

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

Pohybová aktivita a její vliv na depresivitu u seniorů

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michal Štefl, Ph.D.

Vypracovala:

Eliška Sojková

Praha, březen 2018

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 30. března 2018

.....

Eliška Sojková

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své bakalářské práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto bakalářskou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení: Fakulta / katedra: Datum vypůjčení: Podpis:

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce Mgr. Michalu Štefflovi, Ph.D. za poskytnutí materiálů, cenných rad a připomínek při zpracování bakalářské práce. Dále bych také ráda poděkovala rodině za podporu, kterou mi poskytla v průběhu bakalářského studia.

Abstrakt

Název: Pohybová aktivita a její vliv na depresivitu u seniorů

Cíle: Hlavním cílem této práce bylo odhadnout vliv pohybových aktivit na depresivitu u populace starší 50 let.

Metody: Práce má charakter průřezové studie. Pro analýzu dat byla využita po registraci volně dostupná mezinárodní databáze projektu Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Pro odhad vlivu pohybových aktivit na depresivitu byly vypočítány generalizované lineární regresní modely pro binominální proměnné.

Výsledky: Do výzkumu bylo zapojeno 58 676 respondentů s průměrným věkem $67,3 \pm 9,6$ let. 55,3 % souboru tvořily ženy a zbytek byli muži. Nejsilnější vztah mezi depresivitou byl nalezen u aktivit vyžadujících střední výdej energie OR (95 % CI) = 0,755 (0,709-0,803).

Závěr: Analýza potvrdila, že pohybová aktivita statisticky významně ovlivňuje náchylnost k depresivitě u starší populace.

Klíčová slova: pohyb, deprese, stáří, duševní zdraví.

Abstract

Title: Physical activity and its effect on the depression in the elderly

Objectives: The main aim of this work was to estimate the influence of physical activities on depression in a population over the age of 50.

Methods: The work has the character of a cross-sectional study. For data analysis, we used the freely available international database of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). To estimate the influence of physical activities on depression, generalized linear regression models for binominal variable were used.

Results: The survey involved 58,676 respondents with an average age of 67.3 ± 9.6 years. Of those tested, 55.3 % were women and the rest were men. The strongest relationship between depression was found in activities requiring medium energy expenditure OR (95 % CI) = 0,755 (0,709-0,803).

Conclusion: The analyses confirmed that physical activity significantly affects depression in people over 50.

Keywords: physical exercise, slump, elderly, mental health.

Obsah

1	Úvod	9
2	Teoretická východiska práce	10
2.1	Stárnutí a stáří	10
2.1.1	Senioři v České republice	11
2.1.2	Senioři ve světě	12
2.1.3	Fyziologické změny	12
2.1.4	Psychický stav	13
2.1.5	Sociální a socioekonomické změny	13
2.1.6	Sexualita a vztahy	14
2.1.7	Senioři a pohyb	14
2.2	Pohyb.....	15
2.2.1	Pohyb může ovlivňovat	15
2.2.2	Nedostatek pohybu z pohledu funkčních předpokladů znamená.....	16
2.2.3	Důsledky nedostatku pohybu	16
2.2.4	Pohyb jako fenomén lidského bytí.....	16
2.2.5	Sportovně pohybová aktivita jako prostředek zdraví	18
2.2.6	Vzdělávání dospělých v oblasti sportovně pohybových aktivit a jejich vliv na duševní zdraví	20
2.2.7	Nabídka sportovně pohybových aktivit pro starší dospělé a seniory.....	21
2.2.8	Zdravý životní styl a kvalita života seniorů.....	23
2.3	Duševní hygiena.....	25
2.4	Depresivita	28
2.4.1	Fakta.....	28
2.4.2	Druhy deprese	29
2.4.3	Typické příznaky.....	29
2.4.4	Deprese ve stáří.....	30
2.4.5	Deprese v souvislosti s tělesným onemocněním.....	31
2.4.6	Typy deprese	31

2.4.7	Příčiny deprese.....	31
2.5	Projekt SHARE	34
3	Cíl práce, hypotézy a úkoly.....	36
3.1	Cíl práce	36
3.2	Hypotézy	36
3.3	Úkoly.....	36
4	Metody	36
4.1	Účastníci.....	37
4.2	Hlavní proměnné	37
4.3	Statistická analýza.....	37
5	Výsledky	39
6	Diskuze.....	46
7	Závěr	48
8	Seznam literatury	49
9	Seznam tabulek.....	51

1 Úvod

V lidské společnosti žije pospolu několik generací. Všechny generace bez rozdílu věku se nějak stravují a provádějí určitý pohyb. V každém věku se upřednostňuje určitá strava a druh pohybu. Přesto však věk není vždy pro zdraví a zdatnost rozhodující. U většiny jedinců je to individuální.

Stárnutím prochází každý jedinec, rodiny, obce i celá společnost. Je to nevyhnutelný proces, který se dá mírně zpomalit. Stárnutí má své pozitivní i obtížné stránky, nese s sebou nespočet nových výzev. Na některé z nich se snaží najít optimální řešení odborníci z nejrůznějších oborů. Průměrný věk populace se však zvyšuje.

V dnešní době chce hodně seniorů a lidí ve starším věku žít aktivně a zdravě. Existuje proto také mnoho center zabývajících se programy pro seniory. Při tvorbě pohybového programu pro starší osoby však musíme brát v potaz několik kritérií. Důležité je se s daným člověkem nejdříve pořádně seznámit a zjistit vše potřebné.

S přibývajícím věkem se také mění náš psychický stav. Pro mnoho lidí je těžké se vyrovnat s pocitem, že už nemají tolik sil a elánu do života jako dřív. Jiní se s tím vyrovnají snáz a dokáží si užívat život naplno i v seniorském věku. To, jak se ve starším věku cítíme, je zcela individuální a záleží to na našich návycích a způsobu života. Většinou lidé, kteří provozují pravidelnou pohybovou aktivitu, jsou na tom lépe jak po fyzické, tak i psychické stránce, ale nemusí tomu tak být vždy (Haškovcová, 1990).

Ať jsme sportovně založení či nikoli, pohyb je součástí našeho života. Zdraví lidé každý den ujdou několik kroků a ani si neuvědomují, jak je to pro člověka důležité. Hodně lidí zapomíná, že podstatná je i správná životospráva. Tyto dvě věci ovlivňují náš psychický stav. Starší lidé jsou náchylnější na jakékoli změny a výkyvy z jejich zaběhnutého života (Vidovičová, 2008). Jejich psychika je snadno ovlivnitelná a může dojít až k psychickým nemocem, jako je třeba depresivita (Smith, 2014). Do jaké míry je tato nemoc ovlivnitelná životním stylem, není zcela jasné. Každopádně sportovně založení senioři se s touto nemocí potýkají výjimečně.

V této bakalářské práci se budu zabývat vlivem pohybových aktivit na psychický stav a s tím spojenou depresivitou u seniorů.

2 Teoretická východiska práce

2.1 Stárnutí a stáří

Jako stárnutí označujeme pokles vitality s věkem a vzestup náchylnosti k různým chorobám. Jedná se o univerzální děj, který vypadá u všech organismů stejně, jen probíhá různou rychlostí. Z pohledu molekulárního jde o neschopnost obnovovat správnou strukturu biomolekul neomezeně dlouho = „systemic molecular disorder“ (Prescott, 1972).

Proces projevující se chátráním tělesné schránky a snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu. Dochází k hromadění různých defektů v organismu a jeho klesající schopnosti tyto defekty opravovat a nahrazovat vadné či odumřelé buňky novými (Křivohlavý, 2011). Organismus je také více náchylný k různým nemocem, které mohou zapříčinit smrt, pokud daný jedinec nezemře z jiných důvodů již dříve. Nastává pokles spolehlivosti systému organismu.

Stárnutí probíhá již od početí víceméně konstantní rychlostí, neboť závisí na tlaku kyslíku a ten se v našich nadmořských výškách příliš neliší. V životě nastávají dvě etapy, během kterých se stárnutí urychluje. A sice na konci puberty, kdy se zastaví růst a tím regenerační účinky dělení buněk. Druhé období je mezi čtyřicátým a padesátým rokem, kdy se vlivem stárnutí zpomalí funkce mitochondrií. Tím pádem je buňkám dodáváno méně energie a některé funkce organismu přestávají. Činnost pohlavních žláz a s tím spojené zhoršení smyslových funkcí: zraku, sluchu, čichu.

Stáří je charakterizováno jako pozdní fáze přirozeného vývoje života. Stárneme všichni a říká se, že jedině v tomto je spravedlnost. Pro staré lidi existuje více označení nebo pojmenování. Některá jsou neutrální, jiná obsahují citové zabarvení, např. „stařena“ nebo „dědeček“. V odborné terminologii je také užíváno několika synonym. Např. pojem geront pochází z řeckého slova gerón, tj. starý muž nebo stařec, který byl ve starořecké Spartě členem rady starších. Od tohoto slova se odvozuje gerontologie, věda o stáří. Lékařský obor zaměřený na stáří se nazývá geriatrie. Latinsky se geront řekne senex, z něhož odvozuje latinský název senilita, senilní (Haškovcová, 1990).

Společnost pojala potřebu určovat a přisuzovat lidem sociální role, tudíž si musela

nejprve utvořit jednotlivé kategorie, od kterých jsou pak tyto role vyžadovány. Výzkumní pracovníci, se i z tohoto důvodu neustále pokouší co nejdůležitěji definovat jednotlivé etapy lidského života (např. Freud, Piaget atd.). Je pozoruhodné, že zatímco první polovinou života, zejména dětstvím a dospíváním se tyto badatele zabývají pečlivě a velmi do hloubky, fázi dospělosti a stáří věnují málo pozornosti (Vidovičová, 2008).

Neexistuje jednoznačná definice stárnutí, tento pojem je pouze popsán jeho vlastnostmi - ubýváním tělesných i duševních sil, zpomalováním procesů v organismu, změnami ve všech orgánech, vráskováním pokožky, šedivěním vlasů, snižováním ostrosti smyslů, větší náchylností k nemocem, počtem prožitých roků (Dylevský, 2009).

Pojem stárnutí je třeba rozlišovat u jednotlivce a populace. U jednotlivce znamená stárnutí biologický proces, kterým je organismus modifikován od narození až do smrti, jednoduše chápáno, je to zvyšování věku jednotlivce. Výraz "biologický věk" poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Jinými slovy, stárnutí lidského organismu je permanentní a omládnutí bohužel není možné (Haškovcová, 1990).

Stáří je pozdní fází ontogeneze. Je determinováno na základě vývojové psychologie. Nejčastější dělení stáří dle odborné literatury:

- Ranné stáří (60-74 let)
- Právě stáří (75-89 let)
- Dlouhověkost (90 a více let)

Mnohdy je však stáří udáváno až od věku 65 let.

2.1.1 Seniori v České republice

Počet seniorů neustále narůstá. Dle průzkumu, který prováděl Český statistický úřad v roce 2016 došlo k největšímu nárůstu počtu seniorů v Karlovarském kraji, naopak nejnižší byl v hlavním městě Praha a Středočeském kraji, a to především díky mladým studentům. Průměrný věk ve Středočeském kraji je 40,7 let a počet dětí do 14 let přesahuje počet seniorů nad 65 let. Naopak v Královéhradeckém a Zlínském kraji je počet seniorů větší (OUR MEDIA a.s. 2009 – 2017).

2.1.2 Senioři ve světě

Naděje, že se dožijeme stáří, se rok od roku zvyšuje. Ženy se v průměru dožívají vyššího věku než muži. Čím je to způsobené není stále úplně jasné. Lidé jsou jediným živočišným druhem na Zemi, u kterého se prokazatelně jedno pohlaví dožívá vyššího věku. Odhaduje se, že by to mohlo být způsobeno hormony nebo chromozomy x, které mají ženy na rozdíl od mužů dva. Na světě je také více žen než mužů. Předpokládaný věk na dožití u muže je 69,46 let v roce 2018 a u ženy 73,92 let. Věk dožití by se měl u obou pohlaví dle předpovědí zvyšovat, ale ženy se budou stále dožívat vyššího věku (population.city, 2015).

2.1.3 Fyziologické změny

- Pokles tělesné hmotnosti a výšky
- Změny proporcí těla (pánve, deformace čelisti a chrupavky, změkčování kostí)
- Zvyšuje se riziko úrazů v důsledku změkčování kostí (špatné léčení)
- Snížení pohyblivosti kloubů a svalů (zhoršení flexibility, snížení rychlosti a pružnosti jednotlivých svalů)
- Snížení výkonnosti cévního systému, plic a srdce (ochabování srdečních chlopní, krev se hůře okysličuje, vyšší riziko infarktu myokardu)
- Menší výkonnost žláz s vnitřní sekrecí (ztrácení imunity, nižší vitalita a pohyblivost, křehnutí kostí, řídnutí vlasů a lámání nehtů)
- Změny celkového vzhledu a vlastností kůže (mizí podkožní tuk, snižuje se obsah tělesné vody, což způsobuje pigmentové skvrny a hluboké vrásky)
- Zhoršení zraku (snížení ostrosti zraku, horší rozpoznávání barev)
- Zhoršení sluchu (špatné vnímání sluchových vjemů, což způsobuje dezorientaci, nervozitu a podrážděnost)
- Změna termoregulace (horší přizpůsobení změnám klimatu)
- Šednutí vlasů
- Vyšší náchylnost k nemocem (jejich horší léčba)

Tyto fyziologické změny nemusí nastat u všech jedinců. Záleží na způsobu a životní aktivitě (Slepička, Mudrák, Slepičková, 2015). Pokud člověk začne pociťovat příznaky

stáří, měl by začít žít aktivněji a více se sdružovat.

2.1.4 Psychický stav

Psychický stav se pochopitelně s rostoucím věkem mění. U většiny jedinců dochází k poklesu energie a vitality. Zhoršuje se nervosvalová koordinace i mluva, která je pomalejší, někdy až koktavá. Starší člověk nevykonává práci tak rychle a energicky jako ten mladý, což způsobuje i problémy se zaměstnaností starých lidí (Křivohlavý, 2011).

Dochází ke zhoršování paměti, starý člověk zapomíná jména lidí, avšak zážitky prožité s nimi si pamatuje velmi dobře. Paměť je ovlivněna procvičováním v mládí, pokud jsou na paměť v mládí kladeny příliš vysoké nároky, tak to může v pozdějším věku skončit kolapsem paměti a myšlenek. Někdy mohou staří lidé působit podrážděně, je to však individuální.

Na „stará kolena“ často pronikají lidé do světa umění a fantazie a také si více uvědomují krásy přírody. Důležitá je také motivace a podnět pro práci. Poté jsou lidé schopni se naučit novým technologiím i v pozdějším věku (Slepička, Mudrák, Slepičková, 2016).

Stáří však může dohnat některé jedince k podezíravosti a nedůvěře k okolí. Je tomu tak proto, že jsou obklopeni novou generací, která má jiné zájmy a žije jiným životem, než na který byli lidé zvyklí dřív. Může jim tudíž připadat, že jsou nepochopeni nebo, že jim chce okolí uškodit. Horší bývá, když se staří lidé začnou ubírat do minulosti a přemýšlet nad tím, co v životě mohli udělat lépe. Měli by žít aktuálně s danou generací, jelikož minulost už nevrátí.

2.1.5 Sociální a socioekonomické změny

S odchodem do důchodu souvisí také ukončení pracovní činnosti, což vede ke snížení stálého příjmu. Mnoho důchodců si přivydělává i po odchodu do důchodu, jednak kvůli finanční stránce a také z důvodu vyplnění volného času. Je to velká změna, jelikož po většinu svého života chodíme do práce a najednou jsme doma a máme přemíru volného času. Může docházet k pocitům samoty a méněcennosti. Ztrácí se fyzický kontakt se spolupracovníky. Důležité je, aby si senioři našli nějakou aktivitu, která je bude bavit a zaplní jim volný čas.

Dalším problémem přichází, když se důchodci již o sebe nemohou sami postarat. Mnohdy i pomoc ostatních odmítají, nedokáží si přiznat, že už na vše nestačí sami. Tento problém nastává poměrně často a má negativní vliv na psychický stav jedince.

2.1.6 Sexualita a vztahy

Věk v tomto případě není žádnou překážkou, je to jen mylná domněnka. Někteří jedinci mají po ztrátě partnera strach navázat nový vztah, tato obava je však zbytečná. Nový vztah, nová láska či erotika naopak přispívají k udržení vitality a dobrého psychického vztahu. Zásadní roli hraje také vztah s rodinou. Senioři by měli být často v kontaktu se svými dětmi, vnoučaty, aby neměli pocit samoty (Sak, Kolesárová, 2012). Existují samozřejmě různé zařízení pro seniory, které nabízejí ve většině případů velmi kvalitní péči. Jenže sebelepší péče cizích lidí nenahradí přítomnost nejbližších.

2.1.7 Senioři a pohyb

Senioři, kteří pravidelně provozují nějakou fyzickou aktivitu jsou podle průzkumů méně náchylní k srdečním chorobám. Zároveň se aktivní lidé dokáží lépe postarat sami o sebe a bez problémů zvládají běžné denní činnosti bez pomoci druhých i ve vyšším věku. Vliv na psychickou stránku je také značný. Tím, že fyzickou aktivitu provozují většinou ve skupině dalších seniorů, udržují stálý kontakt s okolním světem. Je to podobné jako u dětí. Člověk obecně rád dělá nějakou činnost s ostatními nebo pravidelně navštěvuje sportovní zařízení k tomu určená. Důchodci se mohou podělit o své zážitky, poradit se nebo si popovídat se svými vrstevníky. V dnešní době existuje mnoho zařízení, zabývajících se aktivitou pro důchodce (Viladrosa M, Lavedán A, Jürschik P, Mas-Alòs S, Planas-Anzano A, Masot O., 2017).

I přes všechny možnosti pohybu v dnešní době jsou stále mezi námi jeho odpůrci a to nejen ve starších řadách. Je na každém z nás, pro jaký životní styl se rozhodneme a jak si budeme užívat života.

2.2 Pohyb

Pohyb je základní složkou života a základní biologickou potřebou pro mnoho živočišných druhů, ale během vývoje civilizace se pohyb stává čím dál tím méně využívanou složkou života člověka. Výhody moderních technologií přináší možnost žít, pracovat, a dokonce si i hrát bez větší nutnosti konání pohybu (Welk, 2002).

Charakteristickým projevem současné lidské civilizace je nedostatečná pohybová aktivita (hypokinéza). Jedním z podstatných důsledků hypokinézy je kromě zvýšení celé řady zdravotních rizik i nízká pohybová gramotnost současné populace. Původně kladné jevy civilizačního pokroku, například zkrácení pracovní doby, ulehčení pracovních činností či zrychlení dopravy, se v dnešní době stávají zápornými jevy.

K výraznému poklesu pohybové aktivity v denním režimu člověka dochází především v důsledku odstranění fyzicky namáhavé práce v zaměstnání. Více než třetina obyvatel má dnes sedavé zaměstnání a další třetina pak zaměstnání, při kterém stojí či popochází – tedy také s omezenou pohybovou náročností. Jde v průměru o 3000 proseděných hodin za rok, tedy asi 60 hodin za týden, což se týká dospělých, dokonce i dětí. V současné době se pravidelně hýbe (3 x týdně v době trvání 90–120 min) zhruba 16–18 % populace.

Naopak pravidelná pohybová aktivita je přiřazována kvalitativním složkám života a její největší přínos spatřujeme v možnosti ochránit a zlepšit funkční kapacitu pohybového aparátu celé generace lidstva.

Snižující se pohybová aktivita a s ní související celková tělesná zdatnost populace středního a staršího věku má, jak naznačují výzkumy, stálou tendenci.

2.2.1 Pohyb může ovlivňovat

- Zdatnost
- Nadváhu, obezitu
- Tělesné složení
- Práceschopnost
- Kardiovaskulární onemocnění
- Krevní tlak

- Diabetes mellitus 2. typu
- Osteoporózu
- Imunitní systém
- Psychické napětí, agresivitu
- Sociálně patologické jednání
- Životní styl

2.2.2 Nedostatek pohybu z pohledu funkčních předpokladů znamená

- Zhoršení kardiovaskulárních funkcí
- Snížení svalové síly a vytrvalosti
- Snížení aerobní zdatnosti
- Snížení flexibility
- Nárůst množství tělesného tuku

2.2.3 Důsledky nedostatku pohybu

- Výrazné snížení zdatnosti pohybu
- Zhoršení regenerace po pracovních činnostech
- Zhoršení zdravotního stavu
- Snížení využití nabídky pohybových aktivit
- Nárůst obezity

2.2.4 Pohyb jako fenomén lidského bytí

Pohyb představuje jeden ze základních fenoménů lidského bytí a podílí se na všech složkách dění moderní společnosti. Je jedním ze základních elementů procesu přispívajícího ke zdraví a ke kvalitě života. Podstatnou součástí tohoto procesu je harmonicky vyrovnaná osobnost ve sférách bio-psycho-socio-spirituální pohody každého jedince.

Mezi základní atributy bytí člověka patří činnost a dějinnost. Činnost člověka lze v jistém slova smyslu nazvat pohybem (biologickým a společenským). Společenský vývoj je

výsledkem neustálých změn, mění se prostředí kolem nás, ideje, kultura a v závislosti na ní i lidé a vztahy mezi nimi. Změna je považována za stálou realitu lidské společnosti, jako hlavní motor historie a podstata vývoje (Blanchard, 1995). Změny mohou být způsobeny výsledkem intervence, jako výsledky procesů, které se odehrávají uvnitř společnosti nebo difúze, změny způsobené vnějšími vlivy (Hodaň, 2002).

Pojetí pohybu jako součásti lidského bytí se projevilo i ve filosofii Platóna, který své myšlenky zakládal na pojetí neustálé změny. Reálný svět smyslově vnímatelných entit doplnil i charakteristikou neustálé změny (herakleitovskou), toku dění, v němž nic není stálého (Berka, 2000). Na něj navázal Aristoteles systematickými úvahami o pohybu, vycházející z jeho pojetí přírody (fysis). Pohyb byl pro něj hlavně nejobecnějším projevem přirozenosti všech smyslově vnímatelných věcí.

Pohyb se stal základním prvkem sportovně pohybových aktivit. Jako dění je z hlediska zjevování něčím dřívějším, než samotné bytí (Patočka, 1936). Pohyb objímá úplně vše, je médiem našich zájmů, potřeb, pudů, citů, lásky i nenávisti (Hogenová, 1998). Je to fenomén vázaný na prostor i čas, tedy i na hmotu, musíme proto redukovat myšlenky na hmotné body, pro které již pohyb v prostoru a čase platí (Véle, 2000). Pojímáme ho především jako činnost těla. Proto ho nejde oddělit, vyčlenit ze svázanosti s tělem. Lidská existence je totiž vázána na tělo. Pohyb však nemá jen lokomoční smysl, není to pouze pohyb svalů, ale i myšlenek, citů a nálad, nejen psychologická nebo psychofyzilogická záležitost, ale také společenská síla motivující lidskou soudržnost snad ve všech úrovních, na nichž se tato soudržnost realizuje (Rýdl, 2000).

Pohyb úzce souvisí i s prožitkem. Je to základní výrazový prostředek člověka, jazyk jeho pocitů a nálad a první formou prastaré lidské komunikace. Není jen projevem života, ale i nositelem informace o procesech probíhajících ve vnitřním prostředí, o stavu vnitřních orgánů, ale hlavně o stavu mysli. Analýzou pohybového projevu člověka je možné předpokládat úroveň aktuálního tělesného a duševního stavu. Nejvýrazněji se projevují emoční změny. Specifickým projevem pohybového chování jsou různá tělesná cvičení, jejichž smyslem je fyzické, psychické i sociální zdokonalování a rozvoj člověka, čímž pohyb přispívá svým nezastupitelným vkladem k socializaci člověka a jeho osobnostní kultivaci (Blahutková, Řehulka, Dvořáková, 2005).

Tvoří také nezastupitelnou součást reprodukce, udržování a rozvoje života. Šíře

biologického pohybu u člověka je nekonečná a charakterizuje lidský život v jeho komplexnosti i totalitě. Jakmile přejde k automatizaci motorické činnosti, vznikají při organizované kontrole vědomí pohybové návyky. Ty jsou základním projevem každé sportovně pohybové aktivity a udávají smysl sportovní činnosti. Sportovně pohybové aktivity nejsou pouze podpůrné doplňky života, ale stávají se přímo jeho uspokojivým smyslem. Sport představuje obohacení života, je to jeden ze zdrojů zážitků, které jsou spojeny s pocitem radosti a štěstí.

2.2.5 Sportovně pohybová aktivita jako prostředek zdraví

Zdraví chápeme jako optimální stav tělesné duševní a také sociální pohody, není to jen nepřítomnost nemoci. Pojem zdraví zahrnoval u našich předků základní rysy fyzické zdatnosti:

- Pevnost organismu
- Odolnost organismu
- Celistvost organismu
- Neporušenost organismu
- Sílu
- Vládu nad sebou samým
- Správnou hygienu a životosprávu

Péče o naše zdraví spočívá v hledání tzv. bio-psycho-socio-spirituální pohody osobnosti. Jedná se o vyrovnaní biologických potřeb člověka s duševním klidem a s uspokojivým postavením ve společnosti či menším kolektivu. Jde o naplňování života prostřednictvím takových cest, které pomáhají v jistotě osobnosti, v osobnostním růstu, respektují individuální rozdíly v cílech i prostředcích života a odpovídají založení člověka. Vztah zdraví ke kvalitě života vychází z předpokladu, kam směřuje život. Zdraví je podstatnou věcí pro naši spokojenost a často je chápáno jako prostředek k dosažení cíle.

V souvislosti s tematikou zdraví a duševní hygieny se nejčastěji setkáváme s problematikou nedostatečné pohybové aktivity. Sportovně pohybová aktivita má značný vliv na zdraví jedince a je označována jako základní prvek zdraví.

Druhy pohybových aktivit:

- Izometrická cvičení
- Izotonická cvičení
- Izokinetická cvičení
- Aerobní cvičení
- Anaerobní cvičení

Jedná se o sportovně pohybové aktivity, které jsou zaměřené na různé dovednosti, nejsou však sestaveny do celků, které by zajišťovaly péči o celkové zdraví.

Prvky sportovně pohybových aktivit vedoucí k tělesné zdatnosti jsou obsaženy v konkrétních programech podle fyziologických a psychologických znaků. Nadstavbou celého systému je označení „fitness“, čímž míníme tělesnou zdatnost.

V této zdatnosti odlišujeme:

- Organická zdatnost (Motorické schopnosti) – fyzické předpoklady, které jsou vrozené (dědičnost).
- Dynamická zdatnost (Motorické dovednosti) – zdatnost vybudovaná na základě vlastní práce, pravidelného cvičení a tréninku.

Správným dávkováním pohybových aktivit podporujeme také imunitní systém. Veškeré sportovně pohybové aktivity, přípravy i učení obsahují také prvky systematického zvyšování odolnosti výkonu v zátěži. Sportovně pohybová aktivita má také kladný vliv na snižování konzumace alkoholu či užívání drog (Bunc, 1998).

V současné době se v přetechnizované společnosti vytváří zásadní nepoměr mezi kvalitou pohybové aktivity geneticky zakódovaných pohybových vazeb předcházejících generací a dnešní skutečností. Snižuje se podíl dynamické svalové práce na úkor statické. Vlivem opakovaného nuceného zaujímání neměnné polohy po delší dobu dochází k vytváření vadného držení těla. Dochází k stále častějšímu výskytu funkčních poruch hybného systému – vady v držení těla, svalové dysbalance a poruchy pohybových stereotypů.

Sportovně pohybová aktivita je ve své podstatě stimulatorem bio-psycho-sociální adaptace na různé pohybové zatížení. Prostřednictvím adaptačních mechanismů dochází k morfologickým, funkčním, somatickým, psychickým změnám, ke změnám sociálního chování a v konečném důsledku ke zvyšování motorické výkonnosti, tělesné zdatnosti,

formování pohybových dovedností a k celkovému upevňování zdraví. Tyto prvky jsou velmi často označovány jako zdravý životní styl, který bývá společensky chápán jako wellness. Stal se symbolem i měřítkem veřejného zdraví populace.

2.2.6 Vzdělávání dospělých v oblasti sportovně pohybových aktivit a jejich vliv na duševní zdraví

Souvislosti tělesného schématu s duševním jsou těsně propojeny se vzděláváním. I na vzdělávání můžeme nahlížet jako na pohyb. Je to něco, co disponuje člověka k tomu, aby rozuměl světu, ve kterém žije, aby pochopil, že tento svět není samozřejmý a daný, ale cosi živého, o co je třeba se starat, aby to nepropadlo zničení.

Vzdělávání dospělých a seniorů zůstává v České republice zatím na okraji zájmů vzdělávací politiky státu i přes fakt, že státní koncepce celoživotního vzdělávání je všeobecně uznávaná. Pro Českou republiku je typická různorodá struktura poskytovatelů celoživotního vzdělávání (univerzity, vzdělávací firmy, profesní komory a různé další organizace), dále je pak vzrůstající zájem o vzdělávání ze strany dospělé populace a také zaměření kurzů na specifické problémy firem nebo jednotlivců (tzv. kurzy šité na míru).

Děti se učí herní formou. S přibývajícím věkem se lidé přizpůsobují standardům sociálního systému a nové věci se učíme z vnějšku (od lektorů nebo z knih). Aktivní hraní funguje u dětí dobře a umožňuje jim velice rychle vstřebávat nové dovednosti a učit se je používat v reálném životě. Malá účinnost učení u dospělých je pravděpodobně způsobena sníženou kapacitou vnímání, ale také neschopností převést nově získané dovednosti do praktického života. Tyto úvahy vedou personální specialisty k metodám učení dospělých založených na aktivním prožívání role. K jedné z těchto metod patří teambuildingové kurzy, které využívají k navázání neformálních vztahů v týmu pobyt mimo tradiční prostředí, kde jsou nastavovány různé modelové situace (úkoly a aktivity pro členy týmu), jejichž plnění požaduje bezpodmínečnou spolupráci v rámci týmu. Napomáhají ke zlepšení týmové spolupráce, rozvoji komunikace a prohloubení důvěry. Teambuildingové kurzy se většinou realizují pomocí méně tradičních sportovních aktivit jako např. vysoké lanové překážky, skalní lezení, jízda na koních, zorbing, orientační běh, rafting. Po absolvování kurzu však vždy následuje hodnocení a rozbory jednotlivých aktivit. Jedná se především o práci s prožitkem, ohlédnutí se za aktivitou, její zhodnocení

a naplánování změn pro aktivitu další.

Absolvování teambuildingu může vést ke:

- Zlepšení týmové spolupráce
- Vybudování, oživení či upevnění vztahů ve skupině
- Zefektivnění komunikace a posílení vzájemné důvěry v kolektivu
- Rozvoj sebevědomí a osobních schopností
- Osvojení a zdokonalení sociálních dovedností
- Nové prožitky v netradičních situacích, kdy členové týmu získají nové poznatky jak o sobě, tak o druhých
- Praktické využití zkušeností získaných prožitkem
- Uvědomění si vlastní role v daném kolektivu

2.2.7 Nabídka sportovně pohybových aktivit pro starší dospělé a seniory

Obyvatelstvo České republiky je v současné době nejstarší v celé své historii. Toto můžeme konstatovat i o obyvatelstvu ostatních evropských zemí, u nás je však perspektiva dalšího populačního stárnutí zřetelnější než ve většině z nich. Kromě demografických změn se stárnutím obyvatelstva zákonitě změní i životní styl společnosti, dochází ke změnám struktury trhu průmyslového zboží, dojde ke změnám životních hodnot a životního stylu. Nabídka sportovních aktivit musí reagovat na měnící se demografickou strukturu společnosti, která se projevuje růstem podílu seniorů. Tato skupina představuje a bude představovat v blízké budoucnosti pro sportovní průmysl velmi významnou zákaznickou sféru.

Nejdůležitějším klíčem k pochopení starších věkových kategorií obyvatelstva je jeho rozdělení:

- Předdůchodový věk (50-62 let) – skupina lidí, která je stále aktivně zapojena do pracovního procesu. Zajímavý je fakt, že většina jedinců této skupiny je již prarodiči.
- Aktivní důchodci (63-74 let) – v blízké budoucnosti bude tato skupina, vzhledem k věkovému rozložení společnosti, početně velmi významná.

- „Opravdoví senioři“ (75 a více let) – nejstarší skupina, která má své priority především v péči o své zdraví a rodinné vztahy.

Obyvatelé patřící do kategorie nad 50 let jsou obecně zatím poměrně zanedbávanou skupinou, zvláště pak při nabídce sportovních aktivit a dalšího vzdělávání v oblasti tělesné výchovy a sportu (např. prostřednictvím nabídek kurzů v Univerzitách třetího věku atp.). Tato skupina je velice roztržštěná, zastoupeni jsou v ní lidé s různým sociálním postavením, proto její vymezení není jednoduché. Tato generace obyvatelstva je diverzifikovaná s nerovnoměrně rozloženými příjmy. Patří do ní převážně lidé s největšími disponibilními příjmy ve společnosti, ale nalezneme zde i skupinu závislou na státní sociální podpoře.

Generace „padesátníků“ se dožívá stále vyššího věku, žije daleko aktivněji a je fyzicky „mladší“ než stejná generace před pouhými deseti lety. „Noví senioři“ již mají své specifické označení – whoopies, zkráceně z wealthy older people, volně přeloženo jako „dobře zajištění starší lidé“ (Blahutková, Řehulka, Dvořáková, 2005).

V rámci skupiny seniorů můžeme definovat podskupiny, které jsou velmi zajímavé. Někteří mají peníze na utrácení, více volného času, stejné potřeby jako mnohem mladší generace a jejich děti už odešly z domova. Na rozdíl od této skupiny seniorů, kteří mají dostatek financí, je druhá skupina závislá na státní sociální podpoře. Obě tyto skupiny však mají společnou komoditu, která je v současném světě velmi žádaná; a to je dostatek volného času. Tito lidé jsou tedy přímo ideálním terčem pro využití v rámci dalšího vzdělávacího procesu a volnočasových aktivit.

V současnosti je více než 90 % reklamních rozpočtů firem určeno pro cílovou skupinu ve věku 17–37 let. Při tom však kolem ¾ zásadních finančních rozhodnutí je v rukách lidí nad 50 let (Köppl, 2004). Starší generace je v dnešní době považována za ekonomické břímě společnosti, a tak jeden ze základních problémů, se kterým se musíme vyrovnat, je společenský kontext stárnutí.

Lidé prožívají období penze rozdílným způsobem a na využívání nabytého volného času se dívají značně odlišně. Někteří se věnují aktivně sobě a svým novým zálibám, druzí jsou nešťastní ze ztráty pracovního stereotypu a společenské izolace. Rozhodně budoucí senioři nejsou outsidersy. Jde o skupinu lidí, která se stále zapojuje do života. V blízké budoucnosti budou senioři představovat segment, který začíná podnikat, kupuje nová

auta, pravidelně sportuje, cestuje a má touhu se učit stále novým věcem. Tento fakt však většina stávajících firem a vzdělávacích institucí zatím neakceptuje. Pro cílovou skupinu seniorů vyvíjejí v současné době speciální produkty, zejména odborníci na cestovní ruch.

V převážné většině marketingových výzkumů a plánů se pozornost zaměřuje na věkové skupiny podstatně mladší, zřejmě hlavně ze subjektivního dojmu, že starší lidé méně komunikují, nepodléhají módním trendům a nemají příliš mnoho peněz nazbyt. Problém spatřujeme i v idealizaci kultu mládeže ve společnosti.

Význam cílové skupiny seniorů stále vzrůstá i v oblasti nabídky sportovně pohybových aktivit, a to především proto, že celá populace České republiky stárne a tato skupina se početně rozrůstá. Lidé, kteří se v příštích letech do této skupiny dostanou, budou už lidé s větší kupní silou než nynější starší generace. Do důchodu totiž budou odcházet lidé, kteří si už dnes vytvářejí finanční rezervy. Za několik málo let to budou díky demografickým změnám právě padesátníci a šedesátníci, kteří začnou utvářet nové trendy a firmy se budou muset právě s jejich potřebami identifikovat. Je proto značně důležité uvědomit si, že výchova a vzdělávání nejsou omezeny pouze na období dětství a mládeže.

Vzdělávání v postproduktivním věku plní hned několik významných funkcí v životě seniora:

- Preventivní funkce (opatření v předstihu před stárnutím).
- Anticipační funkce (příprava na změnu stylu života a odchod do důchodu).
- Rehabilitační funkce (znovuobnovení a udržení potřebných sil).
- Posilovací funkce (rozvoj vlastních zájmů, potřeb, podpora aktivity, kultivace).

2.2.8 Zdravý životní styl a kvalita života seniorů

V této oblasti se jedná o podporu a rozvíjení opatření, programů a postupů, které by prostřednictvím podpory zdravého životního stylu vedly ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, omezovaly růst počtu závislých seniorů a podporovaly jejich aktivní život.

Tyto jednotlivé cíle můžeme naplňovat prostřednictvím opatření jako např.:

- Zvýšení informovanosti občanů v oblasti ochrany zdraví, prevence nemocí a úrazů, předcházení nepříznivým důsledkům nemocí, zdůrazňování odpovědnosti jedince za kvalitu svého života.

- Vedení cílené vzdělávací a poradenské činnosti po střední a starší generaci se zaměřením na zásady aktivního stárnutí, zejména racionální výživu, životosprávu, sportovně pohybové a duševní aktivity.
- Vytvoření podmínek pro uplatňování rehabilitace a rekondice, rozšiřování možnosti rekreačních kapacit i podpora sportovně rekreačních aktivit, kondiční cvičení jako prostředky k podpoře zdravého životního stylu.
- Větší podpora projektů zaměřených na aktivní stárnutí a zdravý životní styl.

Sportovně pohybové aktivity člověka jako jeden ze základních prvků lidského bytí patří do problematiky různých vědeckých disciplín. Filozofické, psychologické, etické, sociologické, biomedicínské i pedagogické názory se však ve svých přístupech ke zdraví ne vždy shodují. Tím se vytváří rozsáhlá škála možností pro pochopení prvků sportovně pohybových aktivit vedoucích ke zdraví. Základním prvkem tělesné výchovy sportu a rekreace pohybem (tedy sportovně pohybových aktivit) by mělo být propojení života člověka od dětství až po stáří. Naší povinností je kultivace vlastního bytí a převzetí zodpovědnosti za svůj vlastní život i za existenci světa jako celku.

Pohyb by měl patřit k základním prvkům podporujícím pohodu člověka. Měl by být dimenzí přispívající k tzv. jistotě osobnosti, která vede člověka k plnohodnotnému životu. Východiskem k různým přístupům ke zdraví ve vztahu ke sportovně pohybovým aktivitám se jeví nově vznikající *věda o změně*, která pomáhá vysvětlovat nové pojetí, prvky a přístupy v pohybových aktivitách, a která také označuje současnou situaci jako změnu. Tato věda představuje společný základ pro ostatní vědy (pedagogiku, psychologii a sociologii).

V souvislosti se vzděláváním v postproduktivním věku se můžeme také setkat s pojmem Univerzita třetího věku. Prostřednictvím těchto univerzit by mělo stále častěji docházet k neformálnímu vzdělávání seniorů mj. také v oblasti sportovně pohybových aktivit, jež vedou ke zlepšení zdravotního stavu seniorů. Nově vytvořené sociální kontakty vedou ke zlepšení duševního zdraví jedinců.

2.3 Duševní hygiena

Duševní hygiena je vědecky propracovaná disciplína, která představuje souhrn pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví a duševní rovnováhy (Míček, 1984). Tento pojem se uplatňuje teprve od 20. století.

V užším slova smyslu duševní hygienou rozumíme boj proti výskytu duševních nemocí, tzv. „mental health“ – citlivost k negativním odchylkám od duševní normality, např. prevenci neuróz a tlumení rozvoje psychóz, případně hledání vhodných způsobů jednání s psychiatrickými pacienty.

V širším slova smyslu duševní hygienou rozumíme péči o umožnění optimálního fungování duševní činnosti. Konkrétně jde o přirozeně a realisticky odráženou realitu, duševní zdokonalování, duchovní růst a schopnost řešit nenadálé situace (Křivohlavý, 2001).

Péče o zdraví u každého z nás spočívá v hledání tzv. bio-psycho-socio-spirituální pohody osobnosti vedoucí k tzv. jistotě osobnosti. Jedná se o vyrovnávání biologických potřeb člověka s duševním klidem i s uspokojivým postavením v kolektivu a ve společnosti a s vírou v životní filozofii ve smyslu naplňování života, která člověku pomáhá v osobnostním růstu, respektuje individuální rozdíly v cílech i v prostředcích života a odpovídá založení člověka. Poznání potřeb směřujících k tomuto cíli a jejich užívání je náplní lidské duševní hygieny.

Základním pojmem je duševní zdraví jako žádoucí stav, jenž je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad duševní hygieny. Důležitá je vhodná adaptace (přizpůsobení), která je procesem, jímž se dosahuje duševního zdraví. Průběh adaptace ovlivňují stresory, tedy podněty a podmínky, které přinášejí zvýšenou zátěž (stres).

Známky duševní rovnováhy:

- Mens sana in corpore sano (Ve zdravém těle zdravý duch) – upevněním tělesného zdraví zlepšujeme i podmínky duševní rovnováhy.
- Přirozenost – život v těsném sepětí s přírodou a jejími zákony.
- Schopnost čelit nesnázím – vysoká frustrační tolerance jako schopnost zvládat životní nesnáze a vyčerpávající podněty bez jakékoliv podrážděnosti a neadekvátních reakcí.

- Nezávislost a vnitřní autonomie (zaměření na vnitřní rovnováhu) – umění získat sebedůvěru a sebeovládání.
- Objektivní pohled na sebe sama, sebepoznání – otevření se vůči zkušenosti, schopnost korigovat své jednání a nechat se poučit, citlivě vidět svět a lidi kolem sebe a reagovat na ostatní.
- Sebeakceptace – přijetí sebe samého (radost z toho, že jsem sám sebou).
- Odvaha k neustálému začínání – reálná snaha o duševní růst a pokrok.
- Spokojenost a tichá radostnost – subjektivní spokojenost a pocity štěstí.
- Jemnost, smysl pro krásu, estetické vnímání vedoucí ke kultivovanosti.
- Akceptování druhých lidí a sociální adaptace – vytváření kladného vztahu k druhým lidem.
- Zmenšování vlastního já – skromnost, nesobeckost a nezdůrazňování vlastní osoby.
- Smysl pro pravidla etiky – respektování základních morálních pravidel.

K tomu, aby se každý z nás cítil vyrovnaný, tedy zdravý a spokojený, vedou složité cesty, které jsou vysoce individuální a hledáním těchto cest se postupně vytváří jádro duševní pohody člověka, a tím se naplňuje cesta ke zdraví.

K nejzávažnějším faktorům ovlivňujícím lidské zdraví patří zátěž a stres. Termín zátěž byl v minulosti u nás více používán ve vztahu k různým teoretickým přístupům, využívajícím různé metodologie a každá z nich má své charakteristické prvky.

K zátěži dochází všude tam, kde jsou na člověka kladeny větší požadavky, než jsou jeho možnosti nebo v některých případech i tam, kde se jedná o výrazné nevytížení akčních kapacit člověka.

Stres je často označován za spouštěče celé řady složitých životních situací počínaje stresovou situací a končící onemocněním. Za zakladatele teorie stresu podle Křivohlavého (2001) považujeme I. P. Pavlova (pokusy na zvířatech), amerického fyziologa W. Cannona (sympatoadrenální systém při stresu), H. Selyeho (kortikoidní pojetí stresu) a R. Lazauruse (kognitivní zvládání těžkostí). Seleyho učení stresu klade hlavní důraz na biologickou stránku člověka a ignoruje fakt, že člověk je také sociálně determinovanou bytostí. Dává v regulaci organismu dominantní úlohu hormonálnímu systému a jeho funkci bez vztahu k jakémukoliv prostředí. Zmiňuje i skutečnost, že stres

nemusí být vždy záporný nebo nepříjemný, škodlivý jev, ale stresor může být také příjemný. Rozlišujeme tzv. „dobrý stres“ (eustres) a „zlý stres“ (distres) (Řehulka, 1987; Řehulka, Řehulková, 1999; Řehulka, Řehulková, 2003).

Nepříznivé vlivy působící na člověka (vnější i vnitřní) mohou vést k tíživé životní situaci a jsou označovány jako stresory. Nároky, které jsou vzhledem k individuální odolnosti každého jedince výrazně reálně i domněle neadekvátní, navozují stres. Stres většinou subjektivně spojujeme s nespokojeností – distres a určité vnitřní napětí spojené s prožívaným nebezpečím však může navozovat i intenzivní spokojenost, jak je tomu např. u adrenalinových sportů (Paulík 2002).

Stres je prvotním následkem celé řady negativních reakcí organismu, jejímiž spouštěči jsou negativní emoce. Důsledky jsou v organismu znatelné změnou hladiny hormonů v krvi (zejména adrenalin a noradrenalin) a vnějšími projevy osobnosti. Negativní reakce organismu přispívají velkou měrou ke ztrátě životní rovnováhy a ke změnám chování člověka (apatie, agresivita), které mohou vést až k patologickým změnám organismu (vnější projevy) nebo i ke krizi.

Stres je popisován v psychologické i fyziologické sféře. Člověk je schopen se stresu i stresovým situacím bránit, pokud je v dobrém zdravotním stavu a je dostatečně „silný“. Odolnost člověka je však vždy dána pozitivním postojem k možnému zvládnutí stresu a stresových situací.

2.4 Depresivita

Deprese je psychické onemocnění, nikoliv lenost, slabošství nebo nedostatek vůle. Jedná se o nemoc, která vede k závažnému životnímu utrpení. Zasahuje nejen toho, kdo jí onemocněl, ale i celou jeho rodinu a přátele. Každý z nás se někdy cítí mizerně, když se něco nedaří nebo máme pocit, že se nedaří nic. Tento stav však dokážeme zvládnout a během pár dní už se cítíme dobře. U deprese tomu tak není. Trvá nejméně dva týdny a špatnou náladu nejde jednoduchým způsobem změnit.

Hlavním projevem této nemoci je déle trvající depresivní, smutná nálada. Často se setkáváme také s nedostatkem energie a beznadějí. Dotyčný se nedokáže těšit ze života, nedokáže se ani k ničemu odhodlat. Mívá řadu výčitek a připadá si méněcenně. Nestojí o kontakt s druhými lidmi, který jej vysiluje.

Deprese patří mezi nejčastější duševní poruchy. Někdy v průběhu svého života ji zažije asi 15 % obyvatelstva, což je zhruba každý pátý – šestý člověk. Do značné míry záleží také na pohlaví a věku. Ženy jsou dvakrát více náchylnější k depresi než muži a náchylnější jsou také staří lidé.

Deprese je léčitelné onemocnění. Moderní doba přináší velmi účinné možnosti léčby. Samotné porozumění nemoci velmi pomáhá v léčbě. Téměř polovina nemocných se však k lékaři vůbec nedostane, to má za následek postupné zhoršování stavu, které může vést až k pokusům o sebevraždu.

Lidé trpící touto nemocí nehledají pomoc, protože si nechtějí připustit, že jí trpí nebo si to ani neuvědomují, popřípadě se to stydí přiznat a doufají, že ji překonají sami. Někteří pacienti ani nevěří, že existuje účinná léčba a snaží se nemoc překonat vlastní vůlí, což je nemožné. Bojí se přiznat depresi, protože mají pocit, že selhali (Praško, Buliková, Sigmundová, 2012).

2.4.1 Fakta

- Jedná se o nemoc.
- Neznamená to, že je člověk blázen, nenormální, ani to není známka osobní slabosti.
- Léčba pomáhá většině pacientů.

- Bez léčby mohou příznaky deprese a únavy trvat i několik let.
- Nejvíce kompetentní pro léčbu je odborník tedy psychiatr.
- Nejdůležitější pro léčbu je užívání léků, podpora rodiny a přátel i pohyb.
- Velkou pomocí však může být i psychoterapie, která naučí porozumět sobě i tomu, co se v depresi děje, a zvýší odolnost vůči stresorům.

2.4.2 Druhy deprese

1. **Mírná deprese:** postižený je schopen chodit do práce a funguje v každodenním životě, jen mu jde všechno hůře a pomaleji. Přestávají ho těšit věci, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. Léčba je zde většinou ambulantní.
2. **Středně těžká deprese:** zpravidla už není možné chodit do práce, a i domácí práce jsou pro jedince obtížné. Většinu času je nemocný nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý, nedokáže se soustředit na čtení ani na televizi, ztrácí zájem o sexuální život a izoluje se od lidí. Pociťuje nedostatek energie a za vše se obviňuje. Léčba probíhá v pracovní neschopnosti, docházka do denního sanatoria a v případě sebevražedných sklonnů je nutná hospitalizace.
3. **Těžká deprese:** postižený už není schopen starat se ani sám o sebe, má tendenci ležet v posteli a všechnen čas trávit v sebevýchýtkách. Je buď výrazně zpomalený v pohybech, řeči a projevech nebo naopak výrazně agitovaný, plný neklidu, který ho popohání z místa na místo. Porucha jeho nálady je hluboká, téměř neovlivnitelná vnějšími impulsy. Pacient už nevykonává žádnou činnost, jelikož na ni nemá energii a ztratil pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity. Často myslí na sebevraždu a léčba probíhá vždy formou hospitalizace.

2.4.3 Typické příznaky

Hlavním příznakem je porucha nálady. Kromě nálady je však zasaženo i tělesné myšlení, chování i tělesné fungování. Deprese je tedy onemocnění celého těla i duše. Většina nemocných cítí únavu, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Pocit ztráty energie může dojít až do takového stupně, že člověk je schopen jen ležet. Intenzita obtíží může různě kolísat v průběhu dne. Někomu bývá nejhůře ráno, jinému večer. Pocit méněcennosti vede k vyhýbání se lidem. Psychické tempo se snižuje a myšlení zpomaluje.

Každý, kdo je depresivní má jiný počet příznaků. Také závažnost jednotlivých příznaků je různá (Praško, Buliková, Sigmundová, 2012).

Porucha nálady – nálada nám poskytuje rámec pro naši mysl a naše jednání. Trvale špatná nebo smutná nálada je pro lékaře signalizací podezření na depresivní poruchu. Depresivní emoce mohou trvat velmi krátce, ale i týdny a měsíce.

Hlavní příznaky:

- Přetrvávající smutná, úzkostná, prázdňová nálada
- Pocity beznaděje a pesimismus
- Pocity bezmoci, viny a ztráty smyslu života
- Ztráta zájmů a radosti z činností, které nás dříve těšily
- Ztráta zájmu o sexuální život
- Nespavost, předčasné probouzení nebo naopak nadměrná ospalost i spavost během dne
- Ztráta chuti k jídlu, pokles hmotnosti nebo naopak přejídání vedoucí k nadváze
- Pokles energie, únava, malátnost, vynaložení velké námahy k vykonání jednoduchých činností
- Nemožnost se přinutit k jakékoliv činnosti
- Myšlenky na smrt, pokusy o sebevraždu
- Neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost a výbušnost
- Potíže se soustředěním, s pamětí (pouze přechodné) a s rozhodováním
- Přetrvávající tělesné příznaky, jako je bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa a dlouhodobé bolesti
- Tíha na hrudi, ztuhlost svalstva, snadná únavnost
- Nadměrná ustaranost a časté pocity napětí

2.4.4 Deprese ve stáří

Deprese v pozdním věku se objevuje poměrně často, bývá zpravidla přehlédnuta, protože je maskována tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc. Současné onemocnění depresí také zvyšuje pravděpodobnost úmrtí na tělesná onemocnění. Ohroženy jsou hlavně ženy, především ovdovělé, a lidé, kteří žijí v pečovatelských zařízeních.

Mezi nejčastější stresující faktory, na které deprese navazuje, patří ztráty (partnera, přátel, stálého kontaktu s potomky, tělesného zdraví, kariéry, někdy soběstačnosti), konflikty ve vztazích (s nemocným partnerem, s potomky, s okolím), učení se nové roli v životě (odchod do důchodu, změna prostředí, domov pro seniory) a sociální izolace. Také se u starších lidí deprese objevuje souběžně s tělesným onemocněním. Vede to k horší léčbě tělesného onemocnění, a i po vyléčení vážně rehabilitace. Nová antidepresiva však bývají ve starším věku účinnější než u mladých lidí (Praško, Buliková, Sigmundová, 2012).

2.4.5 Deprese v souvislosti s tělesným onemocněním

Deprese může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, Parkinsonovu chorobu, mozkovou příhodu, cukrovku, revmatismus, sníženou činnost štítné žlázy a některá autoimunitní onemocnění. Rovněž také může dojít vlivem deprese ke zhoršení průběhu těchto onemocnění. Rizikovou skupinou jsou převážně lidé starší padesáti let. Deprese ovšem může být i důsledkem užívání některých léků nebo návykových látek.

2.4.6 Typy deprese

- Depresivní epizoda
- Rekurentní depresivní porucha
- Dystymie
- Bipolární porucha
- Sezónní afektivní porucha
- Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese)
- Smíšená úzkostně depresivní porucha
- Krátká rekurentní depresivní porucha
- Poporodní deprese
- Deprese ve vyšším věku
- Deprese při tělesném onemocnění

2.4.7 Příčiny deprese

Depresivní poruchy nejsou způsobené jednou příčinou, ale spíš společným působením

řady dílčích příčin. Některé z nich jsou vrozené, dědičné, jiné mohou být způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, životosprávou, kterou si zvolil, událostmi, které prožil a sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje.

2.4.7.1 Faktory dědičnosti

Tyto faktory hrají důležitou roli. Některé typy deprese se častěji objevují u určitých rodin, to může znamenat, že je zde přítomná vrozená biologická zranitelnost. Nejvíce pravděpodobné je to u maniodepresivní poruchy. Hrají zde roli i další faktory, zejména pak stresující zážitky a stresující prostředí. Velká depresivní porucha se může také objevovat v některých rodinách u následujících generací. Deprese se ovšem objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly. Dědí se tudíž určitá vlna k onemocnění depresí, tedy náchylnost k nemoci, nikoliv nemoc sama (Praško, Buliková, Sigmundová, 2012).

2.4.7.2 Vlivy výchovy

Nejčastěji souvisí s rozvojem deprese v dospělosti ztráta důležité osoby v dětství nebo úmrtí či rozchod rodičů. Rovněž také předčasné oddělení od matky, nadměrně kritická výchova, nedostatečná péče, týrání dítěte nebo naopak přílišné rozmazlování.

2.4.7.3 Vliv životních událostí

Příliš mnoho změn, které překračují běžnou rutinu a odehrají se v krátkém časovém období, snižuje tělesnou i psychickou rovnou člověka. Reakce často nezačínají hned po životní události, ale za různě dlouhý čas po ní. Dokonce někdy až v době, kdy celá záležitost je již zdánlivě vyřešena. Vliv životních událostí se v průběhu celého života sčítá. Dokonce i radostné události jsou prožívány jako stresor a jejich vliv je sčítán s vlivem negativních událostí.

Zátěžové životní situace jsou často spouštěčem deprese. Jde o události, jež vedou ke ztrátě (partnera, kamarádů, rodičů), změně role (nová škola, zaměstnání, bydlení, příchod dítěte), ztrátě důležité role (odchod dospělých dětí z domova), ztráta autonomie, přirozené aktivity a důležitosti (odchod do důchodu, důsledkem tělesného onemocnění nebo zranění ve stáří).

Drobných situací, které spouštějí automatické negativní myšlenky, je však celá řada a mohou se objevit kdykoliv. Tyto situace souvisí s počátkem onemocnění pouze pokud jich je příliš mnoho. Některé situace jsou velmi individuální a specifické pro určitou dobu.

Typické situace:

- Kritika
- Potlačení vzteku
- Podceňování nebo přehlížení ze strany okolí
- Nedostatek uznání nebo ocenění
- Porovnávání se s druhými lidmi
- Porovnávání sebe sama před nemocí
- Selhání v situaci, chybování
- Náhlá změna situace nepříznivým směrem
- Odkládání nebo nedokončování činností
- Nespravedlnost
- Nedostatek projevů lásky

2.4.7.4 Biochemické pochody v mozku

Během deprese jsou v některých oblastech mozku nízké hladiny neurotransmiterů (chemické látky, které přenášejí nervový signál mezi jednotlivými buňkami). Epizoda depresivní nálady je spojena s nedostatkem serotoninu, dopaminu a noradrenalinu na nervových zakončeních v mozku. Tato biochemická porucha je přítomna u všech typů deprese, ať už spouštěč najdeme nebo ne. Může tedy vzniknout bez větší vnější příčiny, hlavně u osob, u kterých se deprese vyskytuje v příbuzenstvu, nebo kteří trpěli depresí v minulosti. Podáváním léků, které regulují tuto nemoc, dochází u většiny pacientů k vymizení depresivních příznaků.

2.4.7.5 Psychologické vlivy

Více náchylní k depresi jsou lidé s nízkým sebevědomím, kteří se dívají na sebe, na okolnosti a na budoucnost pesimisticky, nebo lidé, kteří žijí v silně stresujících podmínkách. Větší náchylnost se také objevuje u lidí, kteří neumějí sami sebe odměňovat a pochválit. Jsou tedy více závislí na pochvale a odměně od druhých, což vede

k nadměrné snaživosti. Větší riziko nastává také u málo asertivních lidí. Tento nedostatek se projevuje zejména neschopností říci ne i v situacích, kdy je odmítnutí na místě, a potíže se snášením kritiky. Další tendencí je obracet vztek proti sobě i v situacích, kdy by se měli hněvat na druhé. Dochází k tomu proto, že vztek často mylně považují za emoci, kterou by nikdy prožívat neměli.

2.4.7.6 Léky alkohol a drogy

Poměrně často se deprese objevuje při užívání hormonu prednisonu a po některých lécích užívaných k léčbě vysokého krevního tlaku. Nadměrná konzumace alkoholu a drog představuje také velké riziko.

2.4.7.7 Mezilidské vztahy

Konflikty v rodinném životě a problémy v práci patří mezi rizikové faktory rozvoje deprese.

Typické mezilidské situace, ve kterých se deprese často rozvíjí:

- Zármutek po ztrátě blízké osoby
- Neshody nebo problémy ve vztazích
- Změna role
- Nedostatek vztahů

2.5 Projekt SHARE

Průzkum zdraví, odchodu do důchodu v Evropě (SHARE) je multidisciplinární a nadnárodní panelová databáze s mikro daty o zdravotním, socioekonomickém stavu, sociálních a rodinných vazbách více než 120 000 osob starších 50 let (zjištěno více než 297 000 rozhovory). SHARE zahrnuje 27 evropských zemí a Izrael (Borsch-Supan et al., 2013).

Údaje jsou zdarma k dispozici celé výzkumné komunitě. Souhrnný přehled a výsledky výzkumu SHARE jsou uvedeny v brožuře SHARE nebo v nejnovější knize o prvních výsledcích: Stárnutí v Evropě – Podpora politik pro inkluzivní společnost (Borsch-Supan et al., 2013).

Společnost SHARE reaguje na sdělení Evropské komise vyzývající k "prozkoumání možnosti vypracování evropského průzkumu dlouhodobého stárnutí ve spolupráci s členskými státy". SHARE se stala hlavním pilířem evropského výzkumného prostoru. (Borsch-Supan et al., 2013).

SHARE je centrálně koordinován Axelem Börsch-Supanem, Ph.D. v Mnichovském centru pro ekonomiku stárnutí (MEA), Max Planck Institute pro sociální právo a sociální politiku. Je harmonizován s americkou studií o zdraví a odchodu do důchodu (HRS), anglickou longitudinální studií stárnutí (ELSA) a stal se vzorovým příkladem pro několik výzkumů zabývajících se stárnutím lidí po celém světě. Vědecká síla SHARE je založena na panelovém designu, který zachycuje dynamický charakter procesu stárnutí. Multidisciplinární přístup společnosti SHARE poskytuje úplný obraz procesu stárnutí. Důsledné procedurální pokyny a programy zajišťují předběžnou harmonizaci nadnárodního designu (Borsch-Supan et al., 2013).

3 Cíl práce, hypotézy a úkoly

3.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi pohybovou aktivitou a depresivitou u lidí nad 50 let.

3.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Prevalence deprese bude vyšší u lidí, kteří se věnují pohybovým aktivitám méně, v porovnání s těmi, kteří se jim věnují více.

Hypotéza č. 2: Jedinci omezení v pohybových aktivitách budou více trpět depresemi než jedinci v pohybových aktivitách neomezení.

Hypotéza č. 3: Riziko trpět depresí bude nižší u lidí, kteří se častěji věnují pohybovým aktivitám, v porovnání s těmi, kteří se jim nevěnují.

Hypotéza č. 4: U jedinců omezených v pohybových aktivitách bude vyšší riziko trpět depresí v porovnání s jedinci, kteří omezení v pohybových aktivitách nejsou.

3.3 Úkoly

- Literární rešerše
- Získání dat z databáze mezinárodního projektu SHARE
- Analýza dat
- Vyvození závěrů a doporučení na základě získaných výsledků

4 Metody

Práce má charakter průřezové studie. Pro analýzu dat byla využita po registraci volně dostupná mezinárodní databáze projektu Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).

4.1 Účastníci

Analyzovaná data byla získána od 58 676 z celkového množství 67 334 respondentů ≥ 50 let (50 - 103 let) z 18 evropských států, kteří se zúčastnili 6. vlny SHARE v roce 2015. 8 658 respondentů bylo vyřazeno, protože u nich nebyla zaznamenána data v položkách, jež byly analyzovány.

4.2 Hlavní proměnné

Jako závisle proměnná byla použita odpověď na otázku MH002_Depression: „Byl/a jste v posledním měsíci smutný/smutná nebo depresivní?“. Jako odpověď bylo nabídnuto ANO/NE. Jako nezávisle proměnné byly použity otázky 1) BR015_PartInVigSprtsAct: „Rádi bychom se zeptali na tělesné aktivity ve vašem běžném denním životě. Jak často vykonáváte namáhavou tělesnou činnost (sport, fyzicky namáhavé práce v domácnosti nebo v zaměstnání)?“, 2) BR016_ModSprtsAct: „Jak často vykonáváte středně namáhavou činnost, jako je práce na zahradě, mytí auta nebo procházka?“. Na tyto otázky byly nabídnuty odpovědi: 1. Více než jednou týdně, 2. Jednou týdně, 3. Jednou až třikrát za měsíc, 4. V podstatě nikdy. Dále byla použita otázka PH005_LimAct: „Za posledních šest měsíců, do jaké míry jste byl/a omezen/a v konání běžných činností vinou zdravotního stavu?“, zde byly nabídnuty odpovědi: 1. Vážně omezen/a, 2. Omezen/a, ale nijak vážně, 3. Neomezen/a. Jako poslední byla použita otázka PH004_LStill: „Někteří lidé trpí chronickými nebo dlouhodobými zdravotními problémy. Chronickými nebo dlouhodobými myslíme, že Vás trápí po určitou dobu nebo ovlivňují Váš život po dlouhou dobu. Máte nějaké takové zdravotní problémy, nemoci, invaliditu nebo postižení?“. S možností odpovědět ANO/NE. Kromě těchto proměnných byl v analýzách použit věk a pohlaví respondentů.

4.3 Statistická analýza

V rámci deskriptivní analýzy byly vypočítány průměr a směrodatná odchylka u kontinuálních proměnných a procento u kategorických či ordinálních proměnných. Poté byl celý soubor rozdělen dle pohlaví. U jednotlivých pohlaví byly rozdíly v prevalenci deprese v závislosti na množství pohybových aktivit, na limitaci v pohybových aktivitách

a na prevalenci dlouhodobých nemocí testovány pomocí chí-kvadrát testu. Dále bylo pomocí Mann-Whitney U testu testováno, zda se liší věk probandů trpící depresí od věku těch, kteří depresí netrpí. Následně byly modelovány generalizované lineární regresní modely pro binominální proměnné pro celý soubor a pro jednotlivá pohlaví zvlášť. V rámci těchto modelů byly vypočítány poměry rizika (OR) trpět depresí. V tomto případě OR >1 znamená větší riziko trpět depresí a OR <1 nižší riziko trpět depresí pro sledovanou skupinu v porovnání se skupinou referenční. Statistická analýza byla realizována v programu IBM SPSS statistics 22.

5 Výsledky

Do výzkumu byly zapojeny různé evropské státy. Týkalo se to obyvatelstva staršího padesáti let.

Mezi aktivity vyžadující střední výdej energie byla započítána práce na zahradce, domácí práce (uklizení, vaření, praní, žehlení), nakupování.

Hlavním cílem bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje pohybová aktivita rozvoj depresivity u obyvatelstva staršího padesáti let. Výzkum také potvrdil, že náchylnější k tomuto onemocnění jsou ženy, a to nejvíce kolem 67. roku života. Do výzkumu bylo zapojeno 58 676 respondentů s průměrným věkem 67,3 let. Z testovaných bylo 55,3 % žen a 44,7 % mužů.

Přímo sportovní aktivity neprovozuje 40,7 % respondentů, 1 x až 3 x za měsíc ji provozuje 10,1 %, 1 x týdně 14,7 % a vícekrát než 3 x týdně 34,6 %.

Podstatně více času, než sportovními aktivitami lidé tráví aktivitami, jež vyžadují střední výdej energie, kam řadíme především různé domácí práce nebo nakupování. Vícekrát než 1 x týdně provozuje tuto aktivitu 70,8 %, 1 x týdně 13,6 %, 1 – 3 x měsíčně 5,7 % a nikdy nebo téměř nikdy 9,9 %.

Další zkoumanou kategorií byla limitace v pohybových aktivitách a dlouhodobé onemocnění. Zcela limitováno bylo 12,8 %, ne zcela limitováno 30,9 %, nelimitováno 56,3 %. Dlouhodobými nemocemi trpí 50,3 %. Depresí trpí 39,5 % ze všech testovaných osob.

Tabulka 1 Výsledky deskriptivní analýzy

	N = 58 676
Věk	67,3 (9,6)
Ženy	55,3

Deprese	39,5
Sportovní aktivity	
Vícekrát než 1 týdně	34,6
1x týdně	14,7
1 - 3x měsíčně	10,1
Nikdy nebo téměř nikdy	40,7
Aktivity vyžadující střední výdej energie	
Vícekrát než 1 týdně	70,8
1x týdně	13,6
1 - 3x měsíčně	5,7
Nikdy nebo téměř nikdy	9,9
Limitace v pohybových aktivitách	
Zcela limitován/a	12,8
Limitován/a, ale ne zcela	30,9
Nelimitován/a	56,3
Dlouhodobé nemoci	50,3
Poznámka: věk je uveden jako průměr (SD) ostatní proměnné jako %	

Tabulka 2 Prevalence deprese dle jednotlivých kategorií u žen

	Bez deprese	Depresivní	Sig.
	n = 17 226	n = 15 205	
Věk	66,7 (9,6)	67,3 (9,9)	<0,001
Sportovní aktivity			<0,001
Vícekrát než 1 týdně	56,7	43,3	
1x týdně	55,8	44,2	
1 - 3x měsíčně	55,8	44,2	
Nikdy nebo téměř nikdy	49,0	51,0	
Aktivity vyžadující střední výdej energie			<0,001
Vícekrát než 1 týdně	55,4	44,6	
1x týdně	51,7	48,3	
1 - 3x měsíčně	50,4	49,6	
Nikdy nebo téměř nikdy	41,5	58,5	
Limitace v pohybových aktivitách			<0,001
Zcela limitována	33,2	66,8	
Limitována, ale ne zcela	46,1	53,9	
Nelimitována	62,0	38,0	
Dlouhodobé nemoci			<0,001

Ano	45,0	55,0	
Ne	61,7	38,3	
Poznámka: věk je uveden jako průměr (SD) ostatní proměnné jako %. Rozdíl byl testován pomocí Mann-Whitney U testu pro kontinuální proměnné a chí-kvadrát testu pro kategorické proměnné.			

Ženy podle výzkumu dopadly hůře než muži. Bez deprese jich je 17 226 a s depresí 15 205, což je jen velmi malý rozdíl. Průměrný věk žen trpících depresí je 67,3 let a bez deprese je to 66,7 let, opět pouze nepatrný rozdíl, který sice potvrzuje, že větší sklon k tomuto onemocnění mají starší lidé, ale v tomto případě je to téměř zanedbatelný rozdíl oproti zdravým ženám.

Co se týče pohybových a sportovních aktivit výzkum ukázal, že ženy, které netrpí depresí se pohybují v průměru zhruba o 10 % více než ženy depresivní. Až 66,8 % žen trpících depresí je zcela limitována v pohybu, ale nelimitovaných je 38,0 %, což je také velké procento. Znamená to, že i když se ženy mohou hýbat, tak to často nedělají a upadají do deprese.

Ze zdravých žen je zcela limitováno 33,2 %, částečně limitováno 6,1 % a nelimitováno 62,0 %. Dlouhodobými nemocemi bez spojení s depresí trpí 45,0 % a ve spojení s depresí je to pouze o 10 % více. Zatímco zcela zdravých je 61,7 %, tak depresivních netrpících dlouhodobým onemocněním je 38,3 %. Výsledky u žen jsou uvedeny v **Tabulce 2**.

Tabulka 3 Prevalence deprese dle jednotlivých kategorií u mužů

	Bez deprese	Depresivní	Sig.
	n =18 281	n = 7 964	
Věk	67,6 (9,2)	67,8 (9,9)	0,837

Sportovní aktivity			<0,001
Vícekrát než 1 týdně	72,7	23,7	
1x týdně	73,8	26,2	
1 - 3x měsíčně	70,6	29,4	
Nikdy nebo téměř nikdy	64,6	35,4	
Aktivity vyžadující střední výdej energie			<0,001
Vícekrát než 1 týdně	71,5	28,5	
1x týdně	70,3	29,7	
1 - 3x měsíčně	66,9	33,1	
Nikdy nebo téměř nikdy	55,5	45,5	
Limitace v pohybových aktivitách			<0,001
Zcela limitována	47,8	52,2	
Limitována, ale ne zcela	64,2	35,8	
Nelimitována	77,0	23,0	
Dlouhodobé nemoci			<0,001
Ano	62,0	38,0	
Ne	77,0	23,0	

Poznámka: věk je uveden jako průměr (SD) ostatní proměnné jako %. Rozdíl byl testován pomocí Mann-Whitney U testu pro kontinuální proměnné a chí-kvadrát testu pro kategorické proměnné.

Muži dopadli ve studii lépe. Bez deprese jich je 18 281 a s depresí o víc než polovinu méně, a to 7 964. V průměrném věku není téměř žádný rozdíl, depresivní i nedeprativní testovaní muži měli průměrný věk kolem 67 let, což je i podobný věk jako u žen.

Pohybovou či sportovní aktivitu provozuje zhruba o 20 % víc mužů než žen. Muži jsou dle výsledků celkově odolnější proti depresi oproti ženám. Může to být způsobeno i tím, že ženy si kladou větší cíle a vyvíjí na sebe větší tlak než muži. Zároveň ženy víc řeší nepodstatné věci, zatímco muži sebe tolik psychicky nezatěžují.

Riziko trpět depresemi se snižuje s četností pohybových aktivit. Prakticky všechny výsledky kromě sportovních aktivit u žen byly statisticky významné ($p < 0,05$). Nejnižší riziko trpět depresí mají muži věnující se pohybovým aktivitám vyžadujícím střední výdej energie vícekrát než 1x týdně v porovnání s těmi, kteří se jim nevěnují vůbec či téměř vůbec $OR = 0,71$ ($p < 0,05$). Naproti tomu limitace v pohybových aktivitách riziko vzniku deprese významně zvyšuje. Rovněž zde byl tento vztah nejsilnější u mužů, kde riziko výskytu deprese u pohybově limitovaných byla téměř trojnásobná ($OR = 2,76$, $p < 0,05$) v porovnání s muži bez limitu v pohybových aktivitách. Přítomnost dlouhodobé nemoci rovněž riziko přítomnosti deprese značně zvyšuje. Výsledky generalizovaných lineárních modelů jsou uvedeny v **Tabulce 4**.

Tabulka 4 Výsledky generalizovaných lineárních modelů

	Všichni	Ženy	Muži
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Sportovní aktivity			
Vícekrát než 1 týdně	0,873 (0,836-0,913)	0,945 (0,892-1,002)	0,929 (0,866-0,997)

1x týdně	0,896 (0,848-0,946)	0,952 (0,887-1,020)	0,874 (0,799-0,956)
1 - 3x měsíčně	0,926 (0,870-0,984)	0,934 (0,862-1,013)	0,986 (0,893-1,088)
Nikdy nebo téměř nikdy	1	1	1
Aktivity vyžadující střední výdej energie			
Vícekrát než 1 týdně	0,755 (0,709-0,803)	0,790 (0,728-0,856)	0,714 (0,646-0,788)
1x týdně	0,804 (0,747-0,866)	0,885 (0,804-0,975)	0,734 (0,653-0,826)
1 - 3x měsíčně	0,826 (0,755-0,904)	0,886 (0,786-0,999)	0,807 (0,701-0,930)
Nikdy nebo téměř nikdy	1	1	1
Limitace v pohybových aktivitách			
Zcela limitována	2,596 (2,444-2,758)	2,563 (2,361-2,783)	2,758 (2,514-3,024)
Limitována, ale ne zcela	1,620 (1,552-1,692)	1,616 (1,527-1,711)	1,575 (1,470-1,688)
Nelimitována	1	1	1
Dlouhodobé nemoci	1,384 (1,329-1,442)	1,380 (1,308-1,456)	1,402 (1,313-1,496)
Poznámka: modely jsou adjustovány věkem; tučně jsou vyznačeny statisticky významné výsledky (p<0,05)			

Všechny hypotézy práce výzkum potvrdil.

6 Diskuze

Tato studie potvrdila teoretické poznatky od různých autorů. Mezi příčiny deprese patří nedostatečná aktivita a ženy trpí tímto onemocněním častěji, jelikož se dožívají vyššího věku než muži a často se tedy musí vyrovnávat se smrtí manžela a musí se dokázat o vše postarat samy. K depresi mají větší sklon právě starší lidé (Praško, Buliková, Sigmundová, 2012). Tyto teoretické poznatky studie potvrzuje.

Zároveň výsledky dokazují, že i malá aktivita, jako je práce na zahrádce, nakupování nebo domácí práce výrazně ovlivňuje sklon k depresivitě. Někdy je to pro člověka přínosnější, než přímo sportovní aktivita. Dochází totiž k psychickému uvolnění zaměstnáním mozku a celkové relaxaci. Člověk zaměstnaný různorodými aktivitami se může těšit z výsledků své činnosti a nemá sklony upadat do stavu dlouhotrvající špatné nálady.

Částečná či úplná limitace v pohybu, popřípadě dlouhodobá onemocnění velmi zásadně ovlivňují náchylnost k depresivitě. Tyto úvahy jsou tímto výzkumem potvrzeny. Má to i své logické odůvodnění. Je těžké najít činnost, kterou bychom zaměstnali náš mozek lépe než pohybem. Lidé, kteří se nemohou hýbat, mají příliš mnoho času nedělat nic a upadají do depresivních stavů. Depresivní stav bývá prohlouben, pokud s dlouhodobě nemocnými nemohou trávit čas rodinní příslušníci a přátelé, zaměstnat jejich mozek a naladit je psychicky na správnou vlnu.

Je tedy velmi důležité, aby starší lidé měli dostatek pohybu a zabránilo se rozšiřování tohoto vážného psychického onemocnění. Jak již bylo řečeno, týká se to nás všech. Úkolem mladých generací je postarat se o ty starší, tak jako se oni starali o své děti, jelikož s depresivními poruchami si lidé bohužel sami neporadí.

Pohyb je celkově pro lidský organismus velmi důležitý. Je to přirozená součást života od narození po smrt. Měl by být provozován pravidelně v každém věku. V kombinaci se správnou životosprávou lze takto předcházet různým tělesným i psychickým onemocněním. Je však velmi důležité zvolit vhodný druh pohybu. Sportovec a mladý člověk potřebuje pohyb více, naopak starším lidem postačí lehký pohyb s kratší dobou trvání. Ideálně se hýbat každý den. Stačí lehká procházka nebo jízda na kole. Podstatné je, aby starší lidé neztráceli motivaci. Hlavní je, aby chtěli sami, k čemuž je může

motivovat okolí.

Ve stárnoucí populaci s rostoucím výskytem demencí a kognitivních poruch jsou zapotřebí strategie ke zpomalení úbytku mozkové kůry souvisejícího s věkem a ke snížení kognitivních poruch souvisejících s nemocí u starších dospělých. Fyzické cvičení, které se zaměřuje na modifikovatelné rizikové faktory a neuroprotektivní mechanismy, může snížit poklesy kognitivních výkonů přiřazených k normálnímu procesu stárnutí a chránit před změnami souvisejícími s neurodegenerativními chorobami, jako je Alzheimerova choroba a další typy demence. V tomto přehledu je shrnuta úloha cvičení v neuroprotekcii a kognitivní výkonnosti a poskytnuta informace týkající se realizace programů fyzického cvičení pro starší dospělé (Kirk-Sanchez NJ, McGough EL, 2014).

Důkazy ze studií na zvířatech i u lidí podporují úlohu fyzického cvičení při úpravě metabolických, strukturálních a funkčních rozměrů mozku a zachování kognitivních výkonů u starších dospělých. Výsledky observačních studií podporují závislý neuroprotektivní vztah mezi tělesným cvičením a kognitivním výkonem u starších dospělých. Ačkoli některé klinické studie ukazují pozitivní účinky cvičení na kognitivní výkon, jiné studie ukazují minimální až žádný účinek.

Ačkoli je zapotřebí dalšího výzkumu, intervence fyzického cvičení zaměřeného na zlepšení zdraví mozku pomocí neuroprotektivních mechanismů ukazují příslib pro zachování kognitivního výkonu. Cvičební programy, které jsou strukturované, individualizované, s vyšší intenzitou, delším trváním a vícesložkovým projevem slibují, že zachovají kognitivní výkon u starších dospělých (Kirk-Sanchez NJ, McGough EL, 2014).

7 Závěr

Pohyb a aktivní životní styl po celý život je v dnešní době stále častějším tématem. Výzkum prováděný společností SHARE, ze kterého jsem porovnávala výsledky, potvrzuje poznatky z odborné literatury různých autorů.

Pohyb zásadně ovlivňuje nejen naše tělo a pohybový aparát, ale i naši psychiku, a to na vyšší úrovni, než si mnohdy myslíme. Když jsme duševně zdraví, tak dokážeme i mnohem lépe překonat tělesná onemocnění. Naopak to však mnohdy nefunguje. Mnoho lidí i přes tělesné zdraví neprovozuje pohyb a upadá do stavů deprese. Výzkum potvrdil, že k těmto stavům jsou skutečně náchylnější starší lidé, především ženy.

Vyšší věk není překážka v pohybu a důvod s ním přestat úplně. Starší lidé by měli volit aktivity, které nejsou tolik náročné, pohybovat se ve společnosti svých vrstevníků. Jak studie potvrdila i obyčejná práce na zahrádce nebo lehká procházka výrazně zlepší psychický i fyzický stav člověka.

Studie potvrdila, že lidé, kteří se pravidelně pohybují, trpí depresí daleko méně než lidé s nedostatkem pohybu. Základním problémem je nechuť a nedostatek motivace k pohybu u lidí, kteří se pohybovat mohou. Naopak jsou lidé, kteří by se rádi, jakkoliv pohybovali, ale nemohou z důvodu tělesného nebo dlouhodobého onemocnění. U těchto lidí je téměř 100 % pravděpodobnost, že onemocní depresivitou.

V případě onemocnění člověka depresí se zvyšuje potřeba podpory okolí, rodiny, přátel a především lékařská péče, protože člověk sám problém s depresí nevyřeší. Kladné mezilidské vztahy působí i jako prevence před depresivitou. Stejně tak pohyb - základní biologická potřeba, je důležitým preventivním opatřením před depresivním onemocněním.

8 Seznam literatury

1. Dylevský, I. *Speciální kineziologie*. Praha: Grada Publishing, 2009, 184.
2. Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s.
3. Herpel, M.D. *Krásná a fit i po 40*. Praha: Grada Publishing, 2010, 96 s.
4. Křivohlavý, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011, 144 s.
5. Prescott, D.M. *Method in Cell Biology*. Cambridge: Academic Press, 1972, 404 s.
6. Sak, P., Kolesárová, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012, 232 s.
7. Slepíčka, P., Mudrák, J., Slepíčková, I. *Sport a pohyb v životě seniorů*, Praha: Karolinum Press, 2015, 164 s.
8. Vidovičová, L. *Stárnutí, věk a diskriminace: nové souvislosti*, Brno: Mezinárodní politologický ústav, 2008, 232 s.
9. Viladrosa M, Lavedán A, Jürschik P, Mas-Alòs S, Planas-Anzano A, Masot O. Differences in fitness level between women aged 60 and over participating in three different supervised exercise programs and a sedentary group. *Journal of women and aging*. 2017, 7:1-18. doi: 10.1080/08952841.2017.1358976.
10. Stanton, R., Reaburn, P. Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. *Journal of sports science and medicine*. 2014 17(2):177-82. doi: 10.1016/j.jsams.2013.03.010.
11. Welk G. J. *Physical activity assessment for health-related research*. Champaign: Human Kinetics, 2002, 269 s.
12. Blanchard, K. *The Anthropology of Sport*. 1. vyd. Westport: Bergin, 1995. 126 s.
13. Hodaň, B. *Tělesná kultura – sociokulturní fenomén: východiska a vztahy*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2000. 124 s.
14. Berka, K. *Pojetí pohybu u Aristotela*. In Hogenová, A. *Pohyb a tělo*. 1. vyd. Praha: FTVS UK, 2000. s. 17-20.
15. Patočka J. *Přirozený svět jako filosofický problém*. 1. vyd. Praha 1936.
16. Hogenová, A. *Hermeneutika sportu*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 95 s.
17. Véle, F. *Pohyb po stránce obecné*. In Hogenová, A. *Pohyb a tělo*. 1. vyd. Praha: FTVS UK, 2000, s. 21-23.

18. Rýdl, M. *Pohyb jako zprostředkující článek mezi biologickou a společenskou determinovaností člověka*. In Hogenová, A. *Pohyb a tělo*. 1. vyd. Praha: FTVS UK, 2000, s. 6-11.
19. Blahutková, M., Řehulka, E., Dvořáková, Š. *Pohyb a duševní zdraví* Brno: Paido, 2005.
20. Bunc, V. Zdravotně orientovaná tělesná zdatnost a možnost její kultivace na základní škole. *Těl. Vých. Sport. Mlád.* č.4., 1998. s. 2-10.
21. Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s.
22. Míček, L. *Duševní hygiena* 1. vyd. Praha: SPN, 1984. 207 s.
23. Řehulka, E. *Otázky zatížení žáků*. 1. vyd. Brno: UJEP, 1987. 145 s.
24. Řehulka, E., Řehulková O. *Učitelé a zdraví 2*. 1. vyd. Brno: P. Křepela, 1999. 246 s.
25. Řehulka, E., Řehulková O. *Teachers and Health 5*. 1. vyd. Brno: P. Křepela, 2003. 448 s.
26. Paulík, K. Některé psychologické faktory pracovní spokojenosti učitelů. In *Učitelé a zdraví 4*. Brno: Pavel Křepela, 2002. s. 15 – 26.
27. Praško, J., Buliková, B., Sigmundová, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2012.
28. Smith, K. Mental health: A world of depression, *Nature*. 2014. 515(7526):181. doi: 10.1038/515180a.
29. Kirk-Sanchez NJ, McGough EL, Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives, *Clinical Interventions in aging*. 2014.
30. BÖRSCH-SUPAN, Axel, Martina BRANDT, Christian HUNKLER, et al. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology* [online]. 2013, 42(4), 992-1001 [cit. 2018-03-03]. DOI: 10.1093/ije/dyt088.

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 Výsledky deskriptivní analýzy.....	39
Tabulka 2 Prevalence deprese dle jednotlivých kategorií u žen	41
Tabulka 3 Prevalence deprese dle jednotlivých kategorií u mužů.....	42
Tabulka 4 Výsledky generalizovaných lineárních modelů.....	44