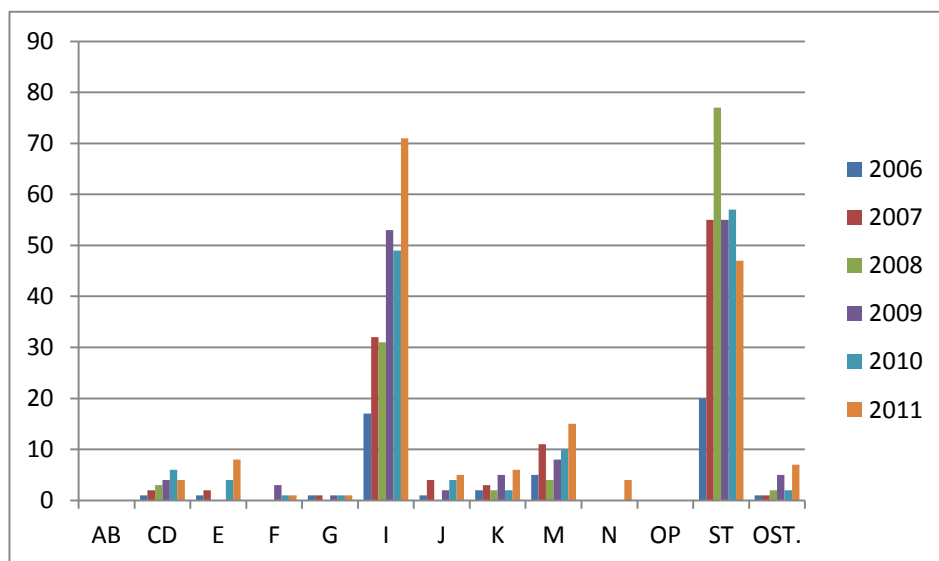
⁹⁷ Roční výkaz o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců a smluvních pracovnících. Interní dokumentace Jesenické nemocnice, spol. s r. o.

Vysvětlivky: ⁹⁸

- A, B Infekční a parazitární nemoci
- C, D Novotvary
- D Nemoci krve a imunity
- E Nemoci endokrinní a metabolické
- F Nemoci dušení v poruchy chování
- G Nemoci nervové soustavy
- I Nemoci oběhové soustavy
- J Nemoci dýchací soustavy
- K Nemoci trávicí soustavy
- M Nemoci svalové a kosterní soustavy
- N Nemoci močové a pohlavní soustavy
- O, P Těhotenství, porod, šestinedělí, perinatální stavy, vrozené vady, deformace, malformace
- S, T Poranění, otravy, následky působení vnějších příčin
- Ost. Ostatní výše neuvedené diagnózy

V následujícím grafu je jasně vidět převahu diagnóz skupin I a S. Patrný je i meziroční nárůst skupiny I.

Graf č. 4. Grafické znázornění zastoupení diagnóz rehabilitovaných klientů v letech 2006-2011.



⁹⁸ MKN – 10. Tabelační seznam. [online], <www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Poskytování rehabilitační péče je kódováno výkony. Tyto výkony se vykazují zdravotním pojišťovnám a na základě jejich evidence je každoročně vyplňován formulář pro účely Českého statistického úřadu. Přestože na oddělení LDN není rehabilitační péče přímo vykazována a hrazena, pro účely statistiky jsou vedeny záznamy o výkonech. Základními rehabilitačními výkony, poskytovanými v rámci rehabilitace v Jesenické nemocnici jsou:

21002 Vstupní vyšetření fyzioterapeutem

21003 Kontrolní vyšetření

21215 Instruktaž rodinného příslušníka (opatrovníka, pečovatele)

21221 Individuální léčebná tělesná výchova na neurofyzilogickém podkladě

21225 Individuální léčebná tělesná výchova

21717 Nácvik lokomoce

21219 Cvičení na přístrojích

21413 Techniky měkkých tkání

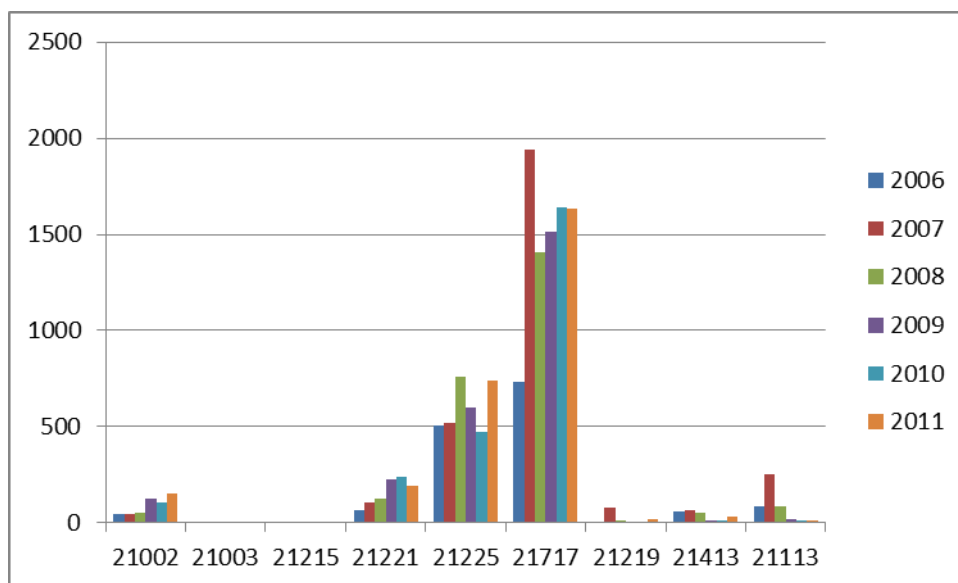
21113 Elektroléčba

Tabulka č.10: Počet rehabilitačních výkonů v letech 2006-2012

	21002	21003	21215	21221	21225	21717	21219	21413	21113	Celkem
2006	47	2	3	68	504	735	0	57	84	1500
2007	43	0	4	106	517	1941	77	65	255	3008
2008	54	0	3	123	759	1409	13	53	84	2498
2009	123	0	7	224	602	1516	0	9	22	2503
2010	105	0	1	239	475	1641	0	11	13	2485
2011	151	0	2	191	740	1636	17	29	13	2779

V tabulce č. 10 jsou uvedeny rehabilitační výkony tak, jak byly v období srpen 2006 až prosinec 2011 poskytnuty. K nejvyššímu nárůstu došlo u výkonu vstupní vyšetření a to od roku 2008 do 2011 na trojnásobek. Absolutně nejvíce bylo zaznamenáno výkonů nácvik lokomoce. To je způsobeno tím, že lokomoce je přirozeným projevem člověka a v rámci rehabilitace na LDN je na ni kladem největší důraz. Individuální léčebná výchova byla oproti tomu poskytnuta v třetinovém až polovičním rozsahu. Nezanedbatelný je také počet výkonů individuální léčebné výchovy na neurofyzilogickém podkladě, která je na LDN využívána zejména u pacientů po cévních mozkových příhodách.

Graf. č.5: Počet rehabilitačních výkonů v letech 2006-2011



Z grafu je patrné, že maximální počet fyzioterapeutických výkonů tvoří nácvik lokomoce a individuální léčebná tělesná výchova.

Vzhledem k požadavkům zdravotních pojišťoven je fyzioterapeut povinen jednou týdně hodnotit stav klienta, proto kontrolní vyšetření téměř není vykazováno. Dalším velmi málo vykazovaným výkonem je instruktáž rodinných příslušníků. Tento fakt je z největší části způsoben absencí rodinných příslušníků, nemožností rodiny starat se o pacienta a ve velké míře nezájmem rodiny a neochotou podílet se na péči.

5.3 Obsahová analýza zdravotnické dokumentace z let 2006-2011

Výsledky obsahové analýzy jsou shrnuty v následující tabulce č. 11. Tabulka obsahuje popis kategorií obsahové analýzy u 54 zkoumaných vzorků.

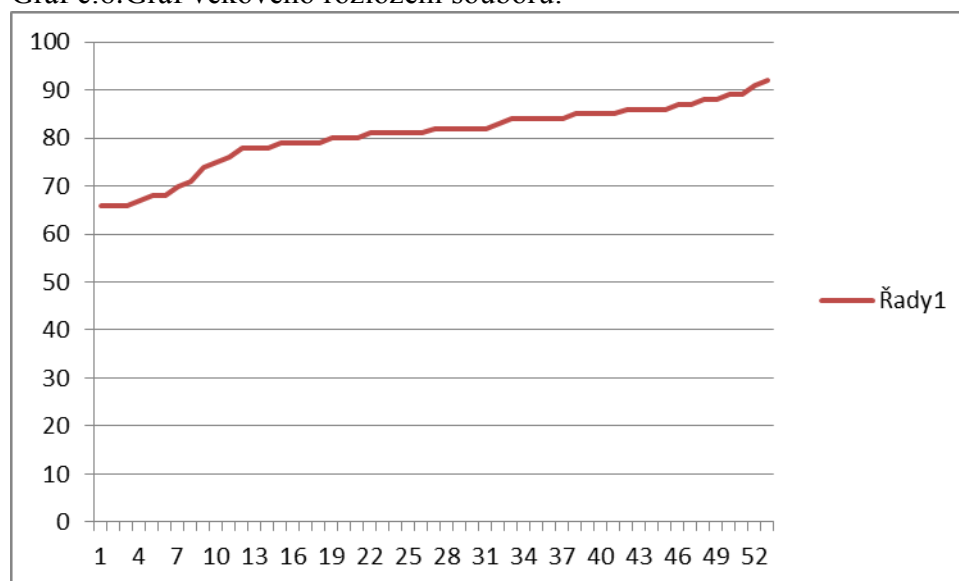
Tabulka č. 11: Kategorie obsahové analýzy zkoumaného vzorku z let 2006-2011

	Věk	Pohlaví		Dg.	Délka hospitalizace Dny	Vstupní BI
		Muž	Žena			
1	86		1	M	80	0
2	82		1	S	22	15
3	68	1		I	7	0
4	88	1		I	10	10
5	89		1	I	37	60
6	78		1	M	25	50
7	76		1	J	26	55
8	78	1		I	15	50
9	81		1	S	24	55
10	67	1		K	56	80
11	82	1		S	21	55
12	91		1	M	69	50
13	66	1		S	29	70
14	89		1	I	32	50
15	79		1	S	145	15
16	78		1	S	15	30
17	86		1	I	10	50
18	85	1		I	15	0
19	74		1	S	35	50
20	84		1	S	63	60
21	81	1		S	44	15
22	86		1	S	26	10
23	82		1	I	34	85
24	75		1	I	17	40
25	79		1	S	7	80
26	84		1	S	21	20
27	85		1	M	16	60
28	85		1	I	8	20
29	80		1	S	5	10
30	87	1		I	10	0
31	87		1	I	27	50
32	85		1	I	9	10
33	68		1	I	224	0
34	66	1		I	15	10

35	80	1		C	17	10
36	82	1		I	9	50
37	80		1	S	7	10
38	79		1	I	28	15
39	81	1		S	18	30
40	66	1		I	56	10
41	88		1	K	52	0
42	81	1		I	7	70
43	84	1		S	23	50
44	83		1	S	138	30
45	86		1	I	73	15
46	82	1		I	16	100
47	92		1	I	53	45
48	84		1	S	113	15
49	79	1		S	5	80
50	81	1		I	7	0
51	71	1		I	14	50
52	84		1	G	16	80
53	70	1		N	15	70
54	81		1	I	45	0
Součet		21	33			
Průměr	81				35	36

Průměrný věk klientů zkoumaného vzorku je 81 let. Věkové rozložení je od 66 do 92 let.

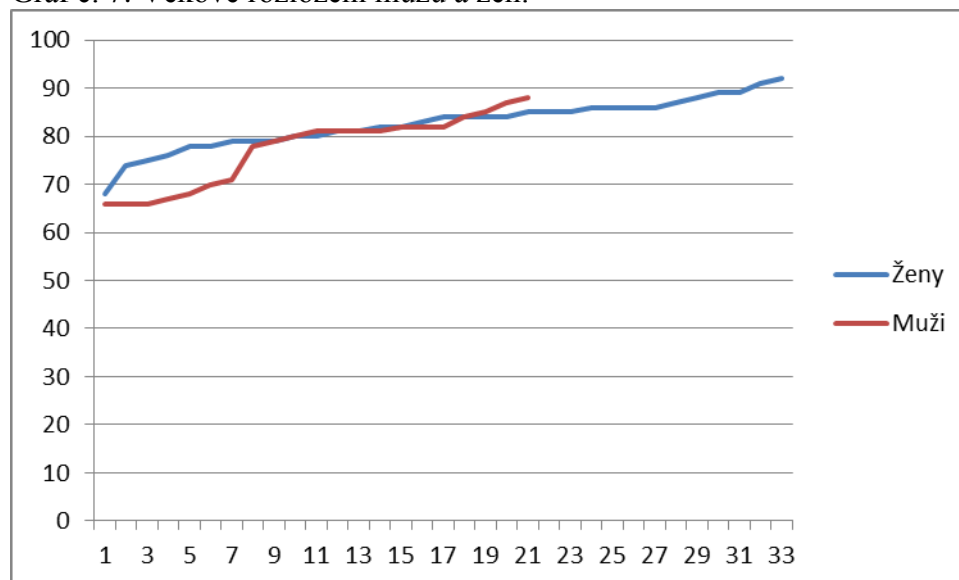
Graf č.6:Graf věkového rozložení souboru:



Z grafu je patrné relativně rovnoměrné věkové rozložení zkoumaného vzorku.

Průměrný věk je 82,6 roků u žen a 77,4 let u mužů. Tento výsledek by se dal vysvětlit tím, že ženy se průměrně dožívají vyššího věku než muži, a také tím, že ve zkoumaném vzorku je více žen. Ve vzorku je 33 žen a 21 mužů. Žen je 1,6 krát více než mužů.

Graf č. 7: Věkové rozložení mužů a žen:



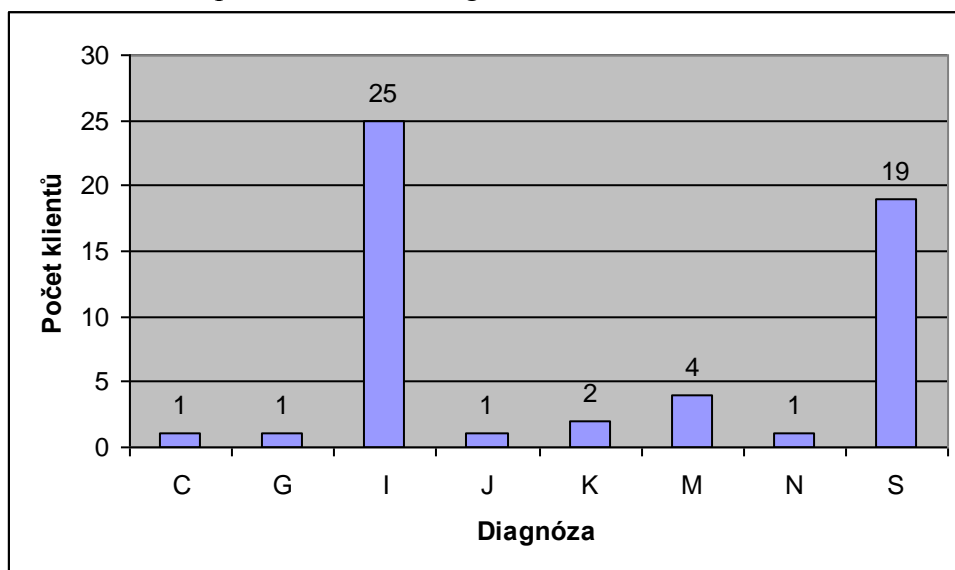
V grafu je znázorněn věkový a četnostní rozdíl mezi muži a ženami. Zřejmý je nižší počet mužů a jejich nižší věk výrazně patrný pod hranicí 80 let.

V rámci kategorie **základní diagnóza** jsou nejčastější diagnózy skupiny I (nemoci oběhové soustavy) a S (poranění, úrazy). Právě tyto základní diagnózy jsou nejčastějšími diagnózami klientů LDN. Typickými pro skupinu diagnóz I jsou cévní mozkové příhody a kardiální selhávání. Pro skupinu S jsou typické zlomeniny krčku kosti stehenní, pohmoždění, stavy po pádech apod.

Tabulka č. 12. Přehled základních diagnóz a jejich četností:

C	G	I	J	K	M	N	S
1	1	25	1	2	4	1	19

Graf č. 8: Zastoupení základních diagnóz ve zkoumaném vzorku.



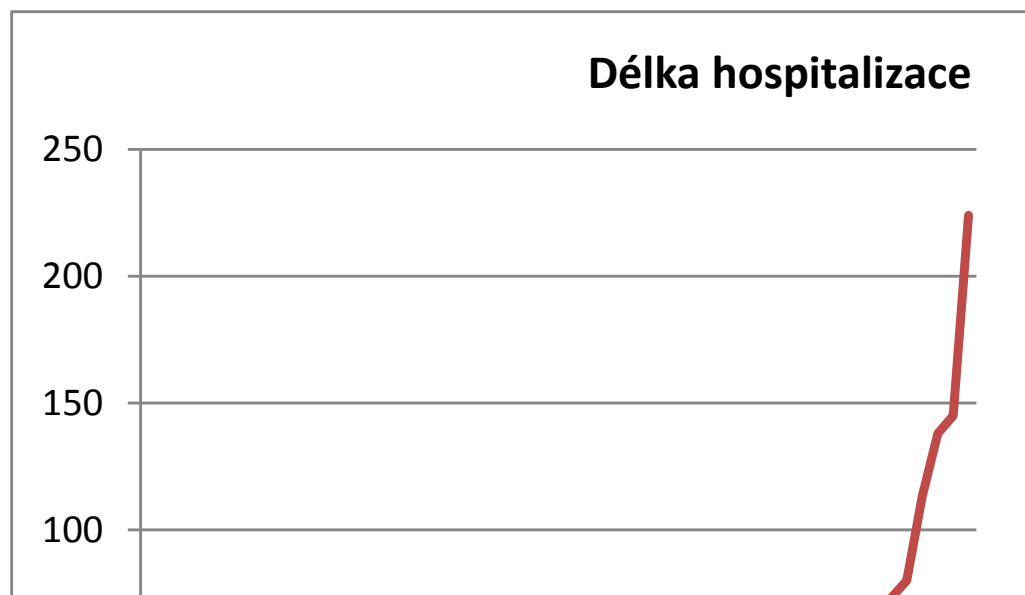
Vysvětlivky: ⁹⁹

- A, B Infekční a parazitární nemoci
- C, D Novotvary
- D Nemoci krve a imunity
- E Nemoci endokrinní a metabolické
- F Nemoci dušení v poruchy chování
- G Nemoci nervové soustavy
- I Nemoci oběhové soustavy
- J Nemoci dýchací soustavy
- K Nemoci trávicí soustavy
- M Nemoci svalové a kosterní soustavy
- N Nemoci močové a pohlavní soustavy
- O, P Těhotenství, porod, šestinedělí, perinatální stavy, vrozené vady, deformace, malformace
- S, T Poranění, otravy, následky působení vnějších příčin
- Ost. Ostatní výše neuvedené diagnózy

Průměrná délka hospitalizace zkoumaného vzorku je 35 dní. Nejkratší doba je 5 dní a nejdelší doba 224 dny. Tento výrazný rozdíl je dán několika faktory. Kratší délka hospitalizace může být způsobena závažností zdravotního stavu v obou extrémech. Při dobrém zdravotním stavu nebo jeho rychlém zlepšování může být klient brzy propuštěn. V druhém případě může být hospitalizace ukončena úmrtím klienta. Dalším faktorem je sociální zázemí klienta, kdy následná péče o klienta pokračuje v domácím prostředí či v jiném ústavním zařízení. Delší délka hospitalizace bývá způsobena pomalejší úpravou zdravotního stavu a také nedostatečným sociálním zázemím klienta.

⁹⁹ MKN – 10. Tabeleární seznam. [online], <www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

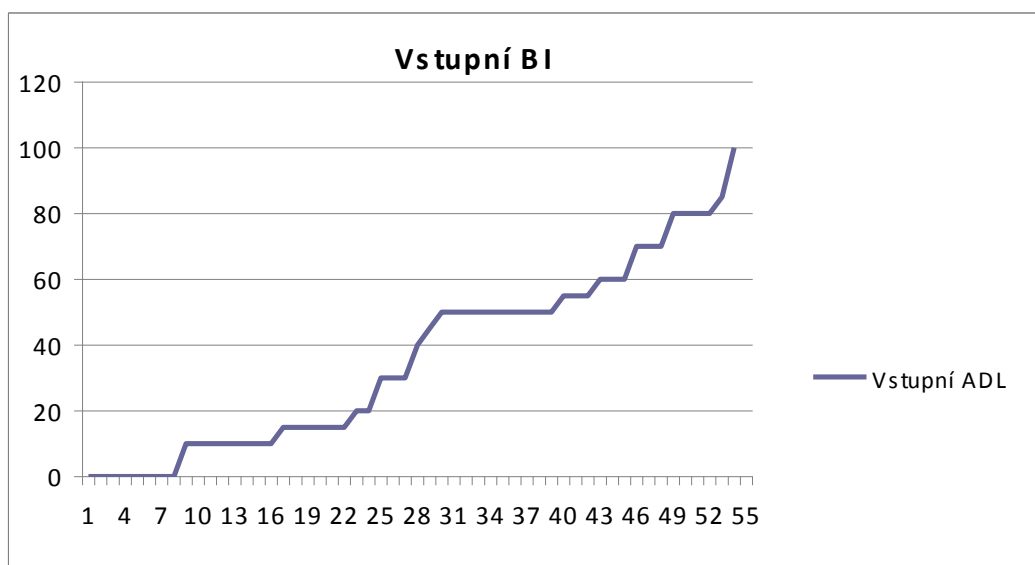
Graf č.9: Délka hospitalizace zkoumaného vzorku



Z grafu je patrné, že naprostá většina zkoumaného vzorku byla hospitalizována do 50 dní. Jen několik málo klientů překročilo tuto hranici. Nad 100 dní byli hospitalizováni pouze 4 klienti.

Průměrná hodnota vstupního **Barthelové testu** byla 36 bodů, což značí vysoký stupeň závislosti. Minimální hodnota 0 bodů, tedy vysoká závislost, byla dosažena v 8 případech. Maximální hodnoty 100 bodů, tedy nezávislost, dosáhl při vstupním vyšetření pouze 1 člověk. Nejčastější hodnotou bylo 50 bodů, kterých dosáhlo 10 klientů.

Graf č. 10. Rozložení hodnot Barthelové testu ve zkoumaném souboru



5.4 Vybrané případové studie

1. Kazuistika – muž, rok narození 1929

Anamnéza:

RA: dlouhověkost

OA: operace hydrokele, TURP (transuretrální resekce prostaty, inguinální hernie vlevo, TEP (totální endoprotéza) kyčle vlevo, záněty středouší, artrotické deformace kloubů

AA: jod

NO: pacient přijat 10.8.2011 na interní oddělení JN pro amentní stav – neurologicky uzavřeno jako cévní mozková příhoda – nález regredoval, dle CT atrofie cerebri.

Vzhledem k rodinné situaci (pacient žil doposud sám) a špatné mobilitě přijat k mobilizaci na LDN.

Katamnéza:

Pacient byl od 15.8.2011 hospitalizován na oddělení LDN. Na počátku byl dezorientovaný a neklidný s nutností farmakologického klidnění. Po zklidnění stavu bylo započato s rehabilitací. Pro bolesti kyčlí a zad byla podávána NSA (nesteroidní antirevmatika). Mobilizace se nedařila. Při kontrolním neurologickém vyšetření byla hodnocena progresse ASC (ateroskleróza mozku). Průběh hospitalizace byl komplikován 20.9.2011 dušností při drobné plicní embolizaci. Dále 10.10.2011 paroxysmus SV tachykardie. Přes dlouhodobou rehabilitaci je pacient nadále málo pohyblivý, povětšinou ležící, posadí se jen s výraznou dopomocí, rovněž přesun do vozíku možný jen s výraznou dopomocí. V chůzku a s doprovodem je schopen chůze na krátkou vzdálenost. Je inkontinentní. V průběhu hospitalizace si zajistil pečovatelku, která zajistila potřebné úpravy domácího prostředí. Pacient byl 1.11.2011 propuštěn do domácí péče.

Rehabilitační záznam:

Rehabilitace byla zahájena po zklidnění úvodních obtíží 22.8.2011. Vzhledem k tomu, že pacient byl před hospitalizací schopen samostatné chůze, byl největší důraz kladen na zlepšení mobility pacienta. Zpočátku byl posazován a poté bylo započato

s nácvikem stoje s oporou. Od 5.9.2011 byl započat nácvik chůze s oporou o chodítko. Následující tři týdny pacient trénoval chůzi v chodítku. Koncem září byl schopen projít s oporou o chodítko pokoj (cca 4 metry). V průběhu dne byl vysazován na vozík a pokoušel se sám pohybovat po oddělení. Přestože se pacient nebyl sám schopen posadit, byl schopen krátké chůze s oporou. V půlce října byl schopen ujít již cca 15 metrů s oporou o chodítko. Přestože se jeho mobilita zlepšila, nebyl v době popuštění schopen samostatného posazení ani přesunu na vozík.

Analýza a interpretace:

Hlavním cílem rehabilitace pacienta bylo zlepšit jeho mobilitu. Důležitou součástí tréninku lokomoce byl výběr vhodných kompenzačních pomůcek (chodítka, hole). Přestože se jeho stav zlepšil, nedosáhl pacient své původní úrovně soběstačnosti. Dalším cílem bylo tedy zaučit pacientovu pečovatelku v činnostech ošetrovatelské a rehabilitační péče.

Závěr:

Přestože nedošlo k návratu původního stavu pacienta, mohl se vrátit do domácího prostředí, pomocí dopomoci druhé osoby a vhodných kompenzačních pomůcek.

2. Kasuistika – žena, rok narození 1932

Anamnéza:

RA: dlouhověkost

OA: léčena pro hypertenzi, hypothyreosu, depresi

SA: ovdovělá, žije sama

NO: 21.9.2011 upadla na schodech cestou z nákupu, pro zjištěnou frakturu přijata na chirurgické oddělení JN, 29.9.2011 přeložena na ortopedii v Šumperku, kde provedena implantace TEP pravé kyčle, 4.10.2011 přeložena zpět do JN na chirurgické oddělení, 10.10.2011 přeložena na LDN

Katamnéza:

Průběh hospitalizace na LDN bez komplikací. Pacientka rehabilitovala, mobilizována o francouzských holích s povolenou zátěží pravé dolní končetiny (PDK) na polovinu váhy. 8.11.2011 realizována ortopedické konzilium, pacientce byla povolena plná zátěž PDK. 9.11.2011 propuštěna domů.

Rehabilitační záznam:

Pacientka v průběhu října zvládla chůzi v chodítku i o FH s odlehčováním PDK. Zvládla i chůzi po schodech. Při propuštění byla schopna samostatné střídavé chůze o 2FH.

Analýza a interpretace:

Hlavním cílem rehabilitace byla rychlá mobilizace a znovuzískání soběstačnosti. Důraz byl kladen na edukaci ohledně režimových opatření, týkajících se endoprotézy.

Závěr:

Vzhledem k možnosti časného alespoň částečného zatížení operované dolní končetiny při stejném úrazu, došlo k výraznému zkrácení běžné doby hospitalizace (cca 3 měsíce) na cca 6 týdnů. Nevýhodou implantace TEP je nutnost dlouhodobě dodržovat režimová opatření.

3. Kasuistika – žena, rok narození 1937

Anamnéza:

OA: hypertenze, DM (diabetes mellitus) II. typu na PAD (perorální antidiabetika), stav po fraktuře pravé horní končetiny.– omezena plná extenze v lokti

SA: bydlí s manželem

NO: 18.5.2011 doma upadla a pro zjištěnou frakturu pravého femoru provedena OS-DHS (osteosyntéza dynamickým skluzným šroubem).

24.5.2011 přeložena k doléčení na LDN

Katamnéza:

Průběh hospitalizace bez komplikací ve smyslu zlomeniny. Korigována léčba DM (diabetes mellitus). Přeléčena na uroinfekt. Rehabilitována, po posledním traumatologickém vyšetření, kdy povolena plná zátěž pravé dolní končetiny (PDK) a proveden nácvik chůze po schodech pacientka 10.8.2011 propuštěna domů.

Rehabilitační záznam:

Pacientka byla při přijetí omezeně soběstačná pro omezenou pohyblivost PDK. Z počátku byla rehabilitace zaměřena na zvýšení pohyblivosti PDK a nácvik soběstačnosti v lůžku. Trénink chůze probíhal postupně od stoje v chodítku až k chůzi v chodítku bez došlapu na PDK. Nácvik chůze o PB byl komplikován dřívějším úrazem PHK a nemožností dostatečné opory o berle. Po dvou měsících povolil traumatolog částečné zatížení PDK. Pacientka začala trénovat chůzi o PB. Poté, co traumatolog povolil plně zatěžovat PDK začala pacientka trénink chůze o FH. Při propuštění domů byla schopna samostatné chůze o FH. Bez opory o hole prošla po pokoji.

Analýza a interpretace:

Hlavním cílem rehabilitace bylo znovuobnovení pohyblivosti PDK a celkové mobility. Po celou dobu hospitalizace pacientka denně rehabilitovala. Propuštěna byla až po zhojení zlomeniny PDK a možnosti plného zatížení – po více než 3 měsících.

Závěr:

Stejně jako pacientka č. 2 byla tato pacientka propuštěna domů a dosáhla téměř plné úrovně soběstačnosti jako před úrazem. Tato pacientka za dvojnásobně delší dobu, ale bez nutnosti dalších opatření a bez rizika luxace endoprotézy.

4. Kasuistika – muž, rok narození 1951

Anamnéza.

OA: hypertenze, HLP (hyperlipoproteinémie), ASU (atrofia cerebri universalis)

PSA: dělník, žije s manželkou

NO: pacient byl hospitalizován na ARO pro CMP (cévní mozkovou příhodu) s globální afázií, pravostrannou hemiplegií, pro časovou prodlevu od vzniku potíží již nebyl indikován k trombolýze. Vstupní CT s incip. Ischemií, která při kontrole 13.7.2011 zasahuje temporální lalok a podstatnou část levé hemisféry. Během hospitalizace na ARO mírné zlepšení úrovně vědomí. Od 14.7 2011 na interním oddělení, 1.8.2011 přeložen na LDN k pokračování RHB.

Katamnéza:

V průběhu hospitalizace na LDN přetrvává pravostranná plegie horní končetiny, paréza dolní končetiny a afázie. Pac. 25.8.2011 přeložen na Rehabilitační oddělení FN Olomouc.

Rehabilitační záznam:

Pacient s totální afázií, plegií levé horní končetiny, parézou levé dolní končetiny. Ležící v lůžku, neschopen posazení, v sedu nestabilní. Po intenzivní rehabilitaci levostranných končetin a tréninku mobility byl pacient schopen samostatného posazení, stabilního sedu a chůze ve vysokém chodítku na krátkou vzdálenost. Našimi prostředky se nepodařilo zlepšit komunikaci. Vzhledem k nízkému věku byl pacient přijat na Rehabilitační oddělení FN Olomouc.

Analýza a interpretace:

Rehabilitace byla zaměřena na zlepšení pohyblivosti a zefektivnění komunikace. Mobilitu se podařilo částečně zlepšit, afázii ne. Proto byl pacient přeložen na „vyšší“ pracoviště většími možnostmi terapeutické intervence.

Závěr:

Pro relativně nízký věk a perspektivu zlepšení zdravotního stavu byl pacient přeložen na specializované pracoviště.

5. Kazuistika – žena, rok narození 1921

Anamnéza:

OA: hypertenze, stav po operaci katarakty, stav po operaci žlučníku, obezita

SA: ovdovělá, žije sama, pomáhá jí rodina,

NO: pacientka 15.3.2011 nalezena rodinou ležící na zemi, volána záchranná služba, pacientka přivezena na interní oddělení, diagnostikována CMP (cévní mozkovou příhoda) s poruchou vědomí, centrální parézou n.VII vlevo a levostrannou hemiplegií. Po sérii infuzní terapie pacientka přeložena k další léčbě na LDN.

Katamnéza:

Při příjmu na LDN pacientka imobilní, neschopna mluvy, ale je schopna kývnout hlavou. Pro výraznou obezitu a imobilitu je obtížně polohovatelná. Při rozvoji uroinfektu došlo k výraznému zhoršení celkového stavu i kvality vědomí. Rozvoj rozsáhlého dekubitu na hýždích. Přes veškerá opatření pacientka na následky těžkého stavu po dvou měsících od začátku onemocnění umírá.

Rehabilitační záznam:

Imobilní, obézní pacientka s expresivní afázií, levostrannou hemiplegií. Hlavním cílem rehabilitace bylo udržení rozsahu pohyblivosti v kloubech, stimulace levostranných končetin a postupná mobilizace. Pacientka zpočátku posazována. Pro rozvoj výrazné bolestivosti téměř celého těla a rozvoj dekubitu na hýždích postupně rehabilitace omezena na dechová cvičení a pasivní cvičení končetin v lůžku. Pro zhoršování celkového stavu rehabilitace ukončena. Pacientka později zemřela.

Analýza a interpretace:

Rehabilitace byla zaměřena na zlepšení pohyblivosti. Při těžkém stavu a komplikacích byla léčba neúspěšná.

5.4.1 Obsahová analýza pěti případových studií

Kazuistika 1 – muž, rok narození 1929

Kazuistika 2 – žena, rok narození 1932

Kazuistika 3 – žena, rok narození 1937

Kazuistika 4 – muž, rok narození 1951

Kazuistika 5 – žena, rok narození 1921

Tabulka č. 13: Obsahová analýza kazuistik

	Věk	Pohlaví		Diagnóza	Délka hospitalizace	ADL
		Muž	Žena			
Kazuistika č. 1	82	1		I	79	0
Kazuistika č. 2	79		1	S	31	60
Kazuistika č. 3	74		1	S	79	45
Kazuistika č. 4	60	1		I	25	20
Kazuistika č. 5	90		1	I	40	0
Průměr	77				50,8	25
Součet		2	3			

Průměrný věk vybraných klientů byl 77 let. Průměrný věk mužů byl 71 rok a průměrný věk žen byl 81 rok.

Z pěti případů byli vybráni 2 muži a 3 ženy.

Vybrané byly diagnózy skupiny I a S, jakožto nejčastěji zastoupené skupiny diagnóz.

Průměrná délka jejich hospitalizace byla 50,8 dne.

Průměrná hodnota vstupního Barthelové testu byla 25 bodů, tedy vysoký stupeň závislosti.

Tabulka č. 14: Obsahová analýza rehabilitace pěti vybraných klientů LDN.

	Rehabilitační cíl	Průběh rehabilitace	Efekt rehabilitace
Kasuistika č. 1	Zlepšení pohyblivosti Zvýšení soběstačnosti Chůze	Postupná vertikalizace- sed, stoj, nácvik chůze	Možná chůze na krátkou vzdálenost s chodítkem a dopomocí
Kasuistika č. 2	Chůze Obnova soběstačnosti Návrat do původního stavu Režimová opatření	Léčebná tělesná výchova zaměřená na obnovení pohybu pravé dolní končetiny Nácvik chůze	Schopnost samostatné chůze o 2 francouzských holích
Kasuistika č. 3	Obnovení pohyblivosti pravé dolní končetiny Chůze	Léčebná tělesná výchova zaměřená na obnovení pohybu pravé dolní končetiny Kondiční cvičení Nácvik chůze	Obnovení pohyblivosti pravé dolní končetiny Schopnost samostatné chůze o 2 francouzských holích
Kasuistika č. 4	Zvýšení celkové pohyblivosti Zlepšení komunikace	Individuální léčebná tělesná výchova na neurofyziologickém podkladě zaměřená na pohyb a komunikaci	Mírné zlepšení celkové pohyblivosti, komunikace žádná. Pacient přeložen na vyšší pracoviště
Kasuistika č. 5	Zlepšení celkové pohyblivosti	Léčebná tělesná výchova na lůžku.	Pacientka zmirá

Rehabilitační cíl obecně je stanovován na podkladě vstupního vyšetření, jehož hlavní část tvoří důkladná anamnéza a vyšetření současného stavu. Na základě vstupního vyšetření jsou stanovovány základní cíle rehabilitace. V rámci uvedených kazuistik byl ve všech pěti případech rehabilitační cíl zaměřen na zlepšení pohyblivosti a zvýšení soběstačnosti. V případě kazuistiky 1, 2 a 3 byl základním cílem i nácvik chůze.

Ve všech pěti případech byla klientům poskytnuta léčebná rehabilitace, konkrétně fyzioterapie. V průběhu rehabilitace byly použity základní kinezioterapeutické metody jako např. analytické cvičení, ale i speciální metody jako Bobath koncept. V případě kazuistiky č. 1 bylo nutné použití několika kompenzačních pomůcek k umožnění získání nejvyšší možné míry pohyblivosti.

V rámci kazuistik č. 1, 2 a 3 bylo dosaženo takové míry soběstačnosti, že se tito klienti mohli vrátit do původního domácího prostředí. Kasuistika č. 4 je specifická tím, že

klient měl pouze 60 let. Ze zcela soběstačného muže v produktivním věku se stal vysoce závislým na pomoci druhých. Na oddělení LDN je poskytována pouze léčebná rehabilitace, a to pouze fyzioterapie. Vzhledem k poruše řeči byla pro tohoto klienta naprosto nezbytná logopedie, která na oddělení LDN není poskytována. Klienta se nakonec podařilo přeložit na rehabilitační oddělení Fakultní nemocnice Olomouc, kde mu mohla být poskytnuta rehabilitace v mnohem větším rozsahu než na LDN Jesenické nemocnice, spol. s r. o.

DISKUSE

V rámci výzkumné části bylo položeno a zodpovězeno pět výzkumných otázek. Jaká je demografická situace na Jesenicku? Jesenicko je specifická oblast mezi horami s obtížnou dopravní obsluhou. Statistika ukazuje dlouhodobý trend snižování počtu obyvatelstva na Jesenicku. Oproti tomu se počet obyvatel v Olomouckém kraji i České republice zvyšuje. Snižování počtu obyvatel na Jesenicku je dáno nízkou porodností, hlavně však vysokou migrací z Jesenicka. Možnou příčinou vystěhovávání obyvatel je vysoká míra nezaměstnanosti, která má dlouhodobě stoupající tendence. Relativní četnost zastoupení věkových skupin 0-14 let, 15-64 let a 65 let a více je na Jesenicku srovnatelná s celorepublikovým průměrem. Snižuje se relativní četnost obyvatel ve věku do 15 let a zvyšuje se počet lidí ve věku nad 65 let. Průměrný věk obyvatel Jesenicka se zvyšuje. Zvyšuje se počet obyvatel ve starobním důchodu.

Jaká je sociální situace na Jesenicku? Péči o seniory na Jesenicku nabízí 13 poskytovatelů. Péče je poskytována v rámci pečovatelských služeb, penzionů a domovů důchodců. Některé instituce zprostředkovávají i volnočasové aktivity: kluby důchodců, akademie 3. věku. Nabídka sociálních služeb je poměrně široká. Pečovatelské služby nabízejí pomoc lidem v jejich domácím prostředí, penziony a domovy důchodců nabízejí chráněné bydlení a služby v různém rozsahu až po komplexní celodenní péči. Rovněž síť těchto zařízení je široká a rozmístěná rovnoměrně v oblasti Jesenicka do měst a obcí Jeseník, Javorník, Zlaté Hory, Bílá Voda, Mikulovice, Česká Ves, Kobylná nad Vidnávkou a Vidnava.

Jak probíhá rehabilitace seniorů v Jesenické nemocnici? Rehabilitace seniorů v Jesenické nemocnici je realizována na oddělení Léčebna dlouhodobě nemocných. V rámci let 2007-2011 došlo k nárůstu počtu klientů k rehabilitaci za rok ze 111 na 169. V tak krátkém intervalu však není možné určit trend a roli hraje také fakt, že na LDN působí 1 fyzioterapeut s úvazkem 1,0 (8 hodin). Při tomto úvazku je optimální počet klientů 10-15 denně. Při větším počtu klientů k rehabilitaci na oddělení LDN je fyzioterapeut nucen omezit rozsah svých intervencí. Z jednotlivých fyzioterapeutických výkonů jednoznačně převládá vertikalizace a nácvik chůze nad ostatními výkony. Je to dáno rehabilitačními cíli. Pro člověka je typická lokomoce – chůze. Většina klientů byla před hospitalizací schopna chůze, a proto je obnovení chůze jedním z hlavních cílů rehabilitace. Pokud to, z různých důvodů, není možné,

používají se kompenzační mechanismy (např. použití kompenzačních pomůcek – chodítka, berle, hole, vozík).

Vyhodnocením obsahové analýzy výzkumného vzorku bylo zjištěno, že průměrný věk rehabilitujícího seniora na LDN je 81 let. Více je žen. Tento fakt si vysvětlují vyšší průměrnou délkou života, zvýšeným výskytem osteoporózy a tím větší pravděpodobností vzniku zlomenin u žen. Nejčastějšími hlavními lékařskými diagnózami jsou kardiovaskulární choroby a úrazy, zlomeniny. Pro seniory typické cévní mozkové příhody, kardiální selhávání a zlomeniny krčku kosti stehenní. Průměrná délka hospitalizace výzkumného vzorku je 35 dní. Průměrná hodnota vstupního dotazníku soběstačnosti (Barthelové testu) je 36 bodů, což značí vysokou závislost.

Uvedené kazuistiky dokládají průběh rehabilitace na LDN.

1. Kazuistika: muž, 82 let. Obtížně pohyblivý i před hospitalizací. Ke konci hospitalizace schopen krátké chůze s chodítkem. Díky domácímu zázemí mohl být propuštěn domů.
2. Kazuistika: žena, 79 let. Po implantaci totální endoprotézy kyčle; Během hospitalizace dosáhla téměř plné původní soběstačnosti, propuštěna domů.
3. Kazuistika: žena, 74 let. Po osteosyntéze proximálního femuru; Při propuštění domů byla schopna samostatné chůze o 2 francouzských holích.
4. Kazuistika: muž, 60 let. Stav po cévní mozkové příhodě: Pro závažný klinický stav a relativně nízký věk byl pacient přeložen na rehabilitační oddělení Fakultní nemocnice Olomouc.
5. Kazuistika: žena, 90 let. Stav po cévní mozkové příhodě; Přes veškerou péči zmírá.

V rámci týmu zdravotníků působících na oddělení LDN a v rámci Jesenické nemocnice celkově, byla klientům poskytnuta základní lékařská péče a péče konziliárních lékařů (neurolog, ortoped, traumatolog, ...), základní i zvláštní ošetrovatelská péče. Ve všech případech byla klientům poskytnuta léčebná rehabilitace.

Tím se dostáváme k otázce, zda je rehabilitace seniorů v Jesenické nemocnici ucelená? Poskytovaná rehabilitační péče na oddělení LDN je omezena pouze na léčebnou rehabilitaci. Vzhledem k tomu, že na LDN je přítomen pouze fyzioterapeut, je léčebná rehabilitace omezena na fyzioterapii. Přes mezioborový přesah znalostí

a dovedností není sám fyzioterapeut schopen poskytnout léčebnou rehabilitaci v celé své šíři. Zvláště při práci se seniory jsou vhodné intervence logopeda, ergoterapeuta a psychologa. Ergoterapie by v budoucnosti mohla být na LDN realizována přímo u lůžka při nácviku běžných denních činností jako je najezení se, umývání, oblékání u pacientů s nízkou úrovní soběstačnosti. Dále by bylo možné zřídit ergoterapeutickou „dílnu“, ve které by pacienti mohli nacvičovat běžné denní úkony a trénovat motorické schopnosti v rámci řízené činnosti. Služby klinického logopeda a psychologa by mohly být realizovány v rámci externí spolupráce s těmito specialisty.

Kolář i Votava se shodují, že komprehenzivní rehabilitace je děj vzájemně provázaný, koordinovaný a má své důležité postavení v případech, kdy stav nemocného nelze řešit pouze zdravotnickými prostředky.^{100,101} Takové případy jsou typické právě pro seniory. Abychom mohli hovořit o komprehenzivní rehabilitaci, musí tato obsahovat nejméně dvě složky. Nedílnou součástí komprehenzivní rehabilitace seniorů je sociální rehabilitace. Na oddělení LDN není trvale přítomen sociální pracovník, který by mohl koordinovat sociální rehabilitaci seniorů. Ve většině případů zajišťuje sociální záležitosti rodina pacienta. Poskytovaná rehabilitace na oddělení LDN tedy není komprehenzivní. Realizace komprehenzivní rehabilitace je limitována omezenými finančními a s tím souvisejícími personálními zdroji. Úhrada péče na oddělení LDN od zdravotních pojišťoven je realizována paušálně, ne od druhu či počtu výkonů. Protože nároky pacientů na úroveň péče celkově vzrůstají, není jednoduché prosadit posílení rehabilitačního týmu.

Jakým způsobem je možné dosáhnout poskytování komprehenzivní rehabilitace seniorů? Prakticky jedinou možností je zajištění sociální rehabilitace na oddělení LDN. Jednou z možností, jak zajistit sociální rehabilitaci na oddělení LDN je přímo zaměstnat sociálního pracovníka, který by byl alespoň na částečný pracovní úvazek přítomen na oddělení. Další možnou cestu by mohlo být navázání spolupráce s jesenickým Odborem sociálních věcí a zdravotnictví, který by mohl alespoň částečně saturovat potřebu sociální rehabilitace na oddělení LDN. V rámci sociální rehabilitace by bylo vhodné zlepšit informovanost široké veřejnosti o možnostech sociální podpory a pomoci seniorům. Mezi možná řešení jak alespoň částečně zajistit komprehenzivní rehabilitaci seniorů na oddělení LDN by se dalo zařadit i působení dobrovolných

¹⁰⁰ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 2.

¹⁰¹ Srov. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14-15.

pracovníků. Dalším způsobem by mohlo být zajištění finanční nebo materiální podpory sponzory.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo popsat rehabilitaci seniorů na Jesenicku, porovnat ji s konceptem komprehenzivní rehabilitace a navrhnout model řízení komprehenzivní rehabilitace seniorů na Jesenicku. Z předchozího textu, je zřejmé, že rehabilitace seniorů na Jesenicku, realizovaná v Jesenické nemocnici je pouze léčebná a to v nejužším možném provedení pouze jako fyzioterapie. Aby mohla být seniorům na Jesenicku poskytována komprehenzivní rehabilitace, měla by být léčebná rehabilitace doplněna o rehabilitace sociální. Její realizace v Jesenické nemocnici je možná nejméně dvěma způsoby, a to buď prostřednictvím vlastního sociálního pracovníka nebo navázáním externí spolupráce.

V rámci dílčích cílů byla v rámci teoretické části popsána komprehenzivní rehabilitace a její čtyři složky: rehabilitace léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. Dále byla popsána specifika onemocnění seniorů a geriatrické syndromy a to zejména ve vztahu k rehabilitaci. V rámci dalšího cíle byla popsána možná komprehenzivní rehabilitace seniorů, tedy rehabilitace léčebná a sociální.

Výzkumná část poskytla popis demografické situace na Jesenicku s porovnáním situace v České Republice. Byla popsána sociální situace seniorů na Jesenicku. Dále byl popsán průběh rehabilitace seniorů na LDN v letech 2007-2010. V rámci průzkumu bylo mj. zjištěno, že poskytovaná rehabilitace seniorů na LDN je pouze léčebná, proto nemůže být považována za komprehenzivní. V rámci diskuse je navrženo několik možných způsobů, jak realizovat a umožnit poskytování komprehenzivní rehabilitace seniorům na Jesenicku.

LITERATURA A PRAMENY

- Barthelův test základních všedních činností. In: [online]. [cit. 2012-01-15]. Dostupné na WWW: <http://is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.pdf>
- Česká Asociace Ergoterapeutů. [online]. 2008. vyd. [cit. 2012-01-15]. Dostupné na WWW: <www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>.
- DVOŘÁKOVÁ, I. Obsahová analýza / formální obsahová analýza / kvantitativní obsahová analýza. *Antropowebzin* [online]. 2010, č. 2 [cit. 2011-10-15]
Dostupné na WWW:
<http://antropologie.zcu.cz/media/webzin/webzin_2_2010/Dvorakova__I-2-2010.pdf>. ISSN 1801-8793.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- Charakteristika okresu Jeseník. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD OLOMOUC
Oddělení regionálních analýz a informačních služeb. In: [online]. [cit. 2012-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.olomouc.czso.cz/infoservisolom@czso.cz> 1>
- JANKOVSKÝ, Jiří, aj. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- Jesenická nemocnice spol. s r. o. LDN oddělení. In: [online]. [cit. 2012-04-15].
Dostupné na WWW: <<http://www.jesnem.cz/oddeleni/ldn-oddeleni-18?>>
- KALVACH, Zdeněk, aj. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 9788024724904
- KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 816 s. ISBN 14-608-81.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KUBEŠOVÁ, Hana, aj. Velké interdisciplinární – Intelektové poruchy, instabilia syndromy v geriatrii. *Postgraduální medicína* [online]. 2007, č. 8 [cit. 2011-10-

- 05] Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/velke-interdisciplinari-intelektove-poruchy-instabilita-syndrom-323585>>. ISSN 1214-7664.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální služby. [online]. [cit. 2012-01-15]. Dostupné na WWW: <www.mpsv.cz/cs/9>.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MKN – 10. Tabelární seznam. In: [online]. [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- NEUBAUEROVÁ, Lenka, aj. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 132 s. ISBN 978-80-7435-109-9.
- OLECKÁ, Ivana, a IVANOVÁ, Kateřina. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti* [online]. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s., 2010 [cit. 2011-10-05] Dostupné na WWW: <http://www.mvso.cz/Files/WEB/APSYS/41Metodologie_vedecko-vyzkumne_cinnosti.pdf>. ISBN 978-80-87240-33-5.
- PIECKOVÁ, Lenka. Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra* [online]. 2011, roč. 4 [cit. 2011-12-05] Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/geriatricke-syndromy-pecce-o-geriatrickeho-pacienta-klienta-459329>>. ISSN 1214-7664
- Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR. [online]. [cit. 2012-04-15]. Dostupné na WWW: <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenevyhledavanisluzby?SI=&FSCS=&CSIS=25&RP=&ZN=&KKS=124&OKS=3811&O=&U=&PN=&PIC=&IsSearching=True&ShowResults=False&PageSize=&Page=Vyhledavani_sluzby>.
- ROMŽOVÁ, Miroslava, aj. Inkontinence moči u stárnoucího pacienta z pohledu urologa. *Prakt. lékáren*. [online]. 2010, roč. 6, č. 5 [cit. 2012-04-12] s. 227-230. Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/lek/2010/05/03.pdf>>. ISSN - 1803-5329.

- SVOBODOVÁ, Kamila. ANALÝZA: *Stárnutí populace podle výsledků projekce ČSÚ*. [online]. 25.03.2005 [cit. 2012-02-10]. Dostupné na WWW: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34>
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha, Galén, 2005. 270 s. ISBN 8072623656
- TROJAN, Stanislav, aj. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
- VAŇÁSKOVÁ, Eva. Testování v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi*. [online]. 2005, č. 5 [cit. 2012-04-12] s. 311-314. Dostupné na WWW: <<http://solen.cz/pdfs/neu/2005/06/06.pdf>>. ISSN ISSN - 1803-5280>
- VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5
- Vybrané ukazatele za okres Jeseník. Časové řady. In: [online]. [cit. 2012-04-15]. Dostupné na WWW: <http://www.olomouc.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/okres_jesenik>
- WEBER, Pavel, aj. Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny. *Vnitř Lék* [online]. 2011, 57(6) [cit. 2011-12-05] Dostupné na WWW: <http://www.vnitrnilekarstvi.cz/online/E2010_18?confirm_rules=1>
- WEBER, Pavel. Velké geriatrické syndromy – vztah k polymorbiditě a dysaptibilitě v seniu. *Postgraduální medicína* [online]. 2004, č. 3 [cit. 2011-12-05] Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/velke-geriatricke-syndromy-vztah-k-polymorbidite-a-dysaptibilite-161496>>. ISSN 1214-7664.
- ZEMAN, Marek. Fyzioterapie v současné moderní medicíně. *Kontakt* [online]. 18.12.2009 [cit. 2011-10-05] Dostupné na WWW: <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330123120809120.pdf>>. ISSN 1804-7122.
- ŽIAKOVÁ, Katarína, aj. *Ošetrovatel'stvo : teória a vedecký výskum*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2009. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

SEZNAM ZKRATEK

BI	Barthelové index
ČR	Česká Republika
JN	Jesenická nemocnice, spol. s r. o.
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
Ost.	Ostatní

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Geografická mapa Olomouckého kraje

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Výsledky předvýzkumu

Tabulka č. 2: Tabulka četností diagnóz v předvýzkumu

Tabulka č. 3: Počet obyvatel na Jesenicku a v České republice v letech 2000-2010

Tabulka č. 4: Počet obyvatel v okresech Olomouckého kraje v letech 2003-2010

Tabulka č. 5: Věková struktura obyvatel Jesenicka

Tabulka č. 6: Věková struktura obyvatel ČR v letech 2004 - 2010

Tabulka č. 7: Nezaměstnanost na Jesenicku

Tabulka č.8: Přehled důchodců na Jesenicku

Tabulka č. 9: Počet rehabilitovaných pacientů dle diagnóz v letech 2006-2011

Tabulka č.10: Počet rehabilitačních výkonů v letech 2006-2012

Tabulka č. 11: Kategorie obsahové analýzy zkoumaného vzorku z let 2006-2011

Tabulka č. 12. Přehled základních diagnóz a jejich četností:

Tabulka č. 13: Obsahová analýza kazuistik

Tabulka č. 14: Obsahová analýza rehabilitace pěti vybraných klientů LDN

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. Počet obyvatel na Jesenicku v letech 2000-2010

Graf č. 2: Počet obyvatel ČR v letech 2000-2010

Graf č. 3: Vývoj přírůstku a úbytku obyvatel na Jesenicku v letech 2000-2010

Graf č. 4. Grafické znázornění zastoupení diagnóz rehabilitovaných klientů v letech 2006-2011.

Graf. č.5: Počet rehabilitačních výkonů v letech 2006-2011

Graf č.6:Graf věkového rozložení souboru:

Graf č. 7: Věkové rozložení mužů a žen:

Graf č. 8: Zastoupení základních diagnóz ve zkoumaném vzorku.

Graf č.9: Délka hospitalizace zkoumaného vzorku

Graf č. 10. Rozložení hodnot Barthelové testu ve zkoumaném souboru

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR

Příloha č. 2: Barthelové test

Příloha č. 3: MKN-10

Příloha č. 4: Harmonogram práce fyzioterapeuta na oddělení LDN

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR

chráněné bydlení (2374811)	
Poskytovatel:	Penzion pro seniory Jeseník
Druh:	chráněné bydlení
Zařízení, místo poskytování	
Penzion pro seniory Jeseník (Beskydská 1298/6, 790 01 Jeseník)	
Penzion pro seniory Jeseník (Jaroslava Ježka 777/7, 790 01 Jeseník)	
Kontakty	
e-mail	info@ppsjes.cz
telefon	584411391
telefon	584450284
web	www.ppsjes.cz
fax	584450286

chráněné bydlení (2374811)	
Poskytovatel:	Penzion pro seniory Jeseník
Druh:	chráněné bydlení
Zařízení, místo poskytování	
Penzion pro seniory Jeseník (Beskydská 1298/6, 790 01 Jeseník)	
Penzion pro seniory Jeseník (Jaroslava Ježka 777/7, 790 01 Jeseník)	
Kontakty	
e-mail	info@ppsjes.cz
telefon	584411391
telefon	584450284
web	www.ppsjes.cz
fax	584450286

pečovatelská služba (8700573)	
Poskytovatel:	Domov důchodců
Druh:	pečovatelská služba
Zařízení, místo poskytování	
Domov důchodců (Hornická 579, 793 76 Zlaté Hory)	
Kontakty	
fax	584425166
web	http://zlatehory.cz
e-mail	domovduchodcu@jes.cz
telefon	584425741

domovy pro seniory (7300941)	
Poskytovatel:	Domov pro seniory Javorník, příspěvková organizace
Druh:	domovy pro seniory
Zařízení, místo poskytování	
Domov pro seniory Javorník, příspěvková organizace (Školní 104, 790 70 Javorník)	
Kontakty	
web	http://www.domovduchodcu.jesenicko.com
e-mail	dd.jav@tiscali.cz
telefon	584 440 586
fax	584 440 586

domovy pro seniory (9825174)	
Poskytovatel:	Charita Javorník
Druh:	domovy pro seniory
Zařízení, místo poskytování	
Domov pokojného stáří sv. Františka Javorník (Lidická 89, 790 70 Javorník)	
Kontakty	
telefon	584 440 355
web	http://www.javornik.charita.cz
e-mail	dps.frantisek@charita.cz
fax	584 440 217

domovy pro seniory (4019091)	
Poskytovatel:	Institut Krista Velekněze
Druh:	domovy pro seniory
Zařízení, místo poskytování	
Dům S.M. Stanislavy Ernstové (Bílá Voda 81, Městys Bílá Voda, 790 69 Bílá Voda)	
Kontakty	
e-mail	ikvbv@seznam.cz
web	www.ruzenec.cz
telefon	584409038

pečovatelská služba (6024510)	
Poskytovatel:	Středisko pečovatelské služby Jeseník, příspěvková organizace
Druh:	pečovatelská služba
Zařízení, místo poskytování	
Středisko pečovatelské služby Jeseník, příspěvková organizace (Otakara Březiny 1370/2c, 790 01 Jeseník)	
Kontakty	

e-mail	PecovatelskaJesenik@email.cz
telefon	725 695 899
web	www.pecovatelskajesenik.wbs.cz
telefon	725 684 342
telefon	584 409 147

pečovatelská služba (7842681)	
Poskytovatel:	SOUŽITÍ 2005, o.p.s.
Druh:	pečovatelská služba
Zařízení, místo poskytování	SOUŽITÍ 2005, o.p.s. (Na Bukovci 1, 790 84 Mikulovice)
Kontakty	
e-mail	info@souziti2005.cz
telefon	584429143
web	www.souziti2005.webnode.cz

pečovatelská služba (4488828)	
Poskytovatel:	Obec Česká Ves - Dům s pečovatelskou službou
Druh:	pečovatelská služba
Zařízení, místo poskytování	Obec Česká Ves - Dům s pečovatelskou službou (Jánského 76, 790 81 Česká Ves)
Kontakty	
telefon	584 428 403
e-mail	dps@cves.cz

domovy pro seniory (4184171)	
Poskytovatel:	Domov důchodců
Druh:	domovy pro seniory
Zařízení, místo poskytování	Domov důchodců (Hornická 579, 793 76 Zlaté Hory)
Kontakty	
e-mail	domovduchodcu@jes.cz
telefon	584425741
fax	584425166
web	http://zlatehory.cz

domovy pro seniory (8298670)	
Poskytovatel:	Domov důchodců Kobylá nad Vidnavkou, příspěvková organizace
Druh:	domovy pro seniory
Zařízení, místo poskytování	

Domov důchodců Kobylá nad Vidnavkou, příspěvková organizace (Kobylá nad Vidnavkou 153, 790 65 Kobylá nad Vidnavkou)	
Kontakty	
fax	584 437 261
telefon	584 437 261
e-mail	dd.kobyla@cmail.cz

pečovatelská služba (6281058)	
Poskytovatel:	Charita Javorník
Druh:	pečovatelská služba
Zařízení, místo poskytování	
Charitní pečovatelská služba (Lidická 89, 790 70 Javorník)	
Kontakty	
e-mail	chops.javornik@charita.cz
telefon	584 440 355
web	www.javornik.charita.cz

domovy pro seniory (5410563)	
Poskytovatel:	Charita Javorník
Druh:	domovy pro seniory
Zařízení, místo poskytování	
Domov pokojného stáří sv. Hedviky Vidnava (Mírové náměstí 66, 790 55 Vidnava)	
Kontakty	
telefon	584 435 136
fax	584 435 222
e-mail	dps.hedvika@charita.cz

¹⁰²

¹⁰² Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR. [online].

<[http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenyhledavanisluzby?SI=&FSCS=&CSIS=25&RP=&ZN=&KKS=124&OKS=3811&O=&U=&PN=&PIC=&IsSearching=True&ShowResults=False&PageSize=&Page=Vyhledávání služby](http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenyhledavanisluzby?SI=&FSCS=&CSIS=25&RP=&ZN=&KKS=124&OKS=3811&O=&U=&PN=&PIC=&IsSearching=True&ShowResults=False&PageSize=&Page=Vyhledávání%20služby)>.

Příloha č. 2: Barthelové test

**Barthelové test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

- * zaškrtněte jednu z možností
- ** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku¹⁰³

¹⁰³ Barthelův test základních všedních činností. In: [online]. [cit. 2012-01-15].

<http://is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.pdf>

Příloha č. 3: MKN-10

MKN10 - přehled diagnóz Dg¹⁰⁴

MKN10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí:

- I. Infekční a parazitární nemoci A, B
- II. Novotvary C, D
- III. Nemoci krve a imunity D
- IV. Nemoci endokrinní a metabolické E
- V. Nemoci duševní a poruchy chování F
- VI. Nemoci nervové soustavy G
- VII., VIII. Nemoci oka a očních adnex, nemoci ucha H
- IX. Nemoci oběhové soustavy I
- X. Nemoci dýchací soustavy J
- XI. Nemoci trávicí soustavy K
- XII. nemoci kůže a podkožního vaziva L
- XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy M
- XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy N
- XV. - XVII. Těhotenství, porod, šestinedělí, perinatální stavy, vrozené vady, deformace, malformace O, P, Q
- XVIII. Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde R
- XIX. Poranění, otravy, následky působení vnějších příčin S, T
- XX. Vnější příčiny nemocnosti V, W, X, Y
- XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav Z

¹⁰⁴ MKN – 10. Tabeleární seznam. In: [online]. <www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Příloha č. 4: Harmonogram práce fyzioterapeuta na oddělení LDN

HARMONOGRAM PRÁCE FYZIOTERAPEUTA **NA LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ LDN**

Při své práci se řídí pokyny a předpisy oddělení, na kterém pracuje.

7:00 - 7:45	LTV a FT u ambulantních pacientů, zajištění pomůcek, konzultace stavu pacientů.
7:45 - 8:00	Příprava pracoviště na oddělení, informace o změně stavu pacientů.
8:00 - 11:30	LTV pacientů na oddělení.
11:30 - 12:00	Odborný dohled při nácviu sebeobsluhy – při obědvání.
12:00 - 12:30	Přestávka
12:30 - 14:30	Vertikalizace pacientů na oddělení.
14:30 - 15:30	Vedení dokumentace, úklid pracoviště, zácvik s rodinným příslušníkem.

V Jeseníku 24.4.2008

Bc. Soňa Kalafatičová
Fyzioterapeut