HODNOCENÍ ÚČINNOSTI DOMÁCÍ REHABILITACE NA ZÁKLADĚ STANDARDIZOVANÉHO MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA (SF-36)
EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF HOME REHABILITATION BASED ON THE STANDARDISED QUALITY OF LIFE MEASURE (SF-36)

VACKOVÁ Šarlota[1], VACEK Ondřej[2], KYNŠTOVÁ Hana[2*]

[1] *ACME domácí péče, s.r.o., Máchova 1094/1, Střekov, 400 03 Ústí nad Labem, Česká republika*
[2] *Katedra ergoterapie, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí n. Labem, Ústí nad Labem, Česká republika*

* *korespondenční autor / corresponding author: Hana.Kynstova@ujep.cz*

ABSTRAKT
Úvod: Stárnutí populace zvyšuje potřebu efektivních zdravotních intervencí. Domácí rehabilitace představuje cílenou péči v přirozeném prostředí seniora.
Cíl: Ověřit vliv domácí rehabilitace na kvalitu života seniorů, zejména v oblastech fyzického a psychického zdraví, mobility, bolesti a subjektivního vnímání zdraví.
Soubor a metodika: Studie zahrnovala 60 seniorů (65+), rozdělených do intervenční a kontrolní skupiny. Intervenční skupina absolvovala dvouměsíční domácí rehabilitaci, kontrolní skupina nikoli. K hodnocení byl použit dotazník SF-36, administrovaný před a po intervenci. Data byla analyzována pomocí deskriptivní a inferenční statistiky (t-test, $p < 0,05$).
Výsledky: Intervenční skupina dosáhla statisticky významného zlepšení ve všech dimenzích SF-36 oproti kontrolní skupině, zejména ve fyzickém fungování ($p < 0,001$), bolesti ($p < 0,005$) a vnímání zdraví ($p < 0,01$). U kontrolní skupiny změny zaznamenány nebyly.
Závěr: Domácí rehabilitace má pozitivní vliv na kvalitu života seniorů a měla by být standardní součástí geriatrické péče.

Klíčová slova: Domácí rehabilitace. Dotazník SF-36. Geriatrická péče. Kvalita života. Pohybová intervence.

ABSTRACT
Background: Aging increases the need for effective healthcare interventions. Home-based rehabilitation enables targeted care in a familiar setting.
Aim: To assess the impact of home-based rehabilitation on the quality of life in older adults, focusing on physical and mental health, mobility, pain, and perceived health.
Material and methods: Sixty seniors (65+) were divided into intervention and control groups. The intervention group underwent a two-month home rehabilitation program; the control group received no intervention. The SF-36 questionnaire was used before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (t-test, $p < 0.05$).
Results: The intervention group showed significant improvements in all SF-36 domains compared to the control group, notably in physical functioning ($p < 0.001$), pain reduction ($p < 0.005$), and health perception ($p < 0.01$). No significant changes were found in the control group.
Conclusion: Home-based rehabilitation improves physical and psychological functioning in older adults and should be integrated into standard geriatric care.

Keywords: Home – based rehabilitation. SF-36 questionnaire. Geriatric care. Quality of life. Movement intervention.

ÚVOD

Stárnutí je přirozený biologický proces spojený s úbytkem funkčních rezerv a snížením adaptability organismu (Cifu et al., 2018; Guo et al., 2022). Tento vývoj vede k vyššímu výskytu chronických onemocnění a potřebě péče, především v domácím prostředí. V České republice žije přes 2,2 milionu osob starších 65 let a dle predikcí bude v roce 2060 každý třetí obyvatel senior (ČSÚ, 2025), obdobně jako na Slovensku. Tento trend klade rostoucí nároky na zdravotní a sociální systémy.

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2020) v reakci na demografické změny definuje zdravé stárnutí jako udržování funkční schopnosti a podporu pohody ve vyšším věku. Iniciativa Dekáda zdravého stárnutí (2020 – 2030) zdůrazňuje roli komunitní a domácí péče, mezioborové spolupráce a individualizovaného přístupu (Rudnicka et al., 2020). V tomto kontextu je domácí rehabilitace klíčovým nástrojem. V ČR je upravena zákonem č. 96/2004 Sb., vyhláškou č. 55/2011 Sb., č. 92/2012 Sb. a zákonem č. 48/1997 Sb.; na Slovensku pak zákonem č. 578/2004 Z.z., vyhláškou č. 321/2005 Z.z. a zákonem č. 577/2004 Z.z. Úhrada této péče závisí na indikaci lékaře a smluvním vztahu s pojišťovnou (Míková et al., 2023).

Domácí rehabilitace přináší prokazatelné přínosy v oblasti mobility, soběstačnosti, prevence pádů i psychické pohody (Giné-Garriga et al., 2022; Seinsche et al., 2024). Podle Alfaro Hudak et al. (2023) a Bunn et al. (2014) významně zvyšuje kvalitu života seniorů. Její účinnost posiluje aktivní zapojení pacienta do terapie, které přispívá k lepší adherenci, spokojenosti i klinickým výsledkům (Alkhatib et al., 2024). Zároveň může snižovat riziko sociální izolace a posilovat motivaci (Abdi et al., 2019).

Efektivita rehabilitace se často hodnotí pomocí validovaných nástrojů, zejména dotazníku SF-36

(Ware et al., 1992), jehož význam v gerontologickém výzkumu potvrzují i současné studie (Şahin et al., 2023). Alternativně se používá WHOQOL-BREF, který hodnotí kvalitu života ve fyzické, psychické, sociální a environmentální oblasti (Brandao et al., 2018; Gurková, 2011).

Z toho vyplývá, že domácí rehabilitace je efektivní, ekonomicky udržitelná a důstojná forma péče. Její účinnost závisí na odbornosti terapeutů, míře zapojení pacienta, kvalitní komunikaci, individualizaci přístupu a systémové i rodinné podpoře (Alkhatib et al., 2024; Ghenta et al., 2022).

CÍL

Cílem studie bylo posoudit vliv pravidelné domácí rehabilitace na kvalitu života seniorů. Výzkum porovnal skupinu seniorů, kteří podstoupili domácí rehabilitaci, s kontrolní skupinou bez této intervence. Kvalita života byla hodnocena pomocí dotazníku SF-36, zaměřeného na fyzické, psychické i sociální aspekty zdraví.

Dílčí cíle zahrnovaly zhodnocení změn v jednotlivých dimenzích SF-36 před a po intervenci, porovnání výsledků mezi skupinami, analýzu vlivu rehabilitace na celkové fyzické a psychické zdraví, posouzení rozdílů ve vnímání bolesti a zdravotního stavu a zhodnocení vlivu věku na efektivitu intervence.

Výzkumná hypotéza předpokládala, že domácí rehabilitace zlepšuje fyzické funkce, psychickou pohodu a soběstačnost seniorů.

SOUBOR

Výzkumný soubor tvořili klienti senioři (n = 60), kteří byli rozděleni do dvou skupin – intervenční skupiny (IS) a kontrolní skupiny (KS)**.** Obě skupiny byly složeny z osob starších 65 let, přičemž výběr účastníků probíhal na základě předem stanovených kritérií, a to ve spolupráci s agenturou domácí péče ACME domácí péče, s.r.o.

Výzkumný soubor tvořilo 60 seniorů rozdělených do intervenční (n = 40) a kontrolní skupiny (n = 20). Všichni účastníci byli starší 65 let a splňovali předem stanovená kritéria výběru ve spolupráci s agenturou ACME domácí péče, s.r.o.

Intervenční skupina absolvovala strukturovaný dvouměsíční (8 týdnů) program domácí rehabilitace, který probíhal pod vedením kvalifikovaného fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Frekvence asistovaných návštěv byla stanovena na 2 – 3 × týdně v závislosti na aktuálním funkčním stavu a únavě klienta, přičemž délka jedné terapeutické jednotky činila 45 – 60 minut. Obsahem intervence byla komplexní kinezioterapie zaměřená na klíčové oblasti pro udržení soběstačnosti, tedy na svalovou sílu a rozsah pohybu, funkční trénink a vertikalizaci, stabilitu a rovnováhu, aktivaci hlubokého stabilizačního systému a dechovou gymnastiku. Cvičení zahrnovalo izometrické i izotonické posilování s vlastní vahou a s využitím pružných tahů (odporové gumy). Důraz byl kladen na extenzory kolenního kloubu a abduktory kyčle (prevence pádů) a na svalstvo pletence ramenního (sebeobsluha). Nácvik přesunů (lůžko–židle), trénink techniky vstávání ze sedu (Sit-to-Stand) bez opory horních končetin a korekce stereotypu chůze včetně nácviku s kompenzačními pomůckami. Balanční cvičení postupovala od stoje o široké bázi s oporou ke stoji o úzké bázi a nácviku přenášení váhy, doplněný o edukaci prevence pádů v domácím prostředí. Cvičení zaměřená na brániční dýchání a aktivaci hlubokého stabilizačního systému. Nedílnou součástí programu byla každodenní autoterapie. Účastníci byli instruováni k samostatnému cvičení ve dnech mimo návštěvy terapeuta (v rozsahu cca 15 – 20 minut denně) podle předaného obrazového manuálu se základní sestavou cviků. Dodržování tohoto režimu a správnost provedení cviků byly terapeutem pravidelně kontrolovány a korigovány při každé následující návštěvě. Kontrolní skupina žádnou systematickou intervenci neabsolvovala a sloužila pro srovnání.

Výběr účastníků byl nenáhodný, vycházející z dostupné klientely agentury domácí péče ACME domácí péče, s.r.o. a z indikace domácí rehabilitace ošetřujícím lékařem. Zařazeni byli pouze senioři žijící v domácím prostředí, s věkem 65+ let, schopností podepsat informovaný souhlas a bez těžkého kognitivního deficitu. Skupiny byly vyrovnány dle základních demografických ukazatelů (viz Tab. 1), což umožňuje objektivní srovnání vlivu intervence na kvalitu života. Homogenita intervenční a kontrolní skupiny byla posuzována na základě základních demografických charakteristik (věk, pohlaví, místo bydliště), které jsou uvedeny v tabulce 1. Skupiny se v těchto ukazatelích významně nelišily.

Funkční úroveň účastníků nebyla před zahájením studie hodnocena pomocí standardizovaných škál ADL/IADL, což představuje jedno z omezení studie. Byla však částečně ověřena pomocí vstupního měření dotazníku SF-36, konkrétně domény Fyzické fungování (PF). Analýza vstupních dat

neprokázala mezi intervenční a kontrolní skupinou statisticky významný rozdíl. Lze tedy konstatovat, že skupiny vycházely ze srovnatelné úrovně fyzického zdraví. Samostatný test ADL nebyl zařazen z důvodu snahy o minimalizaci zátěže respondentů (senioři 65+), pro které bylo vyplňování komplexního dotazníku SF-36 již tak náročné. Všichni účastníci splňovali základní kritéria umožňující pobyt v domácím prostředí a aktivní zapojení do rehabilitace. Adherence k domácímu cvičení nebyla objektivně kvantifikována, byla však průběžně monitorována verbální zpětnou vazbou klienta při návštěvách terapeuta. Soubor tedy reprezentuje reálnou cílovou populaci seniorů, pro kterou je domácí rehabilitace indikována a umožňuje relevantní posouzení vlivu této intervence na kvalitu života ve srovnání s běžným průběhem bez specializované rehabilitační péče.

Tabulka 1 Demografické charakteristiky souboru

Ukazatel	Intervenční skupina (n = 40)	Kontrolní skupina (n = 20)
Průměrný věk (roky)	80,4	78,1
Rozmezí věku (min–max)	66 – 96	65 – 96
Pohlaví – ženy	20 (50 %)	10 (50 %)
Pohlaví – muži	20 (50 %)	10 (50 %)
Místo bydliště – město	26 (65 %)	12 (60 %)
Místo bydliště – venkov	14 (35 %)	8 (40 %)

METODIKA

Studie měla kvantitativní, komparativní charakter a hodnotila vliv domácí rehabilitace na kvalitu života seniorů. Probíhala ve spolupráci s agenturou ACME domácí péče, s.r.o., v roce 2024. Výběr respondentů byl cílený dle předem stanovených kritérií.

Výzkumné nástroje

K hodnocení kvality života byl použit standardizovaný dotazník SF-36 (Short Form Health Survey), který se skládá z 36 položek a pokrývá 8 dimenzí: Fyzické fungování (PF), Role fyzického zdraví (RP), Tělesná bolest (BP), Vnímání celkového zdraví (GH), Vitalita (VT), Sociální fungování (SF), Emoční role (RE) a Duševní zdraví (MH) a dva souhrnné ukazatele: fyzická komponenta zdraví (PCS) a psychická komponenta zdraví (MCS).

Průběh sběru dat

Respondenti vyplnili dotazník SF-36 před zahájením intervence a po jejím ukončení. U kontrolní skupiny byla použita stejná metodika, bez intervenčního zásahu. Domácí rehabilitace v intervenční skupině byla realizována terapeutem 2 – 3-krát týdně a zahrnovala: kinezioterapii (cílené pohybové aktivity), nácvik běžných denních činností (ADL), prevenci pádů a edukaci, polohování a korekci držení těla dle individuální potřeby pacienta.

Zpracování a analýza dat

Analýza proběhla v IBM SPSS Statistics. Byla použita popisná statistika, Shapiro–Wilkův test a t-testy pro závislé i nezávislé výběry. Statistická významnost byla stanovena na $p < 0,05$.

Etické aspekty

Respondenti byli informováni a podepsali informovaný souhlas. Údaje byly anonymizovány a zpracovány dle platné legislativy.

VÝSLEDKY

Po dvou měsících terapie došlo u intervenční skupiny ke statisticky významnému zlepšení většiny dimenzí SF-36, včetně souhrnných ukazatelů PCS a MCS. Kontrolní skupina významné změny nevykázala.

Největší zlepšení po intervenci bylo zaznamenáno v oblasti omezení fyzické aktivity (RP), kde skóre vzrostlo z 12,5 na 91,9 bodů, a v omezení z důvodu emocí (RE) ze 66,7 na 93,3. Výrazné zlepšení nastalo také ve fyzické aktivitě (PF) – z 24,4 na 44,5 bodů, a v tělesné bolesti (BP) – z 36,6 na 70,2.

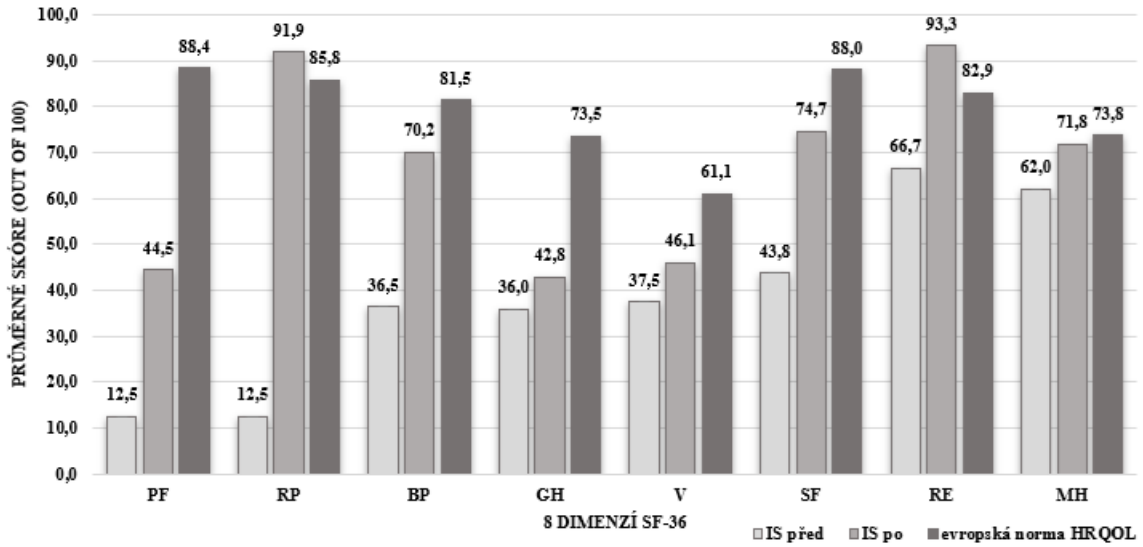
V oblasti psychiky se zlepšilo duševní zdraví (MH) z 61,2 na 71,8 bodů a celková psychická složka (MCS) ze 41,6 na 53,8. Většina změn byla statisticky významná ($p < 0,05$), výjimkou bylo pouze celkové vnímání zdraví (GH), které zůstalo bez významné změny ($p = 0,0963$).

U kontrolní skupiny nedošlo ke statisticky významným změnám – hodnoty zůstaly stabilní nebo vykazovaly jen nevýznamné odchylky.

Porovnání skupin pomocí t-testu potvrdilo pozitivní vliv domácí rehabilitace na celkovou kvalitu života ($p = 0,0054$) a fyzické zdraví ($p < 0,0001$). V oblasti psychického zdraví byl trend pozitivní, avšak rozdíl nebyl statisticky významný ($p = 0,2605$). Účinnost intervence se potvrdila napříč věkovými skupinami ($p < 0,05$). Nevýznamné rozdíly byly v subjektivním zdraví (GH, $p = 0,4612$) a bolesti (BP, $p = 0,1331$), přesto i zde intervenční skupina vykazovala pozitivní posun.

Tabulka 2 Změny v intervenční skupině (IS)

Dimenze SF-36	Průměr vstupní	Průměr výstupní	p-hodnota
Fyzická aktivita (PF)	24,4 (SD ± 25,9)	44,5 (SD ± 25,9)	< 0,0001
Omezení fyzické aktivity (RP)	12,5 (SD ± 42,6)	91,9 (SD ± 25,9)	< 0,0001
Omezení emočními problémy (RE)	66,7 (SD ± 44,2)	93,3 (SD ± 23,8)	< 0,0001
Vitalita (V)	39,0 (SD ± 17,8)	46,13 (SD ± 17,27)	0,0382
Duševní zdraví (MH)	61,2 (SD ± 21,2)	71,8 (SD ± 17,5)	0,0003
Společenská aktivita (SF)	43,8 (SD ± 25,3)	74,7 (SD ± 24,1)	< 0,0001
Tělesná bolest (BP)	36,5 (SD ± 26)	70,2 (SD ± 28,2)	0,0002
Celkové vnímání zdraví (GH)	36,0 (SD ± 18,0)	42,8 (SD ± 18,8)	0,0963
Celkové fyzické zdraví (PCS)	26,2 (SD ± 9,4)	37,9 (SD ± 7,7)	< 0,0001
Celkové psychické zdraví (MCS)	41,6 (SD ± 17,8)	53,8 (SD ± 12,0)	0,0003



Graf 1 Změny ve všech komponentech

Graf 1 ilustruje rozdíly ve skóre všech komponent v IS před a po intervenci, dále je uvedena referenční hodnota evropské normy pro jednotlivé dimenze. Graf 1 znázorňuje významné zlepšení skóre komponent SF-36 u intervenční skupiny, kontrolní skupina vykazuje pouze minimální změnu. Tento výsledek podporuje hypotézu o pozitivním vlivu rehabilitace na kvalitu života seniorů.

DISKUSE

Výsledky studie potvrdily hlavní hypotézu: pravidelná domácí rehabilitace významně zlepšuje kvalitu života seniorů. Největší efekt byl zaznamenán ve fyzických dimenzích, zlepšilo se fyzické fungování, snížila tělesná bolest a posílilo vnímání zdraví i vitalita. Tato zjištění potvrzují dřívější studie o účinnosti domácí rehabilitace na soběstačnost, prevenci pádů i psychickou pohodu (Flórez-García et al,. 2017; Giné-Garriga et al., 2022; Mahjur et al., 2022).

Zlepšení fyzické složky zdraví (PCS) naznačuje, že domácí prostředí umožňuje cílenější a flexibilnější terapii, což odpovídá principům aktivního stárnutí dle WHO. Pozitivní změny v psychických dimenzích (vitalita, duševní zdraví, MCS) reflektují i psychosociální přínosy, pravidelný kontakt s terapeutem a edukace mohou snižovat izolaci a zvyšovat motivaci (Bunn et al., 2008).

Na rozdíl od intervenční skupiny kontrolní skupina žádné významné změny nevykázala, což potvrzuje, že rozdíly jsou výsledkem samotné intervence. Dílčí analýza ukázala, že mladší senioři (65 – 74 let) reagovali na terapii o něco příznivěji, pravděpodobně díky vyšší funkční rezervě, což by mělo být dále ověřeno.

K omezením studie patří kratší délka trvání (2 měsíce) a relativně malý výzkumný soubor (n = 60), což limituje zobecnitelnost. Budoucí výzkum by měl zahrnout delší sledování, více respondentů a širší spektrum faktorů (např. komorbidity,

sociální oporu). Dále by bylo vhodné doplnit standardizované vstupní funkční vyšetření např. Barthel Index.

Z hlediska praxe výsledky potvrzují domácí rehabilitaci jako efektivní a dostupnou formu péče, která má potenciál významně zlepšit život seniorů. Klíčový je interdisciplinární přístup, individualizace a pravidelné hodnocení efektivity. Coritarová (2021) upozorňuje na nedostatečné financování domácí péče a poukazuje na nutnost systémových změn (Coritarová, 2021).

Rozvoj technologií, jako je virtuální realita a telerehabilitace, může dle Fascia (2022) zvýšit dostupnost a efektivitu intervencí (Fascio et. al,, 2022). Edukace pacientů a rodin podporuje dlouhodobé udržení efektu (Rudnicka et al., 2020). Investice do domácí péče se navíc mohou vyplatit i ekonomicky, vedou ke snížení hospitalizací a potřeby institucionální péče (Li, 2020; Coe et al., 2021).

Domácí rehabilitace se tak jeví jako důstojná, účinná a udržitelná cesta ke zlepšení kvality života seniorů, s důrazem nejen na fyzické, ale i psychosociální aspekty zdraví.

ZÁVĚR

Domácí prostředí se ukazuje jako příznivé pro terapeutické intervence, neboť umožňuje přirozené začlenění pohybové aktivity do běžného života klienta, posiluje jeho autonomii a minimalizuje stres spojený s docházkou do zdravotnického zařízení. Významnou roli hraje také pravidelný kontakt s terapeutem, který může působit jako preventivní i podpůrný psychosociální faktor.

Na základě získaných výsledků lze formulovat následující doporučení. Zvýšit dostupnost domácí rehabilitace, zejména v méně dostupných regionech a venkovských oblastech. Je třeba posílit personální kapacity agentur domácí péče a podporovat mobilitu terapeutů. Podporovat multidisciplinární přístup, domácí rehabilitace by měla být součástí širšího systému péče, zahrnující spolupráci s praktickými lékaři, ošetřovatelským personálem, sociálními pracovníky, fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Individualizovat intervence, terapie by měla být přizpůsobena aktuálním fyzickým a psychickým schopnostem seniora a zohledňovat jeho prostředí, životní styl a preference. Zajistit kontinuální edukaci seniorů a pečujících osob, v oblasti prevence pádů, udržování soběstačnosti a využívání kompenzačních pomůcek, čímž se zvyšuje efektivita terapie a snižuje riziko rehospitalizací. Podporovat financování a úhradu péče z veřejného pojištění, současný systém úhrady domácí rehabilitace je limitován indikací lékaře a smluvními vztahy poskytovatelů. Zvážení úpravy systému může zlepšit dostupnost služby pro širší okruh seniorů. Provádět pravidelné hodnocení efektivity terapie, prostřednictvím validních nástrojů (např. SF-36), aby bylo možné objektivně sledovat změny a přizpůsobovat terapeutické plány. Zahrnout domácí rehabilitaci do komunitních programů aktivního stárnutí, jako doplněk k programům prevence pádů, zdravého pohybu a podpory soběstačnosti.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ABDI S., SPANN A., BORILOVIC J. et al. Understanding the care and support needs of older people: A scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics.* 2019; 19 (1): 195 (2019).

ALFARO HUDAK K.M., ADIBAH N., CUTRONEO E. et al. Older adults' knowledge and perception of fall risk and prevention: A scoping review. *Age and Ageing.* 2023; 52 (11): afad220.

ALKHATIB A. J., ALZOUBI A., ALHAROUN M. et al. The impact of patient engagement on healthcare: A systematic review of unveiling the benefits of patient engagement in healthcare. *Multicriteria Algorithms with Applications.* 2024; 3: 23-31.

BRANDÃO G.S., OLIVEIRA L.V.F., BRANDÃO G.S. et al. Effect of a home-based exercise program on functional mobility and quality of life in elderly people: Protocol of a single-blind, randomized controlled trial. *Trials.* 2018; 19 (1): 684 (2018).

BUNN F., DICKINSON A., BARNETT-PAGE E. et al. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in fall prevention interventions. *Ageing & Society.* 2008; 28 (4): 449-472.

BUNN F., DICKINSON A., SIMPSON C. et al. Preventing falls among older people with mental health problems: a systematic review. *BMC Nursing.* 2014; 13 (1): 4 (2014).

CIFU D.X., LEW H.L., OH-PARK M. *Geriatric rehabilitation.* St. Louis: Elsevier. 2018. ISBN 978-0-323-54454-2.

COE N.B., KONETZKA R.T., BERKOWITZ M. et al. The effects of home care provider mix on the care recipient: An international, systematic review of articles from 2000 to 2020. *Annual Review of Public Health.* 2021; 42 (1): 483-503.

CORITAROVÁ L. *Úhrada zdravotních služeb. Univerzita Karlova*. [online]. 2021. [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://theses.cz/id/5sxacy/DP_Lucie_Coritarova_Uhrada_zdravotnich_sluzeb_2021.pdf.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). Aktuální populační vývoj v kostce. [online]. 2025. [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce.

FASCIO E., VITALE J. A., SIRTORI P. et al. Early virtual-reality-based home rehabilitation after total hip arthroplasty: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11 (7): 1766.

FLOREZ-GARCÍA M., GARCÍA-PÉREZ F., CURBELO R. et al. Efficacy and safety of home-based exercises versus individualized supervised outpatient physical therapy programs after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. 2017; 25 (11): 3340-3353.

GHENŢA M., MATEI A., MLADEN-MACOVEI L. et al. Quality of Life of Older Persons: The Role and Challenges of Social Services Providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19 (14): 8573

GINÉ-GARRIGA M., ROQUÉ-FÍGULS M., COLL-PLANAS L. et al. Effectiveness of home-based exercise interventions on physical activity, physical function, and quality of life in older adults: A systematic review. *Age and Ageing*. 2022; 51 (11): afac243.

GUO J., HUANG X., DOU L. et al. Aging and aging-related diseases: from molecular mechanisms to interventions and treatments. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. 2022; 7 (1): 391.

GURKOVÁ E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

LI X., WAN X., PANG Y. et al. Willingness to pay for home-based rehabilitation service among older adults. *Rehabilitation Nursing*. 2020; 45 (2): 88-96.

MAHJUR M., NORASTEH A.A. Effects of home-based specific and comprehensive balance-training programs on balance and functional status in healthy older adults. *Experimental Gerontology*. 2022; 159: 111701.

MÍKOVÁ V., KUČEROVÁ A. Development of rehabilitation in the Czech Republic. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2023; 30 (1): 40-46.

RUDNICKA E., NAPIERAŁA P., PODFIGURNA A. et al. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020; 139: 6-11.

ŞAHİN H., NAZ İ., KARADENIZ G. et al. Effects of a home-based pulmonary rehabilitation program with and without telecoaching on health-related outcomes in COVID-19 survivors: a randomized controlled clinical study. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2023; 49 (1): e20220107.

SEINSCHE J., DE BRUIN E.D., HINRICHS T. et al. Effects of home-based interventions using exergames on physical and cognitive functions in community-dwelling older adults: A PRISMA-P-compliant protocol for a systematic review. *Frontiers in Public Health.* 2024; 11: 1291120.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO). Dekáda zdravého stárnutí 2020 – 2030. Ženeva: World Health Organization. [online]. 2020. [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing.

Vyhláška č. 321/2005 Z.z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o rozsahu praxe fyzioterapeuta. Zákony pre ľudí [online]. Poradca podnikateľa, 2005 – 2025 [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://www.zakonypreludi.sk/zz/2005-321.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Zákony pro lidi [online]. AION CS, 2011–2025 [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55.

Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: Zákony pro lidi [online]. AION CS, 2012–2025 [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92.

WARE J.E., SHERBOURNE C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I.

Conceptual framework and item selection. *Medical Care.* 1992; 30 (6): 473-483.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. In: Zákony pro lidi [online]. AION CS, 1997–2025 [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48.

Zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. In: Zákony pre ľudí [online]. Poradca podnikateľa, 2004–2025 [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-577.

Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovatelích zdravotní péče. In: Zákony pre ľudí [online]. Poradca podnikateľa, 2004–2025 [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-578.

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. In: Zákony pro lidi [online]. AION CS, 2004–2025 [cit. 2025-07-24]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96.