



ADVANCED SKILLS FOR ACTIVE LIVING



FYZICKÁ AKTIVITA • CVIČENÍ • SPORT A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ:
Advanced Skills for Active Living



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

This project has been funded with support from the European Commission. This publication (communication) reflects only the views of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained herein.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects only the views of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained herein.

Úvod

Konstantinos Karteroliotis, Maria Koskolou

Tato publikace je jedním z hlavních výstupů projektu ASAL PROJECT spolufinancovaného Evropskou unií v rámci programu Erasmus +, Sport Action, a je rozdělena do dvou hlavních částí.

1. ČÁST I poskytuje přehled literatury naznačující silný a pozitivní vliv cvičení, fyzické aktivity a sportu na duševní pohodu a některá duševní onemocnění. Přesněji řečeno, během posledních dvou desetiletí existuje spousta výzkumných studií a zpráv, průřezových, podélných a experimentálních, poskytujících přesvědčivé důkazy o tom, že aerobní a anaerobní cvičení, včetně joggingu, plavání, jízdy na kole, chůze, zahradničení, tance a silového tréninku účinně snižují úzkost a depresi a vyvolávají fyziologické i psychologické výhody i pro další závažná duševní onemocnění, jako je schizofrenie, bipolární porucha a porucha příjmu potravy. Sestavení této zprávy vede k vývoji nového výcvikového kurzu pro profesionály v oblasti fyzické aktivity, sportu, zdraví a souvisejících oborů.

2. ČÁST II poskytuje výzkumnou zprávu s výsledky šesti rozhovorů provedených v každé partnerské zemi. Přesněji řečeno, dvacet pět profesionálů a pět uživatelů služeb z pěti evropských zemí (Belgie, Řecko, Itálie, Španělsko a Česká republika) bylo dotazováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru, aby výsledkem bylo porozumění uživatelů služeb a profesionálů na „Pohled na fyzickou aktivitu jako proveditelnou a prospěšnou intervencí v péči o lidi s vážným duševním onemocněním. Výsledky ukázaly, že profesionálové v oblasti péče o duševní zdraví jsou ochotni podporovat fyzickou aktivitu jako součást komplexní léčby duševních onemocnění a uživatelé služeb by se rádi těchto programů fyzické aktivity účastnili.



Projekt byl realizován v partnerské spolupráci těchto organizací:

Koordinátor

EDRA – Social Cooperative Activities for Vulnerable Groups (Řecko)

Členové

COOSS – Marche Cooperativa Sociale Onlus (Itálie)

ENALMH – European Network of Active Living for Mental Health (Belgie)

FOKUS PRAHA – (Česká republika)

FUNDACION INTRAS – (Španělsko)

NKUOA – National and Kapodistrian University of Athens (Řecko)

Autoři

NICOS ANDREOPOULOS, ENALMH AISBL, Belgie

MARIA CARRACEDO, Fundación Intras, španělsko

FRANCESCA CESARONI, Cooss Marche, Itálie

KONSTANTINOS KARTEROLIOTIS, National and Kapodistrian University of Athens, Řecko

MARIA KOSKOLOU, National and Kapodistrian University of Athens, Řecko

ANGELIKI MANIOTI, Edra, Řecko

ALEXANDRA MARKATI, National and Kapodistrian University of Athens, Řecko

MARIA MLATIČEKOVÁ, FOKUS PRAHA, Česká republika

MIKE MICHIELS, ENALMH AISBL, Belgie

MARA MORICI, Cooss Marche, Itálie

MARIA PSYCHOYNTAKI, National and Kapodistrian University of Athens, Řecko

NEKTARIOS STAVROU, National and Kapodistrian University of Athens, Řecko

FILIPPO TRICCO, Cooss Marche, Itálie





ASAL



Část I



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



ADVANCED SKILLS FOR ACTIVE LIVING



Porozumění oblasti duševního zdraví

Autor: **María Carracedo**
Fundación Intrás

FUNDACIÓN
Intrás



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Úvod do oblasti duševního zdraví

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ/ DUŠEVNÍ NEMOC

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2018 b) definuje duševní zdraví jako stav pohody, v němž si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže zvládat běžné životní stresové situace, může produktivně pracovat a je schopen přispívat do společenského (komunitního) života.

Mental Health Europe (MHE) ve svém koncepčním rámci pro podporu duševního zdraví a prevenci duševních onemocnění poznamenává, že neexistuje žádná oficiální definice duševního zdraví. Kulturní rozdíly a různé teorie v tomto ohledu ztěžují poskytnutí unikátní definice.

Většina odborníků se však shoduje, že duševní zdraví a absence duševních onemocnění není to samé. Jinými slovy, absence rozpoznatého duševního onemocnění nemusí být nutně indikátorem duševního zdraví. V souvislosti s tímto tvrzením chrání duševní zdraví nebo stav pohody před rozvojem duševního onemocnění, zatímco duševní onemocnění zvyšuje riziko celkové duševní nepohody.

Duševní zdraví je nedílnou součástí zdraví a pohody obecně (NHS Choices, 2016) (WHO, 2018b) a mělo by se s ním zacházet se stejnou naléhavostí a ohledem, jako při léčbě fyzického zdraví. V souladu s tímto přístupem má Komplexní akční plán pro duševní zdraví 2013–2020 (WHO, 2013) mezinárodně uznávaný princip, že „bez duševního zdraví neexistuje zdraví“.

VÝVOJ V POROZUMĚNÍ DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Definice duševních onemocnění se za poslední půlstoletí změnily. Duševní onemocnění se týká stavů, které ovlivňují poznání, emoce a chování (např. Schizofrenie, deprese, autismus). Formální klinické definice nyní obsahují více informací (tj. přesunuli jsme se z částečné do holističtější perspektivy a přešli jsme od zaměření na nemoc ke zaměření na zdraví). Neformální reakce podpořila paralelní přechod od zaměření na stigma duševních onemocnění k poznání, že duševní zdraví je důležité pro celkové zdraví.

V roce 1948 definovala Světová zdravotnická organizace zdraví jako „stav úplného fyzického, duševního a sociálního blahobytu a nikoli pouze absenci konkrétních onemocnění“ (WHO, 1948). V šedesátých a sedmdesátých letech byla osoba s duševním onemocněním definována pouze podle diagnózy a duševních onemocnění bylo málo. Národní statistické údaje byly hlášeny podle diagnóz (např. podle případů schizofrenie a případů deprese). Lidé s duševním onemocněním byli běžně stigmatizováni a institucionalizováni. Zároveň se postupně začal a zrychloval proces deinstitucionalizace (Manderscheid, Ryff, Freeman, Mc-Knight-Eily, Dhingra a Strine, 2010).

V 80. a 90. letech došlo k zásadnímu posunu v postupech péče o lidi s duševním onemocněním. Zájem o poskytování péče lidem s vážným duševním onemocněním do té doby selhával zejména v podpoře jejich potřeb.



Z psychiatrických léčeb bylo propuštěno velké množství lidí s vážným duševním onemocněním, ale k dispozici jim bylo jen několik komunitních služeb poskytující péči lidem s duševním onemocněním (nejedná se o zkušenost v ČR, proces deinstitucionalizace započal teprve před nedávnem a je stále v plenkách). Populace duševně nemocných lidí bez domova v Evropě rychle rostla. Byly zapotřebí nově definovat a identifikovat osoby s vážným duševním onemocněním a také vytvořit nové rámce péče a rehabilitačních programů (Manderscheid et al., 2010).

V posledních desetiletích se objevil nový přístup týkající se koncepce duševního zdraví, pojmenovaný „pozitivní psychologické fungování“, který zahrnuje pocit pohody, naděje a kvality života. Několik významných studií popisovalo kvalitu života se zaměřením na to, jak se lišila na základě demografických charakteristik a jak a zda se v průběhu času měnila (Andrews & Whitney, 1976).

V návaznosti na tento společenský pohled zvýšili psychologové zájem o téma subjektivní pohody, vymezili její jednotlivé součásti (např. spokojenost se životem, hodnocení štěstí) a zkoumali vlivy úsudkových a motivačních procesů (Diener, Suh, Lucas, Smith), 1999). Další byl přístup k psychologickému fungování z humanitních, existenciálních a celoživotních vývojových pohledů, který zdůrazňoval růst, smysl a osobní kapacitu (Neugarten, 1973). Tyto formulace se vyvinuly do dvou širokých orientací pro definování psychické pohody: jedna se zaměřila na štěstí a pocit pohody a druhá na lidský potenciál (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999; Riff & Singer, 2008).

Na začátku 21. století některé studie zkoumaly koncept blahobytu pomocí empirických ukazatelů, jako jsou životní spokojenost, účel, osobní růst, zvládnutí prostředí, sebepřijetí, autonomie a pozitivní vztahy (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Tyto studie podporují představu, že absence duševního utrpení/nemoci nezaručuje přítomnost pohody a že duševní onemocnění a duševní zdraví jsou nezávislé dimenze.

SOUČASNÁ DEFINICE

Nejnovější definice používají model zdravého životního stylu (nebo blahobyt), ve kterém se zdravý životní styl týká té míry, do jaké se člověk cítí pozitivně a nadšeně pro sebe a život, zatímco onemocnění označuje přítomnost nemoci. Tyto definice platí pro fyzické i duševní onemocnění a zdravý životní styl (Manderscheid et al., 2010).

V tomto modelu jsou zdraví a nemoc považovány za dvě samostatné dimenze. Zotavení (recovery) je most mezi těmito dvěma stavy, které staví na silných stránkách zdraví při řešení slabých míst nemocí. Kromě toho, protože mnoho duševně nemocných lidí trpí také fyzickými onemocněními, je nezbytný dvojitý důraz, a to na duševní a fyzické zdraví (Manderscheid et al., 2010). Tento dvojitý důraz bude velmi důležitý pro celkovou reformu zdravotní péče.

V těchto současných koncepcích „je osoba považována za prvořadou; silné stránky jsou zdůrazněny a slabé nezdůrazňovány. Cíle jsou zotavení a plná účast v běžném životě v přirozené komunitě. Zde je zotavení celoživotním procesem, ve kterém se člověk s duševním onemocněním snaží plně zapojit do komunitního života, a to i za přítomnosti



přetrvávajících příznaků onemocnění (Manderscheid et al., 2010).

Nové koncepce také zahrnují osobní okolnosti každého jedince jako rizikové faktory pro duševní zdraví. Studie „Stav duševního zdraví v Evropské unii“ (ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele, Evropská komise, 2004) se domnívá, že tyto nepříznivé „životní události“, jako je např. ztráta partnera nebo zaměstnání, mohou interagovat s dalšími determinanty, které způsobují negativní vliv na duševní zdraví. Mnoho dlouhodobých obtíží, jako je zdravotní onemocnění – ať už sebe nebo někoho blízkého – nebo velké finanční problémy, může vést k chronickým duševním onemocněním.

Přesto je důležité rozlišovat mezi duševním strádáním (stres) a duševním onemocněním. Duševní strádání označuje přítomnost příznaků, kterými jsou zejména typy deprese nebo úzkosti (Generální ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele, Evropská komise, 2004). Tyto příznaky se obvykle měří „kontrolními nástroji“, které sami hlásí a poskytují celkové skóre nebo skóre součtem odpovědí na různé otázky obsažené v nástroji. Duševní strádání je tedy kontinuální dimenzí. Příznaky jsou poměrně časté a mohou být přechodné, například po negativní nebo stresující životní události. Většinu času však osoba nezapadá do psychiatrické diagnostické kategorie a pravděpodobně nikdy nebude. Ti, kteří jsou definováni jako osoby s vážným duševním onemocněním, však obvykle také dosahují vysokého skóre v nástrojích duševního strádání.

Duševní onemocnění jsou na druhé straně entity popsané v klasifikaci nemocí pomocí syndromů. Tyto syndromy jsou souborem příznaků, jejichž trvání, závažnost a poškození v každodenním životě odpovídají různým diagnózám, které obvykle souvisejí s potřebou péče, ať už primární nebo psychiatrické péče.

NEJČASTĚJŠÍ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ V EVROPE

Jak zdůrazňuje Evropský akční plán duševního zdraví na období 2013–2020 (WHO, 2015), duševní onemocnění jsou jednou z nejvýznamnějších výzev v oblasti veřejného zdraví v evropském regionu, měřeno prevalencí, zátěží konkrétních onemocnění nebo zdravotním postižením. Duševní onemocnění jsou časté; celoživotní prevalence v Evropě se odhaduje na jednu čtvrtinu běžné populace. Problémy v oblasti duševního zdraví se prolínají napříč věkem, pohlavím, sociálním postavením i regiony. Kromě toho se odhaduje, že duševní onemocnění postihují každý rok více než jednu třetinu populace. Jak uvádí studie Eurostatu o statistice duševního zdraví a souvisejících otázkách (Eurostat, 2018), v průměru „procento osob, které uvedly, že se během 12 měsíců před průzkumem EHIS poradily s psychologem, psychoterapeutem nebo psychiatrem, bylo vyšší mezi ženami (6,3 %) než muži (4,2 %). Tento model byl patrný téměř ve všech členských státech EU“ (Eurostat, 2018).

A konečně, podíl celkové populace (mužů a žen dohromady) ve věku 15 let a starších, které navštívili psychologa nebo psychiatra během 12 měsíců před průzkumem, se ve většině členských států EU pohyboval mezi 2,1% a 8,1% (Eurostat, 2018).

Ze zprávy ECNP EBC Report provedené v roce 2011 (Wittchen et al., 2011) vyplývá, že



Tabulka 1. Srovnání odhadů z let 2005 a 2011 celkového počtu lidí s duševním onemocněním v EU (v milionech). Údaje shromážděné ve zprávě ECNP EBC. Zdroj: Síť ECNP, 2011.

	Odhad prevalence		Počty lidí s onemocněním	
	2005	2011	2005	2011
	% (95% CI)	%	Milión	Milión
Skupina A: 2005 údaje diagnóz				
Závislost na alkoholu	2.4 (0.2-4.8)	3.4	7.2 (5.9-8.6)	14.6
Závislost na opiátech	0.5 (0.1-0.6)	0.1-0.4	2.0 (1.5-2.2)	1.0
Závislost na konopí	Viz. výše	0.3-1.8	Viz. výše	1.4
Psychotická porucha	0.8 (0.2-2.0)	1.2	3.7 (2.8-5.4)	5.0
Těžká deprese	6.9 (4.8-8.0)	6.9	18.4 (17.2-19)	30.3
Bipolární porucha	0.9 (0.5-0.9)	0.9	2.4 (1.7-2.4)	3.0
Panická porucha	1.8 (0.7-2.2)	1.8	5.3 (4.3-5.3)	7.9
Agorafobie	1.3 (0.7-2.0)	2.0	4.0 (3.3-4.7)	8.8
Sociální fóbie	2.3 (1.1-4.8)	2.3	6.7 (5.4-9.3)	10.1
Obecná úzkost	1.7 (0.8-2.2)	1.7-3.4	5.9 (5.3-6.2)	8.9
Specifické fóbie	6.4 (3.4-7.6)	6.4	18.5 (14.4-18.6)	22.7
OCD	0.7 (0.5-1.1)	0.7	2.7 (2.5-3.1)	2.9
PTSD	-	1.1-2.9	-	7.7
Somatoformní poruchu	6.3 (2.1-7.8)	4.9	18.9 (12.7-21.2)	20.4
Anorexie	0.4 (0.3-0.7)	0.2-0.5	1.2 (1.0-1.7)	0.8
Bulimie	Viz. výše	0.1-0.9	Viz. výše	0.7
Součet skupina A	27.4%	27.1%	82.7	118.1
Skupina B: přidané diagnózy v 2011				
Hraniční porucha osobnosti ^a	-	0.7	-	2.3
Disociální porucha osobnosti ^a	-	0.6	-	2.0
Hyperkinetická porucha/ ADHD ^b	-	(5.0) 0.6	-	3.3
Autismus	-	0.6	-	0.6
Poruchy chování ^b	-	(3.0) 0.4	-	2.1
Mentální postižení	-	1.0	-	4.2
Insomnie ^c	-	(7.0) 3.5	-	(29.1) 14.6
Hypersomnie	-	0.8	-	3.1
Narkolepsie	-	0.02	-	0.1
Spánková apnoe	-	3.0	-	12.5
Demence ^b	-	(5.4) 1.2	-	6.3
Součet skupiny B	-	27.1	-	51.0
Mezisoučet s výjimkami	-	11.1%	-	46.7
Součet skupin A and B	27.4%	38.2%	82.7	164.8

Poznámka: Odhadované prevalence neodpovídají počtu osob kvůli úpravám specifickým pro věkovou skupinu.

a Hraniční a disociální poruchy osobnosti se nezapočítávají do mezisoučtu, aby se zabránilo dvojímu započítání s poruchami ze skupiny A.

b Poruchy dětství / adolescentů, s výjimkou autismu, se vztahují pouze na věkovou skupinu 2-17. Proto byla upravena prevalence věkových skupin tak, aby odrážela celkovou populaci, byly upraveny míry demence (příslušné věkové rozmezí 60+).

c Nespavost počítala pouze 50% (jako konzervativní strategie, aby se zabránilo dvojímu započítání s poruchami ze skupiny A).

d Bez bolesti hlavy.



nejčastějšími duševními onemocněními v Evropě jsou deprese (více než 30 milionů lidí v EU), několik typů fobií (22 milionů), somatoformní poruchy a závislost na alkoholu (viz tabulka 1). Údaje shromážděné v Evropském plánu duševního zdraví WHO o 4 roky později (WHO, 2015) se však mírně liší od studie ECNP EBC, přičemž úzkost je situována jako druhá nejčastější onemocnění mezi Evropany.

Podle WHO, v evropském regionu existují rozdíly v pohlaví a sociálních rozdílech v prevalenci duševních onemocnění. Jako shrnutí nejvýznamnějších poznatků (WHO, 2015) je uvedeno:

- Depresivní onemocnění: dvakrát častější u žen než u mužů.
- Psychotické poruchy: přibližně u 1–2% populace bez rozdílu pohlaví.
- Užívání návykových látek: 5,6 % mužů a 1,3 % žen.
- Demence: mezi stárnoucí populací roste prevalence, obvykle 5 % u lidí starších 65 let a 20 % u osob starších 80 let.
- Ve všech zemích bývají duševní onemocnění častější u ekonomicky deprivovaných skupin lidí.

Duševní onemocnění jsou navíc zdaleka nejvýznamněji zastoupena ze všech chronických onemocnění postihujících evropskou populaci, tvoří necelých 40 %. Samotná unipolární depresivní porucha je zodpovědná za 13,7% zátěže způsobené zdravotním postižením, což z ní činí přední chronické onemocnění v Evropě. Následují těsně poruchy související s alkoholem (6,2 %) na druhém místě, Alzheimerova choroba a další druhy demence na sedmém místě (3,8 %), zatímco schizofrenie a bipolární poruchy jsou umístěny na jedenácté a dvanácté pozici, z nichž každá odpovídá za 2,3 %.

Následující definice hlavních duševních onemocnění jsou ty, které stanovila WHO ve svém souhrnu údajů o duševních onemocněních (WHO, 2018) a Encyklopedie Psychologie Americké Psychiatrické Asociace (APA, 2000):

DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

DEPRESIVNÍ PORUCHA

Deprese je nejčastějším duševním onemocněním. Vyznačuje se smutkem, ztrátou zájmu nebo potěšení, pocity viny nebo nízké sebevědomí, narušeným spánkem nebo chutí k jídlu, únavou a špatnou koncentrací. Lidé s depresí mohou mít také několik fyzických potíží bez zjevné fyzické příčiny. Deprese může být dlouhotrvající nebo opakující se, což podstatně zhoršuje schopnost lidí pracovat nebo studovat a zvládat každodenní život; v nejtěžším stadiu může deprese vést k sebevraždě (WHO, 2018).

Mezi nejčastější příznaky deprese patří nezám a ztráta potěšení z každodenních činností, výrazný úbytek nebo přibývání na váze, nespavost nebo nadměrný spánek, nedostatek energie, neschopnost soustředit se, pocity bezcennosti nebo nadměrná vina a opakující se



myšlenky na smrt nebo sebevraždu (APA, 2000).

Léčba deprese by měla zahrnovat psychosociální aspekty, včetně identifikace stresových faktorů, jako jsou finanční problémy, potíže v zaměstnání nebo fyzické či duševní týrání a strádání, léčba by měla zahrnovat zdroje podpory, jako jsou členové rodiny a přátelé. Je důležité udržovat nebo znovu aktivovat sociální sítě a sociální aktivity (WHO, 2018).

ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Úzkostná porucha je spojována s očekáváním z budoucích obav a je více spojena se svalovým napětím a vyhubavým chováním. Úzkostné poruchy se liší od normálních pocitů nervozity nebo úzkosti a zahrnují nadměrný strach nebo obavy. Úzkostné poruchy jsou nejčastější duševní onemocnění a postihují téměř 30 procent dospělé populace v určitém okamžiku jejich života. Úzkostné poruchy jsou však léčitelné a k dispozici je řada účinných způsobů léčby, které většině lidí pomohou zažít normální produktivní život (WHO, 2018).

Lidé s úzkostnými poruchami se navíc mohou snažit vyhnout situacím, které vyvolávají nebo zhoršují jejich příznaky. Úzkostné poruchy mohou také ovlivnit pracovní výkon, studium a osobní vztahy. Obecně platí, že u osob s diagnostikovanou úzkostnou poruchou musí strach nebo úzkost:

- Být nepřiměřený situaci nebo věku
- Znemožňuje běžné fungování

Existuje několik typů úzkostných poruch, včetně generalizované úzkostné poruchy, panické poruchy, specifických fobií, agorafobie, sociální úzkostné poruchy a separační úzkostné poruchy (APA, 2000).

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Bipolární afektivní porucha postihuje přibližně 60 milionů lidí na celém světě. Obvykle se skládá z manických i depresivních epizod oddělených obdobími normální nálady. Manické epizody zahrnují zvýšenou nebo podrážděnou náladu, nadměrnou aktivitu, tlak řeči, nadměrnou sebeúctu a sníženou potřebu spánku. Lidé, kteří zažívají pouze manické stavy, ale nezažijí depresivní epizody, jsou také klasifikováni jako osoby s bipolární poruchou (WHO, 2018).

Bipolární poruchy jsou poruchy mozku, které způsobují změny nálady, energie a schopnosti člověka fungovat. Bipolární porucha je kategorie, která zahrnuje hlavně tři různé stavy – bipolární I, bipolární II a cyklotymickou poruchu (APA, 2000).

- **BIPOLÁRNÍ PORUCHA I** může způsobovat dramatické změny nálady. Během manické epizody se lidé s bipolární poruchou I mohou cítit extrémně vysoko a na vrcholu světa, nebo se cítit nepříjemně podrážděně a „naštvaně“. Během depresivní epizody se mohou cítit smutní a beznadějní. Mezi těmito epizodami jsou často období normálních nálad. Bipolární porucha I je diagnostikována, když má člověk manickou epizodu.



- BIPOLÁRNÍ PORUCHA II se týká osoby, která prožívá alespoň jednu velkou depresivní epizodu a alespoň jednu hypomanickou epizodu. Lidé se mezi epizodami vrací k obvyklému fungování. Lidé s bipolární poruchou II často nejprve vyhledají léčbu kvůli depresivním příznakům, které mohou být závažné, a často mají další současně se vyskytující duševní onemocnění, jako je úzkostná porucha nebo problémy spojené s užíváním návykových látek.
- CYKLOTYMICKÁ PORUCHA je mírnější forma bipolární poruchy zahrnující mnoho změn nálady, s hypománií a depresivními příznaky, které se vyskytují často a poměrně neustále. Lidé s cyklotymií prožívají emoční vzestupy a pády, ale s méně závažnými příznaky než u bipolární poruchy I nebo II. Mezi příznaky cyklotymické poruchy dále patří následující:
 - ✓ Po dobu nejméně dvou let mnoho období hypomanických a depresivních příznaků (viz výše), ale příznaky nesplňují kritéria pro hypomanické nebo depresivní epizody.
 - ✓ Během dvouletého období příznaky (změny nálady) trvaly nejméně polovinu času a nikdy nepřestaly dříve než za dva měsíce.

SCHIZOFRENIE A DALŠÍ PSYCHÓZY

Schizofrenie je duševní onemocnění, které postihuje přibližně 23 milionů lidí na celém světě. Psychózy, včetně schizofrenie, jsou charakterizovány narušením myšlení, vnímání, emocí, jazyka, smyslu pro sebe a chování. Mezi běžné psychotické zážitky patří halucinace (slyšení, vidění nebo citění věcí, které neexistují) a bludy (pevná falešná víra nebo podezření, která jsou pevně držena, i když existují důkazy o opaku). Schizofrenie způsobuje řadu obtíží, které negativně ovlivňují práci nebo studium a životy lidí obecně (APA, 2000).

Stigma a diskriminace mohou mít za následek nedostatečný přístup ke zdravotním a sociálním službám. Lidé s psychózou jsou navíc vystaveni vysokému riziku případů porušování lidských práv, jako například dlouhodobému uvěznění v ústavech či nemocnicích.

Schizofrenie obvykle začíná v pozdním dospívání nebo v rané dospělosti. Někteří lidé mohou vykazovat jasné příznaky, ale při jiných příležitostech se mohou zdát v pořádku, dokud nezačnou popisovat, na co skutečně myslí. Příznaky u schizofrenie se mohou lišit v závislosti na jednotlivých vlastnostech. Příznaky jsou rozděleny do čtyř hlavních kategorií (APA, 2000):

1. Pozitivní příznaky – známé také jako psychotické příznaky. Například bludy a halucinace.
2. Negativní příznaky – odkazují na stavy, kdy se lidé zdají být nepřítomni. Například absence výrazů v obličeji nebo nedostatek motivace.
3. Kognitivní příznaky – ovlivňují kognitivní nebo myšlenkové procesy člověka. Mohou to být pozitivní nebo negativní příznaky; například špatná koncentrace je negativním příznakem.



4. emoční příznaky – obvykle se jedná o negativní příznaky, jako jsou otupené emoce.

Hlavní příznaky:

- Klamné představy – lidé projevují falešné přesvědčení, které mohou mít mnoho podob, například klamné pronásledování nebo klamné majestáty. Mohou mít pocit, že se je ostatní pokoušejí ovládat na dálku. Nebo si mohou myslet, že mají mimořádné schopnosti a dovednosti.
- Halucinace – slyšení hlasů je mnohem častější než zrakové halucinace či cítění a vnímání chutí, které nejsou přítomny; lidé se schizofrenií však mohou pociťovat širokou škálu halucinací.
- Porucha myšlení – osoba může bez logického důvodu přeskakovat z jednoho tématu na druhé. Člověka je pak v hovoru obtížné sledovat nebo je hovor nepravidelný.

Další příznaky:

- Nedostatek motivace – lidé ztrácejí motivaci. Každodenní činnosti, jako je např. praní a vaření, jsou zanedbávány nebo je velmi obtížné jich dosáhnout.
- Obtížné vyjadřování emocí – reakce lidí na šťastné nebo smutné události mohou chybět nebo jsou nevhodné.
- Sociální izolace – když se lidé se schizofrenií společensky stáhnou, je to často proto, že věří, že jim někdo ublíží.
- Nevědomost o nemoci – jelikož halucinace a bludy se pacientům zdají být tak skutečné, mnozí z nich nemusí věřit, že jsou nemocní. Mohou odmítat brát léky ze strachu z vedlejších účinků nebo ze strachu, že léky mohou být například jed.
- Kognitivní potíže – je ovlivněna schopnost pacientů soustředit se, vybavovat si věci, plánovat dopředu a organizovat si život, což ztěžuje také komunikaci s okolím (APA, 2000).

DEMENCE

Demence není onemocnění jako takové, ale obecným pojmem, který popisuje příznaky poruchy paměti, komunikace a myšlení. Na celém světě trpí demencí přibližně 50 milionů lidí. Demence má obvykle chronickou nebo progresivní povahu, při které dochází ke zhoršení kognitivních funkcí (tj. schopnosti zpracovávat myšlenky) nad rámec toho, co lze očekávat od obvyklého stárnutí. Ovlivňuje paměť, myšlení, orientaci, porozumění, výpočet, schopnost učení, jazyk a úsudek. Porucha kognitivních funkcí je obvykle doprovázena a občas jí předchází zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace (WHO, 2018).

Demence je způsobena řadou nemocí a poranění, které postihují mozek, jako je Alzheimerova choroba nebo mrtvice. Zde jsou některé typy demence (APA, 2000):



- Alzheimerova choroba je charakterizována „plaky“ mezi umírajícími buňkami v mozku a „spleti“ v buňkách (oba stavy jsou způsobeny abnormalitami bílkovin). Mozková tkáň u osoby s Alzheimerovou chorobou má postupně méně nervových buněk a spojení a celková velikost mozku se zmenšuje.
- Demence s Lewyho tělísky je neurodegenerativní stav spojený s abnormálními strukturami v mozku. Změny v mozku zahrnují protein nazývaný alfa-synuklein.
- Smíšená demence označuje diagnózu dvou nebo tří typů vyskytujících se současně. Například člověk může vykazovat Alzheimerovu chorobu i vaskulární demenci současně.
- Parkinsonova choroba je také poznamenána přítomností Lewyho tělísek. Ačkoli je Parkinsonova choroba často považována za poruchu pohybu, může také vést k příznakům demence.
- Huntingtonova choroba se vyznačuje specifickými typy nekontrolovaných pohybů, ale zahrnuje také demenci.

Mezi další poruchy vedoucí k příznakům demence patří (APA, 2000):

- Frontotemporální demence známá také jako Pickova choroba.
- Hydrocefalus s normálním tlakem, kdy se v mozku hromadí přebytek mozkomíšního moku.
- Zadní kortikální atrofie připomínající změny pozorované u Alzheimerovy choroby, ale v jiné části mozku.
- Downův syndrom zvyšuje pravděpodobnost Alzheimerovy choroby u mladých lidí.

Možné příznaky demence (APA, 2000):

- Čerstvá ztráta paměti – známkou toho může být opakovaná otázka na stejnou otázku.
- Obtíž při plnění známých úkolů – například při pití nebo vaření jídla.
- Problémy s komunikací – potíže s jazykem; zapomínání jednoduchých slov nebo používání špatných slov.
- Dezorientace – například ztráta na dříve známé ulici.
- Problémy s abstraktním myšlením – například nakládání s penězi.
- Umístění věcí – zapomínání na předměty každodenní potřeby, jako jsou klíče nebo peněženka.
- Změny nálady – náhlé a nevysvětlené změny nálad.
- Změna osobnosti – podrážděnost, podezřívavost, strach.
 - Ztráta iniciativy – projevení menšího zájmu něco začít nebo někam jít.

Jak pacienti stárnou, příznaky demence v pozdním stadiu mají tendenci se zhoršovat.



VÝVOJOVÉ PORUCHY

Vývojová porucha je zastřešující pojem pokrývající intelektuální postižení a poruchy autistického spektra. Vývojové poruchy mají obvykle nástup v dětství, ale přetrvávají až do dospělosti, což způsobuje zhoršení nebo zpoždění funkcí souvisejících se zráním centrálního nervového systému. Obvykle pozorujeme spíše stabilní průběh než období remisí a relapsů, které jsou charakteristická pro jiná duševní onemocnění (WHO, 2018).

Vývojové poruchy jsou definovány omezeními v klíčových funkčních doménách (např. motorické, komunikační, sociální, akademické) vyplývající z aberantního vývoje nervového systému. Tato omezení se mohou v dětství nebo v dospívání projevit jako zpoždění při dosahování vývojových milníků a jako kvalitativní abnormality nebo nedostatek funkce v jedné nebo více doménách (Reiss, 2009).

Na základě Sulkese (2018) patří mezi vývojové poruchy mimo jiné:

- Porucha pozornosti / hyperaktivita: ADHD se vyznačuje špatným nebo krátkým udržením pozornosti a / nebo nadměrnou aktivitou a impulzivností nevhodnou pro věk dítěte, která narušuje jeho fungování nebo vývoj. Příznaky mohou zahrnovat potíže se soustředěním, s dokončováním úkolů (špatné výkonné dovednosti), neklid, výkyvy nálady, netrpělivost a potíže s udržováním vztahů.
- Poruchy autistického spektra: Poruchy autistického spektra (PAS) se týkají stavů, ve kterých mají lidé potíže s rozvojem obvyklých sociálních vztahů, abnormálně nebo vůbec nepoužívají jazyk a chovají se nutkavými a rituálními způsoby. Porucha autistického spektra (PAS) zahrnuje skupinu neuro- developmentálních postižení. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (5. vydání, DSM-5, Americká psychiatrická asociace, 2013) zahrnuje autismus, Aspergerovu poruchu a „všudypřítomnou poruchu osobnosti jinak blíže neurčenou“ pod hlavičkou PAS (APA, 2013).
- Mezi příznaky poruch autistického spektra patří narušené sociální chování, komunikace a jazyk a úzká škála zájmů a aktivit, které jsou jedinečné pro jednotlivce a jsou prováděny opakovaně (Reis, 2009). Děti s autistickým spektrem například často opakují určité chování:
 - ✓ Vyhýbání se očnímu kontaktu
 - ✓ Nejsou schopni vyjádřit jazykem to, na co myslí
 - ✓ Mají vysoký nebo plochý hlas
 - ✓ Je pro ně těžké vést konverzaci
 - ✓ Mají potíže s ovládnutím emocí
 - ✓ Provádí opakující se chování, jako je mávání rukou, houpání, skákání nebo točení

Vývojové poruchy často pocházejí z dětství nebo raného dětství. Lidé s těmito poruchami občas vykazují určitý stupeň mentálního postižení.



UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Závislost je komplexní stav, která se projevuje kompulzivním užíváním návykových látek navzdory škodlivým následkům. Lidé se závislostí (těžká porucha užívání návykových látek) se intenzivně zaměřují na užívání určité látky (látek), jako je alkohol nebo drogy, do té míry, že jim to negativně ovlivňuje život. Pokračují v užívání alkoholu nebo drog, i když vědí, že jim to způsobí problémy. Přesto je k dispozici řada účinných způsobů léčby, které pomáhají lidem zotavit se ze závislosti a vést normální a produktivní život (APA, 2013).

Lidé se závislostí na užívání návykových látek mají zkrácené myšlení, chování a tělesné funkce. Změny v zapojení mozku způsobují, že lidé mají intenzivní chuť na drogu a vyžadují její užívání. Studie zobrazování mozku ukazují změny v těch oblastech, které souvisejí s úsudkem, rozhodováním, učením, kontrolou paměti a chování. Tyto látky mohou způsobit škodlivé změny ve fungování mozku. Tyto změny mohou trvat dlouho po okamžitých účincích drogy – intoxikaci. Intoxikace je intenzivní potěšení, klid či stav zvýšené činnosti smyslů způsobený drogou. Příznaky intoxikace jsou u každé látky odlišné. V průběhu času si lidé se závislostí vybudovali toleranci, což znamená, že potřebují větší množství konkrétní látky, aby pocítili její účinky. Poruchy související s užíváním návykových látek se obvykle dělí do dvou skupin (Domingo & Zhang, 2019):

- Psychické poruchy vyvolané užíváním návykových látek: označují duševní změny způsobené přímými účinky látky nebo jako vedlejší účinek abstinčního syndromu, jmenovitě deprese, psychóza nebo úzkost.
- Poruchy spojené s užíváním návykových látek: označují obtíže se sebe-kontrolou při samotném užívání a nadužívání návykových látek.

Lidé se závislostí na návykových látkách si mohou být vědomi svého problému, ale nejsou schopni jej zastavit, i když chtějí. Závislost může způsobit zdravotní problémy i sociální problémy v práci, u členů rodiny a přátel. Zneužívání drog a alkoholu je hlavní příčinou nemoci, kterým lze předcházet, a mohou vest až k předčasné smrti. Příznaky poruchy užívání návykových látek jsou seskupeny do následujících čtyř kategorií:

- Zhoršená kontrola: touha nebo silné nutkání požití látky; touha nebo neúspěšné pokusy omezit nebo kontrolovat užívání návykových látek
- Sociální problémy: užívání návykových látek způsobuje nesplnění hlavních úkolů v práci, ve škole nebo v domácnosti; sociální, pracovní nebo volnočasové aktivity jsou kvůli užívání návykových látek vzdány nebo omezeny
- Rizikové užívání: látka se užívá v rizikových prostředích; pokračující požívání navzdory známým problémům
- Drogové účinky: tolerance (pro dosažení stejného účinku je potřeba většího množství); abstinční příznaky (pro každou látku odlišné).

Mnoho lidí má zkušenost jak s duševním onemocněním, tak i se závislostí, často nazývanou duální porucha. Duševní onemocnění může být přítomno před závislostí. Nebo může závislost duševní onemocnění vyvolat či zhoršit.



Medikace a její vedlejší účinky

DEPRESE

Existuje několik léků používaných při léčbě deprese, které jsou klasifikovány v závislosti na neurotransmiteru, na který působí:

- Tricyklická antidepresiva: Tofranil, Anafranil, Triptizol, Ludiomil, Lantanon.
- Inhibitory monoaminoxidázy (MAOI): Parnate, Nardelzine, Manerix (reverzibilní)...
- Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI): Dumirox, Prozac, Reneuron, Adofen, Motivan, Seroxat, Frosinor, Besitran, Aremis, Seropran, Prisdal, Rexer. Jsou nejbezpečnější a mají nižší počet vedlejších účinků a interakcí s jinými typy léků.
- Noradrenergika a serotoninergika: Vandral, Dobupal.
- Trazodon: Deprax.
- Nefadodona: Menfazona, Dutomin, Rulivan.
- Noradrenergika a serotoninergika: Vandral, Dobupal.
- Trazodon: Deprax; Nefadodona: Menfazona, Dutomin, Rulivan.

Hlavními vedlejšími účinky těchto léků mohou být nevolnost, zvýšená chuť k jídlu, která způsobuje zvýšení hmotnosti, sexuální dysfunkce, únava, ospalost, nespavost, sucho v ústech, rozmazané vidění, zácpa, závratě, neklid, úzkost a dokonce genetické variace (klinika Mayo, 2017; Ferguson, 2001; Medina & Garcia de Leon, 2004).

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Nejčastěji používanými léky k léčbě úzkostných poruch jsou léky proti úzkosti (obvykle předepsané pouze na krátkou dobu) a antidepresiva. Beta-blokátory, používané při srdečních onemocněních, se někdy používají k léčbě fyzických příznaků úzkosti. Toto je klasifikace léků předepisovaných při úzkostech podle Americké asociace pro úzkost a depresi (ADAA):

1. Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Jsou typem antidepresiv a působí zastavením nervových buněk v mozku před reabsorpcí serotoninu, což je chemická látka, která hraje zásadní roli v regulaci nálady. Mezi příklady těchto léků patří:

- citalopram (Celexa)
- escitalopram (Lexapro)
- fluoxetine (Prozac)
- fluvoxamine (Luvox)
- paroxetine (Paxil, Pexeva)
- sertraline (Zoloft)

Mezi vedlejší účinky těchto léků patří: rozmazané vidění, závratě, ospalost nebo únava, sucho v ústech, pocit neklidu, přibývání na váze, bolesti hlavy, nevolnost, sexuální



problémy nebo erektilní dysfunkce, problémy se spánkem, podrážděný žaludek.

2. Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a norepinefrinu: Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a norepinefrinu (SNRI) jsou další třídou antidepresiv, která léčí depresi a úzkost. Lékaři jimi mohou také předepsat léčbu některých chronických bolestivých stavů. Tyto léky fungují tím, že snižují mozkovou reabsorpci chemických látek serotoninu a norepinefrinu. Příklady těchto léků jsou:

- duloxetine (Cymbalta)
- venlafaxine (Effexor XR)

Nežádoucí účinky SNRI jsou podobné jako u SSRI a zahrnují: zácpu, závratě, ospalost nebo únavu, sucho v ústech, bolesti hlavy, zvýšený krevní tlak, přibývání na váze, ztráta chuti k jídlu, nevolnost, sexuální problémy nebo erektilní dysfunkce, problémy se spánkem, pocení více než obvykle, podrážděný žaludek.

3. Tricyklická antidepresiva: Tricyklická antidepresiva (TCA) jsou starší skupinou antidepresiv. I když mohou být účinné při léčbě deprese a úzkosti, lékaři často místo toho předepisují SSRI, protože způsobují méně nežádoucích účinků. TCA však mohou být pro některé lidi užitečné, zvláště pokud jiné léky neposkytují úlevu. Mezi příklady těchto léků patří:

- amitriptyline (Elavil)
- imipramine (Tofranil)
- nortriptyline (Pamelor)

Vedlejší účinky se u TCA liší, protože fungují různými způsoby. Možné nežádoucí účinky zahrnují: zácpu, rozmazané vidění, potíže s močením, sucho v ústech, ospalost nebo únavu, zvýšená chuť k jídlu, závratě, nízký krevní tlak, úbytek nebo přibývání na váze, sexuální problémy nebo erektilní dysfunkce, třes, pocení více než je obvyklé.

4. Benzodiazepiny: Benzodiazepiny jsou typem sedativ, které snižují fyzické příznaky úzkosti, jako jsou napjaté svaly. Tyto léky také podporují relaxaci a jejich účinky se projeví během několika minut. Mezi příklady těchto léků patří:

- alprazolam (Xanax)
- chlordiazepoxide (Librium)
- diazepam (Valium)
- lorazepam (Ativan)

Mezi možné nežádoucí účinky patří: rozmazané vidění, zmatenost, ospalost nebo únavu, závratě, bolesti hlavy, ztráta paměti nebo koncentrace, problémy s rovnováhou, problémy s koordinací nebo řečí, podrážděný žaludek.

Další léky při léčbě úzkostné poruchy: Mnoho dalších léků může pomoci při léčbě úzkosti, ačkoli lékaři je obvykle předepisují pouze v případě, že SSRI nebo podobné léky nefungují.



1. Beta-blokátory: Beta-blokátory jsou běžným lékem pro lidi s vysokým krevním tlakem a srdečními chorobami. Lékaři je však mohou v určitých situacích předepsat na zmírnění úzkostných stavů. Beta-blokátory snižují účinky norepinefrinu, což znamená, že mohou zmírnit některé fyzické příznaky úzkosti. Příklady beta-blokátorů zahrnují atenolol (Tenormin) a propranolol (Inderal). Mezi možné vedlejší účinky beta-blokátorů patří: studené ruce a nohy, deprese, extrémní únava, nízký krevní tlak, dušnost, problémy se spánkem, přibývání na váze.

2. Buspiron: Tento lék proti úzkosti může léčit krátkodobé nebo dlouhodobé příznaky úzkosti. Buspiron (BuSpar) působí mnohem pomaleji než benzodiazepiny a nemusí léčit všechny typy úzkostných poruch, ale způsobuje méně vedlejších účinků a má nižší riziko závislosti. Mezi nežádoucí účinky buspironu patří: rozmazané vidění, průjem, závratě, ospalost, sucho v ústech, únava, bolesti hlavy, bolesti svalů, nevolnost, špatná koncentrace, neklid nebo nervozita, problémy se spánkem, pocení, slabost.

3. Inhibitory monoaminoxidázy: Inhibitory monoaminoxidázy (MAOI) jsou jedním z prvních typů antidepressiv. Lékaři je mohou předepisovat k léčbě příznaků panické poruchy a sociální fobie. Mezi příklady těchto léků patří:

- isocarboxazid (Marplan)
- phenelzine (Nardil)
- selegiline (Emsam)
- tranylcypromine (Parnate)

Potenciální vedlejší účinky IMAO zahrnují: zácpu, průjem, závratě, ospalost, sucho v ústech, potíže s močením, bolesti hlavy, nízký krevní tlak, nevolnost, sexuální dysfunkce, problémy se spánkem, pocení a přibývání na váze.

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Léky známé jako „stabilizátory nálady“, jako je lithium, jsou nejčastěji předepisovaným typem léků u léčby bipolární poruchy I. typu. Někdy se také používají antikonvulzivní léky a antipsychotika mohou také pomoci zvládnout bipolární poruchy, zejména ty, které jsou doprovázeny obdobími psychóz během těžké deprese nebo mánie (APA, 2013).

- Lithium se označuje obecným názvem uhličitan lithný (tobolky a tablety) a citrát lithný (tekutá forma), stejně jako několik obchodních názvů, například Eskalith, Eskalith CR a Lithobid. Lithium má následující možné nežádoucí účinky: nevolnost, třes, sucho v ústech, časté močení, průjem, přibývání na váze, zvýšená žížeň, ztráta chuti k jídlu, potíže s ledvinami, snížená aktivita štítné žlázy, únava, emoční necitlivost nebo tupý pocit. Je nezbytné, aby lidé užívající lithium zůstali hydratovaní, aby zabránili tomu, že jejich hladiny lithia v krvi se stanou příliš vysokými a toxickými.
- Antikonvulzivní léky: Antikonvulziva léčí stavy, které způsobují záchvaty, ale mohou



také pomoci zvládnout mánii u bipolární poruchy. Mezi příklady těchto léků patří:

- divalproex sodium (Depakote)
- lamotrigine (Lamictal)
- valproic acid
- carbamazepine
- Topiramate

Mezi nejčastější nežádoucí účinky při používání antikonvulzivních léků patří: nevolnost, třes, přibývání na váze, závratě, ospalost, rozmazané vidění, snížený počet bílých krvinek nebo krevních destiček, sucho v ústech, kožní vyrážky. Topiramate může mít také různé nebo další vedlejší účinky, včetně: hubnutí, problémů s pamětí, emoční necitlivosti nebo tupého pocitu, ledvinové kameny. Na druhou stranu lamotrigin může někdy způsobit silnou vyrážku, která vyžaduje lékařskou péči.

Antipsychotika: Během posledních let se k léčbě bipolárních poruch používá několik antipsychotik:

- olanzapin (Zyprexa)
- risperidon (Risperdal) u quetiapine (Seroquel)
- asenapin (Saphris)
- aripiprazol (Abilify)
- ziprasidon (Geodon)

Mezi potenciální vedlejší účinky antipsychotik patří: ospalost a sedace, sucho v ústech, třes, zvýšená chuť k jídlu, nárůst hmotnosti, zácpa, nízký krevní tlak, neklid, zvýšené sliny, snížení libida nebo sexuální dysfunkce. Asenapin navíc často způsobuje necitlivost úst a zvláštní chuť v ústech, zatímco aripiprazol a ziprasidon mohou způsobit nespavost a neklid. Ziprasidon může také způsobit srdeční problémy. Nakonec je důležité zmínit, že léky, které se nejčastěji používají při léčbě bipolární poruchy II, jsou stabilizátory nálady a antidepresiva, v závislosti na konkrétních příznacích. Nežádoucí účinky antidepresiv byly uvedeny v části léčby deprese.

SCHIZOFRENIE A DALŠÍ PSYCHÓZY

Neuroleptika a antipsychotika jsou nejběžnější medikací (Haloperidol, Sinogan, Largactil, Meleril, Orap, Modecate, Clopixol, Eskazine, Leponex, Cisordinol, Zyprexa, Risperdal, Dogmatil, Tiaprizal, Seroquel). Tyto léky blokují receptory dopaminu (látky odpovědné za přenos informací mezi buňkami nervového systému), ve kterých přebytek může vyvolat příznaky, jako jsou halucinace a bludy. Mohou lidem ulevit a následně také zabraňují relapsům, které působí jako „filtr“, který zabrání nadměrnému přenosu informací z jednoho neuronu do druhého v mozku. Neuroleptika a



antipsychotika mohou mít následující vedlejší účinky: nárůst hmotnosti, metabolický syndrom nebo sexuální dysfunkce (Caqueo-Urizar, Urzúa & Rus-Calafell, 2017; Sàezde Adana García de Acilu et al., 2014). Extra-pyramidové účinky se vyznačují motorickým neklidem, zejména nohou, nutí člověka k pohybu (akatie), svalovou ztuhlostí, třesem (zejména v rukou), křečemi a tendencí k otevírání úst a nadměrnému slinění.

DEMENCE

Odumírání mozkových buněk nelze zvrátit. Na základě toho neexistuje žádný známý lék na degenerativní demenci, přesto existují čtyři léky, nazývané inhibitory cholinesterázy, které se používají ke zmírnění příznaků, zejména u Alzheimerovy choroby, a mohou také pomoci s behaviorálními prvky Parkinsonovy choroby (APA, 2013):

- donepezil (Aricept)
- galantamine (Reminyl)
- rivastigmine (Exelon)
- tacrine (Cognex)

Většina lidí nemá při užívání inhibitorů cholinesterázy vedlejší účinky, ale někteří mají: nevolnost, zvracení, nechutenství, častější pohyby střev, podlitiny, svalové křeče, bolesti hlavy, únava, nespavost. Může být také použit jiný druh léčiva, memantin (Namenda), antagonist NMDA receptoru, samotný nebo v kombinaci s inhibitorem cholinesterázy. Memantin pomáhá vyrovnat glutamát, což je další „chemický posel“ zapojený do paměti a učení, a může pomoci zlepšit paměť, pozornost, uvažování a jazyk. Nežádoucí účinky nejsou příliš časté, ale mohou zahrnovat: zácpu, závratě, bolesti hlavy, zmatenost, únavu, zvýšený krevní tlak a ospalost.

VÝVOJOVÉ PORUCHY

Léčba vývojových poruch se u každého typu poruchy liší (Sulkes, 2018):

Léčba ADHD: Psychostimulační léky jsou nejúčinnější farmaceutickou léčbou. Psychostimulanty, které se nejčastěji předepisují, jsou methylfenidát a další léky podobné amfetaminu. Jsou stejně účinné a mají podobné vedlejší účinky. Mezi vedlejší účinky psychostimulantů patří mimo jiné: poruchy spánku (například nespavost), potlačení chuti k jídlu, deprese, smutek nebo úzkost, bolesti hlavy, bolesti břicha, zvýšená srdeční frekvence a krevní tlak. Většina dětí nemá žádné vedlejší účinky kromě snížené chuti k jídlu.

K léčbě nepozornosti a jiných behaviorálních potíží lze použít řadu dalších léků. Mezi tyto léky patří:

- Atomoxetin (nestimulační lék na ADHD). Mezi běžné nežádoucí účinky atomoxetinu patří: kyselý žaludek, krvácení, poruchy menstruace, kašel, snížení močení, snížení chuti k jídlu, závratě, sucho v ústech, horečka, bolest hlavy, podrážděnost, nevolnost, ospalost.
- Některá léčiva obvykle používaná k léčbě vysokého krevního tlaku, jako je klonidin



a guanfacin

- Antidepresiva
- Léky proti úzkosti

Někdy se používá kombinace léků. Nežádoucí účinky těchto léků již byly uvedeny v jiných částech této kapitoly.

Poruchy autistického spektra: Medikace jako taková nemůže změnit základní poruchu, avšak selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jako je fluoxetin, paroxetin a fluvoxamin, jsou často účinné při snižování rituálního chování lidí s poruchou autistického spektra. Antipsychotika, jako je risperidon, lze použít ke snížení sebepoškozujícího chování, i když je třeba vzít v úvahu riziko nežádoucích účinků (jako je přibývání na váze a poruchy pohybu). Stabilizátory nálady a psychostimulanty mohou být užitečné pro lidi, kteří jsou nepozorní nebo impulzivní nebo mají hyperaktivitu (Sulkes, 2018). Nežádoucí účinky těchto léků byly popsány výše.

UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Léky se používají k potlačení chutí na konkrétní návykové látky a ke zmírnění závažných příznaků z vysazení. Léčba se však liší v závislosti na návykové látce a okolnostech. Specifická léčba závisí na návykové látce, ale obvykle zahrnuje poradenství a někdy zahrnuje užívání medikace (Bressert, 2016).

Užívání kokainu: Zásady rehabilitace ze závislosti na kokainu jsou podobné jako u léčby závislosti na alkoholu nebo sedativ:

- Anxiolytika: Silnou nervozitu vyvolanou užíváním kokainu lze zmírnit diazepamem
- (Valium); tachyarytmii lze léčit propranololem (Inderol).
- Antidepresiva: imipramin a desipramin snižují euforii a touhu po kokainu.

Užívání marihuany: Nežádoucí účinky intoxikace marihuanou obvykle nevedou k odborné pozornosti. Neexistuje adekvátně zdokumentovaný případ úmrtí člověka intoxikací marihuanou. Zneužívání čisté marihuany zřídka vyžaduje hospitalizaci nebo farmakologickou léčbu a detoxikace není nutná. Protože marihuana může být pouze jednou z mnoha zneužívaných drog, měla by být cílem terapie úplná abstinence od všech psychoaktivních látek.

- Léky proti úzkosti: Občas jsou zapotřebí léky proti úzkosti nebo panice, které jsou vyvolané užíváním konopím. Pokud lidé užívají konopí ke zmírnění úzkosti, měl by se



za substituční léčbu považovat lék proti úzkosti.

- Antipsychotika: jsou občas potřebná k léčbě vleklé psychózy vyvolané konopím.
- Antidepressivum: Pokud pacient užíval konopí ke zmírnění deprese, mělo by se antidepressivum považovat za substituční terapii.

Užívání opiátů: Léky používané k léčbě závislosti na opiátech jsou metadon, buprenorfin a naltrexon. Nežádoucí účinky metadonu mohou být: bolest hlavy, nárůst hmotnosti, bolest žaludku, sucho v ústech, bolest jazyka, nával horka, potíže s močením, změny nálad, problémy se zrakem, problémy se zaspáním nebo usnutím. Na druhé straně mohou být vedlejší účinky buprenorfinu: bolest hlavy, bolest žaludku, zácpa, potíže se spánkem nebo spánkem, necitlivost nebo zarudnutí úst, bolest jazyka, rozmazané vidění, bolest zad. Nežádoucí účinky naltrexonu mohou

zahrnovat: nevolnost, zvracení, bolesti nebo křeče v žaludku, průjem, zácpu, ztrátu chuti k jídlu, bolest hlavy, závratě, úzkost, nervozitu, podráždění, potíže s usínáním, sníženou energii, ospalost, svalovou nebo bolest kloubů, vyrážku.

Zneužívání alkoholu: K léčbě zneužívání alkoholu se doporučuje řada léků. Tyto zahrnují:

- Akamprosát: používá se k prevenci relapsu u lidí, kteří úspěšně dosáhli abstinence od alkoholu. Mezi vedlejší účinky akamprosátu patří: průjem, plynatost, podrážděný žaludek, ztráta chuti k jídlu, sucho v ústech, závratě, svědění, slabost, nevolnost, úzkost, potíže se spánkem nebo usínáním, pocení.
- Disulfiram: působí odrazováním od pití tím, že způsobuje nepříjemné fyzické reakce (nevolnost, bolest na hrudi, zvracení, závratě).
- Naltrexon (viz výše).
- Nalmefen: lze použít k prevenci relapsu nebo omezení množství alkoholu u některých nápojů. Funguje tak, že blokuje opioidní receptory v těle, což snižuje chuť na alkohol. Nežádoucí účinky mohou zahrnovat nevolnost, zvracení, tachykardii a hypertenzi.



POUŽITÁ LITERATURA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. DSM-5). Washington, DC.
- American Psychological Association (2000). *Encyclopedia of Psychology*. Washington DC.
- Andrews, F.M., & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. New York (NY): Plenum.
- Anxiety and Depression Association of America (2018). *What Medications Are Used to Treat Anxiety Disorders?* ADAA Silver Spring, MD.
- Bressert, S. (2017). *Substance Use Disorder Treatment*. Psych Central.com
- Caqueo-Urizar, A., Urzua A., & Rus-Calafell, M. (2017). *Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos*. *Revista de Terapia Psicológica*, Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). *Subjective Well-Being. Three Decades of Progress*. *Psychological Bulletin*, Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Domingo, B., & Zhang, X. (2019). *Overview of Substance-Related Disorders*. Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA.
- Eurostat (2018). *Mental health and related issues statistics*. Eurostat Statistics Explained.
- Ferguson, J.M. (2001). SSRI Antidepressant Medications: Adverse Effects and Tolerability. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 3(1), 22-27.
- Health and Consumer Protection Directorate General (2004). *The State of Mental Health in European Union*. European Commission.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York, NY, US: Russell Sage Foundation.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Manderscheid, R.W., Ryff, C.D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R., Dhingra, S., & Strine, T.W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventive Chronic Disease*, 7(1), A19. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0124.htm.
- Mayo Clinic (2017). *Antidepressants: Get tips to cope with side effects*. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER).
- Medina, J., & García de León, M. (2004). Adverse events of antidepressants. *Vigilia-Sueno*, 16(S1), 48-57.
- Neugarten, B.L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 311-335). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Reiss, A.L. (2009). Childhood developmental disorders: an academic and clinical convergence point for psychiatry, neurology, psychology and pediatrics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(1-2), 87-98. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02046.x
- Riff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. doi: 10.007/s10902-006-9019-0
- Sàez de Adana, E., Cano, A.I., Eizaguirre, A., & López, S. (2014). Efectos adversos de antipsicóticos atípicos, diferencias según sexo. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 95-101.
- Sulkes, S.B. (2018). *Autism spectrum disorders*. MSD Manual.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- World Health Organization (1948). *Constitution of the World Health Organization*. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf



- World Health Organization (2013). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. [apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66_R8-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/R8-en.pdf)
- World Health Organization (2015). *The European Mental Health Action Plan*. WHO Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.
- World Health Organization (2018a). *Fact Sheet about Mental Disorders* (www.who.int).
- World Health Organization (2018b). *Fact Sheet about Mental Health: strengthening our response* (www.who.int).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



ADVANCED SKILLS FOR ACTIVE LIVING



Cvičení a duševní zdraví

Autoři: **Kostas Karteroliotis, Maria Koskolou**
National and Kapodistrian University of Athens



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Fyzická aktivita/cvičení a duševní zdraví

Definice fyzické aktivity a cvičení

FYZICKÁ AKTIVITA (FA)

WHO definuje fyzickou aktivitu jako jakýkoli tělesný pohyb vyvolaný kosterními svaly, který vyžaduje výdej energie – včetně činností prováděných při práci, hraní her, provádění domácích prací, cestování a rekreačních aktivitách. Pravidelná fyzická aktivita střední intenzity – například chůze, jízda na kole nebo sportování – má významné přínosy pro zdraví (WHO, 2017).

CVIČENÍ

Cvičení je podkategorie fyzické aktivity, která je plánovaná, strukturovaná, opakující se a jejímž cílem je zlepšit nebo udržovat jednu nebo více složek fyzické zdatnosti. Kromě cvičení má jakákoli jiná fyzická aktivita prováděná ve volném čase, při přepravě z místa na místo nebo aktivity v rámci pracovního procesu, zdravotní přínos. Fyzická aktivita se střední a intenzivní fyzickou zátěží dále zlepšuje zdraví (WHO, 2017).

Přínos fyzické aktivity (FA) a cvičení

Existuje stále více důkazů, které naznačují, že FA a / nebo cvičení jsou účinnou součástí léčby lidí, kteří onemocněli akutními a chronickými nemocemi. Například pravidelná FA a / nebo cvičení jsou velmi důležitými faktory celkové pohody a bylo prokázáno, že i mírné zvýšení FA má velký dopad na zlepšení celkového zdraví a kvality života (Kohl et al., 2012; Reiner, Niermann, Jekauc, & Woll, 2013). Na druhé straně je nedostatečná FA nebo vysoká úroveň sedavého chování jedním z hlavních celosvětových rizikových faktorů úmrtí. Nedostatečná FA je klíčovým rizikovým faktorem pro nepřenositelná onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění (tj. Rakovina a cukrovka) (Lee et al., 2012). Metaanalýza založená především na kohortních studiích zjistila, že FA je spojena s 28-37% poklesem úmrtnosti ze všech příčin u mužů i žen, a to i po úpravě o další relevantní rizikové faktory (Nocon, Hiemann, Müller-Riemenschneider, Thalau, Roll, & Willich, 2008). Tyto přínosy pro zdraví byly uváděny konzistentně u všech věkových kategoriích ve všech kulturních / etnických skupinách.

Positivní účinky FA na duševní zdraví jsou také dobře zdokumentovány. Epidemiologické a experimentální studie, stejně jako randomizované kontrolované studie, ukázaly střední až silnou souvislost mezi zvýšením FA / cvičení a zlepšením v různých oblastech psychopatologie (Rosenbaum et al., 2014; Stubbs et al., 2017), vnímání sebe sama a duševního zdraví (Herman, Hopman a Sabiston, 2015). Přesněji řečeno, vyšší hladiny FA jsou spojeny se sníženou prevalencí symptomů u změn nálad (Ten Have, de Graaf, & Monshouwer, 2011), úzkosti (včetně panické poruchy, agorafobie, sociální fobie a



specifické fobie) (Goodwin, 2003), užívání návykových látek (Bardo & Compton, 2015) a poruchy příjmu potravy (Goñi & Rodríguez, 2007), stejně jako se zlepšením kvality života (Schmitz, Kruse, & Kugler, 2004). Prospektivní šetření poznamenávají, že zvýšená FA snížila prevalenci úzkosti, somatoformy a dystymické poruchy u mladých dospělých (Ströhle et al., 2007) a depresivních a úzkostných poruch u starších dospělých (Pasco et al., 2011). Intervence pracující s FA u mladých dospělých jedinců dále spojují zvýšení FA s klinicky významným zlepšením symptomů deprese (Parker et al., 2016) a kvalitou života (Rosenbaum et al., 2014).

Výzkum u dospělých lidí se schizofrenií, kteří se účastní kontrolovaných cvičebních programů, také naznačuje zlepšení symptomů a lepší kognitivní výkon. Programy FA / cvičení u pacientů se schizofrenií také ukázaly zlepšení psychologických výsledků, jako je sociální kompetence, sebeúcta a pohoda (Holley, Crone, Tyson, & Lovell, 2011). Cvičení je také přínosné pro zlepšení fyzického zdraví jedinců s vážným duševním onemocněním (např. Schizofrenie, bipolární porucha), kteří v průměru zemřou o 16 až 20 let dříve než běžná populace (Saha, Chant a McGrath, 2007). A konečně některé populační studie naznačují, že nefarmakologické intervence, jako je tělesné cvičení, se jeví jako alternativní léčba u pacientů s kognitivním poklesem, demencí a souvisejícími nemocemi (Laver, Dyer, Whitehead et al., 2016; Tanigawa, Takechi, Arai a kol., 2014).

VZTAH MEZI FA / CVIČENÍM A DEPRESÍ

Vědecký Poradní Výbor v Doporučení pro Fyzickou Aktivitu pro Americkou populaci z roku 2008 dospěl k závěru, že neexistuje dostatek důkazů na podporu toho, že FA a / nebo cvičení chrání před jakýmkoli typem úzkostné poruchy nebo snižují příznaky u pacientů s úzkostnou poruchou (výbor, 2008). Během posledních dvou desetiletí však existují silné důkazy, zejména z randomizovaných klinických studií, které naznačují, že relativně vysoká úroveň FA / cvičení chrání před rozvojem deprese (Schuch et al., 2016; Strawbridge et al., 2002). Bylo zjištěno, že jedinci, kteří jsou fyzicky aktivní, mají menší pravděpodobnost rozvoje klinické deprese po dobu 5 let (Strawbridge et al., 2002). Ve studii provedené v Norsku s 33 908 účastníky bylo zjištěno, že základní pravidelné cvičení ve volném čase bylo spojeno se sníženým rizikem vzniku deprese v příštích 11 letech (Harvey et al., 2018). Výsledky této studie dále naznačují, že relativně malé množství FA (1 h / týden) bylo dostatečné k tomu, aby významně zmírnilo pravděpodobnost vzniku deprese. Zjištění, že vysoká účast na FA je negativně spojena s budoucí závažností subklinických depresivních příznaků a nižším rizikem vzniku klinické deprese, je konzistentní v celé literatuře a je podporována mnoha studii vysoké metodologické kvality (Mammen & Faulkner, 2013).

Účinky FA a pohybových intervencí u depresivních jedinců byly také podporovány v různých studiích (Robertson, Robertson, Jepson, & Maxwell, 2012; Schuch et al., 2016; Stanton & Reaburn, 2014). Hlavní výsledky těchto studií naznačují, že FA / cvičení má antidepresivní účinek, který se pohybuje od středně mírného až po velmi vysoký ve srovnání s kontrolními podmínkami (Krogh, Nordentoft, Sterne, & Lawlor, 2011). Kromě toho spousta metaanalýz shrnula účinky cvičení na depresivní příznaky u lidí s depresí (Krogh et al., 2011; Radovic, Gordon, & Melvin, 2017; Rebar, Stanton, Geard, Short, Duncan, & Vandelanotte 2015; Rethorst, Wipfli, & Landers, 2009). Výsledky většiny těchto



metaanalýz naznačily, že cvičení snižuje depresivní příznaky u lidí s depresí, přičemž velikost účinků se pohybuje od malých po velmi velké. Bylo však navrženo, aby tyto výsledky byly interpretovány opatrně kvůli jejich vysoké heterogenitě (tj. Rozdílu ve velikosti účinků napříč těmito studiemi) (Krogh, Hjorthøj, Speyer, Gluud, & Nordentoft, 2017). V některých případech předchozí výzkum nenaznačil žádný účinek cvičení na depresi. Nedávné metaanalýzy však mohly podcenit výhody cvičení kvůli předpojatosti konkrétních studií (Ekkekakis, 2015).

Závěry výzkumu nakonec podpořily skutečnost, že pravidelné cvičení ve volném čase, a to i při nízkých úrovních a bez ohledu na jeho intenzitu, je spojeno se sníženým výskytem deprese v budoucnu. Dále bylo zjištěno, že lze zabránit 12 % budoucím případům deprese, pokud se jednotlivci účastní alespoň 1 hodiny FA týdně (Harvey, Øverland, Hatch, Wessely, Mykletun, & Hotopf, 2018).

Výsledky průřezového i dlouhodobého výzkumu celkově naznačují, že vyšší úroveň cvičení je spojena s nižším rizikem současné i budoucí deprese. Stále však existuje mnoho otázek omezujících širší uplatnění cvičení v depresi. Diskutovalo se například o tom, že existuje několik metodických problémů, jako jsou nekontrolované nerandomizované studie, malá velikost vzorků, nezaujaté hodnocení výsledků a zařazení subjektů bez klinické diagnózy, které omezují interpretovatelnost výsledků výzkumu (Lawlor & Hopker, 2001).

INSTRUKCE A DOPORUČENÍ PRO DEPRESIVNÍ PORUCHU

Výsledky výzkumu ukázaly, že FA a aerobní cvičení jsou efektivní metody léčby deprese srovnatelné s jinými metodami léčby, včetně antidepresiv. Například pokud jde o účinky FA / cvičení na depresi, bylo navrženo, že jak aerobní (např. Chůze, běh, plavání), tak anaerobní (např. odporový trénink) jsou účinné při snižování symptomů deprese (Rimer, Dwan, Lawlor, Greig, McMurdo, Morley et al., 2012). Existuje však několik potíží souvisejících s intervencemi odporového cvičení, protože vyžadují více prostoru, finančních investic a kvalifikovaného dohledu. Na druhou stranu je aerobní cvičení jednodušší a levnější alternativou cvičení k léčbě deprese. Navíc ani fyzické životní stylové aktivity (např. pracovní, rekreační, domácí a dopravní) také nejsou finančně zatěžující a jsou účinnou alternativou pro léčbu depresivních příznaků (Mead, Morley, Campbell, Greig, McMurdo a Lawlor, 2009).

Rethorst a Trivedi (2013) poskytují vynikající instrukce pro předepisování cvičení a FA pro lidi s depresí. Navrhují, aby cvičební programy mohly být organizovány ve třech až pěti setkání týdně, každé cvičební setkání trvalo 45 - 60 minut při 50% - 85% maximální tepové frekvenci pro aerobní trénink nebo tři série osmi opakování při 80% tepové frekvence u každého opakování u odporového tréninku. Tyto programy by měly trvat nejméně 10 týdnů.

Programy individuálního nebo skupinového cvičení mají podobný pozitivní vliv na lidi s depresí (Mota-Pereira, Silverio, Carvalho, Ribeiro, Fonte a Ramos, 2011). Bylo diskutováno, že skupinová cvičení pomáhají depresivním jedincům rozvíjet pozitivní pocity, jako je vnímání radosti, pocit sounáležitosti v sociálním kontextu a sociální podpora (Gore, Farrell, & Gordon, 2001). Skupinová cvičení se doporučují speciálně pro ženy, dospívající, jednotlivce ve stresových podmínkách a chronicky nemocné lidi (Luyten, Blatt, Van Houdenhove a Corveleyn, 2006). Podle Mead a kolegů (2009) se zdá, že skupinové cvičení



vytváří povzbudivou atmosféru, která by mohla pomoci zmírnit depresivní příznaky.

Na druhou stranu jsou individuální cvičební programy také účinné k dosažení okamžitých, významných a trvalých antidepresivních účinků. Výzkumné studie naznačují, že individuální cvičební programy pomáhají při nácviku dovedností a stanovení realistických cílů. Kromě toho mají individuální cvičební programy aditivní účinek na zlepšení souladu účastníků s léčebným programem (Chu, Buckworth, Kirby, & Emery, 2009).

A konečně, velmi užitečnou strategií pro udržení jednotlivců ve cvičební skupině je používání hudby či her a také zahrnutí zábavných, preferovaných a rekreačních aktivit (Cotter & Lachman, 2010).

VZTAH MEZI FA / CVIČENÍM A ÚZKOSTÍ

Ve srovnání se studií účinků FA na depresi byla asociací mezi FA a úzkostí věnována významně menší pozornost. Během posledních dvou desetiletí však existují silné důkazy z observačních i epidemiologických studií, že pravidelné FA a cvičení pozitivně souvisí s nižší úrovní úzkosti. Nedávné rozsáhlé průřezové důkazy prokazují inverzní asociaci mezi FA a úzkostí (Stubbs et al., 2017), podporující předchozí důkazy inverzní asociace mezi FA a následnou úzkostí u starších dospělých (Pasco et al., 2011). Dlouhodobé souvislosti mezi FA a příznaky úzkosti v obecné populaci však byly smíšené (Ten Have et al., 2011).

Důkazy z různých studií podpořily anxiolytické účinky cvičebních programů u dospělé neklinické populace (Rebar, Stanton, Geard, Short, Duncan, & Vandelanotte, 2015), a také u chronicky nemocných lidí a jedinců s úzkostnými poruchami (Herring, Jacob, Suveg, Dishman, & O'Connor, 2012; Stubbs et al., 2017). Dále bylo díky dalším studiím zjištěno, že rostoucí sedavé chování zvyšuje úzkost u mladých dospělých lidí (Edwards & Loprinzi, 2016). A konečně, výsledky z náhodných klinických studií naznačují, že FA a cvičení mohou zlepšit příznaky úzkosti u pacientů s úzkostí nebo stresovými poruchami (Herring, 2018).

Wipfli, Rethorst a Landers (2008) provedli metaanalýzu náhodných klinických studií velkých vzorků o účincích cvičení na úzkostné poruchy. Výsledky ukázaly jasný účinek cvičení na úroveň úzkosti. Do analýzy bylo zahrnuto celkem 3 566 jedinců a u cvičení byla zjištěna velikost účinku -0,48 ve srovnání s kontrolním vzorkem. Zjištění této studie také naznačují, že samotné cvičení bylo účinné při snižování úzkosti, protože žádná ze zahrnutých čtyřiceti devíti studií nespojovala cvičení s jinými formami léčby.

Existují však omezené důkazy týkající se vztahu mezi dávkou a odezvou mezi výsledky FA / cvičení a duševního zdraví. Výzkum naznačuje různá zjištění týkající se variability preferencí a tolerance různých intenzit cvičení. V souhrnu jsou výsledky obou epidemiologických studií a náhodných klinických studií týkající se vztahu dávka-odezva mezi FA / cvičením a úzkostí smíšené (Heesch, Burton, & Brown, 2011; Jayakody et al., 2014; Ten Have et al., 2011). Většina studií dospěla k závěru, že jako léčba zvýšené úzkosti nebo úzkostných poruch nabízí FA a cvičení výhody srovnatelné se zavedenou léčbou, včetně léků, a lepší než např. léčby placebem. Přestože bylo prokázáno, že antidepresiva jsou pro léčbu klinické úzkostné poruchy účinnější než FA a cvičení, výsledky výzkumu naznačují, že FA a cvičení mohou být i nadále přínosem jako doplňková léčba (Jayakody et



al., 2014)

Stručně řečeno, výsledky výzkumu naznačují, že cvičení by mohlo být užitečnou a dostupnou léčbou úzkostí. Kvůli několika metodickým omezením (např. nedostatečné velikosti vzorků, nevhodné kontrolní skupiny, výběr nesprávně validovaných nástrojů k hodnocení úzkosti a slabá vnitřní validita) zjištěných ve většině studií zkoumajících cvičební programy určené ke snížení úrovně úzkosti, by výsledky měly být vždy interpretovány s velkou opatrností.

INSTRUKCE PŘI ÚZKOSTNÝCH PORUCHÁCH

Na základě Vědeckého Poradního Výboru Pokyny pro Fyzickou Aktivitu pro Americkou populaci z roku 2008 neexistují žádné přesvědčivé důkazy na podporu toho, že FA a / nebo cvičení chrání před nástupem jakékoli úzkostné poruchy nebo snižují příznaky u pacientů s úzkostnou poruchou (výbor, 2008). Během posledních desetiletí však dostatečné důkazy, zejména z náhodných klinických studií, naznačují, že cvičební trénink může zlepšit příznaky úzkosti u zdravých dospělých, chronicky nemocných pacientů i pacientů s úzkostnými poruchami.

Bohužel existují neprůkazná zjištění ohledně dávky a typu cvičení u jedinců s úzkostmi. Nedávný výzkum, který přezkoumával deset náhodných klinických studií, které hodnotily použití kontrolních skupin zapojených do cvičebních programů versus skupiny lidí na čekající listině a pět náhodných klinických studií porovnávajících cvičení s vysokou intenzitou a nízkou intenzitou pro léčbu úzkosti, dospěl k závěru, že cvičení bylo účinnější než u programů jedinců na čekající listině u kontrolních skupin a cvičení s vysokou intenzitou bylo účinnější než cvičení s nízkou intenzitou. Ve stejné studii bylo dále zjištěno, že zlepšení úrovně úzkosti jednotlivců, kteří se účastnili cvičebního programu s vysokou intenzitou, bylo udržováno několik měsíců po tréninku (Aylett, Small, & Bower, 2018). Doba trvání cvičebních intervencí u jedinců trpících úzkostí může mít také vliv na výsledky programů. Studie FA a cvičení zaměřené na úzkostné problémy naznačují, že cvičební programy trvající max 12 týdnů jsou účinnější než delší intervence (Herring, O'Connor, & Dishman, 2010). Konečně neexistují jasné pokyny týkající se optimální intenzity cvičebních programů k léčbě úzkosti. Celkově by u jedinců se závažnými problémy s úzkostmi měly být cvičební programy navrženy tak, aby měly intervence trvající alespoň 30 minut při intenzitě 60-80% maximální srdeční tepové frekvence třikrát týdně (Perraton, Kumar, & Machotka, 2010).

Pokud jde o aerobní a neaerobní cvičení pro léčbu úzkostí, bylo zjištěno, že oba typy cvičení dosáhly podobného a významného snížení skóre úzkosti. A konečně, pro snížení úrovně úzkosti bylo zjištěno, že intervence zaměřené na konkrétní skupiny nebo šité jednotlivci na míru jsou výhodnější než obecné cvičební intervence.

VZTAH MEZI FA / CVIČENÍM A KOGNITIVNÍMI FUNKCEMI

Kognitivní funkce jsou důležitou součástí duševního zdraví a v posledních desetiletích řada vědců zkoumala vztah mezi FA / cvičením a kognitivním fungováním. Existují dobře zavedené důkazy týkající se pozitivní role FA a cvičení na kognitivní funkce u starších



dospělých, stejně jako u starších dospělých s již rozvinutou kognitivní poruchou. Konkrétně četné průřezové (Boots, Wolfs, Verhey, Kempen, & De Vugt, 2015; Hillman, Kramer, Belopolsky, & Smith, 2006) a experimentální (Strassnig et al., 2015) studie prokázaly pozitivní asociace mezi zvýšenou FA a pamětí, rychlostí zpracování informací, kognitivní flexibilitou a výkonným fungováním. Dále longitudinální výzkumy (Smith et al., 2013; Yaffe, Barnes, Nevitt, Lui a Covinsky, 2001) naznačují, že vyšší hladiny FA mohou ve skutečnosti podporovat neurogenezi a účinně zmírňovat demyelinaci související s věkem, což vede ke zlepšení celkové schopnosti kognitivních funkcí u starších dospělých i u jiných jedinců s progresivním neuro-kognitivním poklesem. Zdá se, že fyzická aktivita zvyšuje vitalitu mozku a několik výzkumných studií ukázalo, že pohybové intervence jsou dostatečné ke zpomalení kognitivního poklesu, jakmile je stanovena klinická diagnóza demence (Farina, Rusted, & Tubet, 2014; Hess, Dieberg, Mcfarlane a Smart, 2014; Scherder, Scherder, Verburch, Konigs, Blom, Kramer, & Eggermont, 2014).

V některých populačních studiích byl navržen inverzní vztah mezi cvičením a kognitivní poruchou. Například průřezová studie naznačila, že nižší množství fyzické aktivity může u starších dospělých zvýšit riziko kognitivního poklesu (Tanigawa et al., 2014). Další studie s 1 740 účastníky ve věku 65 let nebo starších dále naznačila, že pravidelné FA a cvičení souvisely se zpožděným nástupem demence a rozvojem Alzheimerovy choroby (Larson et al., 2006). Navzdory důkazům o souvislostech mezi cvičením a kognitivními poruchami, (např. Demence, Alzheimerova choroba) některé jiné studie výhody tělesného cvičení na zachování kognitivních funkcí nezachytily (Lamb et al., 2018; Morgan et al., 2008). Například studie s 6158 účastníky ve věku 65 let nebo staršími odhalila, že týdenní cvičení (průměrné hodiny = 3,5) nebylo spojeno s pravděpodobností Alzheimerovy choroby (OR = 1,04, 95% CI 0,98 až 1,10) (Wilson et al., 2002).

Celkově jsou výsledky studií cvičení u lidí s demencí protichůdné především kvůli různým metodám odběru vzorků, měření cvičení, designu studie a délce sledování (Lamb et al., 2018).

INSTRUKCE A DOPORUČENÍ PRO KOGNITIVNÍ PORUCHY

Existují dobře zavedené důkazy týkající se výhod fyzické aktivity (FA) po celou dobu lidského života. Dále je dobře zdokumentováno, že uváděné výhody FA se vztahují i na starší dospělá s kognitivními poruchami (Groot, Hooghiemstra, Raijmakers, van Berckel, Scheltens, Scherder et al., 2016; Livingston, Sommerlad, Orgeta, Costafreda, Huntley, Ames et al., 2017). Ve výsledku má mnoho evropských zemí, nevládních organizací (NO) i Světová zdravotnická organizace (WHO) určité pokyny pro FA pro starší jedince, včetně lidí s kognitivními poruchami (Tremblay, Kho, Tricco, & Duggan, 2010; KDO, 2008):

- Zvyšte aerobní aktivity na frekvenci alespoň čtyř dnů v týdnu nebo během týdne nashromážděte alespoň 150 minut aerobní FA střední intenzity. Sedmdesát pět až devadesát minut týdně aerobní FA s intenzivní intenzitou se obvykle doporučuje jako ekvivalentní
- Provádějte činnosti na posílení svalů zahrnující hlavní svalové skupiny dva nebo více dní v týdnu
- Pravidelně začleňujte aktivity strečinku jako součást FA



- Začleňte FA zaměřené na zlepšení rovnováhy a prevenci pádů, zejména pokud je přítomna špatná mobilita
- Buďte tak aktivní, jak vám komorbidita a schopnosti umožňují, i když nelze dosáhnout doporučeného množství.

Jedinci s kognitivními potížemi by měli provádět kombinaci aerobních a anaerobních cvičení (např. Silový trénink). Aerobní a rezistenční trénink může být spojen s příznivými změnami neurobiologických mechanismů (např. BDNF, IGF-1, VEGF) (Cassilhas et al., 2007; Rasmussen et al., 2009; Voss, 2013).

Dále bylo navrženo, že kratší doba trvání a vyšší frekvence relací předpovídají větší kognitivní účinky. Krátké sezení může konkrétně vyvolat menší únavu, což může pozitivně ovlivnit schopnost a motivaci k FA. Vysoká frekvence sezení může dále snížit celkový sedavý čas a stabilizovat hladinu neurobiologických faktorů vyvolaných cvičením, a tím zlepšit neuro-kognitivní zdraví (Sanders et al., 2019).

A konečně by sportovní profesionálové a zdravotničtí pracovníci měli přizpůsobit cvičební programy každému jednotlivci na míru, aby se maximalizoval soulad s cvičebními cíli a zajistily dlouhodobé výhody.

VZTAH MEZI FA / CVIČENÍM A SCHIZOFRENIÍ

Sedavé chování je jedním z nejzávažnějších problémů celkového špatného zdravotního stavu lidí se schizofrenií (Vancampfort, Probst, Knapen, Carraro a De Hert, 2012). Jedna z charakteristik této populace zahrnuje sníženou hladinu FA v důsledku samotného onemocnění a vedlejších účinků léčby.

U lidí se schizofrenií ve srovnání se zdravou populací se prokázalo, že sedavé chování je velmi vysoké. Například Vancampfort et al. (2012) naznačili, že lidé se schizofrenií tráví přibližně 8,5 hodiny denně pouze v sedě oproti 6,21 hodiny u zdravých jedinců. V podobném výzkumu Ratliff a kolegové (2012) zjistili nižší hladiny FA u lidí se schizofrenií s nejvýraznějším rozdílem v úrovních aktivity mezi oběma skupinami v rámci „mírné“ fáze aktivity ve srovnání s „lehkou“ nebo „energickou“. V jiné výzkumné studii Wichniak a kolegové (2011) pomocí objektivních měření FA zjistili, že pacienti se schizofrenií měli významně nižší průměrnou 24hodinovou úroveň aktivity, nižší průměrnou denní úroveň aktivity a vyšší čas strávený v posteli.

Četné výsledky výzkumu naznačují zlepšení symptomů a důležitých životních benefitů při zvyšování FA u lidí se schizofrenií, včetně pozitivních účinků na celkové fyzické zdraví, duševní zdraví a pohodu, jakož i snížení symptomatologie schizofrenie. Pozitivní účinky na celkové zdraví zahrnují lepší celkovou aerobní zdatnost, indexy nižší tělesné hmotnosti, krevní lipidy, krevní tlak, složení těla a metabolismus glukózy (Beebe et al., 2005; Vancampfort et al., 2011). Navíc v jiné studii bylo zjištěno, že dávka FA byla účinným faktorem, protože přínosy byly pozorovány u těch, kteří se účastnili přibližně 90 minut nebo více za týden střední / dynamické FA (Firth et al., 2017).

FA také zlepšuje některé indexy duševního zdraví u lidí se schizofrenií. Konkrétně u lidí se schizofrenií, kteří pravidelně cvičí, se ve srovnání se zdravými jedinci vyskytují nižší úrovně hněvu,



stresu a depresivních symptomů (Hassmén, Koivula a Uutela, 2000). Cvičení má dále vliv na výsledky somatického zdraví, jako je mobilita a schopnost chůze u populace se schizofrenií, u nichž se zase zjistilo, že FA obecně zlepšuje kvalitu života (Vancampfort et al., 2012). Nejdůležitější však je, že zlepšení v somatickém i duševním zdraví pomáhá lidem se schizofrenií zároveň zvýšit jejich účast na FA a cvičení (Marzolini, Jensen, & Melville, 2009).

Kromě toho Leutwyler et al. (2014) uvedli u pacientů se schizofrenií pozitivní souvislost mezi FA a zvýšenou kognitivní funkcí (tj. Lepší pracovní paměť a pozornost / bdělostí). Tato zjištění se zdají být velmi důležitá, protože potíže v kognitivní oblasti mohou být jedním z funkčně

nejvíce závažných symptomů u lidí, kteří onemocněli schizofrenií (Lin et al., 2011).

Během posledních několika desetiletí vědci začali zkoumat FA a cvičení jako rehabilitační intervenci a testovali, zda kontrolované zvýšení FA může významně snížit negativní fyzické a psychické příznaky u lidí se schizofrenií. Náhodné klinické studie, využívající jako hlavní intervenci primárně aerobní FA, zkoumaly její účinky na kognitivní poruchy (Pajonk et al., 2010; Scheewe et al., 2013), kvalitu života (Browne, Penn, Battaglini, & Ludwig, 2016; Scheewe et al., 2013) a symptomy schizofrenie (Acil, Dogan a Dogan, 2008). Navzdory různým metodickým rozdílům mezi programy, jako je omezená délka intervence, různé typy aerobní aktivity, nedostatečné velikosti vzorků a nekontrolované nebo randomizované výzkumné modely, výsledky zatím poskytují důkazy, že aerobní cvičení může zlepšit fyzické i duševní zdraví lidí se schizofrenií, zejména při použití intervencí s vyššími dávkami cvičení.

INSTRUKCE A DOPORUČENÍ PRO SCHIZOFRENIÍ

Podle pokynů skupiny odborníků z Evropské Psychiatrické Asociace týkající se pohybových intervencí při léčbě závažných duševních onemocnění je 90minutová týdenní dávka FA (tj. 30 minut na relaci, minimálně tři aktivity týdně) středně vysoké až vysoké intenzity spojena se zmírněním obecných, pozitivních a negativních příznaků schizofrenie a zlepšením života lidí se schizofrenií (Stubbs et al., 2018). Kromě toho kombinace aerobního cvičení s odporovým cvičením může podle stejné skupiny odborníků také zlepšit výsledky u lidí se schizofrenií.

K dispozici jsou omezené údaje konkrétně o např. o odporovém tréninku u lidí se schizofrenií a údaje nejsou dostatečné k porovnání potenciální nadřazenosti různých forem FA navzájem. Nicméně intervence pod dohledem kvalifikovaných odborníků s motivační složkou vedou k menšímu předčasnému ukončení cvičení a FA.

Na základě doporučení vědců v oboru se ukazuje, že aerobní a kombinovaná aerobní / anaerobní cvičení (např. 30 minut jízdy na kole, třikrát týdně po dobu 3 měsíců) zlepšují kognitivní deficity u lidí se schizofrenií (Falkai, Malchow, & Schmitt, 2017) a mohou být s důvěrou doporučeny a předepsány. Aerobní intervence by se měly přesouvat od „zredukování váhy k fitness“, protože zdraví a úmrtnost jsou primární výsledky, zatímco BMI a váha mohou být vnímány jako proměnná sekundárního výsledku (Vancampfort, Rosenbaum, Ward, & Stubbs, 2015). Dosažitelné a realistické cíle jsou základními prvky a všichni zúčastnění odborníci by si měli ukotvit strategii chování k jednání o (možném) relapsu pacientů po celou dobu jejich zapojení do FA. Vancampfort a kol. (2015) uvedli, že



„je důležité vysvětlit lidem se schizofrenií, že relapsy jsou součástí procesu změny a že reakce viny, frustrace a sebekritiky mohou snížit jejich schopnost udržovat FA. Strategie prevence relapsu, jako je realistické stanovení cílů, plánovaná aktivita, realistická očekávání, identifikace a úprava negativního myšlení a zaměření na výhody jednotlivých cvičení, se jeví jako účinné“ (s. 10). Přítomnost kvalifikovaných odborníků (např. trenéři, fyzioterapeuti) a příslušný dohled minimalizují míru předčasného ukončení zapojení v programu FA a maximalizují účinnost předepsaných programů FA u jedinců se schizofrenií (Vancampfort et al., 2016).

VZTAH MEZI FA / CVIČENÍM A BIPOLÁRNÍ PORUCHOU (BP)

Kromě běžné farmakologické léčby byla FA / cvičení identifikována jako nefarmakologická intervence kvůli jejímu nekontraindikačnímu účinku na lidi s BP.

Vědci v oboru souhlasí s tím, že u pacientů s BP dochází k významně nižším úrovním denní FA, s ohledem na pokyny ASCM. Snížená úroveň FA souvisí s několika sekundárními zdravotními stavy, jako je cukrovka typu II, metabolický syndrom, kardiovaskulární onemocnění, zvýšená hmotnost a mrtvice. Sekundární zdravotní stavy a zvýšené riziko fyzických zdravotních problémů mají dopad na průběh nemoci, se zvýšeným rizikem opakujících se epizod, častých hospitalizací, nezdravých stravovacích návyků, fyzické nečinnosti, depresivních recidiv, kouření, zneužívání návykových látek, a celkové snížení nákladové efektivity terapeutických intervencí.

Ačkoli bylo zjištěno, že FA a cvičení jsou účinné při léčbě většiny typů duševních onemocnění (např. Deprese, úzkosti, schizofrenie), není jasné, zda lze tyto údaje extrapolovat na bipolární poruchu (Thomson et al., 2015). K dnešnímu dni existuje pouze pět vědeckých vyhodnocení (Kucyi et al., 2010; Melo et al., 2016; Souza de Sa Filho et al., 2015; Sylvia et al., 2010; Thomson et al., 2015) o účincích FA na BP, aniž by existovaly náhodné klinické studie, které by testovaly dopad cvičení na depresivní, manickou nebo hypomanickou symptomatologii.

Nedávný výzkum (Subramaniapillai et al., 2016) prokázal, že adolescenti s BP pociťují podobné emoční výhody vyvolané cvičením jako jejich zdraví vrstevníci po 20minutovém nárazovém cvičení se střední intenzitou (cíl srdeční frekvence 60 % - 80 % odhadovaného věku maximálně [220 - 0,7 x věk]). Celkově bylo zjištěno, že jednotlivé aktivity aerobního cvičení aktivují potenciální mechanismy, které jsou základem benefitů při udržování dlouhodobých cvičebních návyků.

V jiné studii stejné výzkumné skupiny (Metcalf, MacIntosh, Scavone, Ou, Korczak a Goldstein, 2016) bylo prokázáno, že 20minutové nárazové aerobní cvičení ovlivňuje defekty neurální deaktivace pozornosti a aktivační deficity inhibice. Tato zjištění jsou velmi zajímavá, protože data ukazují na jeden potenciální mechanismus k vysvětlení ochranné role FA při silných fluktuacích nálad, které mohou souviset se spojením mezi účastí FA a funkční konektivitou mozku (Douw et al., 2014).

Průběžné závěry jsou, že vzhledem k vysoké míře lékařských komorbidit u lidí s BP je možné, že FA a / nebo cvičení jsou potenciálně užitečnou a důležitou intervencí, pokud jde o obecné přínosy pro zdraví. Ačkoli jsou léky a jiné formy psychologické léčby přijímány jako primární formy intervence u těchto potíží, FA a cvičení mohou hrát důležitou roli při



udržování celkového zdraví jednotlivců s BP.

INSTRUKCE a DOPORUČENÍ PRO BIPOLÁRNÍ PORUCHU

Zjištění dosavadních výzkumů zatím zdůvodňují nutnost dobře navržených intervenčních programů FA, snížení sedavého chování a snížení zvýšeného rizika komorbidních stavů u pacientů s BP (Janney, Fagiolini, Swartz, Jakicic, Holleman, & Richardson, 2014; Vancampfort et al., 2016). Instrukce a pokyny pro FA/cvičení u pacientů s BP a obecné populace se neliší. Běžné typy cvičení pro jednotlivce s BP jsou aerobní trénink, silový trénink, kruhový / intervalový trénink, jóga, pilates, tai-chi a plavání. Celkově by měli být jedinci s BP aktivní nejlépe každý den v týdnu, při frekvenci 150–300 minut střední FA nebo 75–150 minut intenzivní intenzity týdně. Trvání, frekvenci a intenzitu programů FA / cvičení je však třeba neustále upravovat podle fází, které prožívají pacienti s BP. Lékaři by se měli vyvarovat soustředění na typ cvičení (např. Aerobní cvičení nebo anaerobní cvičení / cvičení s odporem) nebo na to, zda se cvičení provádí ve skupině nebo jednotlivě. Zdá se důležité přizpůsobit cvičení na základě preferencí pacientů. Zejména u jedinců s BP může být nutné velmi pomalu zvyšovat hladinu FA.

Stručně řečeno, multidisciplinární tým psychologů, psychiatrů, odborníků na výživu, odborníků na FA a sport může spolupracovat s pacienty při nastavování cvičebního plánu a dodržování požadavků konkrétních aktivit (Bauer et al., 201).

VZTAH MEZI FA/CVIČENÍM A PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Pravidelné cvičení je považováno za jeden z nejúčinnějších způsobů boje proti závislostem (alkohol, drogy) a poruchám příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie nervózní, poruchy příjmu potravy), protože fyzická aktivita zvyšuje toleranci, snižuje stres, negativní náladu a tělesné napětí. Jedinci, kteří konzumují velké množství alkoholu, jsou ve skutečnosti méně aktivní (Liangpunsakul et al., 2010) a fyzicky aktivní teenageři uvádějí menší užívání zakázaných látek a menší pravděpodobnost, že budou uživateli jako dospělí (Terry-McElrath & O'Malley, 2011). Ale „je cvičení vždy dobré?“ a „je cvičení dobré pro všechny?“. Pro zlepšení zdraví existuje minimální doporučená úroveň cvičení a zvyšující se úroveň cvičení vede k dalším výhodám. Nadměrné cvičení se však může změnit z ochranného faktoru na rizikový faktor pro zdraví. Lidé, kteří nadměrně cvičí, často trpí stresem, nízkou sebeúctou, depresemi, nadměrným staráním o tělesnou hmotnost a špatným vnímáním tělesného obrazu. Nutkavé cvičení je často spojováno s neuspořádanými stravovacími návyky a přísnou dietou. Vysoké procento jedinců s poruchami příjmu potravy (43 %) nadměrně cvičí (Shroff et al., 2006); například cvičení používají jedinci s mentální anorexií ke zbavení se kalorií a jedinci s bulimií jako prostředek k „potrestání“. Zdá se, že výdaj energie klesá s věkem a dobou trvání poruchy (Probst, 2018). Poruchy příjmu potravy jsou hlavním zdravotním problémem sportovců (32,8 %) i ne-sportovců (21,4 %). Výskyt souvisí s typem tlaku, který může být vyvíjen na sportovce s ohledem na image těla a závisí na úrovni soutěže, přičemž sportovci na vysoké úrovni vykazují častěji příznaky abnormálního stravovacího chování, a na typu sportu, kdy prevalence je vyšší v uměleckých sportech (40–42%) a ve sportech s hmotnostní třídou



(30–35%).

Avšak i sportovci, kteří se účastní sportů, které nezahrnují hodnocení na základě vzhledu, hmotnostních tříd, hmotnostních požadavků nebo odhalujících sportovních oděvů, se mohou potýkat s problémy poruchy příjmu potravy. Problém poruch příjmu potravy by proto u sportovců neměl být přehlížen, protože může ovlivnit muže i ženy bez ohledu na příslušnost ke sportu a může nastat téměř v jakémkoli věku (Sherman & Thompson, 2009; Selby & Reel, 2011).

Kromě psychosociálních potíží si lidé s poruchami příjmu potravy stěžují na zdravotní problémy včetně kardiovaskulárních, kosterních a metabolických poruch souvisejících s fyzickou nečinností (Mitchell & Crow, 2006). Silový i aerobní trénink jsou považovány za prospěšné pro zlepšení zdraví vyvolávajícím fyziologické i psychologické změny. Zvýšení svalové hmoty a rozvoj fyzické síly pomáhá pacientům s poruchami příjmu potravy snižovat nepřátelství vůči jejich tělu, pomáhat při procesu obnovy hmotnosti, zvyšovat sebevědomí a nezávislost. Aerobní zdatnost zlepšuje schopnost kardiovaskulárního systému dodávat kyslík a energii a snižuje riziko onemocnění (mrtvice, hypertenze, cukrovka, osteoporóza) zvyšuje odolnost proti úzkosti, stresu, depresi a nízké sebeúctě. Úroveň fyzické aktivity u pacientů s poruchami příjmu potravy se měří pomocí specifických dotazníků v kombinaci s akcelerometry a současným hodnocením dalších parametrů, např. image těla, perfekcionismus, obsedantně kompulzivní rysy (Probst, 2018).

INSTRUKCE PRO PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Pokyny American College of Sport Medicine (2013) přijaté po celém světě jako minimální doporučení, jak zůstat zdraví, jsou také vhodné pro lidi s poruchami příjmu potravy. Tyto pokyny doporučují mírné cvičení ≤ 30 min/den ≤ 5 dní/ týden, dohromady ≤ 150 min/týden nebo intenzivní dynamickou aktivitu ≤ 20 min/den ≤ 3 dny/týden, dohromady ≤ 75 min/týden. Mnoho lidí s poruchami příjmu potravy však tyto pokyny nedodržuje, např. někteří pacienti s mentální anorexií se věnují podstatně většímu cvičení, než je předepsáno, zatímco většina pacientů s nadměrnou konzumací potravy tato doporučení naopak vůbec nedosahuje (Probst, 2018).

Chování lidí s poruchami příjmu potravy v souvislosti s cvičením a FA je často problematické a poskytovatelé zdravotní péče hledají optimální dávku pro fyzickou aktivitu, protože jsou již dnes přesvědčeni, že FA/cvičení prospívá pocitu pohody, kvalitě života, zachovává autonomii jedince a nemá žádné výrazné kontraindikace, jak se v minulosti myslelo, když chyběly znalosti a převládal spíše strach (Bratland-Sanda et al., 2009). Odpověď na otázku „Je cvičení škodlivé pro lidi s poruchami příjmu potravy?“ je obtížné kvůli jedinečnosti a složitosti každého případu. Poskytovatelé zdravotní péče musí prozkoumat fyzické a psychologické potřeby každého jedince a najít rovnováhu mezi tím, co je terapeuticky přijatelné a co je přijatelné pro pacienta. Například u pacientů s mentální anorexií se zdá být lepší do jisté míry fyzickou aktivitu povolit než úplně zakázat, což by mohlo vést k terapeutické rezistenci, boji s terapeutem a skrytým činnostem. Na základě klinických studií nemá cvičení při léčbě pacientů s mentální anorexií nepříznivý dopad na příznaky BMI nebo konkrétní symptomy poruchy příjmu potravy; zlepšení kondice a síly jsou obecně minimální, hlavně v důsledku



záměrně nedostatečného tréninkového zatížení a krátkého trvání (Probst, 2018).

Plánování individualizovaného cvičebního programu šitého na míru by se mělo řídit zásadami FITČ: frekvence, intenzita, typ a čas podle potřeb jednotlivých pacientů. K progresu, ke zvýšené intenzitě a množství cvičení musí dojít pouze tehdy, když jedinec chápe tělesné vjemy, psychologické motivace a zdravotní výsledky související s cvičením na nízké úrovni (Cook et al., 2016). Je vhodnější použít skupinové cvičení pro posílení sociálního kontaktu, podporu, mezilidské interakce. Během léčby je třeba se vyhnout sportovnímu soutěžení. Pro vytvoření realistického individuálního programu lze vzít v úvahu předchozí chování a preference pacienta při cvičení. Pro lékařskou bezpečnost je vhodnější provádět fyzickou aktivitu pod dohledem a v rovnováze s příjmem výživy. Znalost stavu pacienta a stanovení limitů je zásadní. Psycho-edukace je dále považována za nezbytnou pro objasnění pozitivních a negativních účinků fyzické aktivity a zmenšení rozdílu mezi hlediskem terapeuta a pacienta (Probst, 2017).

Doporučená literatura:

- Acil, A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 808-815.
- American College of Sports Medicine (2013). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (9th ed.). American College of Sports Medicine. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Aylett, E., Small, N., & Bower, P. (2018). Exercise in the treatment of clinical anxiety in general practice—a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 559. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3313-5>.
- Bardo, M.T., & Compton, W.M. (2015). Does physical activity protect against drug abuse vulnerability? *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 3-13.
- Bauer, I., Galvez, J., Hamilton, J., Balanza-Martinez, V., Zunta-Soares, G., Soares, J., & Meyer, T. (2016). Lifestyle interventions targeting dietary habits and exercise in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatry Research*, 74, 1-7.
- Beebe, L.H., Smith, K. D., Roman, M.W., Burk, R.C., McIntyre, K., Dessieux, O.L., . . . Tennison, C. (2013). A pilot study describing physical activity in persons with schizophrenia spectrum disorders (ssds) after an exercise program. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 214-219. doi:10.3109/01612840.2012.746411
- Boots, L., Wolfs, C., Verhey, F., Kempen, G., & De Vugt, M. (2015). Qualitative study on needs and wishes of early-stage dementia caregivers: The paradox between needing and accepting help. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 927-936. doi:10.1017/S1041610214002804
- Bratland-Sanda, J.H., Rosenvinge, J.H., Vrabel, K.A.R., Norring, C., Sundgot-Borgen, J., & Rø, Ø., Martinsen, E.W. (2009). Physical activity in treatment units for eating disorders: clinical practice and attitudes. *Eating and Weight Disorders* 14(2), e106ee112. <https://doi.org/10.1007/bf03327807>.
- Browne, J., Penn, D.L., Battaglini, C.L., & Ludwig, K. (2016). Work out by walking: A pilot exercise program for individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 651-657. doi:10.1097/NMD.0000000000000556
- Cassilhas, R.C., Viana, V.A., Grassmann, V., Santos, R.T., Santos, R.F., Tufik, S., and Mello, M.T. (2007). The impact of resistance exercise on the cognitive function of the elderly. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1401–1407. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e318060111f>
- Chu, I.H., Buckworth, J., Kirby, T.E., & Emery, C.F. (2009). Effect of exercise intensity on depressive symptoms in women. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 37–43.



- Committee P.A.G.A. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008*. US Department of Health and Human Services. Washington, DC.
- Cook, B., Wonderlich, S.A., Mitchell, J., Thompson, R., Sherman, R., & McCallum, K. (2016). Exercise in eating disorders treatment: systematic review and proposal of guidelines. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 48(7), 1408–1414. doi:10.1249/MSS.0000000000000912.
- Douw, L., Nieboer, D., van Dijk, B.W., Stam, C.J., & Twisk, J.W. (2014). A healthy brain in a healthy body: brain network correlates of physical and mental fitness. *PLoS One*, 9(2), e88202.
- Ekkekakis, P. (2015). Honey, I shrunk the pooled SMD! Guide to critical appraisal of systematic reviews and meta-analysis using the Cochrane review on exercise for depression as example. *Mental Health and Physical Activity*, 8, 21-36.
- Cotter, K.A., & Lachman, M.E. (2010). No strain, no gain: Psychosocial predictors of physical activity across the adult lifespan. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(5), 584-594.
- Edwards, M.K., & Loprinzi, P.D. (2016). Effects of a sedentary behavior-inducing randomized controlled intervention on depression and mood profile in active young adults. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(8), 984-998. doi:10.1016/j.mayocp.2016.03.021
- Falkai, P., Malchow, B., & Schmitt, A. (2017). Aerobic exercise and its effects on cognition in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 30, 171-175.
- Farina, N., Rusted, J., & Tabet, N. (2014). The effect of exercise interventions on cognitive outcome in alzheimer's disease: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 9-18. doi:10.1017/S1041610213001385
- Firth, J., Stubbs, B., Vancampfort, D., Schuch, F.B., Rosenbaum, S., Ward, P.B., ... Yung, A.R. (2017). The validity and value of self-reported physical activity and accelerometry in people with schizophrenia: A population-scale study of the UK Biobank. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1293–1300.
- Goñi, A., & Rodríguez, A. (2007). Variables associated with the risk of eating disorders in adolescence. *Salud Mental*, 30(4), 16-23.
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703.
- Gore, S., Farrell, F., & Gordon, J. (2001). Sports involvement as protection against depressed mood. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 119–130.
- Groot, C., Hooghiemstra, A.M., Rajmakers, P.G.H.M., van Berckel, B.N.M., Scheltens, P., Scherder, E.J.A., & Ossenkoppele, R. (2016). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: A meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Research Reviews*, 25, 13-23. doi:10.1016/j.arr.2015.11.005
- Harvey, S.B., Øverland S., Hatch, S.L., Wessely, S., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2018). Exercise and the prevention of depression: Results of the HUNT cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 28-36.
- Hassmén, P., Koivula, N., & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30(1), 17-25.
- Heesch, K.C., Burton, N.W., & Brown, W.J. (2011). Concurrent and prospective associations between physical activity, walking and mental health in older women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 807-813.
- Herman, K.M., Hopman, W.M., & Sabiston, C.M. (2015). Physical activity, screen time and self-rated health and mental health in Canadian adolescents. *Preventive Medicine*, 73, 112-116.
- Herring, M.P. (2018). Exercise for the management of anxiety and stress-related disorders. In B. Stubbs & S. Rosenbaum (Eds.), *Exercise-based interventions for mental illness* (pp. 19-52). Academic Press.
- Herring, M.P., Jacob, M.L., Suveg, C., Dishman, R.K., & O'Connor, P.J. (2012). Feasibility of exercise training for the short-term treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 21-28.



- Herring, M.P., Oconnor, P.J., & Dishman, R.K. (2010). The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 170(4), 321–331. doi:10.1001/archinternmed.2009.530
- Hess, N.C., Dieberg, G., McFarlane, J.R., & Smart, N.A. (2014). The effect of exercise intervention on cognitive performance in persons at risk of, or with, dementia: A systematic review and meta-analysis. *Healthy Aging Research*, 3(3), 1-10. Retrieved from www.scopus.com
- Hillman, C.H., Kramer, A.F., Belopolsky, A.V., & Smith, D.P. (2006). A cross-sectional examination of age and physical activity on performance and event-related brain potentials in a task-switching paradigm. *International Journal of Psychophysiology*, 59(1), 30-39. doi:10.1016/j.ijpsycho.2005.04.009
- Holley, J., Crone, D., Tyson, P., & Lovell, G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 84-105.
- Janney, C.A., Fagiolini, A., Swartz, H.A., Jakicic, J.M., Holleman, R.G., & Richardson, C.R. (2014). Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and sedentary behavior using accelerometry. *Journal of Affective Disorders*, 152, 498–504. 10.1016/j.jad.2013.09.009
- Jayakody, K., Gunadasa, S., & Hosker, C. (2014). Exercise for anxiety disorders: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48, 187-196.
- Kohl, H.W., Craig, C.L., Lambert, E.V., Inoue, S., Alkandari, J.R., Leetongin, G., ... & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, 380(9838), 294-305.
- Krogh, J., Hjorthøj, C., Speyer, H., Gluud, C., & Nordentoft, M. (2017). Exercise for patients with major depression: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *British Medical Journal Open* 7, e014820.
- Krogh, J., Nordentoft, M., Sterne, J., & Lawlor, D. (2011). The effect of exercise in clinically depressed: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry* 72(4), 529–538.
- Kucyi, A., Alsuwaidan, M.T., Liauw, S.S., & McIntyre, R.S. (2010). Aerobic physical exercise as a possible treatment for neurocognitive dysfunction in bipolar disorder. *Postgraduate Medicine*, 122(6), 107-116.
- Lamb, S.E., Sheehan, B., Atherton, N., Nichols, V., Collins, H., Mistry, D., & Lall, R. (2018). Dementia And Physical Activity (DAPA) trial of moderate to high intensity exercise training for people with dementia: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 361, k1675. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1675>
- Larson, E.B., Wang, L., Bowen, J.D., McCormick, W.C., Teri, L., Crane, P., & Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144, 73–81.
- Laver, K., Dyer, S., Whitehead, C., Clemson, L., & Crotty, M. (2016). Interventions to delay functional decline in people with dementia: A systematic review of systematic reviews. *BMJ Open*, 6, e010767. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010767.
- Lawlor, D.A., & Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 322(7289), 763–767.
- Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219–229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- Leutwyler, H., Hubbard, E.M., Jeste, D.V., Miller, B., & Vinogradov, S. (2014). Associations of schizophrenia symptoms and neurocognition with physical activity in older adults with schizophrenia. *Biological Research for Nursing*, 16, 23–30.
- Liangpunsakul, S., Crabb, D.W., & Qi, R. (2010). Relationship among alcohol intake, bodyfat, and



- physical activity: a population-based study. *Annals of Epidemiology*, 20(9), 670-675.
- Lin, A., Wood, S.J., Nelson, B., Brewer, W.J., Spiliotacopoulos, D., Bruxner, A., ... Yung, A.R. (2011). Neurocognitive predictors of functional outcome two to 13years after identification as ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 132(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016>
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S.G., Huntley, J., Ames, D., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Luyten, P., Blatt, S.J., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychological Review*, 26(8), 985–999.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 649-657.
- Marzolini, S., Jensen, B., & Melville, P. (2009). Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia: A multidisciplinary approach. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 29-36.
- Mead, G.E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C.A., McMurdo, M., & Lawlor, D.A. (2008). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(4), CD004366.
- Melo, M.C., Daher Eder, F., Albuquerque, S.G., & de Bruin, V.M. (2016). Exercise in bipolar patients: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 198, 32-38.
- Merom, D., Phongsavan, P., Wagner, R., Chey, T., Marnane, C., Steel, Z., ... Bauman, A. (2008). Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioural therapy for anxiety disorders – a pilot group randomized trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 959–968.
- Mitchell, J.E., & Crow, S. (2006). Medical implications of anorexia and bulimia. *Current Opinion in Psychiatry* 19, 438-443.
- Mota-Pereira, J., Silverio, J., Carvalho, S., Ribeiro, J.C., Fonte, D., & Ramos, J. (2011). Moderate exercise improves depression parameters in treatment resistant patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1005-1011.
- Metcalfe, A.W., MacIntosh, B.J., Scavone, A., Ou, X., Korczak, D., & Goldstein, B.I. (2016). Effects of acute aerobic exercise on neural correlates of attention and inhibition in adolescents with bipolar disorder. *Translational Psychiatry*, 6(5), e814. doi:10.1038/tp.2016.85
- Nocon, M., Hiemann, T., Müller-Riemenschneider, F., Thalau, F., Roll, S., and Willich, S.N. (2008). Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 15(3), 239-246.
- Pajonk, F., Wobrock, T., Gruber, O., Scherk, H., Berner, D., Kaizl, I., ... Falkai, P. (2010). Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 133–143. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.193
- Pasco, J.A., Williams, L.J., Jacka, F.N., Henry, M.J., Coulson, C.E., Brennan, S.L., ... & Berk, M. (2011). Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 292-298.
- Perraton, L.G., Kumar, S., & Machotka, Z. (2010). Exercise parameters in the treatment of clinical depression: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 597-604.
- Probst, M. (2017). Physiotherapy and mental health, *Clinical Physical Therapy*, Toshiaki Suzuki, Intech Open, doi: 10.5772/6759
- Probst, M. (2018). Eating disorders and exercise: A challenge. In B. Stubbs, & S. Rosenbaum (Eds.), *Exercise-Based Interventions for Mental Illness: A clinical guide to physical activity as part of treatment* (pp. 169–185). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-812605-9.00009-5>
- Radovic, S., Gordon, M.S., & Melvin, G.A. (2017). Should we recommend exercise to adolescents with depressive symptoms? A meta-analysis. *Journal of Pediatric Child Health*, 53, 214–20.
- Rasmussen, P., Brassard, P., Adser, H., Pedersen, M.V., Leick, L., Hart, E., Pilegaard, H. (2009).



- Evidence for a release of brain-derived neurotrophic factor from the brain during exercise. *Experimental Physiology*, 94(10), 1062–1069. doi:10.1113/expphysiol.2009.048512
- Ratliff, J.C., Palmese, L.B., Reutenauer, E.L., Liskov, E., Grilo, C.M., & Tek, C. (2012). The effect of dietary and physical activity pattern on metabolic profile in individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 1028–1033. doi:10.1016/j.compsych.2012.02.003
- Rebar, A.L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M.J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9(3), 366–378.
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity: A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13(1), 813.
- Rimer, J., Dwan, K., Lawlor, D.A., Greig, C.A., McMurdo, M., Morley, W., & Mead, G.E. (2012). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(7), CD004366.
- Rethorst, C.D., & Trivedi, M.H. (2013). Evidence-based recommendations for the prescription of exercise for major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(3), 204–212.
- Rethorst, C.D., Wipfli, B.M., & Landers, D.M. (2009). The anti-depressive effects of exercise. *Sports Medicine*, 39(6), 491–511.
- Robertson, R., Robertson, A., Jepson, R., & Maxwell, M. (2012). Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health Physical Activity*, 5(1), 66–75.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964–974.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Stanton, R., Parker, A., Waterreus, A., Curtis, J., & Ward, P.B. (2016). Implementing evidence-based physical activity interventions for people with mental illness: An Australian perspective. *Australasian Psychiatry*, 24, 49e54.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1123–1131. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1123.
- Sanders, L.M., Hortobagyi, T., la Bastide-van Gemert, S., van der Zee, E.A., & van Heuvelen, M.J. (2019). Dose-response relationship between exercise and cognitive function in older adults with and without cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14(1), e0210036
- Scheewe, T.W., Backx, F.J.G., Takken, T., Jörg, F., van Strater, A.C.P., Kroes, A.G., ... Cahn, W. (2013). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 464–473.
- Scherder, E., Scherder, R., Verburgh, L., Königs, M., Blom, M., Kramer, A.F., & Eggermont, L. (2014). Executive functions of sedentary elderly may benefit from walking: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 782–791. doi:10.1016/j.jagp.2012.12.026
- Schmitz, N., Kruse, J., & Kugler, J. (2004). The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders: results from a cross-sectional survey. *Preventive Medicine*, 39(6), 1200–1207.
- Schuch, F.B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P.B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 42–51.
- Selby, C.L.B., & Reel, J.J. (2011). A coach's guide to identifying and helping athletes with eating disorders. *Journal of Sport Psychology in Action*, 2(2), 100–112. <https://doi.org/10.1080/1520704.2011.585701>
- Sherman, R. T., & Thompson, R. A. (2009). Body image and eating disturbance in athletes: Competing to win or to be thin? In J. J. Reel & K. A. Beals (Eds.), *The hidden faces of eating disorders and body image* (pp. 9–38). Reston, VA: AAHPERD.



- Shroff, H., Reba, L., Thornton, L.M., Tozzi, F., Klump, K.L., Berrettini, ... Bulik, C.M. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 454-461. <https://doi.org/10.1002/eat.20247>
- Smith, P.J., Potter, G.G., McLaren, M.E., & Blumenthal, J.A. (2013). Impact of aerobic exercise on neurobehavioral outcomes. *Mental Health and Physical Activity*, 6(3), 139–153. doi:10.1016/j.mhpa.2013.06.008
- Souza De Sa Filho, A., Marcos De Souza Moura, A., Khede Lamego, M., Barbosa Ferreira Rocha, N., Paes, F., Cristina Oliveira, A., Lattari, E., Rimes, R., et al. (2015). Potential therapeutic effects of physical exercise for bipolar disorder. *CNS and Neurological Disorders - Drug Targets*, 14, 1255e1259.
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17(2), 177–182.
- Strassnig, M.T., Raykov, T., O’Gorman, C., Bowie, C.R., Sabbag, S., Durand, D., Harvey, P.D. (2015). Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophrenia Research*, 165(1), 76-82. doi:10.1016/j.schres.2015.03.033
- Strawbridge, W.J., Deleger, S., Roberts, R.E., & Kaplan, G.A. (2012). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 328–334.
- Ströhle, A., Höfler, M., Pfister, H., Müller, A.G., Hoyer, J., Wittchen, H.U., & Lieb, R. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 37(11), 1657-1666.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., ... Kahl, K.G. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, 54, 124-144. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.020>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Firth, J., Cosco, T., Veronese, N., ... Schuch, F.B. (2017). An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 249, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.020>
- Subramaniapillai, M., Arbour-Nicitopoulos, K., Duncan, M., McIntyre, R.S., Mansur, R.B., Remington, G., & Faulkner, G. (2016). Physical activity preferences of individuals diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. *BMC Research Notes*, 9, 340. doi:10.1186/s13104-016-2151-y
- Sylvia, L.G., Ametrano, R.M., & Nierenberg, A.A. (2010). Exercise treatment for bipolar disorder: potential mechanisms of action mediated through increased neurogenesis and decreased allostatic load. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(2), 87-9.
- Tanigawa, T., Takechi, H., Arai, H., Yamada, M., Nishiguchi, S., & Aoyama, T. (2014). Memory and physical activity in elderly. *Geriatrics and Gerontology International*, 14, 758-762. doi:10.1111/ggi.12159
- Ten Have, M., de Graaf, R., & Monshouwer, K. (2011). Physical exercise in adults and mental health status. Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 71(5), 342-348. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.04.001
- Terry-McElrath, Y.M. & O’Malley, P.M. (2011). Substance use and exercise participation among young adults: parallel trajectories in a national cohort-sequential study. *Addiction*, 106(10), 1855-1865. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03489>.
- Thomson, D., Turner, A., Lauder, S., Gigler, M.E., Berk, L., ... Sylvia, L. (2015). A brief review of exercise, bipolar disorder, and mechanistic pathways. *Frontiers in Psychology* 6(1), 147. doi:10.3389/fpsyg.2015.00147
- Tremblay, M.S., Kho, M.E., Tricco, A.C., & Duggan, M. (2010). Process description and evaluation of Canadian physical activity guidelines development. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 42. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-42>



- Trivedi, M.H., Greer, T.L., Church, T.S., Carmody, T.J., Grannemann, B.D., Galper, D.I., ... Blair, S.N. (2011). Exercise as an augmentation treatment for non-remitted major depressive disorder: A randomized, parallel dose comparison. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(5), 677–684.
- US Department of Health and Human Services (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., De Hert, M., Mugisha, J., & Stubbs, B. (2016). Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 201, 145-152.
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Cheewe, T., Remans, S., & De Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 352-362.
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2), 122-127.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F., Ward, P., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 15-23.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P., & Stubbs, B. (2015). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 169, 453-457.
- Voss, M.W., Erickson, K.I., Prakash, R.S., Chaddock, L., Kim, J.S., Alves, H., Kramer, A.F. (2013). Neurobiological markers of exercise-related brain plasticity in older adults. *Brain, Behavior, and Immunity*, 28, 90–99.
- Wichniak, A., Skowerska, A., Chojnacka-Wójtowicz, J., Taflński, T., Wierzbicka, A., Jernajczyk, W., & Jarema, M. (2011). Actigraphic monitoring of activity and rest in schizophrenic patients treated with olanzapine or risperidone. *Journal of Psychiatric Research*, 45(10), 1381-1386.
- World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008: Health Systems: Now more than ever*. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2017). *WHO Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030*. WHO, Geneva.
- Wilson, R.S., Bennett, D.A., Bienias, J.L., Aggarwal, N.T., Mendes de Leon, C.F., Morris, M.C., Evians, D.A. (2002). Cognitive activity and incident AD in a population-based sample of older persons. *Neurology*, 59(12), 1910-1914. <http://dx.doi.org/10.1212/01.WNL.0000036905.59156.A1>
- Wipfli, B.M., Rethorst, C.D., and Landers, D.M. (2008). The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30, 392-410.
- Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Lui, L., & Covinsky, K. (2001). A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: Women who walk. *Archives of Internal Medicine*, 161(14), 1703–1708. doi:10.1001/archinte.161.14.1703





ADVANCED SKILLS FOR ACTIVE LIVING



Vztah mezi duševním zdravím a FA / cvičením s
přihlednutím k věku, pohlaví a kulturním rozdílnostem

Autoři: **Francesca Cesaroni, Mara Morici & Filippo Triccoli**
Cooss Marche



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

VZTAH MEZI FYZICKÝMI AKTIVITAMI CVIČENÍM, VĚKEM A DUŠEVNÍM ZDRAVÍM

Jedno ze tří dětí (celosvětově 200 milionů) nedosáhne svého plného fyzického, kognitivního, psychologického a / nebo sociálně-emocionálního potenciálu v důsledku chudoby, špatného zdraví a výživy, nedostatečné péče, stimulace a dalších rizikových faktorů pro vývoj v raném dětství. 80 % adolescentů je nedostatečně fyzicky aktivních.

Všechna tato alarmující data vedla WHO k tomu, že se adolescenti, ženy a děti staly středem pozornosti globální strategie „Globální strategie pro zdraví dětí a dospívajících žen 2016–2030, Každá žena Každé dítě, 2015“.

Dětský mozek a další systémy se rozvíjejí nejrychleji během prvních tří let života, takže investice do raného vývoje jsou zásadní pro podporu fyzického, duševního a sociálního rozvoje, který formuje současné i budoucí zdraví každého jedince (Heckman, 2015). Dospívání je druhou kritickou vývojovou fází. Fyzický, psychický a sociální potenciál získaný v dětství může dozrát do dovedností, chování a příležitostí, které přispívají k lepšímu zdraví a pohodě v dospívání a později v produktivnější věku a dospělosti. Správné investice a příležitosti mohou konsolidovat časná návyky nebo nabídnout mladým lidem druhou šanci promarněnou během dětství. Kromě toho mohou adolescenti, budoucí rodiče, přenést zdravotní potenciál a rizika na budoucí generace (WHO, 2014).

Dospělé ženy přispívají do společnosti, politiky a hospodářství mnoha způsoby, které mohou podporovat zdraví, pohodu a udržitelný rozvoj. Mezi jejich neocenitelné, ale často přehlížené kvality patří: znalosti; odolnost vůči nepřízní osudu; smysl pro vlastní zdraví a zdraví svých rodin; pracovní produktivita; účast na kulturním a politickém životě; schopnost mobilizovat sebe a komunity ve kterých žijí, aby předcházely a zmírňovaly krize, obnovovaly komunitní život a dosahovaly transformačních sociálních změn a míru.

Globální strategie zaujímá celoživotní přístup zaměřený na nejvyšší dosažitelné standardy zdraví a pohody – fyzické, duševní a sociální – v každém věku. Zdraví člověka v každé životní fázi ovlivňuje jeho zdraví v dalších fázích a má také kumulativní účinky na další generaci.

Věkové rozdíly v postojích k hledání odborné psychologické pomoci jsou dalším klíčovým bodem pro zkoumání toho, zda postoje negativně ovlivňují záměry hledat pomoc u starších dospělých a mužů, jejichž potřeby v oblasti duševního zdraví jsou nedostatečné.

Aby prozkoumali tuto problematiku, provedli Mackenzie, Gekoski a Knox (2006) výzkum, kde 206 dospělých žijících v přirozených komunitách vyplnilo dotazníky měřící postoje k hledání pomoci, psychiatrickou symptomatologii, předchozí hledání pomoci a záměry hledat pomoc v budoucnu. Starší věk byl v tomto vzorku spojen s pozitivnějšími postoji vyhledání pomoci, i když věk se interagoval s pohlavím, rodinným stavem a vzděláním a měl různé vlivy na různé složky postojů. Věk a pohlaví také ovlivnily záměry vyhledat odbornou psychologickou pomoc. Ženy projevíly příznivější úmysly vyhledat pomoc odborníků na duševní zdraví než muži, pravděpodobně kvůli jejich pozitivním postojům k psychologické otevřenosti. Starší dospělí projevíli příznivější úmysly vyhledat pomoc u lékařů primární péče (obvodních lékařů) než mladší dospělí, což nebylo vysvětlováno věkovými rozdíly v postojích. Výsledky této studie naznačují, že negativní postoje související s psychologickou otevřeností mohou přispět k nedostatečnému využívání služeb duševního zdraví, a to hlavně u mužů.

Přístup hledající pomoc se nejvíce jeví jako překážka při hledání odborné pomoci u starších



dospělých, ačkoli se jedná zejména o vyhledávání pomoci v oblasti primární péče. Tato zjištění naznačují potřebu vzdělávání s cílem zlepšit postoje při hledání odborné pomoci a zvýšit ochotu starších dospělých vyhledávat speciální služby v oblasti duševního zdraví.

FA / CVIČENÍ PRO MLADÉ A DOSPÍVAJÍCÍ LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Celoživotní prevalence deprese u dospívajících se mezi polovinou osmdesátých let do začátku 21. století téměř zdvojnásobila. V tomto rozsahu se prevalence hlavní depresivní poruchy nyní pohybuje od 4 % do 8 % a až 12 % dětí a adolescentů může mít řádné příznaky deprese. Je znepokojivé, že 20 % mladých lidí zažije alespoň jednu epizodu závažné deprese dříve, než dosáhnou věku 18 let (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley a Andrews, 1993).

Je zapotřebí širších intervencí v oblasti zdraví populace, aby se zabránilo upouštění od fyzických aktivit a obecně se snížilo sedavé chování u mladých lidí, zejména však u těch, u nichž je riziko vzniku vážných problémů v oblasti duševního zdraví.

Důkazy podporující pozitivní dopad používání FA a cvičení v oblasti duševního zdraví u mládeže rostou a první nálezy naznačují výhody napříč mnoha duševními onemocněními.

Zjištění z metaanalýz a studií naznačují velký potenciál cvičebních programů pro zlepšení symptomů deprese u mladých lidí; přijatelnost intervence se jeví jako silná, jak naznačuje vysoká adherence a návštěvnost. Jak uvádí Parker & Bailey (2018), intervence pro mladé lidi by měly:

- Propagovat cvičení jako příjemnou činnost, aby se maximalizoval zájem a trvalé zapojení.
- Sledovat dlouhodobé výsledky v oblasti zdraví a duševního zdraví jako nezbytné pro prokázání dlouhodobějších účinků cvičení na život mladých lidí.

Jako nízkoriziková, ne-stigmatizující a vysoce přijatelná intervence, podporující mladé lidi při změně úrovně fyzické aktivity, má významný přínos pro péči o duševní zdraví mládeže. Podobné závěry lze vyvodit ze studií úzkosti a rané psychózy; cvičení se jeví jako účinné při snižování klíčových klinických příznaků a může být prováděno společně s obvyklou léčbou časně psychózy. Významná zlepšení byla pozorována v psychosociálním fungování a verbální krátkodobé paměti. Zvýšení kardiovaskulární zdatnosti s rychlostí adaptace na cvičební programy bylo pozitivně spojeno s množstvím cvičebních aktivit dosaženými účastníky.

Individuální plánování v rámci cvičebních programů by mohlo poskytnout proveditelné podmínky pro léčbu a následné zlepšení symptomatických, neurokognitivních a metabolických výsledků u prvních epizod psychózy u mladých lidí v raných stadiích nemoci, kteří jsou dobře zapojeni do individualizovaného cvičení (Firth, Carney, Elliott, French, Parker, McIntyre et al., 2016). Tato studie naznačuje, že individualizovaný trénink či fyzická aktivita je proveditelnou a poutavou intervencí v průběhu první epizody psychózy: ačkoli byli účastníci při vstupu do značné míry neaktivní, změnili svůj sedavý životní styl, aby dosáhli 107 minut střední až silné fyzické aktivity týdně po dobu 10 týdnů, čímž překonali 90minutový plán.



Vysoká úroveň přijatelnosti a angažovanosti FA /cvičení naznačuje, že budoucí výzkumné pokusy by mohly také využít velkou škálu odborných znalostí a zařízení dostupných prostřednictvím komunitních služeb pro volný čas k zajištění nízkonákladových a nestigmatizujících aktivit pro mladé lidi.

Bez ohledu na omezený dostupný klinický výzkum se cvičení jeví jako účinná strategie také při léčbě dospívajících se zvýšenou úrovní deprese. Carter, Morres, Meade a Callaghan (2016) uvedli některá doporučení:

- Skupinové a pod dohledem vedené FA aktivity lehké nebo střední intenzity třikrát týdně po dobu 6 až 12 týdnů by mohly přinést zlepšení depresivních příznaků u mladých lidí.
- Zdá se, že cvičení je stejně účinné jak pro středně těžkou, tak pro těžkou depresi v ústavním i ambulantním prostředí.

Výsledky ukázaly, že cvičení s vysokou intenzitou a cvičení s nízkou intenzitou byly v průměru úspěšné při snižování celkové citlivosti na úzkost. Cvičení s vysokou intenzitou mělo oproti cvičení s nízkou intenzitou několik odlišných výhod. Konkrétně na základě zjištění Bromana-Fulkse, Bermána, Rabiana a Webstera (2004) skupina s vysokou intenzitou fyzické aktivity uvedla významně menší strach z tělesných pocitů souvisejících s úzkostí po intervenci ve srovnání s jejich protějšky ve srovnávací skupině s nízkou intenzitou a tyto skupinové rozdíly se udržovaly při následném sledování. Cvičení s vysokou intenzitou tak může být zvláště účinné při rychlém snížení strachu z fyziologického vzrušení u jedinců s vysokou úzkostí.

Je zřejmé, že existují určité limity pro použití aerobního cvičení s vysokou intenzitou jako intervence pro citlivost na úzkost. Jedinci s určitými zdravotními problémy, jako jsou srdeční choroby nebo těžké astma, by nebyli kandidáty na tento druh intervence. Někteří lidé také mohou mít potíže se samotným zahájením nebo udržováním pravidelného cvičení aerobního tréninku a někteří mohou zcela jednoduše odmítnout zvážit tuto možnost.

Avšak u jedinců s vysokou úzkostnou citlivostí, kteří kvůli finančním nebo osobním omezením nemohou nebo nebudou uvažovat o tradičnějších intervenčních prostředcích (tj. farmakologie, psychoterapie), se aerobní cvičení může ukázat jako neocenitelná alternativa léčby. Budoucí výzkum se bude také muset zabývat tím, zda delší účast na cvičebním programu s vysokou intenzitou (osm týdnů nebo více) přinese další výhody a zda jsou tyto výhody zachovány po delší dobu následného sledování.

Mladí dospělí ve věku 18–24 let mají nejvyšší míru problémů spojených s užíváním alkoholu ze všech věkových skupin a užívání návykových látek nepřímo souvisí se zapojením do činností bez návykových látek. Pilotní studie (Weinstock, Capizzi, Weber, Pescatello a Petry, 2014) zkoumala podporu jedné konkrétní aktivity bez návykových látek, cvičení, týkající se užívání alkoholu u vysokoškolských studentů. Tato pilotní studie zjistila, že intervenci dobře přijali sedaví studenti vysokoškoláků s nebezpečným užíváním alkoholu, v kombinaci s PM (pohotovostní management) a TMV (terapie motivačního zlepšení) významně zvýšilo frekvenci cvičení u této skupiny studentů, ale nebyly zaznamenány žádné účinky těchto intervencí s ohledem na užívání alkoholu.

Účinnosti této kombinované intervence zbývá ještě dlouhé testování ve velkém měřítku, včetně dlouhodobého sledování, zda za těchto okolností může přinést příznivé



účinky. Vyhodnocení motivace k pití a důsledky pití může vyprofilovat konkrétní skupiny, pro které může být tento druh intervence nejvýhodnější.

Vědecké poznatky dostupné pro věkovou skupinu 5–17 let podporují celkový závěr, že tělesná aktivita poskytuje zásadní zdravotní výhody pro děti a mládež. Odpovídající úroveň fyzické aktivity přispívají k rozvoji:

- Zdravé muskuloskeletální tkáň (tj. Kosti, svaly a klouby)
- Zdravého kardiovaskulárního systému (tj. Srdce a plíce)
- Neuromuskulárního vědomí (tj. Koordinace a kontrola pohybu), zatímco také usnadňuje udržení zdravé tělesné hmotnosti.

Fyzická aktivita je navíc spojována s psychologickými výhodami pro mladé lidi tím, že: zlepšuje jejich kontrolu nad příznaky úzkosti a deprese; a pomoc v sociálním rozvoji poskytováním příležitostí k sebevyjádření, budování sebevědomí, sociální interakce a integrace. Podle Globálních doporučení pro tělesnou aktivitu pro zdraví ve věku 5–17 let, Světovou zdravotnickou organizaci (2011), zahrnuje tělesná aktivita pro děti a mladé lidi hru, sport, dopravu, domácí práce, rekreaci, tělesnou výchovu nebo plánované cvičení, v kontextu rodinných, školních a komunitních aktivit.

Doporučení ke zlepšení kardio-respirační a svalové kondice, zdraví kostí a kardiovaskulárních a metabolických zdravotních biomarkerů jsou:

- Děti a mládež ve věku 5–17 let by měly denně nahromadit alespoň 60 minut pohybové aktivity se střední až silnou intenzitou.
- Množství fyzické aktivity větší než 60 minut poskytuje další zdravotní výhody.
- Většina denní fyzické aktivity by měla být aerobní. Měly by být zahrnuty aktivity s vyšší intenzitou, včetně těch, které posilují svaly a kosti, alespoň 3krát týdně.

CVIČENÍ PRO STARŠÍ DOSPĚLÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Epidemiologické studie poskytly důkazy o účinnosti fyzické aktivity při zvyšování střední délky aktivního života a při prevenci:

- Funkční ztráty vedoucí ke ztrátě nezávislosti a pohody a případně některých aspektů kognitivních ztrát a deprese a
- Nemoci (kardiovaskulární onemocnění, cukrovka, některé druhy rakoviny) a úmrtnost ze všech příčin.

Dávka fyzické aktivity, která je potřebná k dosažení těchto výhod, byla posouzena a použita k odvození pokynů pro fyzickou aktivitu pro starší dospělé. Doporučení jsou (Donald, Paterson & Murias, 2014):

- Provádět aerobní aktivity střední až silné intenzity (např. Rychlou chůzi nebo, chůzi do kopce nebo účast na aerobním sportu), pro zlepšení kardiorespirační zdatnosti.
- Provádět minimálně 150 min / týden aktivity střední intenzity, která představuje



energetický výdej přibližně 1 000 kcal / týden (nebo ~ 90 minut / týden intenzivního cvičení).

- Získat další výhody přidáním 2 aktivit / týden činností na posílení svalů (např. Kalistenická cvičení, silový trénink).
- Pokud jsou rovnováha a mobilita omezením, zahrnovat činnosti spojené s rovnováhou (např. Chůze po nerovném povrchu, jako jsou stezky).
- Ukázalo se, že strukturované cvičební tréninkové programy, obvykle skládající se z 30minutového tréninku se střední a vyšší intenzitou cvičení, jsou účinné a bezpečné.
- Je možné, že nižší úroveň aktivity může přinést určité zdravotní výhody. Všechny pokyny však uvádějí, že více je lepší.
- Flexibilita nebo protahovací cvičení nenabízejí žádné známé zdravotní výhody. Jednotlivci by měli věnovat čas a energii dalším aspektům fitness.

Pravidelná fyzická aktivita je obecně spojena s psychickou pohodou, i když u starších dospělých existuje relativně málo prospektivních studií.

Pasco, Williams, Jacka, Henry, Coulson a Brennan (2011) zkoumali obvyklou fyzickou aktivitu jako rizikový faktor pro depresivní a úzkostné poruchy de novo u starších mužů a žen z běžné populace. Studie poskytuje důkazy v souladu s představou, že vyšší úroveň obvyklé fyzické aktivity chrání před následným rizikem rozvoje de novo depresivních a úzkostných poruch. Jsou stanoveny terapeutické účinky cvičení při léčbě deprese. Výsledky této studie dále naznačují, že cvičení je životaschopným kandidátem na životní styl pro primární prevenci poruch duševního zdraví s vysokou prevalencí a má jasné výhody v řadě dalších běžných zdravotních problémů. Než však bude fyzická aktivita jednoznačně uznána jako modifikovatelný faktor pro primární prevenci deprese a úzkosti u starších dospělých, je zapotřebí dalšího výzkumu zkoumajícího účinky intenzivní a obvyklé fyzické aktivity a příspěvků různých typů fyzické aktivity.

Podle Ericksona a Kramera (2008) je 6 měsíců mírné úrovně aerobní aktivity dostatečné k dosažení významného zlepšení kognitivních funkcí se skvělými účinky v oblasti výkonných složek kontroly celého těla. Tato vylepšení doprovází změněná opatření mozkové aktivity a zvýšení prefrontálního a dočasného objemu šedé hmoty mozkové, které se promítají do efektivnějšího nervového systému. Dá se bezpečně shrnout, že mírná úroveň cvičení slouží jako preventivní opatření proti kognitivnímu a mozkovému deficitu související s věkem a doporučit ji jako léčbu zvrácení úpadku kognitivních funkcí, které se mohou objevit u starších dospělých. Tento výsledek je také v souladu s velkou epidemiologickou literaturou, která obecně naznačuje, že vyšší úroveň fyzické zdatnosti a fyzické aktivity může snížit pravděpodobnost vzniku kognitivních poruch. Zůstává proto neznámé, zda delší doba cvičení má dlouhodobější a silnější účinky než šestiměsíční intervence.

Podle jedné metaanalýzy navíc kombinace aerobních a neaerobních režimů přináší kognitivním funkcím větší výhody než kterýkoli z těchto typů cvičení samostatně. Porozumění interakcím a účinkům různých typů cvičebních režimů a faktorů, jako jsou kognitivní, sociální nebo výživové intervence, je skutečně v plenkách. Někteří vědci ve skutečnosti předpokládali, že k tomu, aby cvičení bylo účinné, musí docházet k neurálním a kognitivním výhodám cvičení v kontextu rozpoznání zapojení.



Ačkoli nedávné studie tvrdí, že aerobní cvičení a fyzická aktivita mohou také sloužit k ochraně před rozvojem demence, není dosud známo, do jaké míry lze patologický pokles zvrátit nebo léčit cvičebním režimem. Existuje však stále více důkazů a poznatků, že cvičení má příznivé kognitivní a nervové účinky napříč populací kromě těch s demencí, včetně dětí, pacientů s roztroušenou sklerózou a pacientů s Parkinsonovou chorobou.

Stručně řečeno, ačkoli mnoho otázek týkajících se vlivu cvičení na mozkové a kognitivní funkce zůstává nezodpovězeno, můžeme bezpečně tvrdit, že aktivní životní styl s mírným množstvím aerobní aktivity zlepšuje kognitivní a mozkové funkce a může zvrátit neurální rozpad často pozorovaný u starších dospělých.

JAK MŮŽE ROZDÍL MEZI POHLAVÍM OVLIVNIT DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Množství literatury ukazuje, že pohlaví může být faktorem ovlivňujícím duševní zdraví: Cabral a Astbury (2000) publikovali přehled založený na poznatcích, který zkoumal důkazy týkající se špatného duševního zdraví žen s ohledem na řadu determinantních proměnných, jako jsou sociokulturní a environmentální faktory, komunitní a sociální podpora, stresory a životní události, osobní chování a dovednosti, dostupnost a přístup ke zdravotnickým službám. Byl také použit gendrový přístup, včetně biologických nebo pohlavních rozdílů mezi ženami a muži, jakož i kritických rolí, které hrají, sociální a kulturní faktory nebo nerovné společenské postavení při podpoře a dostupnosti péče o duševní zdraví. Takové nerovnosti vytvářejí, udržují a zhoršují postavení směrem k rizikovým faktorům, které ohrožují duševní zdraví žen a způsobují různou míru deprese u mužů a žen.

Podle studie o duševním zdraví žen (Reale, 2001) si však klinický přístup zachovává stále podivný přístup mezi muži a ženami a diagnostiku a interpretaci základních patogenních procesů orientuje do dvou různých kanálů tradičně připisovaných mužským a ženským rolím: motivace mužské deprese jsou ukotveny spíše na vnějších skutečnostech a událostech a na jejich objektivní závažnosti (pozorovatelné vážnosti), zatímco motivace přisuzované ženám jsou více ukotveny v subjektivní „humorální“ variabilitě, ve větší emocionalitě a jako takové jsou charakterizovaná menší pozorností. Sebevražedné chování podporuje rozdíl ve větší sociální závažnosti mužské deprese než v případě žen. V důsledku toho prevalence žen s problémy v oblasti duševního zdraví nevyvolává takovou potřebnost jako u mužů..

Rozdíly mezi pohlavími byly identifikovány také v postojích v hledání profesionální psychologické pomoci: studie zkoumající důvody nedostatečného využívání služeb v oblasti duševního zdraví (Mackenzie & Gekoski, 2006) odhalila, že ženy byly identifikovány s daleko pozitivnějším přístupem při hledání pomoci, i když toto poznání se také lišilo s ohledem na rodinný stav a vzdělání a mělo různé vlivy na různé části tohoto postoje. Ženy projevovaly příznivější úmysly hledat pomoc u odborníků v oblasti duševního zdraví než muži, pravděpodobně kvůli jejich pozitivním postojům ohledně psychologické otevřenosti. Výsledky této studie naznačují, že negativní postoje související s psychologickou otevřeností mohou přispět k nedostatečnému využívání služeb duševního zdraví u mužů. Tato zjištění naznačují potřebu vzdělávání a osvěty v oblasti duševního zdraví, což by mělo přispět ke zlepšení postojů mužů při hledání pomoci a ke zvýšení jejich ochoty vyhledávat speciální služby v oblasti duševního zdraví.



Nejnovější vědecké důkazy vedly WHO k vytvoření „Globální strategie pro zdraví žen, dětí a dospívajících (2016–2030)“, plánu zaměřeného na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví pro všechny ženy, děti a dospívající. Záměrem je inspirovat politiky a tvůrce národních strategií k dalšímu urychlení jejich práce na zlepšení zdraví a dobrých životních podmínek žen, dětí a dospívajících, jakož i průvodce, který má lidem a komunitám umožnit řídit změny a domáhat se svých práv.

FA A CVIČENÍ Z POHLEDU ROZDÍLNOSTI POHLAVÍ

Existují důkazy o rolích fyzické aktivity (cvičení) při zlepšování duševního zdraví mužů a žen. Ve studii provedené Zhangem a Yenem (2015) byl analyzován vztah mezi depresivními příznaky a fyzickou aktivitou u mírně a středně depresivních jedinců. Ukázalo se, že pravidelná fyzická aktivita snižuje depresivní příznaky u mužů i žen s mírnou až středně těžkou depresí, zejména u žen a zejména při pravidelném cvičení. Autoři navrhují fyzickou aktivitu jako účinný klinický nástroj v boji proti depresi a lékaři by ji měli doporučit osobám s mírnou nebo středně těžkou depresí. Fyzická aktivita nebo cvičení však již nejsou účinným způsobem, jak snížit příznaky deprese u jedinců se špatným fyzickým zdravím: zlepšení deprese by pro ně muselo být provedeno (spolu) s jinými terapeutickými prostředky.

Další studie naznačují, že cvičební programy střední až silné intenzity jsou slibnou strategií pro snížení citlivosti na úzkost. Na základě těchto důkazů Medina et al. (2014) testovali hypotézu, že účinek FA, která má za úkol snižovat citlivost na úzkost se bude lišit v závislosti na pohlaví. Zjištění naznačila, že účinky cvičení na výsledky duševního zdraví se mohou lišit v závislosti na pohlaví, přičemž větší prospěch mají muži než ženy. Muži vykazovali významně větší počáteční snížení citlivosti na úzkost ve srovnání s ženami (po 1 týdnu cvičení). Tyto genderové rozdíly však již na konci intervence nebyly patrné. Závěrem lze říci, že reakce na cvičení při úzkostné patologii se mohou lišit podle pohlaví. To může mít důsledky pro provádění těchto intervencí, které by se měly u žen lišit, přinejmenším pokud jde o snížení citlivosti na úzkost. Studie, které srovnávají typy cvičebních modalit (např. Jóga, cvičení s odporem) a dávky (např. Intenzity, frekvence a trvání), mohou přinést zjištění, která mohou pomoci vylepšit znalosti potřebné k vývoji individuálně přizpůsobených cvičebních plánů.

Protože u žen jsou problémy v oblasti duševního zdraví dvakrát pravděpodobnější, Adams et al. (2007) zkoumali vztah mezi fyzickými aktivitami a ukazateli duševního zdraví v národním vzorku vysokoškolských studentek. Účelem této studie bylo zjistit, zda dva typy fyzické aktivity (intenzivní / mírné cvičení (IMC) a silový trénink (ST)) byly spojeny s duševním zdravím u širokého vzorku 18 až 24letých vysokoškolských žen.

Závislé proměnné byly deprese, úzkost, sebevražedné myšlenky a vnímané zdraví; dvě měřítka týdenní frekvence cvičení byly nezávislé proměnné. IMC bylo pozitivně spojeno s vnímaným zdravím a negativně spojeno s depresí, ale nebylo spojena ani s úzkostí, ani se sebevražednými myšlenkami; ST byl ve většině případů spojen s vnímaným zdravím, depresí, úzkostí a sebevražednými myšlenkami. Je třeba vzít v úvahu, že míry fyzické aktivity byly založeny na vyvolání týdenní frekvence, ale nikoli na intenzitě, trvání nebo konzistenci cvičení, i když jsou v souladu s pokyny ACSM. Je třeba pokračovat ve výzkumu této problematiky.



Nakonec stojí za zmínku studie, kterou provedli Schaal et al. (2011) přináší dvě důležitá témata psychologie ve vrcholovém sportu, která odrážejí zjištění z jiných epidemiologických studií provedených na obecné populaci. Rozdíly v psychopatologii založené na pohlaví ukázaly, že u elitních atletek je pravděpodobnější diagnóza psychologických problémů než u mužů a zdá se, že jsou náchylnější k obtížím, se kterými se v jejich prostředí setkávají než u jejich mužských protějšků.

Kromě toho dochází k významným odchylkám podle druhu praktikovaného sportu, což znamená, že požadavky a tlaky spojené s praktikováním konkrétního sportu mohou působit jako jeden z významných sociálně-environmentálních rizikových faktorů, které v kombinaci s určitou osobností a genetickou predispozicí mohou usnadnit rozvoj některých duševních onemocnění.

Z psychosociálního hlediska se má za to, že biologické tendence žen ke zvýšenému znepokojení a obavám jsou často silně posíleny normami týkajícími se pohlaví. Převaha žen trpících úzkostnými nebo afektivními poruchami je pravděpodobně dána kombinací těchto základních rozdílů na biologické a psychosociální úrovni. Rozdíly podle pohlaví v prevalenci různých duševních onemocnění jsou demonstrovány a podobají se rozdílům v celkové populaci. Samotná praxe na vysoké sportovní úrovni se nezdá být psychopatogenní, protože zjištěná psychopatologická prevalence není vyšší než u běžné populace. Psychopatologie spíše souvisí s přítomností velmi zvláštních stresorů, jako jsou problémy sportovců v jejich sociálním, osobním a sportovním prostředí.

JAK MOHOU KULTURNÍ ROZDÍLY OVLIVNIT DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Nadnárodní epidemiologické studie ukazují, že míra prevalence běžných duševních onemocnění (tj. Deprese, úzkostných poruch a PTSD) se mezi zeměmi značně liší, což naznačuje důležitost kulturních rozdílů. Aby bylo možné shromáždit důkazy o tom, jak kultura souvisí s etiologií a fenomenologií duševních onemocnění, je zásadní najít smysluplné empirické nástroje pro zachycení latentního (tj. Neviditelného) konstruktů „kultury“ (Heim et al., 2019).

Literatura obsahuje množství důkazů o tom, jak mohou kulturní proměnné, jako je etnická příslušnost, náboženství a socioekonomický status, ovlivnit pohodu a duševní zdraví jednotlivce. Zajímavé publikace analyzují náboženství ve spojení se sportem a fyzickými aktivitami: to je případ „Cattolicesimo, gymnastics e sport“ (2012), kde je analyzován vztah mezi křesťanstvím a fyzickými aktivitami a sportem od starověku do poloviny dvacátého století. Část knihy je věnována využití pohybových aktivit a sportu při vzdělávání občanů, přičemž zdůrazňuje důvody hlubokých neshod, které se vyvinuly během fašismu, který potlačil katolické sportovní organizace.

Sport v Islámské a Muslimské komunitě (Testa and Amara, 2016) analyzuje souhrn mezi sportem a islámem a přibližuje řadu současných problémů, jako je role sportu v pohlaví, mládí a politické identity v islámu a muslimských společnostech, role sportu mezi muslimskými menšinami a sportovní vztah k muslimským kulturám. Na základě sociologie, antropologie, politické vědy, islámských studií a sportovních studií pomáhá vyvodit širší závěry o náboženské identitě ve sportovních podmínkách a souhře mezi sportem, genderem, politickou ideologií a konzumní kulturou.

Průnik mezi sportovními událostmi a náboženskou příslušností sportovců se může



pochlubit bohatou historií a stávkujícími případy a kontroverzemi (Fedele, 2014). Jonathan Edwards, britský trojskokan a držitel světového rekordu po mnoho let, sdílel křesťanskou víru svého otce – pastora anglikánské církve – a při uplatňování pravidla prázdninového odpočinku odmítl v neděli soutěžit. Z tohoto důvodu Edwards nenastoupil do finále Světového poháru v Tokiu v roce 1991 a vzdal se pravděpodobné medaile.

Mohamed Ali, pravděpodobně největší boxer všech dob, byl za své odmítnutí vykonávat vojenskou službu odsouzen k pěti letům vězení. Aliho volba – rušivá a symbolická, protože k ní došlo během války ve Vietnamu byla motivována svou příslušností k islámu a odporem tohoto náboženství k používání zbraní.

Duševní problémy týkající se postavení uprchlíků a žadatelů o azyl jsou rovněž široce zkoumány, ale současný scénář vede ke komplexnímu přístupu, který vyžaduje další analýzu a intervenci. Zdá se, že demografické charakteristiky migračních toků se za posledních několik let změnily; podrobně pochopit, co se děje, jak tyto variace ovlivňují duševní zdraví žadatelů o ochranu a jaké mohou být neúčinnější ochranné zásahy, vyžaduje data, která zatím nemáme plně k dispozici (Caritas Report, 2016).

SOCIO-EKONOMICKÉ POSTAVENÍ, DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A FYZICKÉ AKTIVITY

Fyzická aktivita hraje zásadní roli při udržování zdraví a pohody. Důkazy důsledně ukazují, že v přístupu k fyzické aktivitě existuje sociální sklon. Tento sklon je do značné míry stanoven v dětství a převládá v průběhu celého života. Fyzická nečinnost u sociálně znevýhodněných osob může zvýraznit účinky psychosociálního stresu a částečně vysvětlit zjištěné sociální rozdíly ve zdraví a pohodě (Hamer, 2014). Ve zdraví a pohodě existuje silný a dobře zavedený sociální sklon. Nepříznivá socioekonomická pozice souvisí s nižší fyzickou aktivitou a silnějším sedavým chováním. Zdá se, že tato asociace je do značné míry ovlivněna horším vzděláním. Fyzická nečinnost u sociálně znevýhodněných osob může zvýraznit účinky psychosociálního stresu. Nedostatečná fyzická aktivita je pravděpodobně jedním z klíčových mechanismů spojujících nižší socioekonomický status a horší celkovou pohodu.

Další práce je zásadní pro lepší pochopení účinných přístupů ke zlepšení životního stylu u sociálně znevýhodněných skupin a odstranění sociálních nerovností v oblasti zdraví a pohody. V longitudinální studii Brodersen et al. (2006) hodnotili vývojové trendy v pohybové aktivitě a sedavém chování u britských studentů ve věku 11–12 let ve vztahu k pohlaví, etnickému původu a socioekonomickému postavení (SEP). Měření se týkalo počtu dní v týdnu intenzivní činnosti vedoucí k pocení a dýchání v zátěži na jedné straně a hodinách sedavého chování, včetně sledování televize a hraní videoher na straně druhé.

Nejpozoruhodnější výsledky ukázaly, že asijsí studenti byli méně aktivní než bílí Britové, a to platilo také pro dívky z černošské komunity, ale ne pro chlapce. Černošští studenti byli sedavější než bělošští studenti. Úrovně sedavého chování byly vyšší u respondentů z nižšího sociálně ekonomického prostředí (SEP). Většina rozdílů mezi etnickými skupinami a skupinami SEP byla přítomna ve věku 11 let a během dospívání se nevyvíjela. Zdá se tedy, že fyzická aktivita klesá a sedavé chování se v dospívání stává častějším. Etnické a SEP rozdíly jsou pozorovány ve fyzické aktivitě a sedavém chování u



mládeže, u nichž se předpokládá, že povedou k odchylkám zdravotních rizik v dospělosti. Ty jsou z velké části stanoveny ve věku 11–12 let, a proto zvrácení těchto vzorců vyžaduje zásah v dřívějším věku.

Sedavé chování je zřetelnou kategorií činnosti a není to jen absence intenzivního cvičení, prediktor pozdějších zdravotních problémů. Dospívající s nižším socioekonomickým statusem (SEP) se účastní sedavějšího chování, ale fyzická aktivita se liší podle SEP pouze u dívek. Rozdíly v tělesné aktivitě u adolescentů ve Spojeném království ve vztahu k etnickému původu a socioekonomickému postavení nejsou dobře pochopeny, ale jsou do značné míry určeny věkem 11–12 let; nápravná opatření proto vyžadují dřívější zásah.

Pohybová aktivita se jeví jako důležitý faktor při určování výsledků v oblasti zdraví u etnických menšin, které bývají sociálně znevýhodněny a pobývají v sociálně znevýhodněných oblastech (Hamer, 2014). Nedávno zkoumané chování fyzické aktivity mezi různými etnickými komunitami ve Velké Británii ukázalo konzistentní rozdíly mezi muži a ženami, věkovými skupinami a ukazateli SEP. Tyto výsledky chování v oblasti fyzické aktivity v etnických menšinách lze vysvětlit etnickými rozdíly ve znalostech, postojích a zdrojích pro zapojení do zdravého životního stylu. Intervence fyzické aktivity musí být zaměřeny na sociálně znevýhodněné skupiny, ale je důležité porozumět environmentálním překážkám fyzické aktivity v znevýhodněných oblastech. Programy fyzické aktivity by měly být šité na míru jednotlivci a měly by obsahovat více složek (např. Stanovení cílů, řešení problémů, vlastní monitorování, cvičení pod dohledem), protože jsou obecně účinnější než ty, které tak nastavené nejsou.

Změna zdravotního chování ve skupinách s nízkými příjmy může být náročná a složitá a vyžaduje přístup a spolupráci mezi různými aktéry. Intervence určené ke zlepšení sociálních nerovností ve zdravotním chování by měly být aplikovány jak v dětství, tak v dospělosti, protože socioekonomické nerovnosti v průběhu života jsou známými rizikovými faktory pro život ohrožující podmínky. Zlepšení socioekonomických nerovností ve zdravotním chování bude vyžadovat vývoj lepších intervencí, které budou aplikovány v průběhu celého života se zaměřením na znevýhodněné skupiny, aby poskytly co největší užitek (Watt et al., 2009).

ZÁVĚRY / DOPORUČENÍ

Zjištění z literatury v oboru potvrzují:

- Potenciál cvičebních intervencí při zlepšování symptomů deprese u mladých lidí a toto cvičení se jeví jako efektivní také při snižování klíčových klinických příznaků a jako takové je lze realizovat společně s obvyklou léčbou časně psychózy.
- Toto cvičení se jeví jako účinná strategie i při léčbě dospívajících se zvýšenou úrovní deprese.
- Účinnost fyzické aktivity při zvyšování střední délky aktivního života u starších dospělých a při prevenci: funkčních ztrát vedoucích ke ztrátě nezávislosti a pohody a případně některých aspektů kognitivních ztrát a deprese a nemocí (kardiovaskulární onemocnění, cukrovka, některé druhy rakoviny)) a úmrtnost ze všech příčin.



- Vyšší úroveň obvyklé fyzické aktivity chrání před následným rizikem vzniku de novo depresivních a úzkostných poruch u mužů seniorského věku.
- Mírná úroveň cvičení může sloužit jako preventivní opatření proti kognitivnímu a mozkovému zhoršení související s věkem a jako léčba zvrácení úpadku a kognitivních deficitů, které již existují u starších dospělých.

Další nutné výzkumné kroky:

- Stále existuje potřeba vysoce kvalitních studií, které by zkoumaly, jaké typy činností a intenzit vedou k nejlepším výsledkům pro mladé lidi s příznaky deprese. Rovněž je zapotřebí dlouhodobějšího sledování po období okamžitého zásahu.
- V budoucích směrech je třeba zvážit, jak shromáždit dostatečné důkazy o účinnosti a efektivnosti na podporu přístupu přizpůsobeného cvičebnímu programu (např. Umožnit sladění cvičební dávky, typu, frekvence s aktuálními problémy a preferencemi mladého člověka).
- Pokud jde o využití cvičebních programů při léčbě dospívajících se zvýšenou úrovní deprese, je zapotřebí více studií s lepší metodickou kvalitou, aby byla zajištěna pevnější klinická doporučení týkající se vztahu dávka-odpověď.
- Než bude možné fyzickou aktivitu jednoznačně uznat jako modifikovatelný faktor pro primární prevenci deprese a úzkosti u starších dospělých, je nutný další výzkum zkoumající účinky intenzivní i obvyklé fyzické aktivity a příspěvků různých typů fyzické aktivity.
- Je zapotřebí dalšího výzkumu, který porozumí interakcím a účinkům různých typů cvičebních režimů a faktorů, jako jsou kognitivní, sociální nebo nutriční intervence u starších dospělých.

Podle Národního ústavu duševního zdraví (2005) postihují deprese a úzkost více než 12 milionů žen a téměř 7 milionů mužů. Pokud má fyzická aktivita rozumnou pravděpodobnost tlumení problému v oblasti duševního zdraví a zároveň „neškodí“, pak mohou být doporučení pro cvičení odborníků na duševní zdraví obecněji indikována. Nakonec existují důkazy o vztahu dávka-odpověď, kdy je více cvičení spojeno s lepším duševním zdravím. Bylo by užitečné, kdyby budoucí výzkum mohl objasnit ideální dávku fyzické aktivity pro výsledky v oblasti duševního zdraví a je třeba provést další podélný výzkum, a to před schválením cvičebních programů jako léčby duševních onemocnění.



Doporučená literatura

- Adams, T., Moore, M., & Dye, J. (2007). The Relationship Between Physical Activity and Mental Health in a National Sample of College Females. *Women & Health*, 45, 69-85. 10.1300/J013v45n01_05
- Alexandra, G., Parker, A., & Bailey, P. (2018). Exercise for Adolescents and Young People With Mental Illness. In B. Stubbs & S. Rosenbaum (Eds.), *Exercise-Based Interventions for Mental Illness* (pp. 149-167). Academic Press. ISBN 9780128126059
- American College of Sports Medicine-ACSM (2018). *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*.
- Bardelli, D. (2012). *Cattolicesimo, ginnastica e sport: Un percorso storico nel rapporto fra religione e attività motorie*. EDUCatt, Milano.
- Brodersen, N.H., Steptoe, A., Boniface, D.R., & Wardle, J. (2006). Trends in physical activity and sedentary behaviour in adolescence: ethnic and socioeconomic differences. *British Journal of Sports Medicine*, 41(3), 140-144. doi:10.1136/bjism.2006.031138
- Broman-Fulks, J.J., Berman, M.E., Rabian, B., & Webster, M.J. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2), 125-136.
- Cabral, M., & Astbury, J. (2000). *Women's Mental Health, an evidence-based review. Mental Health Determinants and Populations*. Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization, Geneva. WHO/MSD/MDP/00.1
- Caritas Italiana, Fondazione Migrantes, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016, capitolo 4, www.simmweb.it
- Carter, T., Morres, I.D., Meade, O., & Callaghan, P. (2016). The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(7), 580-590. doi: 10.1016/j.jaac.2016.04.2016
- De Oto, A. (2016). *Sport e Identità: la lotta alla discriminazione in ambito sportivo*, Bonomo Editore. Bologna.
- Donald, H., Paterson, J., & Murias, M. (2014). Physical Functioning and Mental Health in Older Adults, In A. Clow, & S. Edmunds (Eds.), *Physical Activity and Mental Health* (pp. 119-140). Champaign, Ill: Human Kinetics. ISBN – 13: 978-1-4504-3433-1
- Elvira Reale, *Salute mentale nella donna e differenze di genere: dalle evidenze clinico-epidemiologiche alle prospettive di una prevenzione mirata*, <http://www.salutementaledonna.it/1%20disturbi%20psichici%20nella%20donna.pdf>
- Erickson, K.I., & Kramer, A.F. (2008). Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 43(1), 22-24. doi:10.1136/bjism.2008.052498
- Fedele, V. (2014). Controllo, legittimazione e riconoscimento: l'islam e lo sport, in *Diritto e religioni*, 1, 333.
- Firth, J., Carney, R., Elliott, R., French, P., Parker, S., McIntyre, R., ... Yung, A.R. (2018). Exercise as an intervention for first-episode psychosis: A feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3), 307-315. <https://doi.org/10.1111/eip.12329>
- Hamer, M. (2014). Social Class Relationship in Physical Activity and Mental Health. In A. Clow & S. Edmunds (Eds.), *Physical Activity and Mental Health* (pp. 65-81). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Heckman, J. (2015). *Four big benefits of investing in early childhood development*. <http://heckman-equation.org/content/resource/4-big-benefits-investing-earlychildhood-development>
- Heim, E., Maercker, A., & Boer, D. (2019). *Value Orientations and Mental Health: A Theoretical Review*. Research Article <https://doi.org/10.1177/1363461519832472>
- La salute mentale nelle varie fasi della vita*, report ISTAT (2015-2017), www.istat.it
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R., & Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L., & Knox, V.J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health*, 10(6),



574–582.

- Medina, J.L., DeBoer, L.B., Davis, M.L., Rosenfield, D., Powers, M.B., Otto, M.W., & Smits, J.A. (2014). Gender moderates the effect of exercise on anxiety sensitivity. *Mental Health and Physical Activity*, 7(3), 147–151. doi: 10.1016/j.mhpa.2014.08.002
- Mencacci, C., & Migliarese, G. (2017). *Quando tutto cambia. La salute psichica in adolescenza*. Pacini Editore. ISBN 8869953157, 9788869953156
- Moor, M., & Beem, A.L., Stubbe, J., Boomsma, D., & Geus, E. (2006). Regular Exercise, Anxiety, Depression and Personality: A Population-Based Study. *Preventive Medicine*, 42, 273-279. 10.1016/j.ypmed.2005.12.002
- National Institute of Mental Health – Statistics – 2005.
- Nicholls, A.R., Remco Polman, C.J., Levy, A.R., & Backhouse, S.H. (2009). Mental toughness in sport: achievement level, gender, age, experience, and sport type differences. *Official Journal of the International Society of the Study of Individual Differences (ISSID)*, 47(1), 73-75.
- Pahor, M., Blair, S.N., Espeland, M., Fielding, R., Gill, T.M., & Guralnik, J.M. (2006). Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: Results of the lifestyle interventions and independence for Elders Pilot (LIFE-P) study. *Journal of Gerontology, A Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(11), 1157-1165.
- Pasco, J., Williams, L., Jacka, F., Henry, M., Coulson, C., Brennan, S., ... Berk, M. (2011). Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 292-298. doi:10.1017/S1041610210001833
- Robinson, M., Keating, F., & Robertson, S. (2011). Ethnicity, gender and mental health. *Diversity in Health and Care*, 8, 81–92.
- Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., ... Toussaint, J.-F. (2011). Psychological Balance in High Level Athletes: Gender-Based Differences and Sport-Specific Patterns. *PLoS ONE* 6(5), e19007. doi: 10.1371/journal.pone.0019007
- Suzuki, W. (2015). *Happy Brain*. <http://www.sperling.it/libri/happy-brain-wendy-suzuki>.
- Testa, A., & Amara, M. (2016). *Sport in Islam and in Muslim communities*. London: Routledge.
- The Global strategy for women's children's and adolescents' health (2016-2030)*. Every Woman Every Child (2015). <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/> La salute mentale nelle varie fasi della vita, report ISTAT (2015-2017), www.istat.it
- Watt, H.C., Carson, C., Lawlor, D.A., Patel, R., & Ebrahim, S. (2009). Influence of life course socio-economic position on older women's health behaviors: findings from the British Women's Heart and Health Study. *American Journal of Public Health*, 99(2), 320–327. doi:10.2105/AJPH.2007.129288
- Weinstock, J., Capizzi, J., Weber, S.M., Pescatello, L.S., & Petry, N.M. (2014). Exercise as an intervention for sedentary hazardous drinking college students: a pilot study. *Mental Health and Physical Activity*, 7(1), 55-62.
- World Health Organization (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health 5–17 years old*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>
- World Health Organization (2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. Geneva, WHO. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- Zhang, J., & Yen, S.T. (2015). Physical Activity, Gender Difference, and Depressive Symptoms. *Health Services Research*, 50(5), 1550–1573. doi:10.1111/1475-6773.12285





ADVANCED SKILLS FOR ACTIVE LIVING



**Psychosociální dimenze fyzické aktivity / cvičení
a sportu v oblasti duševního zdraví
Motivace a překážky**

Autoři: Nektarios Stavrou, Maria Psychountaki
National and Kapodistrian University of Athens



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Motivace pro a překážky při FA / cvičení u lidí s duševním onemocněním

Úvod

Cvičení je obvykle definováno jako plánovaná, strukturovaná a nepřetržitá dynamická aktivita, které se lidé obvykle účastní mimo svojí každodenní rutinu. Lidé pravidelně cvičí z mnoha důvodů, mimo jiné z radosti, sociálních důvodů a / nebo k dosažení zdravotních výhod, jako je hubnutí nebo fyzická zdatnost (Berger, 2004). Fyzická aktivita (FA) je široký pojem, který zahrnuje veškerý pohyb těla produkovaný kosterními svaly, jehož výsledkem jsou energetické výdaje (Berger, 2004). Běžná FA zahrnuje aktivity v oblasti cvičení, sportu, zaměstnání, dopravy a životního stylu.

Psychologické problémy a duševní onemocnění ovlivňují schopnost jedince pracovat, zapojovat se do vztahů a žít nezávisle v komunitě a současně představují významný rizikový faktor pro morbiditu a mortalitu (Evans et al., 2007; Mueser et al., 2001). Představují významný zdravotní problém; průměrný věk jedinců s vážným duševním onemocněním je přibližně o 20–25 let kratší než u běžné populace (Dixon et al., 1999; McGrath et al., 2008). Například některé práce potvrzují, že 35% až 70% jedinců se schizofrenií má další morbiditu (Casey & Hansen, 2009). Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) způsobují těžká duševní onemocnění (schizofrenie, bipolární porucha, těžká deprese) 10,5% břemene nemocí a úrazů na celém světě, což představuje třetí z 30 hlavních příčin dlouhodobého života se zdravotním postižením (Murray & Lopez, 1997).

Duševní onemocnění je vážným problémem veřejného zdraví. Jedinci s těžkým duševním onemocněním jsou méně aktivní než jedinci v běžné populaci (např. Lindamer et al., 2008). Duševní nemoci, jako je deprese, jsou spojeny s letargií, nedostatkem motivace, nízkým sebevědomím a také nízkou sebeúctou, což jsou všechny faktory, které mají tendenci zvyšovat sedavé chování (Grace et al., 2005; Lin et al., 2010). Vědci zjistili, že deprese je jedním z nejvíce ohrožujících zdravotních problémů; Clow a Edmunds (2014) poukázali na to, že „přibližně 30% evropské populace má „dlouhodobé zdravotní problémy“ a také že „lidé s dlouhodobými zdravotními problémy“, které jsou komorbidní s problémy duševního zdraví, mají horší obecné zdraví“ (str. 141).

Výzkumy dospěly k závěru, že FA je účinná při snižování deprese alespoň na stejné úrovni jako psychoterapie nebo farmakoterapie s tím, že má další výhody pro všeobecné zdraví a bez negativních vedlejších účinků medikace (Landers, 2007). Výzkum konkrétně ukázal, že FA je důležitou součástí kvality života každého jejího účastníka. FA a cvičení mohou zlepšit fyzické a duševní zdraví a kvalitu života duševně nemocné populace (Josefsson et al., 2014; Rosenbaum et al., 2014; Vancampfort et al., 2015). Podle Clowa a Edmundse (2014) může FA pozitivně ovlivnit celou řadu duševních onemocnění (např. Schizofrenie, Alzheimerova choroba a deprese) a také všeobecnou pohodu. Naopak fyzická nečinnost je sama o sobě hlavní příčinou morbidity a mortality jako dalších rizikových



faktorů pro kardiovaskulární onemocnění (např. Wei et al., 1999).

Přestože je dobře zdokumentováno, že FA a cvičení mají mnoho výhod pro fyzické a duševní zdraví, následná šetření ukázala, že většina účastníků má potíže dlouhodobě udržet úroveň aktivity (Andersen et al., 1998). Přestože se ukázalo, že FA a cvičení mohou zlepšit zdraví a snížit úmrtnost (Haskell et al., 2007), hladiny FA u dospělých za poslední dvě desetiletí klesly. Velké množství světové populace se ve skutečnosti zdržuje cvičení buď kvůli nedostatečné účasti, nebo kvůli obtížím při dodržování cvičení nebo programu FA. Orientačně je většina dospělých Američanů považována za neaktivní (Haskell et al., 2007), 47,2 % mladých Kypřanů vůbec neprovádí žádný druh fyzické aktivity (Kyriakou & Pavlakis, 2011) a 25% řecké populace se neúčastní FA nad rámec nezbytných denních úkolů (Valanou, Bamia, Chloptsios, Koliva, & Trichopoulou, 2006).

Podle nedávných vědeckých studií se FA a cvičení věnuje pouze menší počet jedinců s depresí (Wielopolski et al., 2014) a bipolární poruchou (Janney et al., 2014) v souladu s doporučeními v oblasti veřejného zdraví. Prevalence fyzické nečinnosti je u klinické populace vysoká. Výzkum ukázal, že v klinické populaci 96 % vzorku nesplňovalo směrnice pro fyzickou aktivitu minimálně 150 min / týden FA střední až silné intenzity (Jerome et al., 2009).

Celkově lze říci, že důkazy z neklinické i klinické populace prokazují zásadní důsledky fyzické nečinnosti pro morbiditu a mortalitu a důkazy hlavně z neklinické populace ukazují, že intervence fyzické aktivity mohou být účinné a mít smysluplný dopad na zdravotní parametry s vážným duševním onemocněním

Tyto důvody vedly vědce k hledání způsobů, jak zvýšit úroveň cvičení a fyzické aktivity v každodenním životě lidí s vážným duševním onemocněním. Programy FA pro duševně nemocné osoby by měly být integrovány do služeb v oblasti duševního zdraví (Richardson et al., 2005). Z důvodu důležitosti FA a cvičení pro zlepšení zdraví je nezbytné identifikovat příčiny pozorované nízké úrovně účasti na cvičení a obtížného dodržování rutiny cvičení.

MOTIVY PRO CVIČENÍ

Role motivace v účasti na FA byla ústřední oblastí výzkumu a zůstává tématem, které je v současné době systematicky zkoumáno. Důvodem je poznání, že FA a cvičení mohou ovlivnit fyzické i duševní zdraví. Aby bylo možné pochopit, proč se lidé rozhodnou nebo nepřijmou fyzicky aktivní životní styl nebo se účastní programů FA a cvičení, byly provedeny četné studie, které poukazují na tyto důvody (Molanorouzi, Khoo, & Morris, 2014; Zervou, Stavrou, Kohen, Zounhia a Psychountaki, 2017).

Vědci, zdravotničtí pracovníci a tvůrci politických, národních strategií zkoumali, proč jsou někteří lidé fyzicky aktivní, zatímco jiní ne. Jedním z rozhodujících důvodů pro fyzickou aktivitu lidí během volného času je motivace. Motivace ovlivňuje nejen účast na FA, ale je také kritickým faktorem při dlouhodobém dodržování cvičení (Andre & Dishman, 2012; Aaltonen et al., 2012; Frederick & Morris, 2004).

Pokud jde o motivační faktory, podle systematického přehledu Firth et al. (2016) bylo nejčastějším důvodem pro účast na cvičení zlepšení fyzického zdraví (91%), následované zvýšením kondice / energie (75%), zlepšením vzhledu (77%) a hubnutí (83%). Populární



psychologické motivační faktory byly snižování stresu (80%) a zvládání nálady (81%), stejně jako zlepšování spánkových vzorců (72%).

Radost z cvičení si zvolilo pouze 54% pacientů, zatímco sociální aspekt cvičení považovalo za motivační faktor pouze 27% pacientů.

Teorie sebeurčení (SDT; Deci & Ryan, 1985, 2000) je jednou z nejdůležitějších teorií lidské motivace, která zkoumá rozdílné účinky různých typů motivace, které mohou řídit chování. Teorie sebeurčení poskytuje vhled do důvodů, proč lidé s vážným duševním onemocněním (např. u schizofrenie) osvojují a udržují dobré zdravotní návyky. Podle teorie sebeurčení může být regulace směrem k FA motivována, externě motivována nebo skutečně motivována. Literatura o mediátorech intervencí naznačuje, že nejkonzistentnějšími faktory změny jsou samoregulační opatření (např. Plánování, řešení problémů, vlastní monitorování) (Rhodes & Pfaeffli, 2009). Sorenson (2006) zjistil, že pravděpodobnost fyzické aktivity spíše než její neaktivity je 20krát větší, když mají lidé vnitřní motivaci.

Navíc se Bandurova teorie vnímání vlastní účinnosti (Bandura, 1997) jeví jako rozumný teoretický základ pro vývoj vhodných intervencí pro tuto konkrétní populaci. V teorii vnímání vlastní účinnosti se zdá, že účast na fyzické aktivitě je ovlivněna jak poznáváním (např. hodnotami, vírami, postoji), tak vnějšími podněty (např. sociálními normami, dostupnost pohybových zařízení či sportovišť). Vnímání vlastní účinnosti je silným prediktorem změny chování v různých situacích. Kromě toho bylo zjištěno, že vnímání vlastní účinnosti je významným prediktorem fyzické aktivity u jedinců se závažnými duševními onemocněními (Gorczyński et al., 2010; Leas & McCabe, 2007; Ussher et al., 2007). Podle Bandury (1997) jsou zdrojem vnímání vlastní účinnosti čtyři parametry: (a) minulá výkonnost, (b) zprostředkovaná zkušenost, (c) sociální přesvědčování a (d) fyziologické faktory. Každý z těchto zdrojů může být motivací pro lidi s duševním onemocněním, pokud jde o zlepšení a udržení fyzické aktivity v cvičebním programu.

(a) Předešlá výkonnost je považována za silný zdroj vnímání vlastní účinnosti jednotlivce. Vezmeme-li v úvahu nízkou úroveň zdatnosti, jakož i ospalost a únavu jako vedlejší účinky některých léků, je třeba vytvořit velmi pozvolný přístup ke zvyšování FA (Mutrie & Faulkner, 2003).

(b) Modelování – vidění úspěchu ostatních pacientů, lidí s podobnou zkušeností – může být dalším zdrojem vlastní účinnosti. Jedinci s vážným duševním onemocněním mají vyšší pravděpodobnost špatného sociálního života a omezených sociálních sítí a často mají nízké příjmy nebo jsou nezaměstnaní (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001).

(c) Sociální přesvědčování zahrnuje verbální a neverbální jazyk používaný ostatními k podpoře vnímání vlastní účinnosti jednotlivce. Aby bylo možné uspět v sociálním přesvědčování, měli by odborníci v rámci integrovaných služeb duševního zdraví vytvářet příležitosti pro konzistentní a strukturovanou FA. Carless (2007) dále představuje tři prvky sociálního přesvědčování: (i) zvyšování povědomí, s cílem pomoci pacientovi posoudit potenciální přínosy FA, (ii) závazek zahrnující úzkou interakci (obvykle jedna k jedné) mezi zdravotníkem či jiným profesionálem a pacientem za účelem pochopení zájmu a vytvoření nadšení a (iii) usnadnění, kdy se



zdravotničtí pracovníci či jiní profesionálové každodenně starají o praktické aspekty cvičení a mohou cvičení používat k verbálnímu povzbuzení, ujištění a podpoře .

(d) Fyziologické faktory a afektivní stavy mohou být také důležitým zdrojem vlastní účinnosti. Poskytování podpurných relací bez tlaku, které účastníkům umožňují jít vlastním tempem, může mít pro účast v FA pozitivní vliv. (Hodgson, McCulloch, & Fox, 2011). Ekkekakis, Parfitt a Petruzzello (2011) představili údaje prokazující, že většina dospělých, kteří jsou sedaví a mají nadváhu nebo jsou obézní (charakteristiky mnoha jedinců s těžkým duševním onemocněním), pociťují sníženou radost z cvičení při jakékoli úrovni a intenzitě.

PŘEKÁŽKY SMĚREM K FA A CVIČENÍ

Podle Royal College of Psychiatrists mohou FA a cvičení mnoho lidí odpuzovat, protože nikdy necvičili, ve škole neměli v této oblasti žádné úspěchy, cítili by se proto hloupě, mají myšlenky, že by si z nich ostatní mohli dělat legraci , mají pocit, že cvičení nemůže pomoci, pokud nebolí, během cvičení jsou zpocení a cítí se nepohodlně, jsou příliš unavení, raději by dělali něco jiného, věří, že fyzické aktivity jsou příliš drahé, myslí si, že díky cvičení se budou cítit hůř, nemají s kým cvičit, neví, kde, kdy a jak začít (Royal College of Psychiatrists; Taylor, 2014).

Kromě motivačních faktorů, které usnadňují účast na cvičení lidem s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví, existují jednotlivci, kteří při své účasti na cvičení čelí hned několika dalším překážkám, bariérám nebo obtížím. Hned několik meta-syntéz kvalitativní literatury, jakož i systematické recenze a metaanalýzy zkoumaly faktory, které mohou povzbudit nebo zabránit účasti na cvičení u lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví (Firth, Rosenbaum, Stubbs, Corczynski, Yung, & Vancampfort, 2016; Mason & Holt, 2012; Soundy, Freeman, Stubbs, Probst, Coffee, & Vancampfort, 2014b).

Důvodem je to, že jedinci s problémy v oblasti duševního zdraví se věnují výrazně méně intenzivnímu cvičení a výrazně většímu množství sedavého chování než lidé bez vážných problémů v oblasti duševního zdraví (Stubbs et al., 2016a, b; Vancampfort et al., 2016a). Tato nečinnost předpovídá řadu nepříznivých zdravotních dopadů, včetně obezity, cukrovky a komorbidit u lidí s problémy v oblasti duševního zdraví (Vancampfort et al., 2013a, b; Suetani et al., 2016). Fyzická nečinnost je také spojována s vážnějšími negativními příznaky a špatným sociálně-pracovním fungováním (Vancampfort, Knapen, Probst, Scheewe, Remans, & De Hert, 2012; Suetani et al., 2016).

Na základě diskuzí o překážkách, s nimiž se potýkají jednotlivci s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví, nejvýznamnější sociálně-ekologické bariéra, která byla identifikována ve studiích zahrnutých v přehledu Firth, Rosenbaum, Stubbs et al. (2016) byla „nedostatek podpory“. Podrobněji, nejčastěji se vyskytující praktickou bariérou byl nedostatek podpory, který uvádělo 50 % lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví. Ve stejném duchu byl nedostatek času identifikován jako bariéra pouze u 19% lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví. Většina lidí měla nicméně pocit, že supervise a podpora v průběhu cvičení jim umožní se více účastnit těchto aktivit (Ussher, 2007; Sylvia, Kopeski, Mulrooney, Reid, Jacob, & Neuhaus, 2009; Carpiniello, Primavera, Pilu,



Vaccargiu, & Pinna, 2013). Toto zjištění je v souladu s kvalitativní literaturou, ve které lidé s vážným problémy v oblasti duševního zdraví stanovili, že adekvátní podpora může překonat mnoho překážek, kterým čelí při zapojení do FA a cvičení (Soundy, Freeman, Stubbs, Probst, & Vancampfort, 2014a; Firth, Rosenbaum, Stubbs, Corczynski, Yung & Vancampfort, 2016b).

Kromě výše uvedeného Firth, Rosenbaum, Stubbs, Corczynski, Yung a Vancampfort (2016) zmínili, že únavu / nízkou energii označilo jako bariéru 45 % lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví a tělesné možnosti a špatné zdraví byly bariérou pro 25 % lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví. Kromě toho byl prožívaný stres / deprese významnější bariérou pro cvičení u 61 % a nezájem o cvičení byla bariérou pouze pro 32 %. Údaje o nízké motivaci nebyly vhodné pro metaanalýzu, ale byly uvedeny jako běžná psychologická bariéra cvičení.

Na základě výše uvedeného si lidé s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví cení cvičení pro jeho přínos směrem ke zlepšení fyzického zdraví a celkového vzhledu a také pro jeho psychologické přínosy. Jak však již bylo zmíněno, příznaky duševního onemocnění, únava a nedostatečná podpora představují pro většinu lidí značné překážky.

Účast na fyzických činnostech se zdá být nepostradatelná pro snížení mnoha rizikových faktorů zdravotních problémů, s kterými se mohou potýkat lidé s problémy v oblasti duševního zdraví. Lidé s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví jsou však výrazně méně aktivní než běžná populace. Shor a Shalev (2016) provedli studii s lidmi s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví žijícími v komunitních zařízeních, aby získali znalosti o faktorech souvisejících s vnímanými překážkami, které brání účasti této populace na fyzických aktivitách a výhodách, které by účast na fyzických aktivitách a programech podpory celkového zdraví měla. Zjištění odhalila vysoké hodnocení překážek dostupnosti, které brání účasti na fyzických aktivitách. Bio-psycho-sociální faktory pocházející z duševního zdraví účastníků, jako je úroveň deprese, korelovaly s vyšším hodnocením bariér dostupnosti. Biopsychosociální faktory odrážející pozitivní duševní zdraví a fyzického zdraví, jako je pozitivní hodnocení tělesné hmotnosti, korelovaly s nižším hodnocením bariér dostupnosti. Mezi další překážky mohou patřit organizační a širší systémové bariéry v zařízeních poskytující péči lidem s problémy v oblasti duševního zdraví, kde jsou účastníci ubytováni. Tato zjištění osvětlují potřebu zvážit jedinečné výzvy, kterým mohou lidé s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví čelit při jakémkoli pokusu o prohloubení jejich zapojení do fyzických aktivit (Sher & Shalev, 2016).

Dergance, Calmbach, Dhandu, Miles, Hazuda a Mouton (2003) provedli studii zaměřenou na zkoumání etnických rozdílů v postojích k překážkám a výhodám pohybové aktivity ve volném čase u sedavých starších lidí. V tomto průřezovém průzkumu analytické proměnné zahrnovaly etnickou příslušnost, věk, pohlaví, příjem, vzdělání, rodinný stav a druh volnočasové aktivity. Bylo zjištěno, že sebevědomí a nedostatek sebekázně, zájmu, společenskost, a znalosti jsou hlavními překážkami pro zapojení do fyzické aktivity ve volném čase u všech účastníků bez ohledu na jejich věk, pohlaví a etnickou příslušnost. Všichni účastníci zastávali podobné přesvědčení o výhodách získaných cvičením, jako je zlepšení sebeúcty, nálady, image a zdraví, ale přesvědčení o pozitivních výhodách cvičení převládalo u lidí různého etnického



původu. Tato zjištění zůstala po úpravě podle věku, příjmu, vzdělání, rodinného stavu a pohlaví. Někteří si mohou myslet, že hlavní překážkou je mylná představa o výhodách pohybové aktivity ve volném čase, ale v této studii byly obě etnické skupiny přesné ve vnímaných výhodách pohybové aktivity ve volném čase. Při pokusu o zapojení starších lidí do pohybové aktivity ve volném čase je důležité nejen zvážit, jaké překážky existují, ale také to, jaké jsou přesvědčení o výhodách.

Demografické faktory. Věk a pohlaví jsou konzistentními korelátory FA (Jerome et al., 2009; Roick et al., 2007; Vancampfort et al., 2011b). Muži byli fyzicky aktivnější než ženy a jejich úroveň aktivity negativně korelovala se zvýšeným věkem. Problémy s tělesným zdravím také ovlivňují účast populace s problémy v oblasti duševního zdraví na FA. Jednotlivci bez fyzických zdravotních problémů byli aktivnější (Arango et al., 2008; Vancampfort et al., 2011b). Tělesná hmotnost a BMI nesouvisely s FA u lidí s vážným duševním onemocněním (Archie et al., 2007; Jerome et al., 2009; Sharpe et al., 2006).

Psychosociální, kognitivní a emoční faktory. Leas a McCabe (2007) dospěli k závěru, že teorie vnímání vlastní účinnosti byla nejsilnějším prediktorem záměru zvýšit hladinu FA u jedinců s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví. Někteří vědci naznačují, že nedostatek motivace je ústředním článkem mezi negativními příznaky a funkčním poškozením u vážných duševních onemocnění (Foussias et al., 2009). Tento závěr silně naznačuje nutnost vyvinout a implementovat intervence fyzické aktivity u této populace.

INTERVENCE PRO ZLEPŠENÍ ÚČASTI NA FA A CVIČENÍ

Výsledky vědeckého výzkumu naznačují, že jedinci s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví mohou zlepšit své duševní zdraví účastí na cvičebních programech. Identifikace faktorů, které ovlivňují účast FA, je zásadní pro navrhování efektivních intervenčních programů s cílem podpořit jejich zahájení a také udržení fyzické aktivity.

S ohledem na to by měly být FA a cvičební programy pro jednotlivce s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví navrženy tak, aby zlepšily cvičební kapacity a kardiorepirační zdatnost a zároveň každému účastníkovi poskytovaly nezbytnou úroveň dohledu, podpory nebo pomoci při překonávání psychologických překážek a dosažení stanovených cílů. Takové intervence by byly pro lidi s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví motivující a odměňující, což by vedlo k vyšší úrovni zapojení do cvičení. To by zase mohlo zlepšit výsledky fyzického zdraví a usnadnit funkční zotavení u vážných duševních onemocnění. Vzhledem k inherentním výhodám pravidelné fyzické aktivity pro tělesné zdraví by měly být intervence na podporu fyzické aktivity integrovány do služeb poskytující péči v oblasti duševního zdraví (Clow & Edmunds, 2014).

Prvním krokem založeným na kognitivně behaviorálním přístupu je při práci s lidmi s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví vytvoření základny znalostí o výhodách cvičení a negativních účincích sedavého života. Za účelem zlepšení znalostí o fyzických aktivitách u lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví doporučili Sallis a Owen (1999) přijetí behaviorálního epidemiologického rámce, který zastává pět fází: (a) vytvoření vazeb mezi fyzickou aktivitou a fyzickým (a duševním) zdravím, (b) vyvinutí metody pro přesné měření fyzické aktivity, (c) identifikování faktorů ovlivňující fyzickou aktivitu,



(d) hodnocení intervence podporující fyzickou aktivitu a (e) převádění výzkumu do praxe.

Intervence zaměřené na změny života lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví, jako je zvýšené zapojení do FA a cvičení, úpravy stravovacích návyků, změny životního stylu a preventivní péče o zdraví, mohou poskytnout potenciální zdravotní výhody po celou dobu jejich života (Hammond et al., 1997). Jednotlivci s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví by měli být vybízeni, aby požádali svého lékaře o podporu a radu ohledně jejich úsilí o fyzickou aktivitu. Společné pokyny pro fyzickou aktivitu pro dospělé (tj. 150 minut týdně se střední až intenzivní fyzickou aktivitou) se zdají být použitelné u jedinců s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví (např. Schizofrenie, deprese, bipolární porucha) s ohledem na potenciální přínos pro duševní a fyzické zdraví.

Služby poskytující péči lidem s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví by měly zavést pravidelné FA a cvičební programy a lékaři by měli vzdělávat pacienty, rodinu a pečovatele o metabolických rizicích spojených s antipsychotickými léky a poskytovat rady ohledně životního stylu týkající se stravy a fyzické aktivity (Faulkner, Cohn, & Remington, 2007).

Některé návrhy pro praxi lze odvodit z literatury a klinických zkušeností. Například Richardson et al. (2005) popisují příklady strukturovaných cvičebních programů s dohledem a intervencí zaměřených na fyzickou aktivitu, které účastníky povzbuzují k začlenění chůze do každodenního života a diskutují o řadě praktických otázek souvisejících s podporou fyzické aktivity v této populaci. Je však zapotřebí dalšího výzkumu, aby se prozkoumalo, jak pomoci jednotlivcům s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví převzít a udržovat fyzickou aktivitu.

Doporučují se programy pro změnu chování v oblasti zdraví, které učí dovednosti sebeovládání, protože podle teorie sebeurčení mohou být účinné při zvyšování účasti a pokračování na FA (Kahn et al., 2002). Pomáhat jednotlivci se učit a aplikovat samoregulační dovednosti mu umožňuje používat je v kontextu zvyšování FA. Odborníci mohou používat denní nebo týdenní kalendáře k podpoře plánů lidí zapojených do FA a cvičebních programů, které jim mohou pomoci při hledání řešení překážek, kterým mohou čelit. Podle literatury může být síla sociální podpory klíčovým faktorem kvality života u lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví. (Hansson, 2006). Eklund a Hansson (2007) navrhli, že intervence v péči o duševní zdraví by měly být zaměřeny na zvýšení sociálních interakcí lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví. Přenesením tohoto pojmu do praxe by pro lidi s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví byla užitečná fyzická aktivita ve skupinách, a to přinejmenším na začátku.

ZÁVĚRY

V souladu s výše uvedeným textem je porozumění duševního zdraví klíčovým předchůdcem rozvoje intervencí a strategií pro zlepšení duševního zdraví prostřednictvím nástrojů FA a cvičení. Celkově omezené chápání modifikovatelných, na teorii založených determinantů fyzické aktivity u lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví inhibuje schopnost rozvíjet, realizovat a hodnotit intervence pro celkové zvýšení jejich fyzické aktivity (Clow & Edmunds, 2014).

Celkově vzešly z prací obsažených v tomto výzkumném tématu dvě klíčová sdělení. Za



prvé, stigma duševního zdraví je překážkou svépomocného chování a podpory pro ty, kteří mají problémy v oblasti duševního zdraví. Bylo uznáno, že stigma může vést k podhodnocování a averzi vůči službám (Gulliver et al., 2012). Zadruhé, uznání stavu duševního zdraví není pouze otázkou sportovních psychologů a jejich klientů, ale společným mandátem v rámci sportovních systémů nezbytných jak pro prevenci duševního zdraví, tak pro podporu celkové pohody.

Důsledky výše uvedených témat jsou dvojí. Nejprve prosazujeme a podporujeme výzkum, který by pochopil překážky předávání informací a studií mezi trenéry, účastníky cvičení a dalšími profesionály, kteří přispívají nebo se účastní cvičebních programů.

Budoucí studie by pak měly rozšířit prototypové přístupy k průzkumům duševního zdraví o opatření týkající se stigmatu duševního zdraví a pomoci při hledání postojů k poskytování služeb i překážek, které se mohou vyskytovat.

Budoucí výzkum je nutný k prozkoumání toho, jak by mělo být strukturováno prostředí v místech poskytování služeb v oblasti duševního zdraví a na veřejných klinikách, aby se podpořilo snížení sedavého života a zvýšení FA. Pro identifikaci determinantů fyzické aktivity u lidí s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví je tedy zapotřebí perspektivnější, teoreticky podložený a dobře organizovaný výzkum. Například studie s rozmanitostí odběru vzorků, kvantitativní a kvalitativní metody opatření se zaměřením na různé druhy duševních onemocnění.

Použitá literatura

- Aaltonen, S., Leskinen, T., Morris, T., Alen, M., Kaprio, J., Liukkonen, J., & Kujala, U.M. (2012). Motives for and barriers to physical activity in twin pairs discordant for leisure time physical activity for 30 years. *International Journal of Sports Medicine*, 33(2), 157–163.
- Andersen, R.E., Crespo, C.J., Bartlett, S.J., Cheskin, L.J., & Pratt, M. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fitness among children. *Journal of American Medical Association*, 279(12), 938-942.
- André, N., & Dishman, R. (2012). Evidence for the construct validity of self-motivation as a correlate of exercise adherence in French older adults. *Journal of Aging Physical Activity*, 20(2), 231–245.
- Arango, C., Bobes, J., Aranda, P., Carmena, R., Garcia-Garcia, M., Rejas, J., & CLAMORS Study Collaborative Group (2008). A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: Findings from the Clamors study. *Schizophrenia Research*, 104(1-3), 1-12.
- Archie, S.M., Goldberg, J.O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L., & McNiven, J. (2007). Psychotic disorders, eating habits, and physical activity: Who is ready for lifestyle changes? *Psychiatric Services*, 58(2), 233-239.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 67-77.
- Berger, B.G. (2004). Subjective well-being in obese individuals: The multiple roles of exercise. *Quest*, 56, 50-76.
- Carless, D. (2007). Phases in physical activity initiation and maintenance among men with serious mental illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9, 17-27.
- Carpiniello, B., Primavera, D., Pilu, A., Vaccargiu, N., & Pinna, F. (2013). Physical activity and



- mental disorders: a case-control study on attitudes, preferences and perceived barriers in Italy. *Journal of Mental Health*, 22, 492–500.
- Casey, D.E., & Hansen, T.E. (2009). Excessive mortality and morbidity associated with schizophrenia. In J.M. Meyer & H.A. Nasrallah (Eds.), *Medical illness and schizophrenia* (2nd ed., pp. 17-35). Washington, D.C.: American Psychiatric.
- Clow, A., & Edmunds, S. (2014). *Physical activity and mental health*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Dergance, J.M., Calmbach, W.L., Dhanda, R., Miles, T.P., Hazuda, H.P., & Mouton, C.P. (2003). Barriers to and benefits of leisure time physical activity in the elderly: differences across cultures. *Journal of American Geriatric Society*, 51(6), 863-868.
- Dixon, L., Postrado, L., Delahanty, J., Fischer, P.J., & Lehman, A. (1999). The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 496-502.
- Eklund, M., & Hansson, L. (2007). Social network among people with persistent mental illness: Associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 293–305. doi:10.1177/0020764006074540
- Evans, S., Banerjee, S., Huxley, P.J., & Leese, M. (2007). The Impact of Mental Illness on Quality of Life: A Comparison of Severe Mental Illness, Common Mental Disorder and Healthy Population Samples. *Quality of Life Research*, 16, 17-29.
- Faulkner, G., Cohn, T., & Remington, G. (2007). Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 24(1), CD005148.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, P., Gorkzynski, A.R., Yung, A.R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 9, 2869-2881.
- Foussias, G., Mann, S., Zakzanis, K.K., van Reekum, R., & Remington, G. (2009). Motivational deficits as the central link to functioning in schizophrenia: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 333–337.
- Frederick, C., & Morris, T. (2004). Intrinsic and Extrinsic Motivation in Sport and Exercise. In T. Morris & J. Summers (Eds.), *Sport Psychology: Theory, Applications and Issues* (pp. 121–151). Australia: John Wiley & Sons.
- Gorkzynski, P., Faulkner, G., Greening, S., & Cohn, T. (2010). Exploring the construct validity of the transtheoretical model to structure physical activity interventions for individuals with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34, 61-64.
- Grace, S.L., Abbey, S.E., Pinto, R., Shnek, Z.M., Irvine, J., & Stewart, D.E. (2005). Longitudinal course of depressive symptomatology after a cardiac event: Effects of gender and cardiac rehabilitation. *Psychosomatic Medicine*, 67, 52-58.
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2012). Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: A qualitative study. *BMC Psychiatry* 12, 157.
- Hammond, J., Brodie, D., & Bundred, P. (1997) Exercise on prescription: guidelines for health professionals. *Health Promotions International*, 12, 33–41.
- Hansson, S.O. (2006). Uncertainty and the ethics of clinical trials. *Theoretical Medicine & Bioethics*, 27, 149-167.
- Haskell, W.L., Lee, I.M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., ... Bauman, A. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116, 1081-1093. Doi:10.1161/CIRCULATION. 107.185649
- Hodgson, M.H., McCulloch, H.P., & Fox, K.R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the men-



- tal health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4, 23-29.
- Janney, C.A., Fagiolini, A., Swartz, H.A., Jakicic, J.M., Holleman, R.G., & Richardson, C.R. (2014). Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and sedentary behavior using accelerometry. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 498–504.
- Jerome, G.J., Young, D.R., Dalcin, A., Charleston, J., Anthony, C., Hayes, J., & Daumit, G.L. (2009). Physical activity levels of persons with mental illness attending psychiatric rehabilitation programs. *Schizophrenia Research*, 108(1-3), 252-257.
- Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 24(2), 259–272.
- Kahn, E.B., Ramsey, L.T., Brownson, R.C., Heath, G.W., Howze, E.H., Powell, K.E., ... & Corso, P. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review. *American Journal of Preventative Medicine*, 22, 73-107.
- Kyriacou, E., & Pavlakis, A. (2011). *The eating habits of young people in Cyprus - the importance of nutrition in health: Views of freshmen Cypriot students*. Retrieved from <https://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/89>
- Landers, D.E., & Alderman, B. (2007). Exercise relative to other treatments for reduction of anxiety/depression: Overcoming the principle of least effort. In T. Morris, P. Terry & S. Gordon (Eds.), *Sport and Exercise Psychology: International Perspectives*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Leas, L., & McCabe, M. (2007). Health behaviors among individuals with schizophrenia and depression. *Journal of Health Psychology*, 12, 563- 57
- Lin, E.H.B., Rutter, C.M., Katon, W., Heckbert, S.R., Ciechanowski, P., Oliver, M.M., & Von Korff, M. (2010). Depression and advanced complications of diabetes: A prospective cohort study. *Diabetes Care*, 33(2), 264-269. doi: 10.2337/dc09-1068
- Lindamer, L.A., McKibbin, C., Norman, G.J., Jordan, L., Harrison, K., Abeyesinhe, S., & Patrick, K. (2008). Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 104(1-3), 294-301.
- Mason, O.J., & Holt, R. (2012). Mental health and physical activity interventions: A review of the qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 3, 274-284.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiological Reviews*, 30, 67-76.
- Molanorouzi, K., Khoo, S., & Morris, T. (2014). Validating the Physical Activity and Leisure Motivation Scale (PALMS). *BMC Public Health*, 14, 909. doi:10.1186/1471-2458-14-909
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Fox, L., Salyers, M.P., Ford, J.D., & Carty, P. (2001). Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment*, 13(1), 110–117. doi:10.1037/1040- 3590.13.1.110
- Murray, C.J., & Lopez, A.D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1436–1442.
- Mutrie, N., & Faulkner, G. (2003). Physical activity and mental health. In T. Everett, M. Donaghy, & S. Fever (Eds.), *Physiotherapy and occupational therapy in mental health: An evidence-based approach* (pp. 82-97). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Rhodes, R.E., & Pfaeffli, L.A. (2009). Mediators of physical activity behaviour change among adult non-clinical populations: A review update. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 37.
- Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G.S., Hutchison, D.S., & Piette, J.D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for individuals with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 324-331.
- Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S., & Angermeyer, M.C. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry*



- and *Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 268-276.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964–974.
- Sallis, J., & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sharpe, J.K., Stedman, T.J., Byrne, N.M., & Hills, A.P. (2006). Energy expenditure and physical activity in clozapine use: Implications for weight management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 810-814.
- Shor, R., & Shalev, A. (2016). Barriers to involvement in physical activities of persons with mental illness. *Health Promotion International*, 31(1), 116-123.
- Sorenson, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 16, 391-398.
- Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, B., Probst, M., & Vancampfort, D. (2014a). The value of social support to encourage people with schizophrenia to engage in physical activity: An international insight from specialist mental health physiotherapists. *Journal of Mental Health*, 23, 256–260.
- Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, B., Probst, M., Coffee, P., & Vancampfort, D. (2014b). The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: A systematic review and meta-ethnography. *Psychiatry Research*, 220, 11–19.
- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F.B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., ... & Vancampfort, D. (2016a). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 431-440. doi:10.1016/j.schres.2016.05.017.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P.B., Richards, J., Soundy, A., ... & Schuch, F.B. (2016b). Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 457–466.
- Suetani, S., Waterreus, A., Morgan, V., Foley, D., Galletly, C., Badcock, J., ... & Saha, S. (2016). Correlates of physical activity in people living with psychotic illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 1-9.
- Sylvia, L.G., Kopeski, L.M., Mulrooney, C., Reid, J., Jacob, K., & Neuhaus, E.C. (2009). Does exercise impact mood? Exercise patterns of patients in a psychiatric partial hospital program. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 70–78.
- Taylor, A. (2014). *Improving the lives of people with mental illness*. www. Royal College of Psychiatrists. UK.
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58, 405-408.
- Valanou, E.M., Bamia, C., Chloptsios, M., Koliva, A, & Trichopoulou, A. (2006). Physical activity of 28,030 men and women of the Greek EPIC cohort. *Archives of Hellenic Medicine*, 23(2), 149-158.
- Vancampfort, D., Correll, C.U., Probst, M., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Herdt, A., ... & De Hert, M. (2013b). A review of physical activity correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145, 285–291.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Sweers, K., De Herdt, A., Detraux, J., & Probst, M. (2013a). Diabetes, physical activity participation and exercise capacity in patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 451–456.
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., De Hert, M., Mugisha, J., ... Stubbs, B. (2016a). Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 201, 145–152.



- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S., & De Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 352–362.
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011b). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2-3), 122-127.
- Vancampfort, D., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Hert, M., Stubbs, B., Soundy, A., ... Probst, M. (2015). Health-related physical fitness in patients with bipolar disorder versus healthy controls: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 177, 22–27.
- Wei, M., Kampert, J.B., Barlow, C.E., Nichaman, M.Z., Gibbons, L.W., Paffenbarger, R.S. Jr., & Blair, S.N. (1999). Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal weight, over-weight and obese men. *Journal of the American Medical Association*, 282(16), 1547-1553.
- Wielopolski, J., Reich, K., Clepce, M., Fischer, M., Sperling, W., Kornhuber, J., & Thuerauf, N. (2014). Physical activity and energy expenditure during depressive episodes of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 174, 310–316.
- Zervou F., Stavrou, N., Kohen, S., Zounhia, K., & Psychountaki, M. (2017). Motives for exercise participation: The role of individual and psychological characteristics. *Cogent Psychology*, 4(1), article: 1345141
<http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2017.1345141>.





ADVANCED SKILLS FOR ACTIVE LIVING



**Sociální benefity ve sportu a FA:
socializace & další benefity**

Autor: Angeliki Manioti
EDRA



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Podle Baileyho (2005) v posledních letech existují důkazy o znepokojivě vysoké míře duševních onemocnění u dospívajících a dokonce i mladších dětí, od nízké sebeúcty, úzkosti a deprese až po poruchy příjmu potravy, zneužívání návykových látek a sebevraždy (Sallis & Owen, 1999). Nyní již existují poměrně konzistentní důkazy o tom, že pravidelná činnost může mít pozitivní vliv na psychickou pohodu dětí a mladých lidí. Mutrie a Parfitt (1998) v literatuře v této oblasti dospěli k závěru, že fyzická aktivita je pozitivně spojena s dobrým duševním zdravím. A to zvláště, pokud jde o sebeúctu dětí, zejména u znevýhodněných skupin, jako jsou ty, které mají potíže s učením nebo s nízkým sebevědomím. Mezi další pozitivní asociace spojené s pravidelnou aktivitou patří snížení stresu, úzkosti a deprese, Sallis a Owen (1999) tvrdí, že „fyzická aktivita zlepšuje psychologické zdraví mladých lidí“ (str. 51).

Michalak a kol. (2011) trvají na tom, že lidé s duševním onemocněním musí často snášet náročné životní zkušenosti kvůli symptomům svého onemocnění a nedostatkům ve fungování a kvalitě života (QoL). Kromě toho se musí potýkat s negativními postoji a chováním společnosti. Stigma je složitý, mnohostranný sociální proces, který se skládá z označování, stereotypů, odloučení, ztráty statusu a diskriminace, které se společně vyskytují v mocenském diferenciu. Tři úrovně stigmatu identifikované v literatuře výzkumu sestávají z veřejného, strukturálního a internalizovaného stigmatu. Veřejné stigma označuje fenomén velkých sociálních skupin, které podporují stereotypy o duševních onemocněních a jednájí proti jednotlivcům označeným za duševně nemocné. Strukturální stigma se týká institucionálních politik a postupů – struktur, které obklopují člověka -, které vytvářejí nerovnost omezováním příležitostí pro lidi s duševním onemocněním. Internalizované stigma se týká subjektivního procesu zakotveného v sociokulturním kontextu, který může být charakterizován negativními pocity (o sobě), maladaptivním chováním, transformací identity nebo stereotypním souhlasem vyplývajícím ze zkušeností, vnímání nebo očekávání negativních sociálních důsledků jednotlivce na základě jejich duševních potíží. Koncept internalizovaného stigmatu je ústředním bodem k porozumění psychologické újmy způsobené stigmatem. Existují předběžné kvantitativní a kvalitativní nálezy, které naznačují, že stigma může hrát důležitou roli při expresi a prožívání bipolárních poruch (BP).

Michalak a kol. (2011) provedli studii pomocí deskriptivních kvalitativních metod, která se snažila prozkoumat a popsat význam a zkušenost stigmatu pro žijící účastníky. Výzkumná analýza odhalila, že účastníci považují internalizované stigma za faktor, který významně ovlivňuje jejich schopnost samostatně spravovat BP. Ve skutečnosti se internalizované stigma objevuje, aby přidalo vrstvu složitosti pro jednotlivce s BP, kteří se snaží, jak získat zpět svou identitu, tak obnovit své role ve společnosti. Účastníci čelí neustálému vyjednávání mezi stereotypní sociální identitou a vlastní identitou, kterou se rozhodli přijmout. Některé kvalitativní výzkumy vykreslují esenciální a ponurý obraz toho, jak se jedinci s BP vnímají; například „bipolární pacienti se považují za nestabilní, defektní a bezmocní, jejich životy neuspořádané, komunita je odmítá a jejich budoucnost je nejistá a beznadějná.“

Naproti tomu ve studii Michalak et al. (2011) navrhuje, aby lidé s BP nebyli vždy



pasivními a nevyhnutelnými schránkami stigmatu – spíše popisují řadu subjektivních zážitků, když aktivně zvládají své nemoci a zmírňují internalizované stigma.

Tato analýza odhalila, že subjektivní zkušenost stigmatu má důsledky s ohledem na to, jak jednotlivci chápou svůj smysl pro sebe nebo identitu (Michalak et al., 2011).

Lidé trpící sociální stigmatizací, jako uživatelé služeb v oblasti duševního zdraví, často zažívají sociální vyloučení a omezené zaměstnání. Dorer a kol. (2009) provedli průzkum, aby shromáždili zprávy zaměstnanců o úrovních angažovanosti a sociálního začlenění 199 uživatelů služeb v osmi doménách zaměstnání v komunitě. Zaměstnanci uvedli, že většina uživatelů služeb (54%) se během 7 dnů zabývala dvěma nebo méně doménami komunitní okupace, přičemž nejběžnějším je využití místních zařízení (92%) a kontakt s rodinou a přáteli (61%). Zprávy zaměstnanců naznačují, že mnohem méně uživatelů služeb bylo zapojeno do jiných domén: denní centra (25%), vzdělávání (14%), sport (13%), umění (12%), zaměstnání (11%) a víra (8%). Co se týče sociálního začleňování, aktivity se nejčastěji vyskytovaly v hlavním proudu v doménách víry (100%), využívání místních zařízení (98%), sportu (80%) a rodiny a přátel (79%). U ostatních domén byly hlášeny nižší úrovně sociálního začlenění. Statistická analýza odhalila, že pracovní nasazení uživatelů služeb souviselo s jejich typem ubytování, věkem a pohlavím, nikoli však s etnickým původem.

Tato zjištění naznačují, že je zapotřebí dalšího výzkumu, aby se prozkoumaly názory uživatelů služeb na sociální začlenění a co by podle nich mělo podpořit jejich zapojení do zaměstnání v komunitě na úrovni, která vyhovuje jejich individuálním potřebám (Dorer et al., 2009).

Při pokusu o identifikaci jakéhokoli vztahu mezi společenským schválením a začleněním uživatelů služeb duševního zdraví a tělesným cvičením jsme vzali v úvahu Andersen et al. (2018) výzkum výsledků v oblasti sociálního a psychologického zdraví spojený s účastí v týmovém sportu a který syntetizoval klíčové otázky týkající se týmového sportu jako činnosti podporující zdraví. Byl proveden průzkum 10 klíčových elektronických databází za účelem identifikace kvantitativních i kvalitativních studií zabývajících se výsledky v oblasti sociálního a / nebo psychologického zdraví z účasti na týmovém sportu. Bylo identifikováno celkem 6 097 publikací a 17 studií splnilo kritéria pro zařazení. Ve studiích byla identifikována široká škála různých pozitivních výsledků v oblasti sociálního, psychologického a psychosociálního zdraví spojených s účastí v týmovém sportu, přičemž nejčastěji uváděnou byla emoční sociální podpora, pocit sounáležitosti, vyšší sebeúcta, sociální síť a sociální interakce výhody zdraví. Kromě toho byly identifikovány tři klíčové problémy, které ovlivňují výsledky psychologického a sociálního zdraví při účasti na týmovém sportu jako činnosti podporující zdraví: (1) týmový sport versus individuální sport, (2) soutěžní versus nekonkurenční struktura a (3) odhodlání a pokračování.

Andersen a kol. (2018) dospěli k závěru, že existují konzistentní důkazy o tom, že účast v týmovém sportu je spojena se zlepšeným sociálním a psychologickým zdravím bez ohledu na typ týmového sportu, věk, somatické nebo psychické problémy. Zjištění naznačují, že týmový sport může být účinnější při podpoře zdraví a zajištění účasti na cvičení a pokračování než individuální sport. Při využívání týmových sportů ke zdravotním účelům je však třeba přijmout preventivní opatření s ohledem na jejich přirozenou konkurenční



povahu (Andersen et al., 2018).

DOBRÁ PRAXE – ZAMĚŘENÍ NA KOMUNITU

Vláda Anglie společně s Aliancí pro sport a rekreaci vytvořila první Chartu duševního zdraví pro sport podporující duševní zdraví v oblasti sportu a rekreace. Charta, jejímž cílem bylo pozvednout ideologie stigmatu kolem duševního zdraví, byla podepsána největšími sportovními organizacemi v zemi. Vláda se zavázala k pokrytí části financování činností na určité období (Kindi, 2018).

V lednu 2009 v Anglii zahájily organizace poskytující péči v oblasti duševního zdraví MIND a Rethink program s názvem “Čas pro změnu”, největší celostátní program boje proti stigmatizaci a diskriminaci v oblasti duševního zdraví. Hlavním cílem programu bylo snížení stigmatu usnadněním sociálních kontaktů mezi členy. Jedním z programů projektu bylo Rozhýbat se! Program zahrnuje organizování více než 100 akcí do týdne v říjnu každého roku. Účastníci těchto akcí jsou lidé, kteří mají zkušenosti s nějakou formou duševních onemocnění a široká veřejnost. Účastníci se mohli věnovat fyzické aktivitě nabízející uvolněný sociální kontakt s lidmi s duševním onemocněním a členy široké veřejnosti, stejně jako organizovaným sportem, jako je fotbal, kde každý tým zahrnuje hráče s duševním onemocněním a zdravé osoby. V každé hře se jednotlivci účastní stejně a spolupracují pro nejlepší výsledek týmu (Kindi, 2018).

SHRNUTÍ / DOPORUČENÍ

Přínosem tohoto příspěvku je, že jde o pokus o přímé propojení mezi fyzickou aktivitou jako nástrojem socializace a eliminace stigmatu pro lidi s duševním onemocněním.

Silnou stránkou je především logický přístup, ve kterém jsou všechny výzkumy složeny tak, aby dospěly k bodu a ukázaly relativitu mezi fyzickým cvičením / sporty – eliminací stigmat a sociálním začleňováním pro znevýhodněné skupiny lidí a většinou pro uživatele služeb poskytující péči v oblasti duševního zdraví.

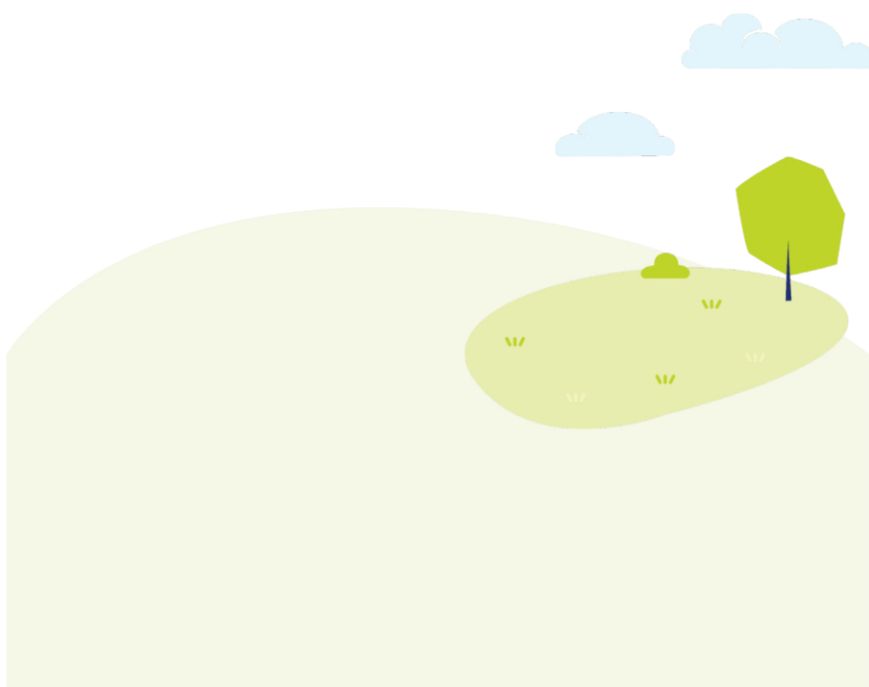
Slabinou je malá škála bibliografie, která nám však také dává zprávu, abychom provedli další výzkum v této oblasti.



Použitá literatura:

- Andersen, M., Ottesen, L., & Thing, L. (2019). The social and psychological health outcomes of team sport participation in adults: An integrative review of research. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–19. DOI: 10.1177/1403494818791405
- Bailey, R. (2005). Evaluating the relationship between physical education, sport and social inclusion, *Educational Review*, 57(1), 71-90, DOI:10.1080/0013191042000274196
- Dorer, G., Harries, P., & Marston, L. (2009). Measuring social inclusion: a staff survey of mental health service users' participation in community occupations. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(12), 520-530. DOI: 10.4276/030802209X12601857794691
- Kindi, R. (2018). Addressing Stigma in Local Authorities Through Sports. In *12 Policy Papers on the connection of mental health with sport & physical exercise*. Mental European Network of Sports (p. 87-95). Retrieved from <https://mensproject.eu/wp-content/uploads/2018/06/policy-papers-1-en-web.pdf>
- Michalak, E., Livingston, J., Hole, R., Suto, M., Hale, S., & Haddock, C. (2011). It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*, 7(3), 209–224. DOI: 10.1177/1742395310395959
- Moreau, N., Chanteau, O., Benoit, M., Dumas, M., Laurin-lamothe, A., Parlavecchio, L., & Lester, C. (2014). Sports activities in a psychosocial perspective: Preliminary analysis of adolescent participation in sports challenges. *International Review for the Sociology of Sport*, 49(1), 85-101. DOI: 10.1177/1012690212452361
- Mutrie, N., & Parfitt, G. (1998). Physical activity and its link with mental, social, and moral health in young people. In S.J.H. Biddle, J.F. Sallis & N. Cavill (Eds.), *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity: Evidence and implications*. London: Health Education Authority.
- Sallis, J., & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage.





Část II



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Pohledy uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví a zdravotnických pracovníků na programy fyzické aktivity pro lidi s vážným duševním onemocněním: studie ASAL

Anotace

Současný výzkum ukazuje, že fyzická aktivita (FA) poskytuje fyzické i psychosociální výhody a představuje efektivní intervenci pro různá duševní onemocnění (Lowlor & Hopker, 2001). Přesto řada překážek brání propagaci FA jako součásti komplexní léčby a klinické praxe (Glowacki & Duncan, 2017). Tento výzkum si klade za cíl porozumět perspektivám poskytovatelů sociálně zdravotnické péče a uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví (DZ) při podpoře FA jako součásti psychologické léčby. Dvacet pět odborníků a pět uživatelů služeb z pěti evropských zemí bylo dotazováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Po doslovném přepisu rozhovorů byla provedena kvalitativní obsahová analýza (Graneheim & Lundman, 2004). Tento postup byl proveden individuálně a byly označeny a interpretovány významové jednotky a kódy. Výsledky odhalily 624 významových jednotek, které byly shrnuty do pěti kódů: (a) podmínky FA, (b) přínosy FA, (c) charakteristiky pacientů v programech FA, (d) bariéry v programech FA a (e) doporučení pro programy FA. Toto je první mezikulturní studie dokumentující pohledy zdravotnických a sociálních pracovníků i uživatelů služeb na FA v systému péče o duševní zdraví. Výsledky ukázaly, že zdravotničtí a sociální pracovníci jsou ochotni podporovat fyzickou aktivitu jako součást psychologické léčby duševních onemocnění a uživatelé služeb se by se rádi účastnili programů fyzické aktivity organizovaných k dosažení tohoto cíle.

Metoda

Záměr

Cílem tohoto výzkumu je porozumět perspektivám uživatelů služeb, zdravotnických a sociálních pracovníků při podpoře FA jako součásti psychologické léčby. Byla tedy provedena kvalitativní studie zaměřená na prozkoumání názorů dotazovaných (odborníků a uživatelů) a získání „pohledu zevnitř“.

Koncepce

Byla provedena kvalitativní studie pro přístup k širokému spektru názorů odborníků v oblasti péče o duševní zdraví (n = 20) a uživatelů služeb (n = 5). Byl navržen polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Byl vyvinut za účelem posouzení postojů a chování odborníků spojených s rozpoznáváním obtíží a poskytováním rad v různých otázkách úpravy FA v psychologické léčbě.



Účastníci studie

Dvacet zdravotnických a sociálních pracovníků a pět uživatelů služeb v oblasti péče o duševní zdraví z pěti evropských zemí bylo dotazováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Análýza dat

Po doslovném přepisu rozhovorů byla provedena kvalitativní obsahová analýza (Graneheim & Lundman, 2004). Přepisy rozhovoru byly indukčně analyzovány; tento postup byl proveden individuálně a byly označeny a interpretovány významové jednotky a kódy.

Kvalitativní obsahová analýza je vhodná pro hlášení běžných problémů zmíněných při práci s daty v oblasti, kde toho není mnoho známo (Green & Thorogood, 2004). Analýza obsahu umožňuje výzkumným pracovníkům kvalitativně analyzovat data a zároveň je kvantifikovat (Gbrich, 2007). Kvalitativní obsahová analýza využívá deskriptivní přístup jak při kódování dat, tak při interpretaci kvantitativního počtu kódů (Morgan, 1993).

Podle postupu nejprve vědci přečetli přepisy, aby se seznámili s údaji. Poté byly přepisy rozhovoru induktivně analyzovány na významové jednotky. Tři vědci diskutovali o svých interpretacích, kondenzovali a označili významové jednotky (často převzaté přímo z textu) jako kódy (Graneheim & Lundman, 2004). Jeden výzkumník seskupil kódy podle toho, jak spolu souvisejí, do podkategorií a kategorií, které byly následně projednány s dalšími dvěma výzkumníky. Z odpovědí vyplynulo celkem 776 významových jednotek a ze základního významu kategorií bylo odhaleno pět obecných dimenzí. Konkrétně byl obsah 776 odpovědí na nezpracovaná data analyzován na základě konsensuálního postupu třemi vědci, kteří diskutovali a dospěli ke shodě ohledně seskupení odpovědí na nezpracovaná data do smysluplných podkategorií. Výsledkem tohoto postupu bylo 101 podtémat, která byla seskupena do 18 témat vyššího řádu, která byla poté shrnuta do 5 celkových obecných dimenzí.

Výsledky

Výsledky jsou popsány ve třech částech: (1) demografické výsledky, (2) pohledy odborníků na sociálně zdravotnickou péči a (3) pohledy uživatelů služeb prostřednictvím jejich vyprávění.

(1) Demografické výsledky

Z dvaceti dotazovaných odborníků byli čtyři sociální pracovníci, čtyři zdravotní sestry, šest psychologů / psychiatrů, dva ředitelé a čtyři měli jiná povolání. Z pěti uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví byly tři ženy a dva muži ve věku od 27 do 79 let. Všechna použitá jména účastníků jsou pseudonymy. Čtyři byli ženatí, jeden byl rozvedený a jeden neznámý. Všichni účastníci pocházeli z pěti evropských organizací. Účastnické organizace byly K.S.D.E.O. EDRA (n=4), Fundacion INTRAS (n=5), European Network of Active



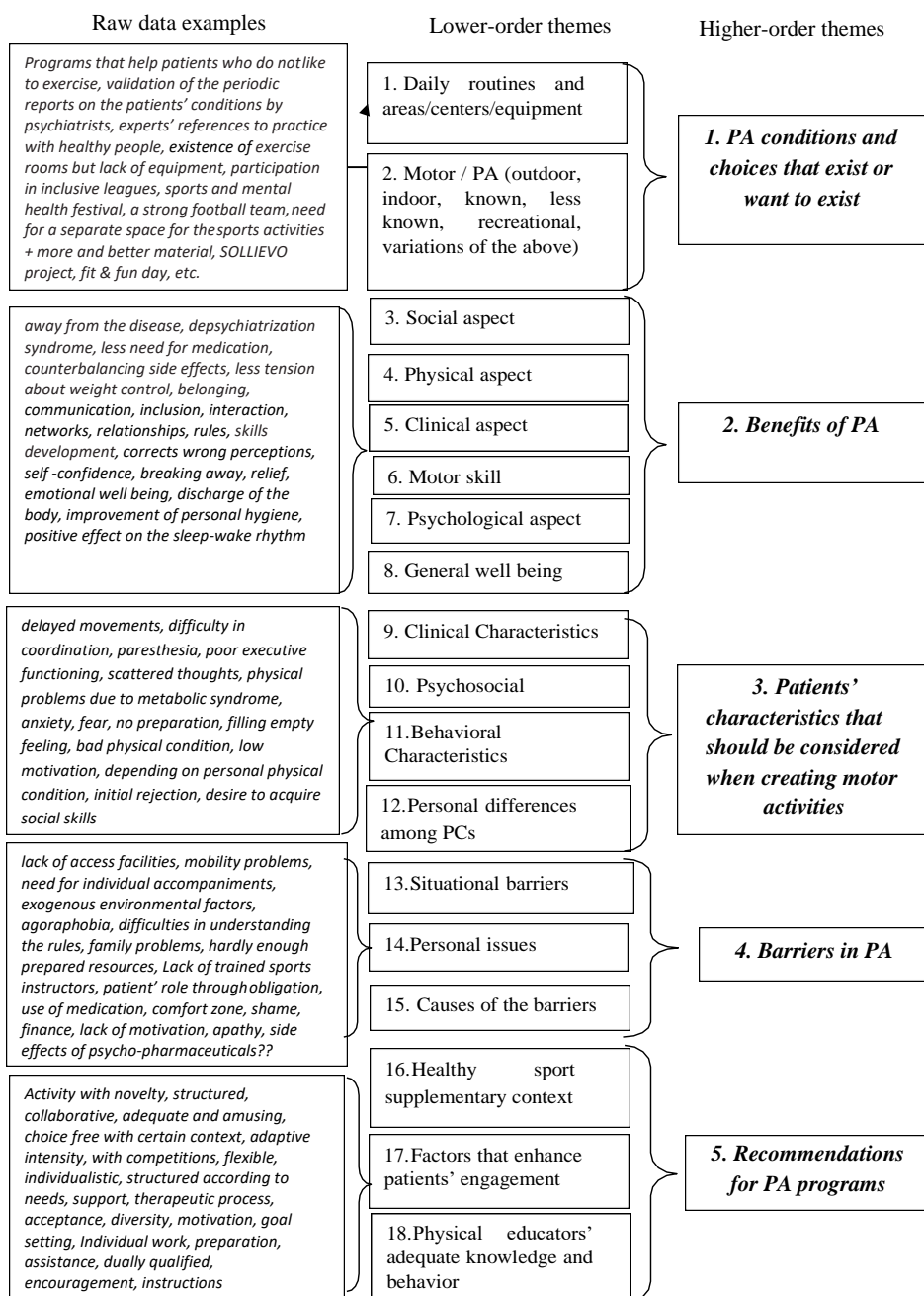


Figure 1. Raw data, lower order and higher order themes through qualitative content analysis.



Living for Mental Health (n=5), Fokus ČR, z.s. (n=3), a Cooperativa Sociale Cooss Marche Onlus (n=3)... Mezi nejčastější duševní onemocnění v těchto organizacích patřily: schizofrenie, bipolární porucha, psychóza, úzkost, poruchy osobnosti a deprese.

(2) Pohled profesionálů v oblasti péče o duševní zdraví

Z výsledků vyplynulo pět témat vyššího řádu: (2.1) Podmínky pro FA, (2.2) přínosy FA, (2.3) charakteristiky uživatelů v programech FA, (2.4) bariéry v programech FA a (2.5) doporučení pro programy FA (obrázek 1).

2.1. Podmínky pro FA

Sportovní podmínky v centrech péče o duševního zdraví, jak je popsali odborníci, zahrnují každodenní rutiny, soutěže a motorické / fyzické aktivity, pokud to sportovní prostředí a vybavení umožňují. Odborníci zejména formulují některé složky, které jsou považovány za pozitivní, například: fyzická aktivita silně zakořeněná v komunitách, FA zahrnující složky týmové práce, sociální začlenění, povědomí a skutečnost, že kliničtí uživatelé často cvičí se zdravými lidmi. Pokud jde o vybavení poskytované středisky, někteří odborníci jej považují za přiměřené, zatímco jiní vyjadřují stížnosti na jeho velký nedostatek. Podobně někteří profesionálové odkazují na doplňkové programy, které jsou dobře přizpůsobeny sportovnímu plánu služeb (nabízeno odpoledne, večer a víkendy), zatímco jiní zmiňují nedostatek programů nabízených uvnitř i venku přímo ve službách. Účast ve sportovních soutěžích (např. Festival sportu a duševního zdraví, fit & fun, fotbalové turnaje s pacienty a odborníky ve stejném týmu) je však uživateli označována jako velmi atraktivní.

Podle pracovníků služeb existují nebo je třeba do center zahrnout různé motorické / fyzické aktivity. Za užitečné pro klinické uživatele byla považována celá řada aktivit: známé sporty (fotbal, basketbal, plavání, atletika, bruslení na kolečkových bruslích, turistika, jogging, tenis, tanec a tradiční tance), méně známé (lezení, společenské hry), orientační běh, futsalový fotbal, stolní tenis, lyžování, házená, líný tenis, udržovací gymnastika, badminton) a rekreační aktivity (horské kolo, výlety do přírody, cvičení v tělocvičně, nordic walking, kolo, jóga, meditace a práce s tělem). Toto jsou některé z možností, které mají kliničtí uživatelé k dispozici. Některé služby poskytují v rámci svých zařízení intervence, které nabízejí různé možnosti fyzické aktivity, pokud jde o intenzitu, formy, individuální, skupinové, týmové, rekreační, konkurenční a populární. Dále jsou uvedena doporučení týkající se motivace prostřednictvím pracovní terapie, domácích prací a práce na zahradě pro ty, kteří čelí motorickým obtížím, stejně jako procházky pro ty, kteří neradi obecně cvičí nebo jsou v seniorském věku. Nakonec pracovníci služeb navrhují účast na akcích, jako je „Fit & Fun day“, s celodenními fyzickými aktivitami pro každého nebo s jednoduššími aktivitami, jako jsou pěší výlety nebo procházka po městě. Službám, které navrhují takové aktivity, však může chybět vybavení, problém, který omezuje možnosti (např. Rakety, badmintonové sítě, fotbalové branky) a znemožňuje provádění těchto činností.



2.2. Výhody FA

Programy FA nabízejí účastníkům širokou škálu výhod. Názory odborníků na výhody, které klienti získávají sportem, byly celkově seskupeny podle sociálních, fyzických, klinických, rozvoje motorických dovedností a psychologických aspektů.

Sociální aspekt považují všichni odborníci za velmi důležitý. Uživatelům služeb v oblasti duševního zdraví se doporučuje, aby se považovali za součást místní komunity. Pocit sounáležitosti se tedy považuje za významný, když se člověk připojí ke skupině; zejména v kolektivních sportech je tato role rozhodující. Komunikace, vyjádřená kontaktem s jinými lidmi, „kteří sdílejí stejné zájmy, ale mají různé zkušenosti se svým tělem“, a inkluze také pomáhají uživatelům snižovat pocit sociálního vyloučení, vytvářejí most k poznávání nových lidí a pomáhají jim dostat se z klinického prostředí. Odborníci naznačují, že FA vytváří pozitivní prostředí, které usnadňuje vztahy ve standardizovaném přirozeném prostředí pod širým nebem, nabízí příležitost k rozšíření sociálních sítí a vytváří inkluzivní příležitosti v rámci komunit. Nakonec jsou sociální výhody prostřednictvím FA potvrzeny zlepšením přijímáním pravidel, každodenními dovednostmi a schopností energicky ventilovat emoce v pocitech úspěchu či neúspěchu.

Fyzický aspekt je podle odborníků považován za další důležitý prvek, který je vylepšen prostřednictvím FA. Jak již bylo zmíněno, zvyšuje se fyzická kapacita, zejména pokud jde o kardiovaskulární systém, a tělesná hmotnost se dostává do rovnováhy. FA má také stejné účinky jako antidepresiva; uvolňuje hormony, které mají pozitivní vliv na celkovou náladu, zatímco snižuje napětí. Kromě toho je klinický obraz pacienta „depsychiatrizován“, což znamená, že pozornost od této nemoci odchází; pacienti se také zhmotňují v něčem jiném, než je jejich nemoc, rehabilitují a vedou k přímému léčebnému účinku, např. při depresích a demenci. FA navíc snižuje riziko metabolického syndromu a snižuje potřebu farmakologie. Nežádoucí účinky léků jsou vyvážené, ale zachovávají kognitivní funkce.

Rozvoj motorických dovedností je rozvoj jemné a křížové motoriky. Současný výzkum ukázal, že odborníci se domnívají, že FA pozitivně ovlivňuje psychomotorickou aktivaci u pacientů s problémy v oblasti duševního zdraví a učí je určitým novým dovednostem, které jistě pomáhají také jejich sebeúctě a socializaci. Kompetence (např. Dochvilnost, osobní angažovanost, odpovědnost, sociální interakce, pozornost, analytické dovednosti) se navíc šíří v dalších užitečných oblastech života.

Psychologický aspekt: Podle odborníků zvyšuje FA sebevědomí, sebeúctu a sebeobraz a dále se snaží napravit nesprávné vnímání a pomáhá pacientům je překonat. FA také pomáhá pacientům čelit psychologickým překážkám, kontrolovat hladinu stresu, cítit úlevu, bavit se a ventilovat emoce v úspěchu i neúspěchu. Obecná pohoda je zkušenost se zdravím, štěstím a prosperitou. FA pomáhá pacientům rozbít jejich klinickou rutinu a vytvořit si rutinu zdravou, podporuje jejich přirozenější chování během těchto činností a často pomáhá vyhnout se hospitalizaci. Odborníci naznačují, že zatímco tělo uživatelů služeb v oblasti péče o duševní zdraví je unavenější, FA jim pomáhá uvolnit tělo a lépe



spát, má pozitivní vliv na rytmus spánku a bdění a má léčivý účinek. Kromě toho jsou jasně podporovány jednoduché každodenní rutiny, jako je zlepšení osobní hygieny, vnímání vlastního zdraví, fyzický vzhled a vyplňování volného času.

2.3. Charakteristiky uživatelů v programech FA

Odborníci popisují některé pozitivní a některé negativní hlavní charakteristiky uživatelů, které je třeba vzít v úvahu při vytváření programů FA. Zpočátku by odborníci, kteří vytvářejí programy, měli věnovat pozornost klinickým charakteristikám. Například dlouhodobá neaktivita uživatelů způsobená psychózami, katatonii a rigiditou. Rovněž je narušena koordinace činnosti uživatelů, která je v mnoha případech spojena s pocity tělesného obrazu, jako je parestézie. Další klinické charakteristiky, jako je úroveň funkčnosti (nálad a motivy ovlivňují jejich funkci), špatná výkonná funkce (potíže s porozuměním informacím a jejich opakování při cvičení) a vedlejší účinky léčby (útlum po léčbě). A konečně, duševní problémy, jako rozptýlené myšlenky a velký nedostatek koncentrace nebo metabolický syndrom (pocity hladu, přejídání, nadváha atd.) způsobené medikací, negativní pocity (např. Úzkost, strach, třes, časté stresové pocity) a psychopatologie (např. deprese spojená s druhem psychické astenie, nedostatek motivace k pohybu a nekonečná únava) vyžadují další zvažování při vytváření programů FA pro uživatele programů péče v oblasti duševního zdraví.

Psychosociální charakteristiky pacientů. Mnoho odborníků podpořilo představu, že prostředí, tým a trenér nebo terapeut, který aktivitu vede, jsou velmi důležitými aspekty pro vytvoření správného programu FA. Uživatelé často mají nejistotu v rozhodování. Konkrétně jsou pro ně obtížné se do aktivit vůbec zapojit, a pokud by se toto stane, často uživatelé toto rozhodnutí vezmou zpět, i z důvodu, že je pro ně těžké aktivity plánovat. Uživatelé se navíc řádně nepřipravují nebo nejsou vybaveni na sportovní a fyzické aktivity, nemají sportovní oblečení ani sportovní obuv a snáze se zapojují do špatného životního stylu; mají tedy obecně špatnou fyzickou kondici (kouření, respirační potíže) v kombinaci s nízkou motivací a špatnou pozorností (úzkostné poruchy). Odborníci se však domnívají, že zlepšení úrovně FA závisí na tom, nakolik jsou uživatelé ochotni cvičit a zda se cítí dobře disponovaní, připraveni získat sociální dovednosti a být v kontaktu s ostatními.

Kromě toho mohou osobní rozdíly mezi charakteristikami uživatelů ovlivnit výběr správné FA. Věk a pohlaví hrají významnou roli, což znamená, že mladí lidé jsou více motivovaní. V posledních letech se však zdá, že účastníci pocházejí z různých věkových skupin. Mladí lidé navíc dávají přednost týmovým sportům, jako je fotbal a basketbal, zatímco se dá říci, že starší lidé obecně lépe reagují na programy FA. Přesněji řečeno, FA je pro starší lidi účinnější, což je motivuje více než mladší generace. Muži navíc preferují cvičení v tělocvičně, outdoorové aktivity a týmové sporty, zatímco ženy dávají přednost tanci, aerobiku a pilates. Muži se navíc více zajímají o zvyšování úrovně síly pomocí posilování, zatímco ženy mají větší zájem o péči o svoji tělesnou zdatnost. Zdá se, že úroveň vzdělání navíc ovlivňuje vnímaný význam FA / sportu pro celkovou pohodu uživatelů a důležitost předchozích zkušeností. Předchozí sportovní zkušenosti navíc odhalují snazší fyzickou aktivaci a motivaci pro uživatele, kteří byli fyzicky aktivní před onemocněním. Nezdá se



však nutné absolvovat univerzitu nebo být v dobré finanční situaci, abyste pochopili výhody FA. Sociální postavení a úroveň vzdělání hrají významnou roli ve vztahu k aspektu péče o sebe. Péče o sebe se pro uživatele může jevit jako velmi důležitý aspekt, protože ho v minulosti mohli často zanedbávat.

2.4 Překážky v programech FA

Profesionálové v oblasti péče o duševní zdraví hrají důležitou roli při pomoci jednotlivcům s problémy v oblasti duševního zdraví zapojit se do FA; přesto existuje řada faktorů, které brání podpoře FA v klinické praxi. Současný výzkum zdůrazňuje řadu překážek a obtíží, které mohou uživatelům komplikovat zapojení do FA, jako jsou situační a osobní problémy. Situační bariéry jsou primárně velmi důležité a vyžadují velkou pozornost. Různé problémy s přístupem (nedostatečný přístup k zařízením jako handicap, problémy s mobilitou), rozptýlení (např. Televize), potíže se zapojením („musíme je individuálně doprovázet a kontaktovat je předem“), faktory životního prostředí (exogenní faktory prostředí, nutkání jako agorafobie, povětrnostní jevy), nepochopení rámce (potíže s porozuměním pravidlům, abstraktní myšlení, potřeba naučit se praxi), rodinné problémy (jejich vztah v rodinách a zpětné vazby, které dostávají), klamná interpretace (interpretace podaná osobou, protože psychotický pacient interpretuje jiným způsobem - svým vlastním způsobem), fyzické problémy (způsobené duševní nepohodou, léky, životním stylem), nedostatek prostředků (nedostatek finančních zdrojů k účasti na standardizovaných cvičebních programech), nedostatek vyškolených sportovních instruktorů pro práci s uživateli v oblasti duševního zdraví a další (strach z obtíží se sociálními vztahy).

Podobně osobní problémy uživatelů hrají důležitou roli při zapojení do programů FA. Zaprvé, klinické bariéry a rozptýlení odrazují pacienty od zapojení se do FA a sportu (např. léky, otázka účasti může být ohrožující z důvodu jejich psychózy / struktury, úzkosti, agresivity, paranoidních myšlenek, kouření „což je obvykle nekontrolovatelné“, potíže, když jsou mimo svou zónu pohodlí). Podobně jsou důležitou překážkou také vzdělávací bariéry, což znamená, že nadřazenost léčby (je obecně přijímaná / široce rozšířená) vůči omezené psychoedukaci o pozitivních účincích pohybových aktivit, která někdy vede k neangažovanosti a motivačním potížím (nedostatek schopností k překonání drobných problémů jsou pro ně překážky, pocity zbytečnosti, nedostatek vnitřní motivace a potřeba vnější motivace pokračovat atd.).

Příčiny překážek v programech FA. Podle odborníků na péči o duševní zdraví jsou překážky řešeny, pokud jsou známy důvody, které je způsobují. Odpovědi na relevantní otázky (např. « Jaké jsou charakteristiky pacientů, kterým podle vás komplikujete účast na fyzických aktivitách? »), Někteří odborníci odpověděli, že samotná psychopatologie, poskytovaná medikace (přímé a vedlejší účinky psychofarmak) a kognitivní dysfunkce sama o sobě významně ovlivňuje patologickou situaci a reakci na návrhy FA. Například třes způsobený léky může vyvolat nepříjemné situace a znemožnit účast uživatelů na mnoha činnostech.

Navíc psychologické potíže, s nimiž se setkávají někteří uživatelé, představují závažná úskalí, zejména když musí čelit konkrétní situaci, která potíže vyvolává. Tito uživatelé často opouštějí FA nebo se jich vzdávají kvůli své nejistotě a nízkému sebevědomí. Navíc iluze a



halucinace, které existují v jejich myslích / myšlenkách, skutečnost, že nemají strukturu, jejich negativní myšlenky jako paranoia, úzkost, potíže s koncentrací a strach, který mají ze svého těla v průběhu FA, generují další negativní myšlenky a reakce. Výše uvedená představa však závisí na osobnosti uživatelů a na typu / úrovni jejich onemocnění. Další příčinou je sociální aspekt, kde lidé např. s psychózou, jsou často omezenější ve svých sociálních volbách, mají sociální nejistoty a obavy, a proto se nemohou účastnit skupinových aktivit (např. mají pocit, že je „ten druhý“ ohrožuje). Mezi další faktory, které podkopávají zapojení pacientů do sportu a vytvářejí překážky vůči FA, patří: motivační obtíže (nedostatek motivace, apatie, špatný fyzický stav vedoucí k časně únavě a dlouhodobé opouštění aktivity), fyziologické parametry (obezita, obecně špatný fyzický stav, negativní a sekundární účinky způsobené léky), ekonomické faktory („většina našich uživatelů nemá prostředky k zajištění základních potřeb“) a problémy prostředí (vnější faktory ovlivňují rozhodnutí na základě interpretace dané osoby a „může bránit účasti těch uživatelů, kteří jsou v nemocnici nebo právě přišli z období hospitalizace“).

2.5 Doporučení pro programy FA

Nakonec byli odborníci z oblasti péče o duševní zdraví požádáni, aby poradili místním komunitám ohledně vhodných postupů a poskytli doporučení, která by mohla zvýšit zapojení uživatelů do programu FA. Jejich odpovědi byly seskupeny do tří hlavních kategorií:

Adekvátní podmínky pro pohyb a sportování. Odborníci z oblasti péče o duševní zdraví zdůraznili potřebu ideálních podmínek pro činnosti a vhodného prostředí / prostoru. Konkrétně zmínili vhodné podmínky jako je strukturovaná aktivita, aktivity založené na spolupráci mezi profesionály a uživateli, adekvátní a zábavné aktivity v bezpečném prostředí. Někteří jiní navrhli, aby programy FA podporovaly svobodnou volbu, možnost soutěžit, a měly být spravedlivě strukturovány podle individuálních potřeb a programů, které lze přizpůsobit individuálním potřebám v udržitelných intenzitách. Například „fyzická aktivita jako součást týdenního plánování může dát jasnou strukturu, a to může být motivující!“ Podle dalších odborníků je nutné navrhnout nové aktivity a programy, protože „nové programy aktivují naše uživatele a zvyšují jejich ochotu k účasti“ a také vytvářet možnosti pro společné sportovní aktivity, kde uživatelé a zaměstnanci provádějí fyzické aktivity společně. Důležitým prvkem pro získání adekvátních podmínek pro pohyb a sportování je aspekt podpory. Podle odborníků musí mít uživatelé nezbytnou podporu, aby byla jejich účast i vnímání účasti úspěšná, jako je odpovídající vybavení, přístup k vybavení či sportovišti a také mít finanční zdroje na účast a podporu uživatelů kteří mají velmi málo nebo žádné finanční prostředky. Odborníci dále poukazují na vhodné prostředí / prostor, které může napomoci krátkodobé motivaci (návštěva různých míst, setkání s novými lidmi), snadno přístupné a bezprostřední prostory a prostředí, jako je tělocvična, hala se zrcadlem a klimatizací, např. - cykloturistika, veslovací lavice, podložky, malé míčky, činky, pásy TRX, sprchy, sauna.

Faktory, které zvyšují zapojení uživatelů do programů FA. Angažovanost v FA se týká zevšeobecněného pozitivního vlivu a poznání konkrétních činností. Odborníci z oblasti péče



o duševní zdraví účastníci se současného výzkumu zdůraznili nutnost dosáhnout angažovanosti uživatelů v programech FA. Podle odborníků závisí přijetí a zapojení účastníků na (a) době / fázi, kdy je uživatel zapojen do terapeutického procesu, (b) správném sportovním výběru, (c) svobodě / rozmanitosti volby. Například odborníci uvádějí, že „uživatelé vítají tyto iniciativy, pokud jim vyhovují... Nemůžeme propagovat fotbal starým lidem... Dobrá rovnováha mezi aktivitami uvnitř a vně terapeutického centra, vnitřními a vnějšími aktivitami... když je symptomatologie na ústupu jsou pak pacienti více připraveni zapojit se do aktivit“. Kromě toho je motivace dalším důležitým prvkem, který zvyšuje zapojení uživatelů do programů FA; je tedy třeba vyvinout úsilí k vytvoření vnitřní motivace a zamezení odpadnutí z programu FA prostřednictvím různých prvků vytvářejících přátelské a atraktivní prostředí. Například povaha aktivity by měla obsahovat hravý aspekt, nabízet zábavu a možnost se zapojit. Zaměstnanci a trenéři musí motivovat účastníky, někdy i jeden po druhém, kombinací sportovního tréninku s volným časem. Klíčovými body tohoto postupu jsou: uznání subjektivní povahy lidí, skutečnost, že nutit lidi k účasti má často opačný účinek a správné stanovení cílů (např. Konkrétní a realistické cíle). Také interakce s jinými lidmi ve standardizovaném prostředí, komunikace o jejich zkušenostech a poradenství mohou být motivací k tomu, aby se snažili více (např. „Být spolu s ostatními“ a nezůstávat v oddělených komunitách... mísit se s normálními lidmi“).

Dalším důležitým aspektem zdůrazněným odborníky byla příprava před zahájením smotné FA, tj. Adekvátní individuální práce s každým uživatelem zvlášť a správná příprava před účastí na FA. Například uživatelé by měli před zahájením FA podstoupit preventivní lékařskou prohlídku. Jeden z odborníků uvedl, že pokud se uživatelé věnují činnostem, které nemohou zvládnout, jsou zklamaní a demotivováni, a proto je velmi nutné s těmito situacemi počítat, předvídat je a FA modifikovat tak, aby byla šitá na míru konkrétním uživatelům. (např. Využití vnitřního prostoru, pokud uživatel má problémy s klimatickými podmínkami nebo snižuje jeho dezorientaci“).

Odpovídající charakteristiky odborníků. Mnoho respondentů zdůraznilo význam odpovídajících charakteristik odborníků. Konkrétně se zdálo být důležité, aby odborníci měli správné vzdělání, protože je třeba uživatelům umět naslouchat, a tak odhalit nejefektivnější aktivitu přizpůsobenou každému z nich a být schopni odkázat a doporučit uživatele na správné sportovní centrum či aktivitu. Rovněž by měly být jasně posíleny a podpořeny motivy uživatelů (např. redukce váhy, hledání společenského kontaktu či získávání svalové a kardiovaskulární síly). Toto je pozitivně podpořeno, pokud uživatelé mají „mentora“ nebo „kamaráda“ při zahájení konkrétní aktivity. Zdá se však důležitější, aby odborníci byli připraveni porozumět svým vlastním cílům (povzbuzení, pokyny, motivace, povědomí, funkce přemostění, individualizované FA, přístup k poskytování programů FA) a měli by jim být doporučeni mentoři a specialisté, kteří jim mohou v této činnosti pomoci. V tomto směru je sdílení jejich práce s profesionály velmi výhodné a užitečné. Závěrem lze říci, že odborníci musí mít znalosti a praxi, aby uspěli (např. Pokyny, instrukce a informace založené na důkazech a dobrá struktura činnosti, sebeuvědomění a odhodlání, trpělivost a dobrá nálada, supervize a zpětná vazba, psychoedukace a semináře, uvědomění si hranic atd.).



(3) Pohled uživatelů v oblasti péče o duševní zdraví

Z pohledu uživatelů služeb v oblasti péče o duševní zdraví se zdá, že různé způsoby poskytování cvičebních programů a možnosti v praxi se shodují s názory a návrhy odborníků a profesionálů z oblasti péče o duševní zdraví. Většina uživatelů služeb z oblasti péče duševní zdraví měla spíše pozitivní postoje k FA a cvičení a vnímala fyzickou aktivitu jako uspokojivou možnost léčby. Podle svých každodenních rutin a motorických aktivit se mnoho uživatelů služeb rozhodlo provádět činnosti, jako např. je běh, pohyb v tělocvičně, fotbal a chůze se střední intenzitou. Pokud jde o účinek cvičení na jejich náladu a fyzickou kondici, byla zmíněna celá řada různých pocitů. Většina uživatelů v oblasti péče o duševní zdraví se během cvičení a po něm cítila dobře. Někteří jiní uvedli, že zažili alternativní svět mimo své

každodenní problémy (např. „Jste odděleni od své nemoci“), zatímco někteří z nich pociťovali mírnou úzkost a únavu. Většina z nich však po cvičení získala pocit pohody a uvolnění, prožívala únavu, ale zároveň vděčnost a spokojenost, což je vedlo k „k myšlence k zakotvení sportu do každodenního života“. Uživatelé služeb péče o duševní zdraví dále uznali řadu výhod pocházejících ze sportovních programů, jako jsou psychologické, zdravotní a klinické výhody. Například uživatelé služeb zmínili, že se cítí „schopnější převzít odpovědnost“, „příjemněji a pohodlněji“, „velmi mi to pomáhá mentálně“, „cítím se šťastnější“, „jsem rád“, „stres a negativní myšlenky jsou potlačeny“, i když pocítili fyzickou únavu, nedostatek energie. Odpověď na otázku „Které jsou hlavní a nejdůležitější překážky nebo potíže, kterým čelíte při své účasti na cvičení nebo programu fyzické aktivity?“ Uživatelé služeb péče o duševní zdraví vyjádřili situační a osobní problémy. Konkrétně zmínili faktory, jako je nedostatek času a energie, nedostatek energie kvůli lékům, úroveň únavy a neschopnost snadno se zavázat k programu FA. Jen málo z nich zmínilo fyzické problémy (např. bolesti nohou, tenisový loket...), zatímco někdy uváděly, že příznaky jejich psychózy (např. slyšení hlasů) jim mohou bránit v zapojení.

Nakonec byli uživatelé služeb MH dotázáni, „co si myslíte, že by vás motivovalo nebo usnadnilo vaši účast v programu cvičení nebo fyzické aktivity?“ Mnoho z nich zdůraznilo potřebu přátelské a dobré atmosféry, dobře organizovaných skupin a vybavení, dobře strukturované programy, aby výsledkem cvičení byly trvale udržitelné pozitivní pocity.

Diskuze

Jedná se o první mezikulturní studii, která dokumentuje pohledy zdravotnických a sociálních pracovníků i uživatelů služeb v oblasti péče o duševního zdraví na programy FA v systému péče o duševní zdraví. Skutečnost, že duševní onemocnění jsou v západních společnostech velmi časté, a velká komorbidita s jinými nemocemi nutí odborníky zvažovat, zda systém zdravotní péče vyvíjí analogické úsilí správným směrem. Současný kvalitativní výzkum ukazuje snahu zdravotnických pracovníků a dalších profesionálů podpořit cvičení a programy FA pro lidi s vážným duševním onemocněním.



Současné výsledky naznačují, že zdravotníci a sociální pracovníci identifikují a uznávají různé pohledy na FA u uživatelů služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Kromě toho projevíli ochotu propagovat FA jako součást komplexní léčby duševních onemocnění. Mnoho z těchto odborníků již v minulosti propagovalo nebo inklinovalo k propagaci FA jako součásti kompletní péče pro lidi s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví.

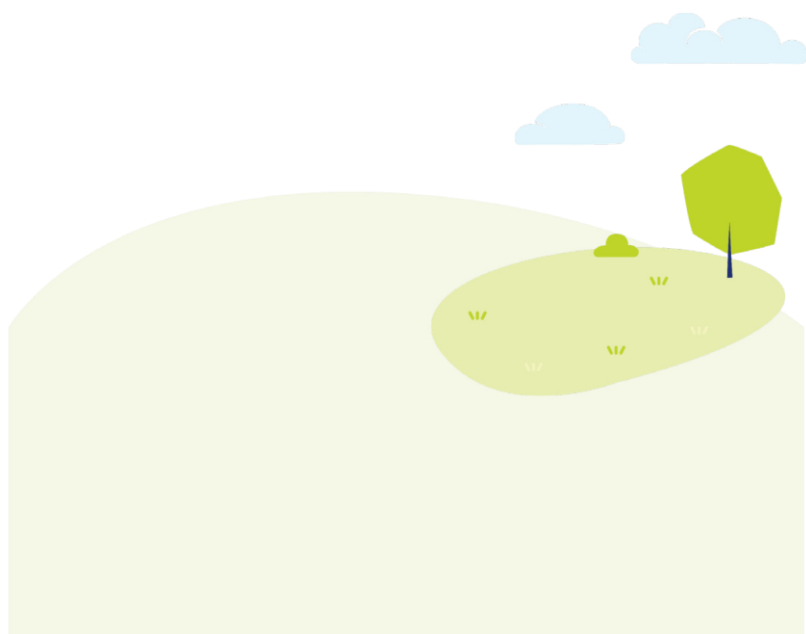
Odborníci ve zdravotní péči zdůraznili širokou škálu výhod sportovních programů pro účastníky, jako jsou sociální, fyzické, psychologické klinické, rozvoj motorických dovedností. Navíc zdůraznili skutečnost, že FA může silně pomoci uživatelům cítit se součástí místní komunity. V tomto směru navrhli, aby FA vytvářela pozitivní podmínky, které usnadňují vztahy ve standardizovaném přirozeném prostředí pod širým nebem; jedná se však o komplikovaný proces, který vyžaduje řadu rozhodnutí a úsilí přijatých správně a včas. Uživatelé současně vyjádřili podobné pohledy na programy FA a jejich efektivní implementaci. Současný výzkum ukázal, že uživatelé, kteří se účastní těchto programů, svou účast vnímají spíše jako pozitivní než negativní.

Profesionálové z oblasti péče o duševní zdraví si zároveň uvědomují překážky a obtíže při provádění a zavádění programů FA / cvičení, jako je nedostatek vybavení, klinické a osobní charakteristiky pacientů, závažné vedlejší účinky užívání medikace a samotné nemoci; odkazovali také na svou vlastní nekompetentnost správně radit uživatelům ohledně rozhodnutí o FA / cvičení. Věřící však, že podpora sebeurčené motivace a organizace dobře strukturovaného a bezpečného prostředí jsou důležitými aspekty, s nimiž by se výše uvedené obavy a překážky mohly snadno vyřešit. Mělo by být vyvinuto úsilí k vytvoření vnitřní motivace uživatelů a profesionálů, konkrétních a realistických cílů a bezpečného prostředí. Sportovní aktivity by tak mohly terapeuticky působit a pomáhat pacientům překonávat negativní myšlenky, nejistoty a úzkosti.

Použitá literatura

- Glowacki, K., Duncan, M. J., Gainforth, H., & Faulkner, G. (2017). Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, 13, 108-119.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). In-depth interviews. *Qualitative Methods for Health Research*, 2(1), 93-122.
- Grbich, C. (2007). Epistemological changes and their impact on the field. *Qualitative Data Analysis: An introduction*, 3-15.
- Lawlor, D. A., & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 322(7289), 763.
- Morgan, D. L. (1993). Qualitative content analysis: A guide to paths not taken. *Qualitative Health Research*, 3(1), 112-121.



**ASAL**

Appendix



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Workstream 2 – Výzkum a vývoj školicího kurzu Výsledky terénního výzkumu v Belgii

Obsahuje

Metodologický a etický přístup k 6 rozhovorům.....	100
Rozhovory s profesionály z oblasti péče o duševní zdraví.....	100
Rozhovor s uživatelem služeb péče o duševní zdraví.....	109

Authors: Nicos Andreopoulos, Mike Michiels

ENALMH
AISBL



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Metodologický a etický přístup k 6 rozhovorům

ENALMH provedl 6 polostrukturovaných rozhovorů tváří v tvář. Pět z nich zahrnovalo odborníky / poskytovatele služeb v oblasti zdraví, konkrétněji: sociální pracovník, zdravotní sestra, instruktor fitness vedoucí programu založeného na fyzických činnostech ve službách péče o duševní zdraví, jeden psycholog, z nichž jeden je manažerem Terapeutického centra pro lidi s duševním onemocněním. Kontaktovali jsme také jednoho uživatele služeb péče o duševní zdraví. Sledovali jsme etické hodnoty, které vyžadují, aby rozhovory byly a zůstaly anonymní, a dostali jsme podepsaný souhlas s nahrávkami všech rozhovorů. Účastníci rozhovorů byli také informováni, že mají právo odstoupit, pokud si to přejí (z jakéhokoli osobního důvodu) bez jakýchkoli následků a se stálým respektem naší organizace.

Navržené otázky byly sledovány, ale protože rozhovory byly částečně strukturované, někdy jsme se museli doptávat zpětně, abychom sledovali průběh konverzace a zabránili vyrušování dotazované osoby.

K identifikaci respondentů byly použity následující klíče:

- a) Sestra,
- b) Fitness Instruktor,
- c) Asistent v sociálních službách,
- d) Manažer terapeutického centra,
- e) Psycholog
- f) Uživatel služeb

Zpráva z rozhovorů s profesionály v oblasti péče o duševní zdraví

1. Na otázku “Jaké jsou obvyklé, hlavní duševní nemoci se kterými se setkáváte nebo které léčíte v terapeutickém centru, kde pracujete?” jsme obdrželi následující odpovědi:

- a) Psychózy
- b) Psychózy
- c) hlavně: Psychózy
také: úzkosti, poruchy osobnosti, užívání návykových látek, duální diagnózy.
- d) Psychózy
- e) (mladí) dospělí s problémy s psychotickým oneocněním

2. Na otázku “Myslíte si, že účast pacientů na pohybových aktivitách a cvičebních programech může zlepšit jejich kvalitu života a jak?” byly následující odpovědi:

- a) Absolutně
Ano, může se stát důležitým „pilířem“, dává strukturu



Produkuje endorfiny (= neurotransmitter) který funguje jako přirozená 'droga spokojenosti'.

V sociální rovině: může pomoci jako most při navazování vztahů s novými lidmi.

- b) " Rozhodně ano. Fotbalové a volejbalové aktivity provozujeme již 15 let. Zaznamenali jsme zlepšení v socializaci a míře sebevědomí pacientů, ale také sníženou potřebu farmakologické léčby. Hospitalizace u těchto osob prakticky zmizela, a tak se prolomil cyklus „posuvných dveří“, tj. Hospitalizaci, léčbu, zlepšení zdravotního stavu a náhlé relapsy vyžadující další hospitalizaci”.
- c) c) Jistě! Zvláště pro pohodu. Fyzická aktivita má stejné účinky jako antidepresiva -> uvolňují se hormony, které mají pozitivní vliv na celkovou náladu.
- d) d) Jistě, naši pacienti jsou často velmi nečinní -> na druhou stranu se po fyzické aktivitě cítí lépe, ale je obtížné je motivovat. Často necítí potřebu fyzické aktivity.
- e) e) Ano, mnoho pacientů má metabolický syndrom (mají pocit hladu, přejídají se, mají nadváhu atd.) způsobený léky. Fyzické aktivity mohou zlepšit jejich stav.
- f) Při skupinových (sportovních) činnostech může dojít k posunu rolí: od pacientů ke sportovcům

3. Na otázku "Jaký je váš názor na význam cvičení a pohybové aktivity u pacientů s duševními problémy?" jsme získali následující odpovědi:

- a) důležitý (viz otázka 2)

To platí pro všechny, bez ohledu na to zda máme či nemáme problémy v oblasti .

- b) " Jsou velmi důležité, protože v některých případech se mohou vyhnout hospitalizaci. Kromě toho se používají jako pojistné ventily a mají obecně dobrý dopad na morálku pacienta."

- c) Viz otázka 2

Cítíte se fyzicky lépe, můžete lépe kontrolovat hladinu stresu, pozitivní vliv na chuť k jídlu, pozitivní vliv na rytmus spánku. Zlepšení celkové fyzické kondice, libida, fyzického vzhledu, sebevědomí. Pozitivní účinky na duševní úroveň..

- d) -dodává sebevědomí

-posiluje seberozhodování

-efekt na redukci váhy, cukrovku, Metabolický syndrom.

- pozitivní hormony, které se uvolňují fyzickou aktivitou. "Jsou velmi důležité, protože v některých případech napomáhají se vyhnout hospitalizaci." Kromě toho se používají jako pojistné ventily”.

- e) Velmi důležité pro různé oblasti života (fyzické, duševní, sociální)

Žádná povinnost, důležitá je MOTIVACE. Povinnost udržuje osobu v roli „pacient“.

Pokud se mohou sami rozhodnout: změna rolí, pryč od stavu pacienta



4. Na otázku “Jaká je role sportu a fyzické aktivity v sociálních dovednostech pacientů a jejich sociální integraci?” byly odpovědi následující:

- a) Účastí v programech FA/sporu osoba je v kontaktu s jinými lidmi, kteří mají stejné „zájmy“, pry od psychiatrie.

Sociální dovednosti: pro naši skupinu pacientů není vždy jednoduché nastavit sociální vztahy -> sport zde může mít funkci mostu.

- b) “ Sport vede k sociálnímu kontaktu. Skupiny jsou utvářeny, aby spolu hrály. Jsou stimulováni a sport podporuje sociální opětovné začlenění. Sportovní aktivity se odehrávají kdekoli, v každém městě, takže pacienti mají vždy příležitost se zúčastnit, i když opustí nemocnici.

- c) Prolomit sociální izolaci, význam skupinového kontextu -> dělat věci, aby se spojily, spolupracovat, ..

- d) - sociální dovednosti: týmové sporty: naučit se rozhodovat společně, spolupracovat, cesta od jejich vlastního jedince.

-sociální integrace: účast na sportovních aktivitách by mohla pomoci dostat se z psychiatrického prostředí a navázat nové sociální kontakty. Sport má společný účel -> spojení mezi lidmi. „Projekt SOLLIEVO jako příklad spojuje pacienty s duševním onemocněním a lidi z komunity a vytváří komunikaci mezi těmito dvěma skupinami”

- e) V psychóze je každý vztah „dvojí“ -> sport je jiný způsob, jak se dostat do kontaktu s ostatními a se sebou (prožít své tělo jinak)

Ve skupinových sportech existují různé vzájemné vztahy -> spolupracovat, role se vyjasňují. Sport je „rám“ (který je obtížné nastavit sám, který v každodenním životě chybí)

5. Na otázku “Jaký je postoj pacientů ve vašem terapeutickém centru ohledně jejich zapojení do pohybových aktivit a cvičení? Myslíte si, že jsou ochotni účastnit se cvičebního programu?” jsme získali odpovědi:

- a) To je velmi individuální, odlišné. Často je přítomen „záměr“ věnovat se FA / sportu, ale chybí vnitřní motivace ke skutečnému zahájení činnosti.

- b) Přístup je spíše pozitivní.

- c) Ano. Motivace je velká, ale udělat konkrétní krok k zahájení pohybu je něco jiného. Mnohem z nich je to mnohem obtížnější.

Problémy: stigma, léky, sebeúcta, samotná duševní tíseň (halucinace / bludy).

Sport má pozitivní vliv na sebevědomí!

- d) Závisí na jednotlivci a úrovni.

- e) “ Ano, lidé se angažují.”



(...pokračování předchozí otázky) Co může pacienty motivovat k systematické účasti na cvičebním programu?"

- a) Zaměstnanci mají velkou odpovědnost: motivovat lidi, účastnit se jich,... Svoboda volby (účastnit se, zahájit, pokračovat nebo zastavit aktivitu) je pro pacienty důležitá.
- b) je nutná další stimulace celého terapeutického týmu (také psychologů, psychiatrů atd.). To by mohlo zlepšit ochotu lidí účastnit se.
Další body pozornosti: rozmanitost nabídky aktivit, dobrá rovnováha mezi aktivitami uvnitř a vně terapeutického centra, vnitřní a vnější činnosti.
- c) Poukázat na jejich pozitivní účinek -> využití „mentora“ nebo „kamaráda“ ke konkrétnímu zahájení fyzické aktivity / zahájení sportu..
- d) Odměna poté a / nebo dobrý pocit, který budou mít.
- e) Způsob, jakým jsou lidé motivováni, je velmi důležitý. Liší se od každé osoby . Každý jedinec má jiný důvod k účasti, je to velmi subjektivní.

6. Na otázku “Je možné zajistit, aby denní program pacientů ve vašem terapeutickém centru zahrnoval fyzické aktivity? Prosím popište“ jsme obdrželi následující odpovědi:

- a) Existuje nabídka, na kterou se snažíme pozitivně a motivačně poukázat na směrem k pacientům.
Chůze, fotbal, fitness, badminton, stolní tenis, tanec, plavání, jízda na kole, běh / jogging, strečink, relaxace, Zumba, jízda na kole (domácí trenažér), exkurze (chůze!). "Ano, každé pondělí od 14:30 do 16:00.""
- b) Ano. V tomto okamžiku se zaměřujeme na:
 - badminton (1x)
 - Stolní tenis (2x and v momentě volna)
 - plavání (2x)
 - jogging (2x)
 - fotbal (1x and regularly tournaments)
 - protahování (2x)
 - Zumba (1x)
 - chůze (2x)
 - aerobik (1x)
 - relaxace (1x)
 - party ateliér (tanec ; 1x)
- c) Ano: chůze, plavání, běh/jogging, badminton, fotbal, Zumba, strečink.



- d) Ano: jogging, plavání, tanec, strečink, Zumba, fotbal, chůze, ...
 - e) Ano, v našem FA programu nabízíme: jogging (1x/týden), fotbal (1X a turnaje), plavání(2x/týden), strečink (2x/ týden), Zumba (1X/týden), Badminton (1X/týden),
 - f) Stolní tenis, Aerobik (1x/týden), chůze (2x/týden) + 2x/rok Fit&Fun den pro všechny.
7. Na otázku “Existuje ve vašem centru vhodně navržené prostředí nebo vhodné vybavení pro aplikaci fyzických aktivit? Jak moc jste spokojeni nebo nespokojeni? Jaké jsou vlastnosti ideálně navrženého cvičebního prostředí?” jsme obdrželi následující odpovědi:

a) *Pozitiva:*

- máme zahradu, kde se dají organizovat některé programy FA
- Máme k dispozici velký kostel, kde se dají také organizovat některé programy FA.
- 1x za týden si pronajímáme sportovní halu na fotbal
- disponujeme nějakým vybavením, např. boxovací pytle.

Negativa:

- kola: pouze 1 ze tří je funkční, ostatní je potřeba opravit
- cyklo trenažery (na doma): pouze 1 ze tří je funkční
- místo v kostele je hlavním místem terapeutického centra, tak že zde není příliš soukromí. “Musíme chodit do městských zařízení či privátních klubů.

b) Mohlo by to být lepší. Nemáme prostor určený přímo pro FA a sport. Disponujeme skromným sportovním vybavením (tenisové rakety, fotbalový míč, stůl na stolní tenis) , ale bez místa k jejich použití

c) Nemáme přímo místo na sport a FA. Avšak máme možnost využít pro některé specifické aktivity velký kostel nebo zahradu

Ideálně: bychom chtěli mít speciální prostor pro FA a sport lepší vybavení (rakety, míče, stoly na stolní tenis...) + bychom rádi využívali externích sportovišť/ pronajímali si + další extra finanční prostředky (např: plavání. V současné době si uživatelé musí vstup hradit sami a ne každý si to může dovolit)

d) Bez možnosti: pouze skromné vybavení (badmintonová síť fotbalový míč,..) + pronájem sportovního prostoru 1x/týden. Pravděpodobně bychom mohli více využívat outdoorových aktivit

e) -V prostorách organizace: fotbalové míče, fotbalové dresy, podložky na yogu, Badmintonová síť/rakety
-pronájem haly jednou týdně na fotbal.

8. Na otázku: “Které fyzické aktivity to jsou?” jsme obdrželi následující odpovědi:

- a) -již odpovězeno: v otázce 6.
-pro doplnění



občas: lezení, kurz lezení přes překážky, bruslení, jízda na koni každý týden

Každý týden: skvoš, basketbal, cyklistika, hrajeme také volejbal, kdy se pokaždé 15 minut zahříváme a rozvíčujeme a pak hrajeme proti sobě v sedmičlenných týmech

b) Již zodpovězeno v otázce

+

Dále: basketbal, běhání/jogging (většinou na atletickém oválu)

c) V principu vše: účast v již existujících aktivitách. Více finančních prostředků (granty, sponzorink) pro lidi, kteří nedisponují finančními prostředky.

Tanec, protahování, Zumba, která již existuje a je často prostředkem pro krok k aktivitám mimo centra, tedy v komunitě.

d) Týmové sporty, které mají vždy pozitivní vliv na pacienty.

e) Skupinové a individuální aktivity

Nyní máme celkem pestrou nabídku aktivit.

Pohybové aktivity jsou důležité.

Bojové sporty?

9. Na otázku "Které jsou nejčastější psychomotorické znaky pacientů s těžkými duševními a psychiatrickými stavy u nemocí: úzkostné poruchy, deprese, bipolární porucha, psychózy a demence?" jsme obdrželi odpovědi:

a) -opožené či pomalé pohyby: způsobené nemocí, psychózou, medikací?

-rozptýlení myšlenky, nedostatek koncentrace

-žádné nebo špatné vybavení: sportovní obuv a oblečení,..

-menší fyzická vydrž

-nekontrolovatelné, nutkavé pohyby?

- Demence?

b) „Většinou je pro tyto lidi se rozhodnout k samotné aktivitě“ (Deprese/Bipolární porucha/ psychózy). Užívání medikace může zapříčinit zpomalený pohyb.

c) -Katatonie

-ztuhlost zapříčiněná medikací

-negativní symptomy

-otupělé emoce: bez pocitu uspokojení z aktivit

-obecně špatný životní styl

-limitovná motivace



- fyzické problémy, například metabolický syndrom, kouření
 - 'pocit nenaplnění' prázdné pocity: špatný životní styl → nedostatek sebevědomí
 - únava (způsobená medikací), větší chuť k jídlu, přibývání na váze, snížená motivace k pohybu
 - vysoká úroveň stresu → přejídání, časté kouření, žít v izolaci.
 - další obavy (např. finanční) → fyzické aktivity/sport nejsou prioritami.
- d) Psychózy? Způsobené medikací nebo negativními symptomy: zpomalené reakce, přibývání na váze, třes, dystonie, uvědomování si svého těla, potřeba pohybu → vždy velice individuální. Fyzické poškození způsobené pokusy o sebevraždu.
- e) Psychózy? Složitý přístup ve vnímání těla -> subjektivní. Z důvodu medikace nebo psychózy: pohyb se zpomaluje

10. Na otázku "Uveďte prosím charakteristiky pacientů, které způsobují potíže s jejich účastí na fyzických aktivitách? A jaké jsou hlavní a nejdůležitější překážky nebo potíže spojené s účastí pacientů na cvičeních nebo programech pohybové aktivity?" jsme získali odpovědi:

- a) -nedostatek vnitřní motivace
 -porucha pozornosti
 -potíže se sociálními vztahy (např: pro lidi s paranoiou: 'ti ostatní' způsobuje strach → skupinové aktivity složitě až někdy nemožné)
 -úzkosti
 -problémy s mobilitou: už jenom jít dojí na sportoviště je pro některé lidi překážkou. "již odpovězeno v otázce 9"
- b) Často také fyzické problémy způsobené dlouhodobým stresem, medikací, životní styl.
- c) Užívání medikace je obecně společensky akceptováno rozšířeno. Pozitivní efekt fyzických aktivit a sportu je dlouhodobě podceňován → edukace v tomto směru obecně chybí.
- d) Odpovězeno v otázce 9).
 +následná motivace
 -finance
 -sociální fóbie (vyjít ven z domu)
- e) Spousta lidí má dlouhodobé zkušenosti s psychiatrickou péčí -> často negativní zkušenosti -> zmenšená motivace k účasti. Vůbec otázka účasti může být děsivá z podstaty. Lidé mají rozdílné vnímání. Halucinace mohou být často velmi dominantní a mohou zabraňovat v samotné účasti na fyzických aktivitách.

11. Na otázku "Jaké jsou hlavní příčiny těchto překážek? Psychologické, fyziologické, sociální, environmentální? Nebo jiné? Pokračování předchozí otázky- Existuje nějaké biologické/vědecké vysvětlení?" jsme obdrželi



odpovědi:

- a) -psychologické: nedostatek struktury, paranoia, úzkost, problémy s koncentrací
-fyzické: obezita, obecně špatný zdravotní stav, vedlejší účinky léků.
-sociální: ti 'jiní' toto je jeden z nejvíc zastrašujících pocitů, paranoia. Extra motivace je nezbytná, přístup jeden na jednoho pacient/trenér.
-environmentální: žádné 'soulkromí' v terapeutických centrech. "
- b) -medikace
-sociální: sport dodává energii → lidé s psychózou jsou často sociálně limitováni
-psychologické: desiluze a halucinace jsou součástí každodenního života. Sport a pohyb je těžko vnímán jako možnost.
- c) -sociální dovednosti jsou velice důležité při každé aktivitě a následně motivaci.
- d) Psychologické: strach, halucinace, špatné vnímání svého těla
Fyziologické: negativní vnímání způsobené medikací
- e) Hlavně: psychologické. Sociální: nedostatek peněz, nedostatek sociálních dovedností.

12. Na otázku "Které vlastnosti a prvky by měly být vzaty v úvahu, které by mohly usnadnit účast pacientů na cvičeních nebo programech fyzické aktivity?" jsme získali odpovědi:

- a) -motivace 1 na 1 pacient/profesionál
-profesionálové mají funkci přemostění mezi lidmi se stejnou zálibou.
-zlepšení soulkromí
-čas: přiměřeně dlouhá aktivita
-snažit se uvědomit kapacity uživatelů, pacientů
-různorodost: vytvořit různorodost v aktivitách, dostatek prostoru pro soutěžní utkání (pro některé lidi významná motivace).
- b) -nízkoprahovost → všichni jsou vítáni, bez věkové diskriminace
-pokud se chceš zúčastnit později, tak to není problém, ukončit aktivitu dříve je také možné
-pravidelné (kuřácké) přestávky.
-dobře uzpůsobené prostředí (pocit bezpečí) + vytvořit vhodné podmínky "Jak už bylo zmíněno, skutečně věřím, že nejdůležitějším faktorem k účasti je vytvořit prostředí kde je vzájemná zábava: pokud je prostředí zábavné, podpoří to dlouhodobou účast ve sportovní aktivitě. Je daleko účinnější nechat lidi jen tak hrát, jak chtějí, než třeba hodinu cvičit či chodit. Z tohoto pohledu jsou kolektivní sporty daleko efektivnější než ty individuální."
- c) -psychoedukce + motivovaný trenér/profesionál
-jasné cíle, struktura a čitelnost aktivity (začátek, poločas, konec)
-aktivita musí být nízkoprahová, lidé se cítí vítáni → prostor pro relaxaci a oddych



po aktivitě. Fyzická aktivita musí být zábava.

-fyzické aktivity jako součást týdenního plánování + může poskytnout strukturu
—> a to může být motivující.

-Fyzické aktivity poskytují strukturu

-Speciální pozornost by měla být věnována sociálnímu aspektu sportu!
socializace, možnost být s jinými lidmi, nezůstávat v uzavřených komunitách a
socializace s komunitami přirozenými.

- d) Možnost svobodné volby k účasti je velice důležitá. Individualní přístup k potřebám.
- e) Netlačít na pilu -> raději zvolit individuální přístup. Vnímat složitost používaného jazyka a řeči těla -> snažit se najít individuální motivaci u každého účastníka.

13. Na otázku “Existují rozdíly ve fyzické aktivaci psychiatrických pacientů na základě jejich pohlaví, věku, sociální úrovni, finanční úrovni, úrovni vzdělání? Existuje nějaký vědecký výklad/ vysvětlení těchto rozdílů? byly následující odpovědi:

- a) V oblasti psychiatrie je mnoho lidí s limitovanými finančními prostředky, což obecně omezuje životní možnosti. Někteří lidé mají opatrovníky a nemohou se svobodně rozhodnout zda své prostředky chtějí použít v rámci fyzických aktivit nebo sportu.
Vzdělanost?
- b) “Pohlaví? Muži mají větší sílu
Věk?
Sociální postavení?
Finanční prostředky? Možnost rozhodnout se pro oblíbenou sportovní aktivitu. vzdělání?
- c) Pohlaví? Ne
věk? Starší lidé často vnímají pozitivní účinky sportu (nebo nedostatek FA) proto jsou více motivovaní než mladší lidé
sociální postavení?
Finanční prostředky? Často omezený rozpočet: sport/FA není prioritou
vzdělání? Dosažené vzdělání může mít vliv na to jak důležité pohybové a sportovní vnímáme, stejně tak na obecné zdraví.
- d) “Nevidím rozdílnosti v pohlaví, věku, sociálním, finančním postavením či vzdělání. Je daleko jednodušší aktivovat uživatele, kteří mají se sportovními zkušenostmi z minulosti, z mládí. Je to “fyzická paměť” která se aktivuje automaticky a která je určující pro udržitelnou účast v aktivitě.”.
- e) Pohlaví? Stejně jako mimo oblast psychiatrie
věk? Stejně jako mimo oblast psychiatrie



sociální postavení?

Finanční možnosti? Spousta pacientů má omezené finanční prostředky
vzdělání?

14. Na otázku “Je ještě něco na co byste chtěli upozornit ohledně psychomotoriky pacientů?” jsme obdrželi následující odpovědi:

- a) -
- b) -Mělo by se dát vce prostoru fyzickým aktivitám. Je možné motivovat ke sportovním aktivitám i jinými prostředky (např. v centru jsou k dispozici sportovní magazíny, pozornost se věnuje velkým sportovním soutěžím: Tour de France, která tento rok startuje v Bruselu...)
-z pohledu manažera: vytvořit podmínky, kde zaměstnanci, profesionálové dělají fyzické aktivity společně s uživateli. Fyzické aktivity by mohli být přínosné i pro zaměstnance.
- c) Díky za tento rozhovor. Téma potřebnosti sportu a fyzických aktivit opět vyplulo na povrch.
- d) Snaha není vytvářet jen soutěžní prostředí —> účast na aktivitách je to nejdůležitější. Pokud bychom se zaměřovali jen na soutěžení, lidé nám budou více odpadávat.
Musíme zvážit konkrétní potřeby každého jedince.
Kdo je naše cílová skupina
- e) Je potřeba stále dbát na svobodu rozhodování a zvolit individuální přístup k lidem, kteří chtějí sportovat či využívat programy fyzických aktivit.
Pokud budeme lidi k účasti nutit, tak to bude mít opačný efekt.

15. Na otázku “Existuje nějaká záležitost, o které se domníváte, že je důležitá pro to, aby si ji externista uvědomil v případě, že přijde do této psychiatrické společnosti?” jsme obdrželi odpovědi:

- a) Informace o cílové skupině: být osobní, respektovat potřeby každého z nás
Respektovat svobodu druhých, nikdy nikoho k aktivitám nenutit. Důležitý je humor
- b) -uvědomovat si hranice
-určitě věnovat velkou pozornost představování aktivit —> nikam nespíchat
-hledat rovnováhu mezi lehčími a těžšími aktivitami. Vytvořit pestrou nabídku aktivit, tak aby přilákala co největší počet uživatelů.
- c) -struktura
-trénovat na nejvyšší úrovni není cíl: snažit se organizovat aktivitu tak, aby to byla hlavně zábava a relaxace.
-přístupnost a dostupnost aktivit!
-myslet ‘společně’
-motivace a psychoedukace je důležitá!



- d) Odpovězeno v otázce 14)
- e) Neobávat se s setkání s uživateli, přistupovat k nim jako ke komukoliv jinému, dohlédnout dál, než jen k jejich onemocnění.

Zpráva z rozhovoru s uživatelem služeb péče o duševní zdraví

Pohlaví: muž

Věk: 27

Váha: 90 kg

Výška: 1,67 m

Stav: svobodný

Zaměstnání: X Sedavé (student)

stání či lehká chůze

Lehká manuální práce

Těžká manuální práce

Jak dlouho jste v terapeutickém centru či nemocnici?

3 roky

nebo

Jak dlouho jste v péči psychiatra?

Účastníte se sportovních nebo jiných fyzických aktivit?

Ano

1. Chcete vaší odpověď více rozvést?
2. Jak často se účastníte pohybových aktivit?
3. Jaké aktivity upřednostňujete?
4. Jak dlouhé jsou aktivity, kterých se účastníte?
5. Jak intenzivní jsou vaše zvolené aktivity?

➔ -fitness/zvedání činek: 4x/týden, vždy 45 minut

-chůze: 10.000 kroků/den

-před tím: Brazilské Jiu Jitsu: 2x/týden. Nyní neprovozují kvůli problémům s nohou.

6. Jak se cítíte během aktivity?

Když cvičíte (fitness) dostáváte se do jiného světa úplně se oddělíte od 'nemoci'.

7. Jak se cítíte po skončení aktivity?

-cítím se 'lehký'

-cítím skvělý pocit ve svalech

-věci s cvičením se dají přebírat i do každodenního života.



- cítím, že tělo se postupně stává silnějším
 - stravování: posouvá se směrem k zdravějšímu způsobu stravování.
8. Jaký vliv mají fyzické aktivity na vaši náladu a psychologickou pohodu? Můžete vysvětlit podrobněji?
- Když cvičím, cítím se více šťastný: vyplavují se určité hormony (dopamine etc). Tyto pocity mám ještě několik hodin po cvičení.
9. Sportujete radši sám nebo v kolektivu?
- Cvičit sám je skvělé, ale určitě se nebráním cvičit s někým dohromady či ve skupině, ale jenom v případě že dochází k vzájemné motivaci. (ne kritice).
10. Jaké jsou největší překážky, které vám brání v pravidelných fyzických aktivitách?
- medikace: méně energie, únava, je těžké ráno vstát.
 - fyzické problémy: bolavá noha, tenisový loket.
 - někdy také příznaky psychózy(slyšení hlasů, úzkost,..) někdy mi zabraňují jít do posilovny.
11. Co vás motivuje nebo pomáhá si udržet účast na fyzických aktivitách? (prostředí, vybavení, program etc.)
- mít jasný réinkový plán mě motivuje jít do posilovny a splnit ho.
 - rád se koukám na zkušenosti jiných (tv, internet, magaziny,..) : také bych chtěl vypadat jako oni.
 - být v jiném prostředí, mezi jinými lidmi (ne jenom pacienty)
 - někdy mi pomáhá externí motivace lidí, zaměstnanců našeho terapeutického centra.
12. Jaký je váš názor na roli pohybu a sportu ve vašem životě (kvalita života, sociální dovednosti atd.)
- pomáhá mi kontrolovat stres
 - velmi důležitý: dává mi motivaci ke studiu, jsem díky sportu více sociální, více pozitivní.





Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Workstream 2 – Výzkum a vývoj školicího kurzu Výsledky terénního výzkumu v České republice

Obsahuje

Metodologický a etický přístup k 6 rozhovorům.	114
Rozhovory s profesionály z oblasti péče o duševní zdraví.....	114
Rozhovory s uživatelem služeb péče o duševní zdraví.	121

Autor: Mária Mlatičeková

FOKUS
ČR



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Metodologický a etický přístup k 6 rozhovorům

Provedli jsme 5 rozhovorů s odborníky pracujícími v oblasti péče o duševní zdraví (odborník / poskytovatel služeb v oblasti péče o duševní zdraví) a s 1 uživatelem služeb péče o duševní zdraví. Vybrali jsme člověka s problémy v oblasti duševního zdraví, který má vlastní zkušenost s využíváním pohybových aktivit v procesu zotavení.

Při provádění rozhovorů jsme postupovali podle pokynů koordinátora této aktivity projektu. Rozhovory byly částečně strukturované a měly odlišný rámec pro profesionály v oblasti duševního zdraví a pro uživatele služeb v oblasti péče o duševního zdraví.

Při dotazování a rozhovoru s respondenty jsme plně dodržovali etický standard. Respondenti byli informováni o důvodech a cílech výzkumu a o tom, jak bude dále probíhat zpracování získaných odpovědí. Všichni byli informováni o zachování své anonymity a byly jim nabídnuty k podpisu souhlasy s pořízením záznamu rozhovoru. Byli také informováni, že mají právo odstoupit, pokud si to přejí (z jakéhokoli osobního důvodu) bez jakýchkoli následků a se zachováním respektu od naší organizace.

Odborníci z oblasti péče o duševní zdraví pracují na pozicích:

- 1) Psychiatr
- 2) Ředitel organizace péče o duševní zdraví
- 3) Zdravotní sestra
- 4) Fyzioterapeut
- 5) Sociální pracovník

Šestým dotazovaným byl člověk se zkušeností se závažným duševním onemocněním.

Zpráva z rozhovorů s profesionály v oblasti péče o duševní zdraví

1. Na otázku "Jaké jsou obvyklé, hlavní duševní nemoci se kterými se setkáváte nebo které léčíte v terapeutickém centru, kde pracujete?" jsme obdrželi následující odpovědi:

- **PSYCHIATR:** "V našem centru se nejčastěji setkáváme s lidmi, kteří se léčí se schizofrenií, bipolární poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou a těžkými depresemi."
- **ŘEDITEL CENTRA:** "SMI- psychózy, schizofrenie, poruchy osobnosti, úzkostně-depresivní poruchy, duální diagnózy a OCD."
- **ZDRAVOTNÍ SESTRA:** "Psychotické onemocnění, poruchy nálad, OCD, poruchy osobnosti."
- **FYZIOTERAPEUT:** "Schizofrenie, bipolární porucha."
- **SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK:** "Schizofrenie, bipolární poruchy, OCD, deprese, poruchy osobnosti a duální diagnózy."



2. Na otázku “Myslíte si, že účast pacientů na pohybových aktivitách a cvičebních programech může zlepšit jejich kvalitu života a jak?” byly následující odpovědi:

- PSYCHIATR: “Určitě ano. Dnes již existují první důkazy o tom, že pravidelné cvičení má pozitivní vliv na některé psychické poruchy. Mluví se zatím zejména o depresi a demencích. To je přímý léčivý vliv. Další efekty jsou nepřímé. Zmírnění vedlejších účinků léků. Ty právě často zvyšují chuť k jídlu a snižují aktivitu nemocného a tím pádem vedou k obezitě a metabolickému syndromu.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Myslím, že ano. Všechno zaměřené na tělo může ovlivnit psychiku. Sport podporuje odolnost, lidem dává pocit kontroly. Lidi si utužují pocit sebevědomí - posouvají se jim hranice.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Rozhodne ano, pomáhá udržovat denní režim a zvyšuje kompetence lidí. Přispívá hlavně k socializaci protože se člověk dostane do kolektivu. Sport odvádí pozornost od nemoci, pomáhá udržovat váhu a snižuje riziko metabolického syndromu.”
- FYZIOTERAPEUT: “Určitě ano. Propojení fyzické a psychické stránky je to nejlepší.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Ano, zlepšit to kvalitu života. V tu chvíli lidi myslí na hru a ne na nemoc a mění se.”

3. Na otázku “Jaký je váš názor na význam cvičení a pohybové aktivity u pacientů s duševními problémy? jsme získali následující odpovědi:

- PSYCHIATR: “Myslím si, že význam je velký, kromě výše uvedeného musíme myslet i na to, že cvičení přispívá k aktivnějšímu životnímu stylu a zvýšení sebevědomí, což je velmi důležité pro úspěšně zotavení lidí s chronickou závažnou duševní poruchou.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Význam je velký a je to velmi prospěšný. Lidi by se měli na organizaci sportovní aktivity podílet.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Významný je. Rozvíjí to motoriku klientů, zvyšuje to hlavně aktivitu člověka. Zlepšuje i náladu a přirozeně zvyšuje únavu a zlepšuje spánek.”
- FYZIOTERAPEUT: “Význam je velký. Velmi důležitý je kontakt s lidmi a aktivizace v kolektivu.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Lidé s duševním onemocněním berou léky, kvůli kterým většinou přibírají na váze, takže pohyb jim pomáhá zhubnout., Fyzická aktivita jim přináší radost a sportování společně s někým jim dává to, že nejsou tak sami.”

4. Na otázku “Jaká je role sportu a fyzické aktivity v sociálních dovednostech pacientů a jejich sociální integraci?” byly odpovědi následující:

- PSYCHIATR: “Zejména u kolektivních sportů je tato role zásadní. V rámci tohoto



mikrosvěta, s danými pravidly a zároveň možností výrazněji ventilovat svoje emoce při úspěších, či neúspěchu, je sport výborným místem na trénování sociálních dovedností a interakcí.“

- ŘEDITEL CENTRA: “Klienti se setkávají s jinými klienty. Zajímavá je právě ta rozličnost a týmové aktivity. (domluvy, společně akce a týmový duch).”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Role je významná. Hlavně pocit sounáležitosti. Člověk se zařadí do skupiny. Je lepší komunikace, menší ostych a následně zvýšení sebevědomí.“
- FYZIOTERAPEUT: “Role sportu – u kolektivních sportů je významná komunikace s jinými lidmi. Člověk nemusí vymýšlet témata, ale sport ho nutí stejně komunikovat. I neverbálně.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “V kolektivu se rozvíjí komunikace. Takže se zlepšují i soc. dovednosti a zvyšuje se sociální integrace. I lidé, kteří nemají příliš rozvinuté sociální dovednosti, jsou nuceni komunikovat, pokud chtějí být součástí kolektivu.”

5. Na otázky “Jaký je postoj pacientů ve vašem terapeutickém centru ohledně jejich zapojení do pohybových aktivit a cvičení? Myslíte si, že jsou ochotni účastnit se cvičebního programu? Co může pacienty motivovat k systematické účasti na cvičebním programu?” jsme získali odpovědi:

- PSYCHIATR: “Je to různé. Myslím si, že obecně lidi s vážnou duševní poruchou je potřeba více motivovat aby se zapojili. Není to typické pouze pro sport, tito lidé za prvé často trpí amotivačním syndromem a také mohou být více úzkostní, hůře plánují, atd. S tím vším je potřeba pomoci, aby nakonec na sportovní aktivitu dorazili.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Zájem je velký, ale důležité je netlačit na ně a nenutit je. Hlavně je důležitá pozitivní motivace.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Postoj klientů je různý. Někteří jsou hodně aktivní a chtějí zkoušet nové věci, jiný zas ne, protože nemají zájem. Motivace je nejdůležitější. Také je důležitá stránka financí. Většina klientů nemá dostatek peněz.”
- FYZIOTERAPEUT: “Hlavní je otázka motivace. Samozřejmě je velmi těžké někdy klienty k sportu motivovat. Proto je velmi významný vztah mezi klientem a terapeutem.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Motivovat je může fyzická kondice a radost ze sportování.”

6. Na otázku “Je možné zajistit, aby denní program pacientů ve vašem terapeutickém centru zahrnoval fyzické aktivity? Prosím popište“ jsme obdrželi následující odpovědi:

- PSYCHIATR: “Možné to určitě je, i když to nemusí být vždy snadné. Zejména co se



týče zajištění vhodných prostor a pomůcek, na to se při zařizování psychiatrických služeb příliš nemyslí a finanční zdroje musíme často hledat jinde, než je běžný rozpočet.”

- ŘEDITEL CENTRA: “Zájem je velký, ale důležité je netlačit na ně a nenutit je. Hlavně je důležitá pozitivní motivace.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Ano je to možné.”
- FYZIOTERAPEUT: “V CDZ to možné je. Prostory na to máme. V létě máme větší možnosti.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: Snažíme se je nasměrovat do komunity, aby cvičili společně se zdravými lidmi. V našem centru nemáme speciální sportovní program pro klienty.

7. Na otázku “Existuje ve vašem centru vhodně navržené prostředí nebo vhodné vybavení pro aplikaci fyzických aktivit? Jak moc jste spokojeni nebo nespokojeni? Jaké jsou vlastnosti ideálně navrženého cvičebního prostředí?” jsme obdrželi následující odpovědi:

- PSYCHIATR: “V našem centru můžeme sportovat pouze venku, v našem oploceném areálu. Ostatní aktivity se snažíme provádět v běžné komunitě. Tím lze částečně podpořit i destigmatizaci duševních poruch ve společnosti.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Nemyslím jsi, že by se aktivity měli odehrávat přímo v centru. (spíše se snažíme klienty zapojovat do komunity a mezi zdravé lidi, okolí) Pro naše klienty by byla vhodná víceúčelovost. Hřiště, posilovací stroje, kolektivní i individuální cvičení.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Prostředí na to není. Vybavení je, ale jen v omezené míře. Ideální prostředí je tělocvična, sál se zrcadlem, bosu, veslovací lavice, karimatky, činky, malé míčky, pásy TRX, sprcha, sauna, vířivka, klimatizována místnost.”
- FYZIOTERAPEUT: “Vybavení tady je, ale není dostačující. Máme možnost oslovit i vedení, které nám sportovní pomůcky může zabezpečit. Momentálně máme kola, nordic walking, badminton. Ideální prostředí z pohledu fyzioterapeuta – místnost se zrcadlem, gymball, overball, lehátko, facilitační pomůcky, míčky.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Místnost tady je, ale vybavení ne. Představa ideálního cvičebního prostředí – tělocvična, posilovací stroje s cvičenými pomůckami.”

8. Na otázku: “Mohli/mohla byste prosím uvést fyzické aktivity, které jste zahrnuli, nebo jste ochotni zahrnout do cvičebního programu?” jsme obdrželi následující



odpovědi:

- PSYCHIATR: “Fotbal, cyklistika, turistika, posilovna, plavání, badminton, petangue, jóga, atd.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Pin pong, rotoped, míčové sporty a posilovna.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Běh, nordic walking, kolo, plavání, jóga, fotbal, posilovna, pásy na TRX.”
- FYZIOTERAPEUT: “Cvičení na bolesti zad.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Běhání, jóga, pilates, fotbal, zumba.”

9. Na otázku “Které jsou nejčastější psychomotorické znaky pacientů s těžkými duševními a psychiatrickými stavy u nemocí: úzkostné poruchy, deprese, bipolární porucha, psychózy a demence?” jsme obdrželi odpovědi:

- PSYCHIATR: “Nejčastěji zpomalení psychomotoriky, zhoršení koordinace pohybů, extrapyramidové projevy..”
- ŘEDITEL CENTRA: “Svalové ztuhnutí, vedlejší účinky léků jako třes a nekoordinace. Úzkostní lidi mají hlavně svalový tonus.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Tělo - ztuhlost svalů, jemná motorika funguje hůř. Dál úzkost, strach, apatie, třes, neklid, polékový útlum.”
- FYZIOTERAPEUT: “ Úzkostné poruchy – hlavně ztuhlost, bipolární porucha – u manické fáze je dobré spíše klieťny zklidňovat než aktivizovat.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “ Ztuhnutí svalstva z léků, nadváha, špatná koordinace.”

10. Na otázku “Uveďte prosím charakteristiky pacientů, které způsobují potíže s jejich účastí na fyzických aktivitách? A jaké jsou hlavní a nejdůležitější překážky nebo potíže spojené s účastí pacientů na cvičeních nebo programech pohybové aktivity?” jsme získali odpovědi:

- PSYCHIATR: “Jak již zmiňuji výše. Amotivační syndrom, únava po lécích, sociální úzkost, obezita.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Patří tam stud, nízké sebevědomí, lenost, možná úzkost?, také stigma a často krát jsou velký problém finance.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Ztráta vůle, deprese, úzkosti, vyčerpání a nespavost, polékový



útlum.”

- FYZIOTERAPEUT: “Hlavní je motivace. Častokrát je to lenost, strach nebo vedlejší účinky léků.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Hlavně úzkosti, paranoidní a moanické stavy. Také se může zesílit agresivita.”

11. Na otázky “Jaké jsou hlavní příčiny těchto překážek? Psychologické, fyziologické, sociální, environmentální? Nebo jiné? Existuje nějaké biologické/vědecké vysvětlení?” jsme obdrželi odpovědi:

- PSYCHIATR: “Psychiatrické, související s nemocí a potom farmakologické, vedlejší účinky psychofarmak, které mají člověka většinou zklidňovat. Finance – většina našich pacientů nemá prostředky na to, aby zajistila základní potřeby. Na sport již nezbude.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Je to hlavně sociální problém. Je těžké vystoupit z role pacienta nebo klienta a integrovat se. Plus je zase velmi složitá finanční stránka věci.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Podle mě základní je psychiatrické onemocnění, psychologické a environmentální.”
- FYZIOTERAPEUT: “Sociální – u volnočasových aktivit je to hodně o otázce peněz.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Je to různé. Hodně to záleží na osobnosti daného člověka a na průběhu jeho onemocnění..”

12. Na otázku “Které vlastnosti a prvky by měly být vzaty v úvahu, které by mohly usnadnit účast pacientů na cvičeních nebo programech fyzické aktivity?” jsme získali odpovědi:

- PSYCHIATR: “Finance, podpora komunity. Rozumnější medikování ze strany psychiatrů, měli by více myslet na to, aby jejich pacienti byli schopni zvládat fyzické aktivity.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Důležitá je hlavně motivace, dobrovolnost, podpora organizace. Důležité je podílet se na společných plánech a na společné organizaci.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Finance - přijatelná cena, také časová dostupnost a flexibilita. Důležitý je také vztah s terapeutem.”
- FYZIOTERAPEUT: “Finance – přijatelná cena, pravidelnost – stejný čas a stejný terapeut.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Finance – mělo by to být všem dostupné. Takže nejlepší by



bylo, aby to mělo nízkoprahový charakter. Možná spojeno s výživovou poradkyní.”

13. Na otázky “Existují rozdíly ve fyzické aktivaci psychiatrických pacientů na základě jejich pohlaví, věku, sociální úrovně, finanční úrovně, úrovně vzdělání? Existuje nějaký vědecký výklad/ vysvětlení těchto rozdílů? byly následující odpovědi:

- PSYCHIATR: “Nevím o tom.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Podle mě, jsou ženy sportu více nakloněné, protože chtějí vypadat dobře. Muži jsou možná více líní. Také je tady opět otázka financí. Ne všichni mají na sportovní vybavení.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Možná je to finanční úroveň. Vybavení na sport je příliš drahé.”
- FYZIOTERAPEUT: “Podle mého názoru je přístup stejný, ale plán je individuální.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Mladší lidé možná preferují rychlejší sport jako fotbal nebo basketbal. Ženy zas aerobik, pilates. Klienti s lepší finanční situací si mohou dovolit více.”

14. Na otázku “Je ještě něco na co byste chtěli upozornit ohledně psychomotoriky pacientů?” jsme obdrželi následující odpovědi:

- PSYCHIATR: “Myslím, že vše bylo řečeno výše.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Nic.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Zdůrazňovat klientům, že pravidelný pohyb zlepšuje psychomotoriku.”
- FYZIOTERAPEUT: “Začátek je náročný, ale je dobré alespoň začít s něčím jednoduchým. Např. Procházky.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: “Možná by mohli pomoci sporty jako pilates, power jóga, pomalejší běh. Zlepšovala by se tím koordinace lidí.”

15. Na otázku “Existuje nějaká záležitost, o které se domníváte, že je důležitá pro to, aby si ji externista /pedagog uvědomil v případě, že přijde do této psychiatrické společnosti?” jsme obdrželi odpovědi:



- PSYCHIATR: “Být trpělivý, neztrácet naději, chovat se k pacientům jako k normálním lidem a ne jako druhořadým členům společnosti. Prezentovat naději, umožnit cestování se sportem, pokud je to možné, účast na mezinárodních setkáních, atd.”
- ŘEDITEL CENTRA: “Důležitá je motivace a partnerský přístup pedagoga.”
- ZDRAVOTNÍ SESTRA: “Klienti jsou omezení nemocí a vůle je proto oslabená Důležitá je trpělivost a neorientovat se na výkon klientů. Umět podpořit a pochválit. Velmi důležitá je motivace.”
- FYZIOTERAPEUT: “Důležitá je trpělivost. Nemusí to být hned velký úspěch. Klienty k aktivitě netlačit. Ale snažit se je motivovat.”
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK: Přijmout lidi takové, jací jsou, a přistupovat k nim lidsky a s respektem.”

Zpráva z rozhovoru s uživatelem služeb péče o duševní zdraví

Uskutečnili jsme rozhovor mužem s vážným duševním onemocněním ve věku 28 let, váha 88 kg, výška 170 cm, svobodný se sedavým zaměstnáním.

Odpovědi na otázky:

Jak dlouho jste v psychiatrické léčbě?

10 let a na chráněném bydlení bydlím 1 rok

Účastníte se pohybových aktivit, cvičení nebo sportovních programů?

Ano, účastním

Jak často cvičíte?

Kolečkové brusle a fotbal.. Brusle- 2 krát do týdne a fotbal 1 krát do týdne Záleží na okolnostech- počasí, nemoc, škola

Jaký druh cvičení si vybíráte?

Brusle a fotbal

Jak dlouho obvykle cvičení trvá?

Brusle - 2 krát do týdne 2 hodiny a fotbal 1krát do týdne 1 h 30 minut. Záleží na okolnostech - počasí, nemoc.....

Jak intenzivní je cvičení, které obvykle děláte?

Intenzivně, občas jsi udělám pauzu 5-10 minut



Jak se cítíte BĚHEM cvičení?

Během cvičení je to úplně výborné. Bruslím asi 10 let a patří to mezi moje oblíbené aktivity. Jezdím hlavně jako hobby. Fotbal - mám ho rád a hraju za jakéhokoliv počasí a hlavně mi to pomáhá na psychiku, protože v hlavě nemám žádné zlé myšlenky.

Jak se cítíte PO cvičení?

Cítím se lépe po psychické a fyzické stránce.

Jaký je účinek cvičení ve vaší náladě a psychickém stavu? Můžete to vysvětlit podrobněji?

Mám radost z konkrétní aktivity (že se to povedlo). Sport napomáhá k zlepšování psychického a fyzického stavu a i po každé jiné stránce.

Dáváte přednost cvičení samostatně nebo spolu s jinými lidmi?

Raději samostatně, ale účastním se i týmového sportu.

Jaké jsou hlavní a nejdůležitější překážky nebo obtíže, s nimiž se setkáváte při své účasti na cvičení?

Občas mám slabou vůli. Občas lenost. A občas paranoia, která je ovlivněná mojí nemocí. (strach z cizích lidí)

Co vás motivuje nebo usnadňuje vaši účast na cvičení nebo programu fyzické aktivity? (prostředí, zařízení, programy atd.)

Protože mě to baví a mám o to zájem. Také kolektiv lidí.

Jaký je váš názor na úlohu cvičení a fyzické aktivity ve vašem životě? (kvalita života, sociální dovednosti atd.)

Sport ovlivnil můj život úplně. Hlavně zaplnil můj volný čas, poznal jsem nové lidi. Poslední 2 roky intenzivně sportuji a můj život se zlepšil po každé stránce. Chtěl bych začít běhat.



Workstream 2 – Výzkum a vývoj školicího kurzu Výsledky terénního výzkumu v Řecku

Obsahuje

Metodologický a etický přístup k 5 rozhovorům.	124
Rozhovory s profesionály z oblasti péče o duševní zdraví.....	124
Rozhovor s uživatelem služeb péče o duševní zdraví.	127

Author: Angeliki Manioti

EDRA



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Metodologický a etický přístup k 5 rozhovorům

Provedli jsme 5 polostrukturovaných rozhovorů tváří v tvář. Čtyři z nich se týkali odborníků / poskytovatelů služeb v oblasti duševního zdraví, konkrétněji: sociálního pracovníka / administrativního personálu, dvou zdravotních sester, z nichž jedna je sportovec a psychologa. Provedli jsme také rozhovor s uživatelem služby v oblasti duševního zdraví, který onemocněl schizofrenií.

Sledovali jsme etické hodnoty, které vyžadují, aby rozhovory byly a zůstaly anonymní, a dostali jsme podepsaný souhlas s nahrávkami všech rozhovorů. Účastníci rozhovorů byli také informováni, že mají právo odstoupit, pokud si to přejí (z jakéhokoli osobního důvodu) bez jakýchkoli následků a se stálým respektem naší organizace.

Navržené otázky byly sledovány, ale protože rozhovory byly částečně strukturované, někdy jsme se museli doptávat zpětně, abychom sledovali průběh konverzace a zabránili vyrušování dotazované osoby.

Zpráva z rozhovorů s profesionály v oblasti péče o duševní zdraví

1. Na otázku “Jaké jsou obvyklé, hlavní duševní nemoci se kterými se setkáváte nebo které léčíte v terapeutickém centru, kde pracujete?” jsme obdrželi následující odpovědi:

Schizofrenie, deprese, bipolární porucha, těžký mentální deficit, pacienti v autistickém spektru, psychózy, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti

2. Na otázku “Myslíte si, že účast pacientů na pohybových aktivitách a cvičebních programech může zlepšit jejich kvalitu života a jak?” byly následující odpovědi

- “Sociální rehabilitace a deinstitucionalizace jsou velmi důležité. Účast na sportu je úzce spojena s prvkem socializace. Tento aspekt je do značné míry rozšířen skupinovým cvičením. Pomáhá také při pohodě, zlepšování nálady, při snižování napětí, zejména u hyperaktivních jedinců (pokud jde o snižování energie), ale také při snižování duševního napětí”.
- “Věřím, že může. Tento druh aktivit je pro ně potěšující, protože unikají z rutiny a také dochází k produkci hormonů, jako je serotonin – hormon štěstí. Pomáhá také osobám řešícím problémy s fyzickým zdravím, jako jsou srdeční problémy nebo hypertenze”.
- “Věřím, že cvičení je důležité. má to co do činění s obrazem sebe sama, který je velmi důležitý pro všechny. Také sebeúcta, skutečnost, že se jedinec věnuje určité činnosti a má z toho radost”.
- “Samozřejmě, že může. Bylo zjištěno, že lidé trpící duševními problémy obvykle nemají dobré fyzické zdraví, takže fyzická aktivita může pomoci a také cvičení přispěje k osvojení určitých nových dovedností, které jistě pomohou k posílení jejich sebeúcty a socializace. Přispívá ke zmírnění příznaků psychických problémů, jako je sociální odtazítost, nízká sebeúcta, emoční pohoda a příležitosti k sociální interakci.”



3. Na otázku “Jaký je váš názor na význam cvičení a pohybové aktivity u pacientů s duševními problémy?”

Všichni tázaní měli velmi pozitivní reakce.

4. Na otázku “Jaká je role sportu a fyzické aktivity v sociálních dovednostech pacientů a jejich sociální integraci?” byly odpovědi následující:

- “Cvičení s cílem socializace je také jedním s požadavků pacientů. Říkají, že se chtějí stýkat, cvičit, být v kontaktu s jinými lidmi. Přihlašujeme je tedy do sportovních center, jako jsou tělocvičny, sportovní akce, které realizujeme jako organizace, ale také na akce, které jsou realizovány jinými organizacemi. V těchto případech sledujeme interakci, kterou vyvíjejí v jiném prostředí, ale také s dalšími příjemci služeb duševního zdraví z jiných organizací. Pokud jde o veřejné tělocvičny, můžeme vidět jejich interakci s komunitou obecně (trenéři, spolusportovci)”.
- “Věřím, že prostředí hraje významnou roli v zapojení do aktivit. Při otevřených aktivitách mají lidé možnost se vzájemně potkávat a napodobovat aktivitu ostatních lidí. V uzavřeném prostředí, vytvořeném pouze pro pacienty, by tyto možnosti byly velmi omezené. Proto preferujeme fyzické aktivity v běžném prostředí v komunitě.

5. Na otázky “Jaký je postoj pacientů ve vašem terapeutickém centru ohledně jejich zapojení do pohybových aktivit a cvičení? Myslíte si, že jsou ochotni účastnit se cvičebního programu? Co může pacienty motivovat k systematické účasti na cvičebním programu?” jsme získali odpovědi:

- “Pacienti s vysokou úrovní funkčnosti mohou zjistit výhody cvičení z hlediska socializace. Lidé s depresí, tedy osoby s nízkou energií a špatnou náladou nebudou sami žádat o účast na fyzické aktivitě”.
- “Ve většině případů jsou velmi pozitivní a motivaci vidíme v zahrnutí cvičebních plánů do jejich týdenního harmonogramu”.
- “Pro některé z nich je to obtížné ... Fyzické cvičení obvykle nikdy nebylo součástí jejich života; zpočátku je to děsivé, ale pokud cvičit začnou, mají tendenci usilovat o další fyzickou aktivitu”.

6. Na otázku “Je možné zajistit, aby denní program pacientů ve vašem terapeutickém centru zahrnoval fyzické aktivity? Prosím popište” jsme obdrželi následující odpovědi:

Tanec, pracovní terapie, práce na zahradě, chůze, cvičení v otevřených komunitních tělocvičnách, domácí práce

7. Na otázku “Existuje ve vašem centru vhodně navržené prostředí nebo vhodné vybavení pro aplikaci fyzických aktivit? Jak moc jste spokojeni nebo



nespokojení? Jaké jsou vlastnosti ideálně navrženého cvičebního prostředí?“ jsme obdrželi následující odpovědi:

- “Ne”
- “jen plácek a kolo”
- “vlastně ne”
- “Ne, využíváme komunitní sportoviště”

8. Na otázku „Které fyzické aktivity to jsou? Uvedte“ jsme obdrželi následující odpovědi:

Tanec, pracovní terapie, zahradničení, chůze, cvičení ve veřejných tělocvičnách, zpívání a drama terapie

9. Na otázku “Které jsou nejčastější psychomotorické znaky pacientů s těžkými duševními a psychiatrickými stavy u nemocí: úzkostné poruchy, deprese, bipolární porucha, psychózy a demence?” jsme obdrželi odpovědi:

- “Při depresích – špatná nálada, u psychóz – vedlejší účinky medikace”
- “Většina z těchto lidí je pod velkým stresem (toto je asi nejčastější) stejně jako náhlé změny nálady „Nemohu dnes jít ven””
- “Rozmanitost symptomů – becně máme na mysli hyperaktivitu a hypo aktivitu, potíže s koordinací spojené mnohokrát s vnímáním těla (to je parestézie ve vztahu k tělu. To znamená pocity v těle, aniž by byly skutečné”.

10. Na otázku “Uvedte prosím charakteristiky pacientů, které způsobují potíže s jejich účastí na fyzických aktivitách? A jaké jsou hlavní a nejdůležitější překážky nebo potíže spojené s účastí pacientů na cvičeních nebo programech pohybové aktivity?” jsme získali odpovědi:

- “Nálada, psychiatrické léky, faktory prostředí, vztah s jejich rodinami a úsudky, které dostávají. Musíme si pamatovat, že psychotický pacient interpretuje podnět jiným způsobem – svým vlastním způsobem. Neexistuje pouze jeden výklad, jak by mohl reagovat psychotický pacient nebo osoba s diagnostikovanou poruchou. V podstatě jde o začarovaný kruh . léčba – léčba – psychopatologie pacienta jako symptomatologie – exogenní faktory. Začarovaný kruh – dominová situace”.
- “Věk, patologické okolnosti jako např. mrtvice, nutkání, jako je agorafobie, vlivy prostředí(počasí)”.
- “ Farmaceutická léčba způsobující únavu nebo ospalost, kouření, které je obvykle nekontrolovatelné (pokud někdo hodně kouří), obecně nálada, když se někdo necítí dobře nebo je uprostřed akutní fáze onemocnění.

11. Na otázku “Které vlastnosti a prvky by měly být vzaty v úvahu, které by mohly usnadnit účast pacientů na cvičeních nebo programech fyzické aktivity?” jsme získali odpovědi

- “Kontakt a intimita, přístup. Terapeut, profesionál, který by se specializoval jen na



fyzické aktivity”.

- Existence vnitřních prostor, které pomáhají chránit před povětrnostními jevy a v obdobích, kdy by pacienti mohli být dezorientovaní a mohlo by pro ně být nebezpečné cvičit venku. Také povzbuzení a vysvětlování dlouhodobých výhod cvičení a fyzických aktivit
- Vztah s lidmi je velmi důležitý. (Pokud existuje dobrý strukturovaný vztah, pak je druhá osoba připravenější účastnit se a následovat podporu při fyzických aktivitách). Důležitý je také obecný zdravotní stav (jako jsou kontroly u obvodních lékařů, kontrola kouření a strava). Když je symptomatologie na ústupu, jsou pacienti více připraveni zapojit se do činnosti.

12. Na otázky “Existují rozdíly ve fyzické aktivitě psychiatrických pacientů na základě jejich pohlaví, věku, sociální úrovně, finanční úrovně, úrovně vzdělání? Existuje nějaký vědecký výklad/ vysvětlení těchto rozdílů? byly následující odpovědi:

- Jediná relativita, na kterou odkazovali, byla s věkovým faktorem. Vědecké vysvětlení výše uvedeného je Farmaceutická a biologická souvislost.

13. Na otázku “Je ještě něco na co byste chtěli upozornit ohledně psychomotoriky pacientů?” jsme obdrželi následující odpovědi:

“Určitě je navíc nutná preventivní prohlídka jejich zdravotního a fyzického stavu, aby se mohli zapojit do činností, kterých jsou schopni. To znamená individualizovaný program, aby jim průběžné úspěchy v aktivitě pomohly neustále zkoušet a účastnit se aktivit. Díky úspěchu se všichni cítíme důležití”.

14. Na otázku “Existuje nějaký problém nebo záležitost, o které se domníváte, že je důležitá pro to, aby si ji externista uvědomil v případě, že přijde do této psychiatrické společnosti?” jsme obdrželi odpovědi:

- “Školení ze stávajícími členy terapeutické skupiny za účelem plynulého navázání kontaktu a přizpůsobení se lidem a prostoru”
- Předchozí zkušenosti z psychiatrických oddělení, aby neměli strach z uživatelů. Důležitá je osobnost i pojetí celkové aktivity ”
- “Pracovat bez předsudků a s dobrým respektujícím přístupem. Z osobní zkušenosti jsou tyto kontakty mimořádně dobré. Uživatelé obvykle velmi touží poznávat nové lidi”.

Zpráva z rozhovoru s uživatelkou služeb péče o duševní zdraví

Dotazovali jsme se ženy trpící schizofrenií, 51 let. V době, kdy jsme se zúčastnili pohovoru vážila 68 kg, byla vysoká 1,57cm, byla rozvedená a nezaměstnaná. Dlouhodobě bydlí v penzionu a na naši otázku ohledně jejího zapojení do fyzických aktivit odpověděla, že do místní posilovny chodí dvakrát – čtyřikrát každý týden. Délka jejího cvičení je přibližně 50



minut ve středně intenzivních a častých intervalech. Bylo velmi zajímavé, že nám řekla, že i když se někdy cítí unavená (hlavně nohy), cvičení jí pomáhá cítit se uvolněněji a pocit pohody přetrvává po celý den. Její pocity popisuje takto: „Je to jako někdy, když se vykoupete a máte pocit, že se uvolnil všechn stres a špatné nebo negativní myšlenky. To je ten pocit“.

Na otázku, zda dává přednost cvičení sama nebo ve skupině, řekla, že nemá preference. Také nám řekla, že při cvičení nečelí žádným konkrétním překážkám.

Motivují ji okamžiky po cvičení. "V tento okamžik se cítím skvěle," řekla. "Vím, že i když se ze začátku cítím trochu lenivá, tento pocit pomine a já se po cvičení budu cítit mnohem lépe."

Pevně věří, že cvičení má pozitivní dopad na její život a společenský život, např. když si povídá s ostatními lidmi cvičícími v tělocvičně.



Workstream 2 – Výzkum a vývoj školicího kurzu Výsledky terénního výzkumu v Itálii

Obsahuje

Metodologický a etický přístup k 7 rozhovorům.	129
Rozhovory s profesionály z oblasti péče o duševní zdraví.....	129
Rozhovory s uživatelem služeb péče o duševní zdraví.	137

Authors: Francesca Cesaroni, Mara Morici, Filippo Triccoli

COOSS
MARCHE
ONLUS



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Metodologický a etický přístup k 7 rozhovorům

COOSS provedl 7 polostrukturovaných rozhovorů tváří v tvář. Pět z nich zahrnovalo odborníky / poskytovatele služeb v oblasti duševního zdraví, konkrétněji: sociální pracovník, zdravotní sestra, instruktor fitness vedoucí programu založeného na fyzických činnostech ve službách péče o duševní zdraví, dva psychologové, z nichž jeden je vedoucím terapeutického centra. Kontaktovali jsme také dva uživatele služeb terapeutického centra. Sledovali jsme etické hodnoty, které vyžadují, aby rozhovory byly a zůstaly anonymní, a dostali jsme podepsaný souhlas s nahrávkami všech rozhovorů. Účastníci rozhovorů byli také informováni, že mají právo odstoupit, pokud si to přejí (z jakéhokoli osobního důvodu) bez jakýchkoli následků a se stálým respektem naší organizace.

Navržené otázky byly sledovány, ale protože rozhovory byly částečně strukturované, někdy jsme se museli doptávat zpětně, abychom sledovali průběh konverzace a zabránili vyrušování dotazované osoby.

K identifikaci respondentů byly použity následující klíče:

- a) Zdravotní sestra,
- b) Fitnes Instruktor,
- c) Sociální pracovník,
- d) Psycholog/Manažer terapeutického centra,
- e) Psycholog

Zpráva z rozhovorů s profesionály v oblasti péče o duševní zdraví

1. Na otázku “Jaké jsou obvyklé, hlavní duševní nemoci se kterými se setkáváte nebo které léčíte v terapeutickém centru, kde pracujete?” jsme obdrželi následující odpovědi:
 - a) Povětšinou schizofrenie a další psychózy
 - b) Povětšinou schizofrenie, jiné psychózy, deprese a mentální postižení
 - c) Schizofrenie, deprese, psychóza, poruchy charakterizované kognitivními prodlevami. Také uživatelé trpící klamnou poruchou a deliriem. Většinou jde o pacienty s více nemocemi.
 - d) 90% diagnóz je „reziduální schizofrenie“, ale existuje vysoký počet pacientů s přidruženou diagnózou „mírné mentální retardace s štěpnou psychózou”.
 - e) Povětšinou schizofrenie, jiné psychózy a deprese
2. Na otázku “Myslíte si, že účast pacientů na pohybových aktivitách a cvičebních programech může zlepšit jejich kvalitu života a jak?” byly následující odpovědi:
 - a) “Ano, pacienti jsou šťastnější, když sportují, což je velmi dobré i pro jejich sociální vztahy”.



- b) "Ano, volejbal například zvyšuje pravděpodobnost účasti a sociálního kontaktu"
- c) "Rozhodně ano. Pohybové aktivity a sport pomáhají našim uživatelům podporovat: individuální změnu jejich každodenního života (interakci s ostatními), lepší kondici, lepší fyzické zdraví a náladu. Týmová praxe a sport poskytují možnosti socializace a rozvíjejí pozitivní vztah. Klíčem je pobavit se, je třeba zdůraznit hravou stránku fyzických aktivit: bavit se, hrát si a zhmotnit něco jiného než svou nemoc".
- d) "Rozhodně ano. Fotbalové a volejbalové aktivity provozujeme již 15 let. Zaznamenali jsme zlepšení jejich účastníků v oblasti socializace a úrovně sebeúcty, ale také sníženou potřebu farmakologické léčby. Hospitalizace u těchto osob prakticky zmizela, a tím byl narušen stereotyp „otáčecích dveří“, tj. Hospitalizace, léčba, zlepšení zdravotního stavu a náhlé relapsy vyžadující další hospitalizaci".
- e) "Ano, skupinové sporty, jako je fotbal, volejbal a náročná gymnastika, zvyšují pravděpodobnost sociálních vztahů a menší izolace".
3. Na otázku "Jaký je váš názor na význam cvičení a pohybové aktivity u pacientů s duševními problémy?" jsme získali následující odpovědi:
- a) "Jsou velmi důležité, protože se používají jako ulevující ventily".
- b) "Jsou velmi důležité, protože v některých případech mohou zabránit hospitalizaci. Kromě toho se používají jako ulevující ventily a mají obecně dobrý dopad na morálku pacienta."
- c) "Fyzická aktivita je nezbytná, sport je dobrý pro každého a zejména pro naše pacienty. Bylo by to ještě viditelnější, kdybychom měli více času na fyzické aktivity a sport."
- d) "Uvedená zlepšení a benefity jsou pouze pozorováními, která nejsou podpořena vědeckým strukturovaným výzkumem, ale periodické zprávy o stavu pacientů byly vždy potvrzeny psychiatry, kteří vždy uznávali terapeutickou hodnotu sportovních aktivit. Proto je můj názor na terapeutickou sílu sportu a tělesného cvičení mimořádně pozitivní".
- e) "Jsou velmi důležité, protože v některých případech mohou zabránit hospitalizaci. Kromě toho se používají jako ulevující ventily".
4. Na otázku "Jaká je role sportu a fyzické aktivity v sociálních dovednostech pacientů a jejich sociální integraci?" byly odpovědi následující
- a) "Samozřejmě hrají v týmech a rozvíjejí sociální dovednosti a dovednosti týmové spolupráce"
- b) "Pacienti sportují s jinými lidmi, což snižuje stigma a pomáhá jim, aby se cítili normálně a přijatelně."
- c) "Fyzické aktivity vytvářejí v komunitách inkluzivní příležitosti. Některé sportovní aktivity jsou organizovány za účasti celé komunity, jako je fotbalový a



volejbalový tým, ve kterém hrají společně uživatelé služeb i normální lidé. Uživatelé služeb se účastní, aby se cítili součástí místní komunity. Normální lidé mají příležitost dozvědět se o nemoci a odstranit stigma mezi „námi“ a „nimi“

- d) “Fotbalový tým je dobře zaběhlá aktivita, která přitahuje mnoho pacientů s rozdílným věkem a podmínkami. Konkurence a agonismus mohou přilákat pacienty, zejména mladé. Vzhledem k úspěchu této iniciativy byla uzavřena úmluva s místním sportovním klubem s cílem zbavit se stigma a podpořit komunitu. Tým se skládá z pacientů, profesionálů a dobrovolníků (pravděpodobně není správné je nazývat dobrovolníky, protože to jsou fotbaloví hráči), všichni registrovaní ve sportovním klubu, kteří se účastní turnajů organizovaných za účelem zlepšení životní pohody. Účastní se místních i národních turnajů a v červenci 2019 se zúčastní mezinárodního turnaje, který se bude konat v Praze (organizuje Fokus Praha).”
- e) “Například projekt SOLLIEVO spojuje pacienty s duševním onemocněním a lidi bez diagnózy, kteří se vzájemně stýkají a vytváří společné programy”

5. otázky “Jaký je postoj pacientů ve vašem terapeutickém centru ohledně jejich zapojení do pohybových aktivit a cvičení? Myslíte si, že jsou ochotni účastnit se cvičebního programu?” jsme získali odpovědi:

- a) “Někteří z nich se při sportu cítí nepříjemně, protože se stydí dělat chyby”.
- b) “Uživatelé tyto iniciativy vždy vítají”.
- c) “Někteří jsou ochotni se zúčastnit, jiní méně. Ti, kteří se nezdráhají účastnit, se pak baví. Potíž je dostat se z jejich komfortní zóny. Abychom je více motivovali, uspořádáme např. ještě po tréninku procházku či jdeme do baru a to je hodně motivuje.”
- d) “Pokud mají zájem o jiné fyzické aktivity než fotbal, jsou zapotřebí motivační a propagační iniciativy. Nejprve je nezbytná spolupráce obcí nebo sportovních klubů, aby byla zaručena důstojnost (prostředí, podmínky) navrhované činnosti. V minulosti se stalo, že jsme provozovali sportovní aktivity v nepoužívaných tělocvičnách nebo v nedostatečných podmínkách, což snížilo zájem a účast.
- e) “Uživatelé tyto iniciativy vždy vítají.”

(...pokračování otázky)” Co může pacienty motivovat k systematické účasti na cvičebním programu?”

- a) “Neustálá přítomnost profesionálů, kteří s uživateli společně sportují
- b) “Podle mých zkušeností uživatelé tyto iniciativy vždy uvítají, užívají si je více, když jsou tyto zkušenosti přizpůsobeny jim na tělo. Povinná je také přítomnost profesionála, protože je zná a má s nimi navázan vztah”
- c) “Jak bylo řečeno výše, motivují je kombinací sportovního tréninku s volnočasovou aktivitou. Po fyzických aktivitách a před návratem do centra jsme se zastavili v baru a strávili nějaký čas společnými neformálním povídáním.”
- d) “K posílení motivace mohou fungovat i další iniciativy: v našem případě účast na volejbalovém týmu klesala, profesionálové, kteří tuto aktivitu vedli, byli frustrovaní kvůli



této nedostatečné motivaci. Projekt ale znovu začal fungovat díky projektu navrženému školou, kde 4 studenti a 2 učitelé (z nichž jeden je sportovní profesionál) se připojili k volejbalové skupině na jejich tréninku a turnajích a přinesli týmu novou vitalitu, integraci a důstojnost.”

6. Je možné zajistit, aby denní program pacientů ve vašem terapeutickém centru zahrnoval fyzické aktivity? Prosím popište“ jsme obdrželi následující odpovědi

- a) “Ano, alespoň dvakrát týdně jako fotbalový a volejbalový trénink či jednoduchá gymnastika”
- b) “Ano, každé pondělí od 14:30 do 16:00”
- c) “Týdenní program našeho centra zahrnuje fyzické aktivity: jednou týdně gymnastika a také jednou týdně volejbalová a fotbalový trénink.
- d) “V současné době se sportovní aktivity uskutečňují jednou týdně plus zápas. Snažíme se rozdělnout druhý trénink, protože uživatelé si to přejí, ale dostupnost správných míst je stále problémem. Kromě toho by měl být změněn celkový plán služeb , aby bylo možné tento druhý trénink uspořádat. Zdravotnický personál nemá námítky proti této organizační změně za předpokladu, že jsou k dispozici vhodné prostory a důstojné podmínky. “
- e) Ano minimálně třikrát týdně: fotbal, volejbal a lehká gymnastika

7. Na otázku “Existuje ve vašem centru vhodně navržené prostředí nebo vhodné vybavení pro aplikaci fyzických aktivit?“ jsme obdrželi následující odpovědi

- a) “ Bohužel ne, musíme jít do městských tělocvičen nebo soukromých zařízení ”
- b) “Ne, musíme jít do městských tělocvičen nebo soukromých zařízení. To je ale dobré, protože tím se snižuje stigma pacientů s duševními problémy”.
- c) “Nemáme vlastní sportoviště a specifické vybavení, naši uživatelé cvičí či dochází za fyzickými aktivitami městské tělocvičny. Ale kolem centra máme krásné prostředí vhodné pro procházky.. Skutečnost, že musí opustit centrum, aby se mohli věnovat fyzickým aktivitám, není zcela negativní, umožňuje jim trávit čas v jiném prostředí a díky tomu se cítí dobře. Ideální prostředí by mělo mít nějaké vybavení, například vnitřní cyklistický trenažér, které jim umožní každodenní pohyb. Bylo by hezké mít také prostor / místnost, kde byste mohli provozovat fyzické aktivity.”
- d) “Ve středu města je hřiště, které lze využít k tenisu, volejbalu a fotbalovým zápasům a využíváme ho hlavně v létě. Uživatelé ale obecně pro naprogramovanou sportovní činnost dávají přednost jít ven a využívat zdroje a prostory v komunitě.”
- e) “Bohužel ne , musíme využívat městskou tělocvičnu”

8. Na otázku „Které fyzické aktivity to jsou? Uvedte“ jsme obdrželi následující odpovědi:

- a) “Zahřátí a protáhnutí je velmi důležité, ale je také velmi obtížné, protože uživatele to



nebaví a chtějí raději hned hrát”

- b) “V rámci volejbalu začínáme 15 min. zahřátím zahrnující cvičení paží a celého těla. Poté hrajeme volejbal v týmech po 7 lidech.”
- c) “Organizujeme gymnastiku, fotbal a volejbal. Bylo by hezké zahrnout také plavání, protože naši uživatelé mají z této činnosti pozitivní účinky, voda je uvolňuje.”
- d) Kromě fotbalu a volejbalu mají program „jemného cvičení“, což ocení zejména starší pacienti nebo uživatelé, kteří neustále užívají neuroleptika, často s problémy s nadváhou.

V létě mají „horskou terapii“, která spočívá v dlouhé, ale jemné chůzi po okolních horských oblastech. Přidaná hodnota těchto aktivit spočívá v participativním přístupu: účastníci a profesionálové se setkávají jeden týden před konáním túry, aby společně definovali délku, cíl a vybavení. Ke skutečné chůzi dochází jeden týden poté, účastníci se ale už cítí být její součástí kvůli své aktivní účasti na její organizaci.

- e) Týmové sporty, které dlouhodobě vykazují u uživatelů ty nejpozitivnější účinky.

9. Na otázku “Které jsou nejčastější psychomotorické znaky pacientů s těžkými duševními a psychiatrickými stavy u nemocí: úzkostné poruchy, deprese, bipolární porucha, psychózy a demence?” jsme obdrželi odpovědi:

- a) “Obvykle jsou demotivovaní a je těžké je zapojit (deprese / bipolární porucha / psychóza). Užívání léků může zpomalit jejich pohyb ”
- b) “Obvykle jsou demotivovaní a je těžké je zapojit (deprese / bipolární porucha / psychóza). Užívání léků může zpomalit jejich pohyb ”
- c) “Psychomotorické charakteristiky uživatelů s úzkostnými poruchami, depresí, bipolární poruchou, psychózami a demencí jsou podobné: nekoordinovaný pohyb, nedostatek a ztráta koordinace (zejména u úzkostných poruch); Špatné výkonné fungování (obtížné porozumět informacím a použít je k opakování cvičení); Pomalá rychlost zpracování informací; Poruchy pohybu; Zpomalení pohybu (např. Uživatelé s depresí se pohybují a mluví pomalu)”
- d) Každé onemocnění má jiné psychomotorické vlastnosti, ale při pokusu o zobecnění lze říci, že: Úzkostné poruchy jsou spojeny s psychomotorickým neklidem a obtížemi soustředit se: pro lidi s těmito potížemi mohou být extrémně přínosné sportovní a fyzické aktivity. Deprese je spojena s druhem psychické astenie, nedostatkem motivace k pohybu a nekonečnou únavou. Psychózy nejsou spojeny se specifickými problémy, pokud se nejedná o problémy s medikací a jejími účinky, které často způsobují stuhlost. Demence nevytváří velké problémy, pokud není v pokročilém stádiu. Hlavní obtíž může spočívat v koncipování tělesné aktivity a v schopnosti cvičení zvládat.
- e) “Obvykle jsou demotivovaní a je těžké je zapojit (deprese / bipolární porucha / psychóza). Užívání léků může zpomalit jejich pohyb ”



10. Na otázku “Uvedte prosím charakteristiky pacientů, které způsobují potíže s jejich účastí na fyzických aktivitách? A jaké jsou hlavní a nejdůležitější překážky nebo potíže spojené s účastí pacientů na cvičeních nebo programech pohybové aktivity?” jsme získali odpovědi:

- a) “Již zodpovězeno v otázce 9”
- b) “Již zodpovězeno v otázce 9”
- c) “Příčiny souvisejí s psychomotorickými překážkami, se kterými se ve sportovním tréninku potýkají (popsáno v otázce 9)”
- d) “Potíž spočívá ve skupinové práci ve vztahu k ostatním: v těchto případech bylo např. sdílení šatny nebo společné sprchování vnímáno jako překážka, která může bránit účasti, a je důležitým aspektem na který se musíme zaměřit”.
- e) “Již zodpovězeno v otázce 9”

11. Na otázky “Jaké jsou hlavní příčiny těchto překážek? Psychologické, fyziologické, sociální, environmentální? Nebo jiné?” jsme obdrželi odpovědi

- a) “Dosud nejsou známy žádné související příčiny”
- b) “Dosud nejsou známy žádné související příčiny”
- c) Jsou to hlavně fyziologické příčiny. Kromě toho potřebují k výkonu fyzických činností lékařské potvrzení a elektrokardiogram. Sociální a environmentální příčiny mohou bránit účasti těch uživatelů, kteří jsou v nemocnici (akutní duševní onemocnění) nebo kteří právě prošli obdobím hospitalizace. Nejsem si vědom vědeckých/biologických vysvětlení tohoto problému.
- d) “Z psychologických příčin je důležitý stud. Otřesy Vedlejší účinky medikace mohou vyvolávat nepříjemné a trapné situace, které pacientům znemožňují účast na mnoha činnostech. Svou roli hraje také samotné prostředí fyzických aktivit: bát na očích na veřejných místech může pro spoustu lidí představovat problém a pacienti by se raději cítili bezpečně a chráněni v uzavřeném prostředí. Fyzické, psychologické a sociální příčiny spolu souvisejí a jsou silně provázány a všechny si zaslouží pozornost. Terapeutickým aspektem sportovních aktivit je náprava těchto negativních příčin vjemů a pomáhá pacientům je překonat.”
- e) “ Dosud nejsou známy žádné související příčiny ”.

12. Na otázku “Které vlastnosti a prvky by měly být vzaty v úvahu, které by mohly usnadnit účast pacientů na cvičeních nebo programech fyzické aktivity?” jsme získali odpovědi:

- a) “Socializace, být spolu s ostatními, a především nezůstávat v segregovaných komunitách, ale mísit se s přirozenou komunitou. Velmi důležitý je také vztah s trenéry a profesionály.”
- b) “První věcí je pouto s trenérem/profesionálem, jeho role je zásadní pro pacienta, který mu důvěřuje a věří v jeho rozhodnutí.”



- c) "Jak již bylo zmíněno, pevně jsem věřím, že klíčem k jejich aktivaci je zábava: pokud se baví, zapojují se, reagují a zůstávají zapojeni do celého sportovního programu. Je účinnější přimět je hrát volně jako házení míče do koše než hodinu řízené chůze nebo protahování. Z tohoto pohledu je týmový sport mnohem efektivnější než individuální sportovní trénink."
- d) "Fotbalu se věnuje heterogenní skupina účastníků, ale největší část z nich je na začátku léčby nebo se již uzdravila. Posilovnu obvykle navštěvují pacienti s chronickými patologiemi, ale cvičení se účastní ochotně. Horská chůze je také heterogenní ve složení skupiny: účastníci mají různý věk nebo patologie a je to zajímavá skupina pro výcvikový kurz ASAL."
- e) Socializace, být spolu s ostatními, a především nezůstávat v segregovaných komunitách, ale mísit se s přirozenou komunitou.

13. Na otázku "Existují rozdíly ve fyzické aktivaci psychiatrických pacientů na základě jejich pohlaví, věku, sociální úrovně, finanční úrovně, úrovně vzdělání? Existuje nějaký vědecký výklad/ vysvětlení těchto rozdílů? byly následující odpovědi:

- a) "Dosud nejsou známy žádné související příčiny"
- b) "Je jednoduché je zlákat k aktivně, pokud jsou v mladém věku/ Dosud nejsou známy žádné související příčiny"
- c) "Nevidím žádné rozdíly na základě pohlaví, věku, sociálního postavení, finanční a úrovně vzdělání. Je snazší aktivovat uživatele, který byl fyzicky aktivní před nemocí nebo když byl mladší. Jedná se o druh „fyzické paměti“, která se aktivuje okamžitě a díky níž je ochoten účastnit se jakéhokoli druhu pohybových aktivit / cvičení. Dosud nejsou známy žádné související příčiny".
- d) "Účast na sportovních aktivitách se liší v závislosti na věku a především na načasování fyzické aktivity z pohledu celkového terapeutického procesu."
- e) "Je jednoduché je zlákat k aktivně, pokud jsou v mladém věku".

14. Na otázku "Je ještě něco na co byste chtěli upozornit ohledně psychomotoriky pacientů?" jsme obdrželi následující odpovědi

- a) -
- b) "Sport je velmi důležitý a jeden den v týdnu podle mého názoru nestačí. Nejméně třikrát týdně."
- c) "Je nutné navrhnout nové iniciativy, nové fyzické programy aktivují naše uživatele a zvyšuje jejich ochotu k účasti (např. Nedávno dorazil nový instruktor, a to je hodně motivovalo); je třeba zdůraznit hravou stránku pohybových aktivit, jak jsem již mnohokrát řekl v tomto rozhovoru."
- d) "Ne"



e) “Existují dva hlavní problémy: 1. Obtíž při hledání adekvátních sportovišť a vybavení s potřebnými bezpečnostními normami. 2. Nedostatek vyškolených sportovních instruktorů pro práci s pacienty s duševním onemocněním”.

15. Na otázku “Existuje nějaký problém nebo záležitost, o které se domníváte, že je důležitá pro to, aby si ji externista uvědomil v případě, že přijde do této psychiatrické společnosti?” jsme obdrželi odpovědi

a) “Být vyškoleni i v sociálních a zdravotnických oblastech, aby byli schopni maximálně plnit svoji vzdělávací funkci.”

b) “Ano, samozřejmě, dát například možnost lidem s běžné komunity zapojit se do sportovních aktivit s pacienty, to by mohlo snížit stigma.”

c) “Měli by mít specifické znalosti / povědomí o duševních onemocněních uživatelů: trénink lidí s duševní nemocí není jako trénink běžné populace. Navzdory fyzickým podmínkám našich uživatelů by měl vždy očekávat zlepšení a povzbuzovat pacienty, aby dělali více a lépe. Měli by navazovat spolupráci s pedagogickými, lékařskými a sociálními pracovníky střediska a organizovat pravidelná setkání za účelem začlenění sportovních / fyzických aktivit do mnohostranné terapeutické strategie léčby onemocnění v oblasti duševního zdraví.”

d) “Mít na paměti rozdíl mezi fyzickým postižením a problémem v oblasti duševního zdraví. Směřovat myšlenky člověka na duševní zdraví, nikoli na duševní onemocnění. Kdo přistupuje k těmto osobám, měl by si být vědom skutečnosti, že pacient s duševním onemocněním má v daném období svého života momentální problém, ale je to reverzibilní. Pokud si myslíte, že onemocnění je trvalé, je přístup nesprávný. Osoba se zdravotním postižením (tj. S Downovým syndromem) a schizofrenický pacient vyžadují různé přístupy, druhý přístup je třeba udržovat trochu v odstupu, kde u postiženého může být vztah mnohem laskavější a fyzičtější. Mnoho pacientů s duševním onemocněním má velmi vysoký kvocient IQ (viz Nash, slavný matematik, který trpěl schizofrenií, ale měl vynikající mysl), takže pokud se schizofrenie nezmění v hebephrenia (tj. Trvalý úpadek), vztah musí odpovídat jiné úrovni. A konečně, schizofrenie, bipolárnost, paranoia jsou jen diagnostické štítky, ale pacient je v první řadě člověk s vlastní důstojností, povinnostmi a právy, a kdo sem přijde, musí toto respektovat. “

e) “Měl by být vyškolen také v jiných oblastech, např. v sociální.....”

Zpráva z rozhovoru s uživatelem služeb péče o duševní zdraví

Dotazovali jsme se na muže, který zažívá závislost, 45 let, 75 kg a 1,82 výšky, vdovce, zaměstnaného v době, kdy jsme pohovor absolvovali, s povoláním, které vyžaduje chození a stání.

Léčí se na psychiatrii dvanáct let a na naši otázku týkající se cvičení odpověděl, že hraje volejbal jednou týdně.

Sportovní aktivita trvá přibližně dvě hodiny v normální intenzitě.

Řekl nám, že se během cvičení cítí velmi dobře a po tréninku velmi unavený. Jeho přesná slova popisující účinek cvičení na jeho náladu jsou “**Cítím se vřele a ve velké pohodě**”.



Na otázku, zda dává přednost cvičení samostatně nebo ve skupině, řekl, že dává přednost cvičení společně s dalšími lidmi. Řekl nám také, že při cvičení nečelí žádným konkrétním obtížím.

Motivuje ho „**být ve skupině**“ a věří, že cvičení má pozitivní dopad, zvyšuje kvalitu jeho života a udržuje ho v dobré fyzické kondici.

Dotazovali jsme se také na druhého uživatele s duševním onemocněním, muže závislého ve věku 44 let, hmotnosti 70 kg a výšky 1,70, který byl zaměstnán v době, kdy jsme pohovor absolvovali, s povoláním, které vyžaduje chození a stání..

Léčí se šestnáct let v psychiatrické léčbě a na naši otázku týkající se cvičení odpověděl, že hraje volejbal dvě hodiny každý týden s velkou intenzitou.

Během sportovního tréninku se cítí „silně a ve formě“ a po něm „velmi unavený“. Bylo velmi zajímavé, že nám řekl, že cvičení mu pomáhá zvyšovat náladu, jeho přesná slova popisující účinek cvičení na jeho psychický stav jsou: „**Drží mě to daleko od špatných myšlenek**“.

Na otázku, zda dává přednost cvičení samostatně nebo ve skupině, řekl, že dává přednost skupinovým aktivitám. Na otázku týkající se hlavních a nejdůležitějších překážek nebo obtíží, kterým čelí při účasti v programu pohybových aktivit, jsme dostali odpověď: „Považuji za velmi komplikované mít interakci s lidmi, kteří se neúčastní sportovních aktivit“.

Motivuje ho „**dobré prostředí**“ a pevně věří, že cvičení má pozitivní dopad na jeho život, protože je „**tréninkem pro každodenní život**“





Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Workstream 2 – Výzkum a vývoj školicího kurzu Výsledky terénního výzkumu ve Španělsku

Obsahuje

Metodologický a etický přístup k 8 rozhovorům.	141
Rozhovory s profesionály z oblasti péče o duševní zdraví.....	141
Rozhovory s uživateli služeb péče o duševní zdraví.	148

Author: **María Carracedo**

FUNDACIÓN
INTRAS



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Metodologický a etický přístup k 8 rozhovorům

Provedli jsme 8 polostrukturovaných rozhovorů tváří v tvář s následujícími lidmi:

- 3 uživatelé (2 ženy and 1 muž):
- 1 žena s úzkostnou poruchou
- 1 žena s demencí
- 1 muž s demencí
- 4 profesionálové z oblasti duševního zdraví:
- Sociální pracovník
- psycholog
- koordinátor sociální inkluze
- osobní asistent

Sledovali jsme etické hodnoty, které vyžadují, aby rozhovory byly a zůstaly anonymní, a dostali jsme podepsaný souhlas s nahrávkami všech rozhovorů. Účastníci rozhovorů byli také informováni, že mají právo odstoupit, pokud si to přejí (z jakéhokoli osobního důvodu) bez jakýchkoli následků a se stálým respektem naší organizace. Navržené otázky byly sledovány, ale protože rozhovory byly částečně strukturované, někdy jsme se museli doptávat zpětně, abychom sledovali průběh konverzace a zabránili vyrušování dotazované osoby.

Zpráva z rozhovorů s profesionály v oblasti péče o duševní zdraví

1. Na otázku “Jaké jsou obvyklé, hlavní duševní nemoci se kterými se setkáváte nebo které léčíte v terapeutickém centru, kde pracujete?” jsme obdrželi následující odpovědi:

Lidé s jakýmkoli druhem duševního onemocnění: psychózy, deprese, bipolární poruchy, hraniční poruchy osobnosti, fobie, závislosti a duální diagnostika související s užíváním návykových látek a duševních poruch, bezdomovci s problémy v oblasti duševního zdraví ...

2. Na otázku “Myslíte si, že účast pacientů na pohybových aktivitách a cvičebních programech může zlepšit jejich kvalitu života a jak?” byly následující odpovědi:

- (PSYCHOLOG) “Ano, sportovní a fyzické aktivity jsou pro uživatele motivačními aktivitami. Nejsou to žádné formální činnosti, ve kterých se cítí uvolněnější než v jiných činnostech (například školení pro zaměstnání), chovají se při těchto činnostech přirozeněji. Fyzické aktivity navíc zlepšují jejich mezilidské vztahy a jejich schopnosti, které přispívají k jejich zaměstnatelnosti, jako je dochvilnost, osobní odhodlání, odpovědnost, sociální interakce, pozornost a dokonce i analytické dovednosti, protože musí rozumět pravidlům. Kromě toho se zlepšuje jejich nálada.
- (OSOBNÍ ASISTENT) “Fyzická aktivita zvyšuje kvalitu jejich života v několika



aspektech, a to nejen z hlediska fyzického zdraví, ale také pozitivně ovlivňuje jejich sociální prostředí (jejich sociální sítě jsou rozšířeny) a zlepšují se všechny aspekty osobní hygieny, navíc to zavádí rutinu a vyplňuje jejich volný čas...”

- (KOORDINÁTOR) “Nepochybně, i když motivace a dostupná sportoviště či vybavení není vždy ideální, podle mého názoru je to jeden z neúčinnějších nástrojů pro usnadnění rehabilitačních procesů těchto lidí.”
 - (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK) “Fyzická aktivita je pobídkou ke zlepšení kvality života lidí s problémy v oblasti duševního zdraví, protože sport představuje snadnější způsob. Jak budovat sociální vztahy s ostatními lidmi. Kromě toho také zlepšuje fyzickou kapacitu a je klíčovým prvkem pro úspěšnou integraci do standardizovaného prostředí”
3. Na otázku “Jaký je váš názor na význam cvičení a pohybové aktivity u lidí s problémy s duševním zdravím?” jsme získali následující odpovědi:
- (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK) “Fyzická aktivita je pro lidi s problémy v oblasti duševního zdraví skvělým způsobem, jak překonat monotónnost, vybudovat prostředí, kde se lidé budou cítit jako součást týmu.”
 - (PSYCHOLOG) “Je to velmi důležité, zejména proto, že cvičení podporuje jejich aktivaci: lidé s duševním onemocněním bývají velmi sedaví a pasivní, sportovní a fyzická aktivita je aktivuje fyzicky i psychicky.”
 - (OSOBNÍ ASISTENT) “Cvičení je důležité a nutné, stejně jako u lidí bez duševního onemocnění, protože může být přizpůsobeno jakékoli úrovni a zlepšuje mnoho aspektů života, kdykoli cvičí organizovaným a strukturovaným způsobem s profesionálem.”
 - (KOORDINÁTOR) “Je to klíčový faktor rehabilitace
4. Na otázku “Jaká je role sportu a fyzické aktivity v sociálních dovednostech pacientů a jejich sociální integraci? Jakým způsobem má na to vliv zapojení do cvičebních programů?” byly odpovědi následující:
- (KOORDINÁTOR) “Fyzická aktivita a sport jsou obecně pevně zakotveny v komunitách. V tomto smyslu jde o způsob sdílení nejen cvičení, ale také o příležitost diskutovat a účastnit se sportovních a fyzických aktivit. Roste počet populárních fyzických aktivit, které vytvářejí příjemné prostředí pro interakci. Pokud jde o fyzické účinky a přínosy u lidí s duševním onemocněním, tyto činnosti zlepšují jejich fyzickou kapacitu, zejména pokud jde o kardiovaskulární systém. Kromě toho vyvažují vedlejší účinky léků, zachovávají kognitivní funkce ... existuje stále větší počet studií, které podrobně popisují všechny tyto výhody.
 - (PSYCHOLOG) “Fyzická aktivita probíhá v kontaktu s jinými lidmi (bez problémů v oblasti duševního zdraví), v komunitě a přirozeném prostředí pod širým nebem. Tyto činnosti uživatelům umožňují přiblížit se přirozené společnosti, odejít z instituce (INTRAS), a tím podpořit své začlenění”



- (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK): “Sociální dovednosti mají při sportu důležitou roli, protože usnadňují vztahy s ostatními lidmi ve standardizovaném prostředí. Také prostřednictvím dopravování se za sportovními aktivitami pomáhá zlepšovat sociální dovednosti, tím, že se cítí jako součást skupiny, pomáhá jeho posílení a interakci s ostatními.”
 - (OSOBNÍ ASISTENT) “Když už mluvíme o zkušenostech, které mám, fyzická aktivita a rutiny v některých druzích sportů vytvářejí poměrně silné sociální prostředí. Sociální vztahy mezi vrstevníky se rozšiřují jak uvnitř, tak mimo aktivitu. Sport ve své podstatě zahrnuje komunikaci, přijetí pravidel a empatii ... dovednosti, které jsou užitečné pro každodenní život”
5. Na otázky “Jaký je postoj pacientů ve vašem terapeutickém centru ohledně jejich zapojení do pohybových aktivit a cvičení? Myslíte si, že jsou ochotni účastnit se cvičebního programu? Co může pacienty motivovat k systematické účasti na cvičebním programu?” jsme získali odpovědi:
- (PSYCHOLOG) “Mají velmi dobrý přístup. Jsou velmi motivovaní a ochotní se aktivit účastnit, protože je to činnost, která pozitivně narušuje jejich rutinu, přináší úlevu a změnu činnosti. Užívají si to.”
 - (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK): “ Ve sportu účastníci objevují způsob, jak uniknout z monotónnosti a způsob interakce s ostatními lidmi ve standardizovaném prostředí.”
 - (OSOBNÍ ASISTENT) “Každý je jedinečný, i když obecně řečeno, lidé s duševní onemocnění mají rádi pohyb, a navíc v mnoha případech chtějí dělat daleko více aktivit. Jedná se o okamžiky zábavy, které vedou k tomu, aby se cítí dobře”.
 - (KOORDINÁTOR) “Jsou velmi ochotní, ale jak již bylo zmíněno, potřebují větší podporu, aby mohli zahájit tyto pohybové aktivity nebo programy. Jakýkoli neúspěch je pro ně znamená ukončení aktivity a tomu chceme zabránit. Současně může být motivace často narušena kvůli vedlejším účinkům léků, a trvá dlouho, než se tato motivace vrátí.”
6. Na otázku “Je možné zajistit, aby denní program pacientů ve vašem terapeutickém centru zahrnoval fyzické aktivity? Prosím popište” jsme obdrželi následující odpovědi:
- (PSYCHOLOG) “Ano. Sportovní plán doplňuje další odborné programy. Provádí se odpoledne-večer a víkendy. Ve středu ráno (od 12.00 do 13.00 hodin) je také jedna sportovní aktivita. Účastní se inkluzivní ligy, ve které hrají profesionálové, rodinní příslušníci, přátelé a uživatelé ve stejném týmu.”
 - (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK): Ano, v centru máme týdenní sportovní program který zahrnuje následující aktivity: Sálový fotbalplavání, atletiku, jízdu na kole a basketbal.
 - (OSOBNÍ ASISTENT) “ Osobně se většina mé práce zaměřuje na návrhy pohybové aktivity s uživateli, ať už ve skupinách nebo jednotlivě, například: fotbal, basketbal, plavání, atletika, hry ...“
 - (KOORDINÁTOR) “Nadace INTRAS má sportovní klub, který poskytuje mnoho



sportovních aktivit každý týden. Kromě toho v centru během dne existují dva programy fyzické aktivity, které začínají s doprovodem, o kterém jsem mluvil dříve. Fyzická aktivita s různou intenzitou a modalitami, individuální, skupinová, týmová, volnočasová a rekreační, soutěžní, populární ... pro každou z nich existují intervence každému šité na míru”.

7. Na otázky “Existuje ve vašem centru vhodně navržené prostředí nebo vhodné vybavení pro aplikaci fyzických aktivit?” jsme obdrželi následující odpovědi:

- (PSYCHOLOG) “Ne, sportovní a fyzické aktivity se neprovádějí v centru, ale na veřejných místech, v komunitě, v prostředích, jako je sportovní kluby nebo v městských sportovních centrech.”
- (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK) “.D.Duero (inkluzivní sportovní klub vytvořený v Intras) je umístěn v odlišném prostředí centra s profesionálním týmem, který řídí činnosti. Sportovní aktivity probíhají v běžné komunitě a jsou přístupné všem “
- (OSOBNÍ ASISTENT)“ Pokud jde o vybavení, je vyhovující, protože používáme veřejná sportovní centra; a spolupracujeme se specializovanými odborníky v oblasti fyzické aktivity a sportu. Tým je také vhodný; vzhledem k množství aktivit navrhovaných nadací a Sports Club Duero (Club Deportivo Duero) je však stále důležitější mít v této oblasti více odborníků, aby bylo možné nabízet aktivity vyššímu počtu uživatelů”
- (KOORDINÁTOR) “Osobami odpovědnými za fyzické aktivity jsou odborníci s dvojí kvalifikací ve pedagogice a fyzické aktivitě. Tento tým je opravdu multifunční, protože se navzájem doplňují, mají velmi vysokou motivaci a adaptační vlastnosti. Jsou také schopni předávat své dovednosti a zkušenosti dalším kolegům - profesionálům, kteří nikdy nebyli v kontaktu se světem duševního zdraví”

8. Na otázku: “Které fyzické aktivity to jsou?” jsme obdrželi následující odpovědi:

Kolektivní sporty

Futsal

Fotbal

Ping-pong

Tenis

Atletika

Lyžování

Plavání

Basketbal

Bedminton

Turistika



Cyklistika
Procházky
Běhání

(KOORDINÁTOR) “Každá aktivita je šitá na míru každému účastníkovi aktivit a měli bychom se zaměřit na naplnění individuálních potřeb a přání, abychom vytvořili vztah, který podporuje důvěru a motivaci. Od kolečkových bruslí, turistiky, joggingu, tenisu, horolezectví, kooperačních her, orientačního běhu ... Fyzická aktivita a sport mají silné rysy: existuje mnoho modifikací, které mohou být vhodné pro každého.”

9. Na otázku “Které jsou nejčastější psychomotorické znaky pacientů s těžkými duševními a psychiatrickými stavy u nemocí: úzkostné poruchy, deprese, bipolární porucha, psychózy a demence?” jsme obdrželi odpovědi:

- (PSYCHOLOG) “Není možné přisuzovat psychomotorické vlastnosti konkrétním duševním onemocněním, neexistuje žádná korelace. Psychomotorické vlastnosti závisí na osobní fyzické kondici každého z nás a nemají nic společného s psychickými problémy. Nelze generalizovat podle typu nemoci. Někteří mají problémy s koordinací a také medikace může způsobovat únavu a ospalost, ale jakmile se do aktivity pustí, většina lidí ji zvládne”.

- (KOORDINÁTOR):

Úzkostná porucha – nízká motivace, problémy se soustředit

Deprese- nízká motivace, pokud je aktivita dlouhá, cítí se velmi unaveně, sedavý způsob života.

10. Na otázky “Uvedte prosím charakteristiky pacientů, které způsobují potíže s jejich účastí na fyzických aktivitách? A jaké jsou hlavní a nejdůležitější překážky nebo potíže spojené s účastí pacientů na cvičeních nebo programech pohybové aktivity?” jsme získali odpovědi:

- (PSYCHOLOG) “Obvykle mají všichni potíže s porozuměním pravidlům her nebo činností. Je pro ně těžké pochopit abstraktní myšlení; potřebují se učit praxi.

Cítí se také jako zbyteční a jsou apatičtí, protože si myslí, že nejsou schopni nic dělat, jsou velmi nejistí a mají nízkou toleranci k frustraci.

Hlavní příčiny jsou psychologické a sociální:

Psychologické: nejistota, nízká sebedůvěra atd

Social: Mají obavy z neznámého a také z toho, že skupina kvůli svým předchozím zkušenostem odmítne. Překážkou může být také doprava do místa aktivit, pokud je umístěno daleko od místa, kde bydlí (myslí si, že tam nedojdou).

Ale na tyto překážky jsou zapomenuty, jakmile se poprvé zúčastní aktivity, jakmile mají o aktivitě jasno ”

- (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK) “Hlavními potížemi, které vidíme je nedostatek motivace u některých v různých časových obdobích. Příčiny mohou být výsledkem několika faktorů,



zejména v důsledku dočasných okolností a krizí, které se občas objevují”.

- (OSOBNÍ ASISTENT) “Hlavním problémem je absence motivace, která vede k nedostatečné spolupráci. Je důležité být před uživateli v předstihu a dokud se nepodaří ukotvit určité návyky, je potřeba citlivý individuální přístup, předvídat např. to, že je pro ně těžké na aktivitu docházet a kontaktovat je předem...”

Hlavní příčinou je nedostatek motivace, apatie, špatná fyzická kondice, která je vede k tomu, že jsou daleko dříve unaveni, a dlouhodobé v činnostech selhávají. Pokud neznají sociální prostředí, často se aktivity ani nezúčastní”

- (KOORDINÁTOR) “Motivace, sedavý způsob života, vedlejší účinky léků, dostupnost zdrojů. Rovněž chybí schopnost překonat drobné problémy, kvůli nimž často aktivitu předčasně opustí. Nedostatečná podpora nebo doprovod během aktivit”

11. Na otázku “Které vlastnosti a prvky by měly být vzaty v úvahu, které by mohly usnadnit účast pacientů na cvičeních nebo programech fyzické aktivity?” jsme získali odpovědi:

- (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK) “Pro pacienty je zásadní najít aktivitu, která se jim bude líbit, ať už kvůli účastníkům, nebo zda jde o jejich oblíbený individuální nebo kolektivní sport. Důležité je také umět účastníky motivovat.”
- (PSYCHOLOG) “Pocit, že jste součástí týmu, je důležitou motivací pro pokračování ve sportovní aktivitě. Pro většinu z nich je to nový pocit, nikdy se necítili být součástí skupiny, protože odmítali sociální kontakty, a protože měli pocit, že jsou jiní... ve škole, doma.”
 - (OSOBNÍ ASISTENT) “Je třeba vzít v úvahu individuální práci, zaměřenou na to, co skutečně přitahuje jejich pozornost a vytváří uvolněné a přátelské prostředí, kam se rádi vrací. A činnosti musí být zábavné; pacienti musí sdílet prostor s ostatními kamarády a mít krátkodobé motivace, jako je návštěva různých míst, setkání s novými lidmi.”
- (KOORDINÁTOR) “Myslím, že pacienti by mohli být motivováni pomocí snadno přístupných prostorů a prostředí, kde není třeba mnoho vysvětlovat. Na začátku by pacienti měli doprovázet profesionálové, kteří je mohou podpořit či motivovat v okamžicích, kdy je to potřeba. Kromě toho je důležité jim naslouchat a přesně zjistit, ve které sportovní aktivitě mohou dosáhnout pozitivního a příjemného výsledku.”

12. Na otázku “Existují rozdíly ve fyzické aktivaci psychiatrických pacientů na základě jejich pohlaví, věku, sociální úrovně, finanční úrovně, úrovně vzdělání?” byly následující odpovědi:

- Pohlaví-
(PSYCHOLOG) “Obecně je ve sportovních aktivitách více mužů než žen, jedním z mnoha důvodů může být skutečnost, že nabízené sporty a aktivity nejsou jejich zájmem (zejména fotbal). Ale proč o to zájem nemají, je spíše sociologická otázka.”
(OSOBNÍ ASISTENT) “Ano”



(SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK) “Obecně řečeno, v případě žen jim pohlaví často ztěžuje účast na sportovních aktivitách. Tato skutečnost může souviset s patriarchálním vzorem tradičního vzdělávání ”

(KOORDINÁTOR) “Ano”

- Věk-

(PSYCHOLOG) Obecně jsou mladí lidé více motivovaní, ale aktivit se účastní lidé všech věkových skupin ”

(OSOBNÍ ASISTENT) “Ne”

(KOORDINÁTOR) “Ano”

- Sociální postavení-

(PSYCHOLOG) “Ne”

(OSOBNÍ ASISTENT) “Ne”

(KOORDINÁTOR) “Ano”

- Finanční možnosti –

(PSYCHOLOG) “Tyto činnosti nejsou příliš nákladné a řekl bych dostupné. Pokud se však někdo chce zúčastnit a nemůže aktivitu zaplatit, hledáme způsob, jak tyto náklady uhradit ”

(OSOBNÍ ASISTENT) “Ano”

(SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK) “Pozitivum sportovních aktivit je snadný přístup pro lidi s nízkým ekonomickým, sociálním nebo kulturním statusem ”

(OSOBNÍ ASISTENT) “Pokud jde o finanční náročnost, je to pravda, protože mnoho aktivit je zpoplatněno a ne všechny jsou proto dostupné, našim cílem je však aktivity finančně podporovat a tím je zpřístupnit.”

(KOORDINÁTOR) “Ano”

- Úroveň vzdělání –

(PSYCHOLOG) Ne

(OSOBNÍ ASISTENT) “Ne”

(KOORDINÁTOR) “Ano”

(KOORDINÁTOR) “Každý člověk je jedinečný, má své vlastní potřeby a vývoj, toto je nezbytné vzít v úvahu a analyzovat každou situaci. Náš přístup je takový, že vnímáme individuální potřeby a snažíme se aktivit vždy šít na míru.”

13. Na otázku “Je ještě něco na co byste chtěli upozornit ohledně psychomotoriky pacientů?” jsme obdrželi následující odpovědi:

- (PSYCHOLOG) “ Je to velmi přínosné ”.

- (OSOBNÍ ASISTENT) “Myslím si, že to nemá nic společného s typem konkrétního duševního onemocnění, ale spíše je nutné s každým uživatelem pracovat individuálně a najít ideální způsob podpory, které uživatel potřebuje; to je klíč k dlouhodobé účasti na jakémkoli druhu činnosti.”



- (KOORDINÁTOR) “Jsou stigmatizováni. Toto stigma je někdy tak intenzivní, že čelí velké diskriminaci, jinými slovy, bojí se odmítnutí, a proto se vyhýbají místům, kde k diskriminaci může dojít. V případě fyzických aktivit se to stává často, takže doprovod těchto osob je někdy nezbytný.”

14. Na otázku “Existuje nějaký problém nebo záležitost, o které se domníváte, že je důležitá pro to, aby si ji externista uvědomil v případě, že přijde do této psychiatrické společnosti?” jsme obdrželi odpovědi:

- (KOORDINÁTOR) “V této souvislosti si myslím, že nejdůležitějším úkolem je zvýšit povědomí odborníků, kteří fyzické aktivity koordinují a poskytnout jim konkrétní a stručné informace, které potřebují znát u konkrétních uživatelů.”

Zpráva z rozhovorů s uživateli služeb péče o duševní zdraví

Profil tázaných uživatelů:

- 2 ženy: 1 s demencí a 1 s úzkostnou poruchou
- 1 muž s demencí

Všichni se účastní sportovních aktivit s těmito obecnými charakteristikami:

- 1-2 hodiny, 2 nebo 3 krát za týden.
- Střední intenzita: Gymnastika, běh, chůze, fotbal...
- Skupinové aktivity

Překážky

Překážkou při cvičení nebo při fyzických činnostech je nedostatek času a energie v případě osoby s úzkostí, ale pro osoby s demencí neexistuje vůbec žádná překážka.

Motivační faktory

Atmosféra skupiny je klíčovým motivačním faktorem, protože se jí při ní dostává podpory a povzbuzení od vrstevníků spolu s pocitem agility na těle i mysli

Pocity a nálada

Obecně se při sportu cítí dobře a nakonec se cítí spokojeni, protože jsou na sebe hrdí, že ve sportovní činnosti zdokonalili a starají se o sebe.

Důležitost sportu

Dotazovaní lidé obecně kladou velký důraz na sportovní aktivitu, kterou praktikují, protože jim poskytuje úlevu, zlepšuje kvalitu jejich života, zlepšuje jejich sociální vztahy a cítí se šťastnější, veselší a schopní dělat věci sami.



Závěry

- Fyzická aktivita podporuje celkovou pohodu kombinací zdravotních, sociálních a vzdělávacích faktorů:
- Hlavní překážky vyplývají z léčby; kognitivní problémy; a strach z neznámého.
- Motivační faktory: podpora od profesionálů a podpora od vrstevníků.
- Existují genderové rozdíly v účasti na sportovní aktivitě: jsou zde více muži než ženy. Možné důvody: sociologický (patriarchát); druh nabízených aktivit.





Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ADVANCED SKILLS FOR ACTIVE LIVING



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union