



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra klinických a preklinických oborů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Fyzioterapie jako prevence bolestivého porodu a protražovaná rekonvalescence u druhorodiček

Vypracovala: Veronika Chrástková

Vedoucí práce: Mgr. Kamila Karásková

České Budějovice, 2014

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem kinezioterapie, přesněji vlivem aktivace svalstva dna pánevního na průběh porodu a protražovanou rekonvalescenci u druhorodiček. Těhotenství je pro organismus ženy velice zátěžovým obdobím, především proto, že tělo těhotné ženy v období gravidity vyživuje dva organismy, dítěte a rodičky.

V teoretické části bakalářské práce je stručně nastíněna anatomie z pohledu kostěných a svalových struktur v oblasti pánve. Dále jsou popsány veškeré změny, které probíhají v těle těhotné ženy při graviditě. Jedná se především o změny reprodukčních orgánů, kardiovaskulárního systému, dýchacího ústrojí či příbytku na váze. Z hlediska fyzioterapeutického jsou popsány změny v posturálním systému, kdy rychlý nárůst hmotnosti má vliv na celkové držení těla. Dále je v teoretické části popsán fyziologický porod a jeho jednotlivé fáze. U jednotlivých fází porodu jsou popsány i časové délky. Poslední kapitola této bakalářské práce se zabývá popisem jednotlivých nejčastěji používaných kinezioterapeutických metod. Jedná se o metodu aktivace svalstva dna pánevního, cvičení na velkých míčích (gymbalech), metodu Ludmily Mojžíšové a Feldenkraisovu metodu. Každá z metod je stručně popsána, vysvětlena a uvedena na příkladech cviků.

Tato bakalářská práce má jednu výzkumnou otázku a stanovený jeden cíl. Cílem práce je zmapovat, zda má fyzioterapie vliv na průběh porodu. Výzkumná otázka se zabývá hledáním, zda fyzioterapie a aktivace svalů pánevního dna, má vliv na průběh porodu a protražovanou rekonvalescenci u druhorodiček.

Pro naplnění cíle bakalářské práce bylo použito kvalitativního výzkumu a to v podobě zpracování kompletních kazuistik čtyř těhotných respondentek. Všechny respondentky navštívily kurz cvičení pro těhotné. Pro získání všech potřebných dat byla u respondentek odebrána anamnéza. Rozhovory obsahovaly údaje o nynějších potížích, úrazech, operacích, předchozím porodu a o pohybových aktivitách jak před těhotenstvím, tak i v průběhu. Dále bylo u všech respondentek provedeno statické vyšetření aspekty zepředu, zezadu a z boku. Jako další vyšetření bylo prováděno

palpační vyšetření pánevního dna dle Tichého, Trendelenbug-Duchennova zkouška a goniometrické vyšetření kyčelních kloubů. Dále jsou v praktické části uvedeny průběhy terapií u všech respondentek. Výzkum je zakončen výstupním kineziologickým rozbohem doplněným o rozhovory s repondentkami pár dní po porodu.

Z výzkumu můžeme pozorovat pozitivní účinky kinezioterapie u všech respondentek. Klientky popisovaly psychickou i fyzickou pohybu během celého cvičení a také po porodu. Cítily zlepšení oproti prvnímu porodu a nyní. Problémy pohybového aparátu způsobené těhotenskými změnami byly kinezioterapií zlepšeny nebo úplně odstraněny. Jedna respondentka využila i autoterapii masáže hráze a měla na ni velice pozitivní účinek. Porod u všech respondentek proběhl v termínu a bez komplikací.

Tato bakalářská práce může být využita jako studijní materiál pro studenty oboru fyzioterapie ale je vhodná i pro širokou veřejnost, zejména pro těhotné ženy a jejich informovanost o pohybových aktivitách v těhotenství.

Klíčová slova: těhotenství, kinezioterapie, fyzioterapie v těhotenství, aktivace svalů pánevního dna

ABSTRACT

My Bachelor Work deals with the problem of influence of kineziotherapy, exactly by the activation of pelvic diaphragm on the birth and time of convalescence at second time mother.

The pregnancy appears as very difficult period because the woman body provides nutrition for two organisms - the baby and the expectant mother. In theoretical part I've presented anatomy of bony and muscular structures of pelvic diaphragm. As well as I've described all changes of the body during the period of pregnancy, especially the changes of reproductive organs, cardiovascular and respiratory system and increasing of weight.

From fyziotherapy aspect I've described the change of postrural system when rapid increasing of weight impacts uprising of the body. I've also noticed the process of the birth, including its phases. In the last chapter I've mentioned the most frequently used methods of pelvic diaphragm activation, ball exercise according Ludmila Mojžíšová and Feldenkrais Method. Each of above mentioned is described, explained and presented on some examples.

This Bachelor Work solves one important question and it has one aim. Experimental part solves if pelvic diaphragm activation affects the time of birth and convalescence at second time mother. The main question is if fyzioteraphy influences the process of the birth.

I've asked four pregnant women who attended special course for pregnant. For getting all needed information I took anamnesis. The dialogs concerned their present problems, injuries, operations, previous birth and their physical activities before and during pregnancy. As next step, palpable checkup according Tichý was done, Trendelenbug - Duchenn exam and goniometry of hip joints followed. I've also described the therapies of respondents. Research includes the final kinezitology analysis and dialogs few days after birth.

Key words: pregnancy, kineziotherapy, physiotherapy in pregnancy ,pelvic diaphragm

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

.....

Veronika Chrástková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Kamile Karáskové, za její ochotu, čas a cenné rady, které mi věnovala při zpracování této bakalářské práce. Mé poděkování patří i všem respondentkám, které se podílely na mém výzkumu a věnovaly mi tak čas a ochotu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu během celého studia.

OBSAH

OBSAH	7
ÚVOD	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 ANATOMIE	10
1.1.1 Anatomie – kostěné struktury pánve	10
1.1.2 Anatomie – svalová soustava pánve	11
1.1.3 Ligamenta pánve	14
1.1.4 Funkce pánevního dna	14
1.2 TĚHOTENSTVÍ	17
1.2.1 První trimestr	17
1.2.2 Druhý trimestr	17
1.2.3 Třetí trimestr	18
1.2.4 Změny v těhotenství.....	18
1.2.5 Fyziologický porod	21
1.3 KINEZIOTERAPIE V TĚHOTENSTVÍ	24
1.3.1 Aktivace svalů pánevního dna	25
1.3.2 Cvičení na velkém míči	26
1.3.3 Feldenkraisova metoda	28
1.3.4 Metoda Ludmily Mojžíšové.....	31
2 CÍL PRÁCE	37
2.1 VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	37
3 METODIKA	38

3.1	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	38
3.2	CVIČEBNÍ JEDNOTKA.....	38
4	VÝSLEDKY	39
4.1	KAZUISTIKA Č. 1	39
4.2	KAZUISTIKA Č. 2	45
4.3	KAZUISTIKA Č. 3	51
4.4	KAZUISTIKA Č. 4.....	57
5	DISKUZE	63
6	ZÁVĚR	65
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	66
8	PŘÍLOHY	70

ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci zejména z toho důvodu, že období těhotenství je dle mého názoru pro ženu velice krásnou, ale náročnou součástí života. Veškeré změny, které probíhají po celou dobu těhotenství, mohou toto období znepříjemnit. Použitím fyzioterapie, kinezioterapie, aktivace svalů pánevního dna a jiných metod, by bylo možné částečně předejít vzniku problémů během těhotenství a celkově zlepšit připravenost ženy na porod a rekonvalescenci v šestinedělí.

Během poměrně krátké doby dochází k výrazným změnám, jak fyzickým, tak i psychickým. Vývoj plodu, zvětšující se břicho a rychlý nárůst váhy má za důsledek ovlivnění celkového držení těla, posun těžiště a další.

V dnešní době se objevují spíše negativní názory na pohybové aktivity v těhotenství. Většina dívek, slečen, žen i matek jsou zastánkyně tak zvaného klidového těhotenství. Celkové mínění společnosti je o tom, strávit celé těhotenství v klidu. Naopak především z fyzioterapeutického hlediska je pohybová aktivita v těhotenství pro ženu velice žádoucí. Dodává jí energii, žena se potom cítí spokojenější, nehledě na fakt že určité metody cvičení v těhotenství mají blahodárný vliv na prohloubení mateřského pouta mezi matkou a dítětem.

Před zahájením jakéhokoliv cvičení by se žena měla poradit se svým gynekologem, popřípadě porodní asistentkou. Ke všem ženám by se mělo v období těhotenství přistupovat individuálně a dbát na aktuální stav. Nejvhodnější variantou je mého názoru návštěva kurzů těhotenského tělocviku a předporodních kurzů. Tyto kurzy jsou téměř ve všech případech vedeny kvalifikovanými fyzioterapeuty nebo porodními asistentkami. K takovému druhu cvičení potřebuje těhotná žena souhlas od svého gynekologa.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie

1.1.1 Anatomie – kostěné struktury pánve

Kost pánevní neboli os coxae je tvořena splynutím tří složek: kostí kyčelní (os ilium), kostí sedací (os ischii) a v neposlední řadě kostí stydkou (os pubis). V období růstu se chrupavčité hranice těchto tří kostí setkávají v jamce kyčelního kloubu ve formě písmene Y (Čihák, 2006).

Kost kyčelní

Kost kyčelní tvoří horní část kosti pánevní. Nejvýraznějším útvarem je lopata kosti kyčelní, která vymezuje velkou pánev a tvoří podklad pro kyčelní jamku. Vnější plocha kosti kyčelní slouží k upínání hýžďových svalů a vnitřní plocha je vystlána kyčelním svalem, což je musculus iliacus. Lopata kosti kyčelní je na horním okraji zakončena hřebenem, neboli crista iliaca. Vpředu a vzadu je hřeben zakončen předním a zadním trnem (spina iliaca anterior superior et posterior superior) (Marek, 2000).

Kost sedací

Nejdůležitějším útvarem na kosti sedací je sedací hrbol neboli tuber ischiadicum. Je překryt velkým hýžďovým svalem, a je důležitý především pro upínání „hamstringů“. Dále se na kosti sedací nachází trn, neboli spina ischiadica, což je špičatý kostní výběžek, který je nejlépe hmatatelný přes konečník (Marek, 2000). K trnu sedací kosti se upíná kostrčový sval neboli musculus coccygeus a jeden ze silných vazů pánve, ligamentum sacrospinale (Tichý, 2009).

Kost stydká

Tato kost je uložena v přední části pánve a má dvě ramena. Obě ramena a spona stydká jsou velice dobře hmatné v nejspodnější části břicha, těsně nad pohlavními orgány (Marek, 2000).

Pánev je ke kosti křížové připojena kloubně, vpředu je spojena ve sponě stydké s druhostrannou pánevní kostí a tím vzniká uzavřený útvar zvaný pánev neboli pelvis (Čihák, 2006). Spojení pánve s páteří je tvořeno amfiartrózou neboli nepohyblivým kloubem (Rabe, 1992).

Pro každého člověka je charakteristické postavení, šíře a tvar pánve, související se vzpřímeným držením těla. Na pánvi rozeznáváme pánev velkou (pelvis major), která je tvořena lopatami kostí kyčelních a pánev malou (pelvis minor) neboli tzv. porodnickou, což je prostor mezi kostrčí, kostí křížovou, kostí sedací, kostí stydkou a symfýzou (Čihák, 2006).

Do malé pánve vede pánevní vchod (apertura pelvis superior), který má příčně oválný tvar, naopak pánevní východ (apertura pelvis inferior) má tvar podélně oválný a ohraničuje ho tuber ischiadicum a os coccygis (Rabe, 1992).

1.1.2 Anatomie – svalová soustava pánve

Svaly pánevního dna zařazujeme do komplexu svalů hráze (musculi perinei), kdy nám tyto svaly uzavírají malou pánev a tvoří nám podklad pro hráz. Svaly hráze můžeme rozdělit do dvou základních skupin: diaphragma pelvis (dno pánevní) a diaphragma urogenitale (obrázek č.1). Dno pánevní funguje jako podpůrný aparát pro orgány malé pánve. Svaly pánevního i urogenitálního dna jsou po celé své délce kryty fasciemi (Citterbart, 2001).

Diaphragma pelvis

Neboli dno pánevní – je to soubor svalů, které nám uzavírají dutinu pánevní. Má tvar mělké nálevky začínající na stěnách malé pánve a končící kaudálně u průchodu

konečníku, kde se nachází průchod močové trubice a u žen za močovou trubicí ještě průchod pochvy. Zařazujeme tam: musculus levator ani a musculus coccygeus (Čihák, 2006).

Musculus levator ani

Tento sval se skládá z pars pubica (přední část) nazývané také jako musculus pubococcygeus, a z pars iliaca (širší část) označované jako musculus iliococcygeus. Musculus pubococcygeus začíná na os pubis, zhruba 1cm za symfýzou, a upíná se buď mezi močovou trubicí a rektum, anebo do ligamentum anococcygeum, které je napnuto až ke kostrči (Roztočil, 2008). Musculus iliococcygeus začíná na os pubis, kaudálně od canalis obturatorius, až dozadu ke spina ischiadica a upíná se na ligamentum anococcygeum a na okraj kostrče (Čihák, 2006).

Musculus coccygeus

Tento sval začíná na spina ischiadica a upíná se k laterálnímu okraji kosti křížové a kostrče (Roztočil, 2008).

Oba svaly jsou inervovány větvemi S3 a S4 z plexus sacralis (Čihák, 2006).

Diaphragma urogenitale

má tvar trojúhelníkovité desky, která je rozepjatá mezi rameny kosti sedací a dolními rameny kosti stydké. Skrz diaphragma urogenitale probíhá urethra, u žen dále ještě vagina, zadní okraj navazuje na vazivo, které podkládá hráz – perineum. Zařazujeme tam: musculus transversus perinei superficialis, musculus transversus perinei profundus, musculus sphincter urethrae, musculus ischiocavernosus, musculus bulbospongiosus a musculus sphincter ani externus.

Musculus transversus perinei superficialis

je svazek svalových snopců od vnitřní strany tuber ischiadicum a spojuje se s protilehlým svalem, některé snopce přecházejí na musculus bulbospongiosus (Čihák, 2006).

Musculus transversus perinei profundus

Tento sval začíná na ramus inferior ossis pubis a upíná se v centru perinea.

Musculus sphincter urethrae

Tento sval obkružuje část močové trubice a upíná se ve svalovině kolem pochvy (Roztočil, 2008).

Musculus ischiocavernosus

Sval, který začíná na okraji kosti stydké a sedací a upíná se na dorsum penis (clitoridis). Tento sval se aktivně zapojuje při erekci a podléhá rytmickým kontrakcím při ejakulaci.

Musculus bulbospongiosus

Tento sval je párový a má odlišný průběh u žen a u mužů. U žen se tento sval uplatňuje jako svěrač vaginálního vchodu, oba svaly z vnější strany obemykají bulbos vestibuli a snopce ze zadních okrajů tohoto svalu přechází dorsálně do okrajů musculus sphincter ani externus.

Musculus sphincter ani externus

Tento sval obtáčí anální kanál a je připojen k musculus levator ani (Čihák, 2006).

1.1.3 Ligamenta pánve

Mezi vazy neboli ligamenta pánve zařazujeme: ligamentum inguinale což je rozejpatý vaz od spina iliaca anterior superior až k tuberculum pubicum. Mezi další zařazujeme ligamentum sacrospinale, vaz který se vějířovitě rozpíná od spina ischiadica až k boku os sacrum a os coccygis, a ligamentum sacrotuberale jež kříží lig.sacrospinale přes jeho dorsální stranu a probíhá od okrajů os sacrum a os coccygis laterokaudálně až na tuber ischadicum (Čihák, 2006).

Cévy a nervy vystupují z pánve přes foramen ischiadicum majus et minus, který je tvořen ligamenty sacrospinale a sacrotuberale doplňující zářezy v os coxae v otvory (Čihák, 2006).

1.1.4 Funkce pánevního dna

Svalstvo pánevního dna zahrnujeme do hlubokého stabilizačního systému páteře. Je spojeno s břišní stěnou, bránicí, stabilizátory kyčle a s horní hrudní aperturou.

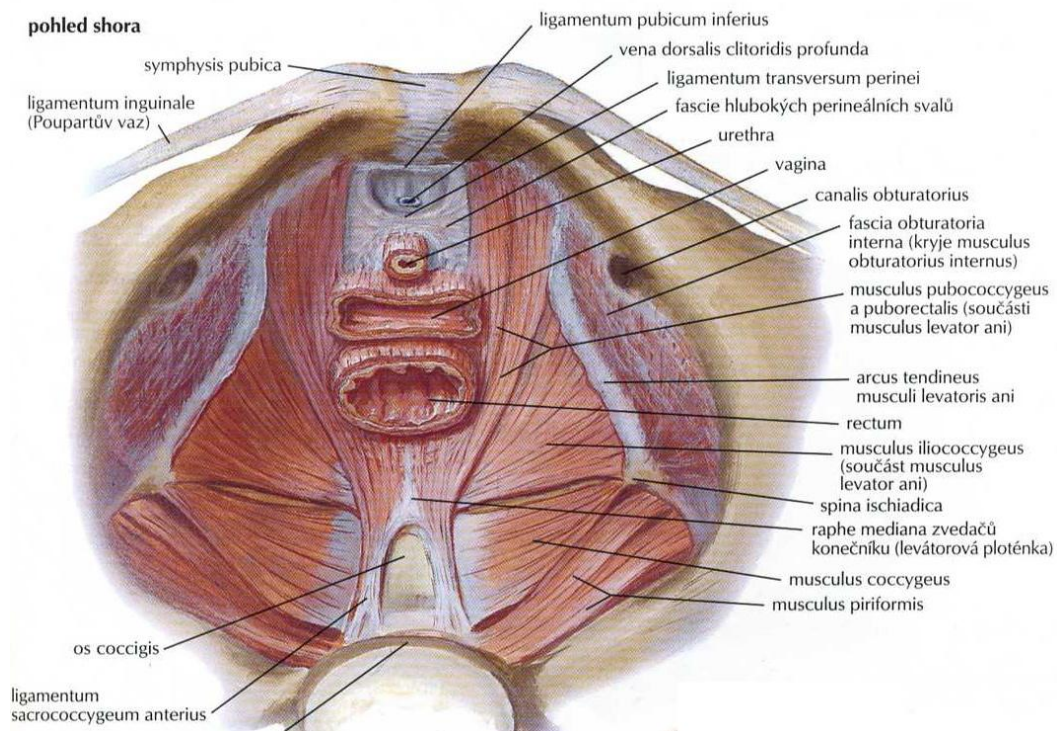
Funkce můžeme rozdělit do tří skupin:

- Sfinkterová funkce – tuto funkci obstarávají svaly uložené nejvíce na povrchu, které jsou nejvíce zapojovány při kašli, ale do postury zasahují nejméně ze všech. Tah svalů je ventrodorsálně.
- Stabilizace kyčelních kloubů – svaly, které mají laterolaterální tah a vyzařují od středu hráze, jsou uloženy ve střední vrstvě a jejich funkce je velice důležitá pro optimální tonus dolních končetin a pro chůzi. Při dysfunkci těchto svalů dochází ke špatné přilnavosti plosky k podložce a zhoršení chůze. Může dojít až ke zborcení podélné i příčné nožní klenby.
- Největší součástí hlubokého stabilizačního systému jsou svaly pánevního dna uložené v nejhlubší vrstvě. Spolupracují s hlubokým svalstvem břišní stěny a bránicí a podílejí se na vzpřímené chůzi. Výsledkem dobré funkce těchto svalů je posturální zapojení fázického svalstva. Tyto svaly jsou vývojově nejmladší a funkčně nejzranitelnější (Skalka, 2002).

Svaly pánevního dna mají i další specifické funkce, jako například ovládání močení, vyměšování, podpora močového měchýře a dělohy. Při dysfunkci pánevního svalstva může docházet k úniku střevních plynů, moči, anebo, ke snížení sexuální spokojenosti (Dumaulin, 2006).

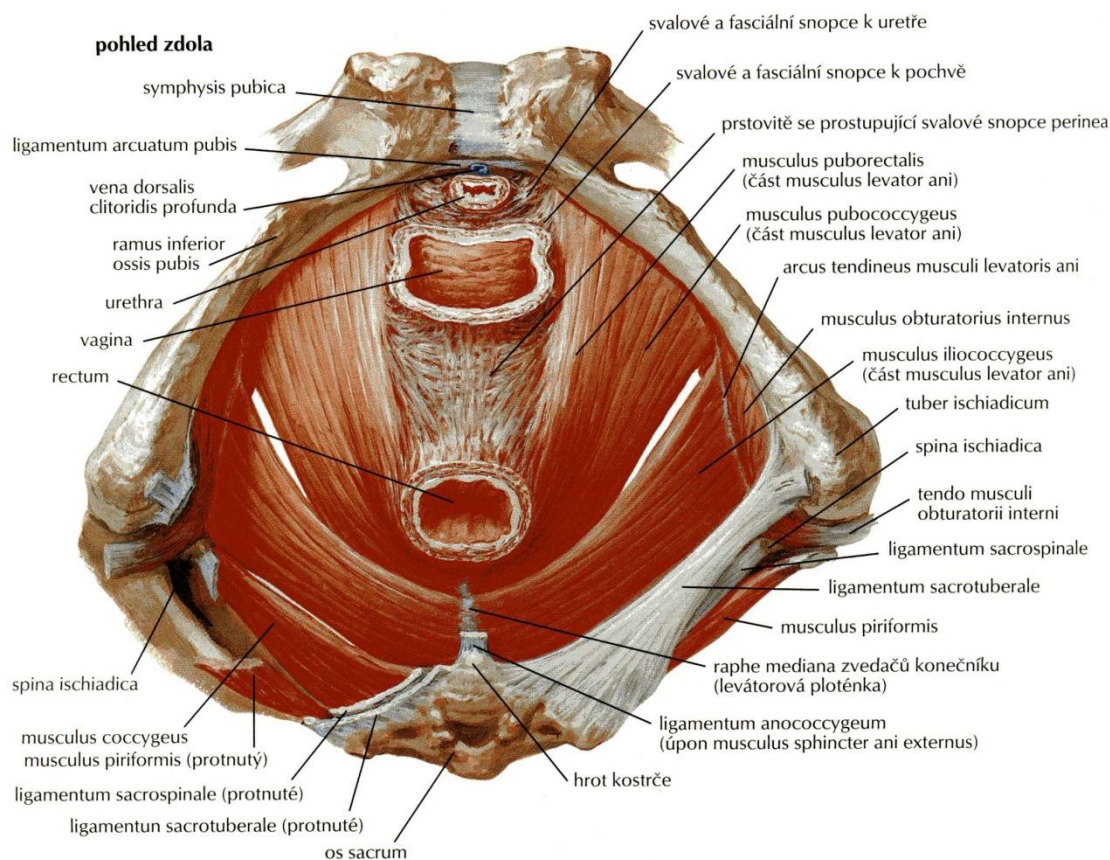
Dle Dumaulin (2006) trpí zhruba 50% žen těmito obtížemi v těhotenství. Tím, že se děloha zvětšuje a na pánevní dno je vyvíjen neustálý tlak, dojde k oslabení těchto svalů. K největšímu poškození svalů pánevního dna dochází zejména při porodu, proto je důležité tyto svaly v těhotenství jak posilovat tak relaxovat (Dumaulin,2006). Během posledních let je téma poškozování svalů pánevního dna v průběhu porodu velmi atraktivní a je jim věnováno výrazné množství pozornosti (Kašíková, 2008).

Při všech základních vyšetřeních by se mělo také provádět palpační vyšetření pánevního dna. Vyšetření by mělo být prováděno odborníky a je velice důležité při stanovení dalších diagnóz a podobně (Holaňová, Krhut, Muraňová, 2007).



Obrázek č. 1 Diaphragma pelvis ženy pohled shora; (Netter, 2010).

Obrázek č. 2 Diaphragma pelvis ženy pohled zdola; (Netter, 2010).



1.2 Těhotenství

Těhotenství, je jedním z důležitých období v životě ženy. Začíná oplozením, neboli splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem. Období těhotenství v průměru trvá po dobu deseti měsíců, kdy se v těle ženy vyvíjí plod, ze kterého se v průběhu porodu stává novorozenec (Roztočil, 2008).

Termín porodu lze určit orientačně podle prvních pohybů připočtením čtyř a půl měsíce, nebo přes menstruační cyklus tak, že k datu prvního dne poslední menstruace připočteme sedm dnů a odečteme tři měsíce (Macků a Čech, 2002). Včas určené těhotenství má velice důležitý jak klinický, tak i společenský význam (Kobilková, 2005).

Celé těhotenství rozdělujeme do tří trimestrů. První trimestr trvá do konce třetího měsíce, druhý trimestr třetí až šestý měsíc a třetí trimestr je od šestého měsíce až k porodu.

1.2.1 První trimestr

V prvním trimestru těhotenství žena obvykle pociťuje únavu, citlivost na pachy a vůně, časté nutkání na močení nebo nechutenství. Nejdříve je plod ve tvaru moruly v děloze, poté se vyvíjí tak, že jsou rozeznatelné oči, uši, nos i ústa. Na konci prvního trimestru se embryo začíná podobat lidské bytosti (Roztočil, 2008).

1.2.2 Druhý trimestr

Druhý trimestr je období mezi 13. a 24. týdnem těhotenství. V tomto období plod velice rychle roste, na konci měří zhruba 30 centimetrů a má 600 gramů. V polovině druhého trimestru ženy většinou cítí první pohyby plodu a v posledním týdnu je možné zjistit pohlaví plodu.

1.2.3 Třetí trimestr

Během třetího trimestru plod vypadá téměř už jako narozené dítě a začíná se ustalovat v děloze pouze v jedné poloze a připravovat se na porod. V tomto období je plod velice aktivní, především v noci, kdy hodně kope (Mikulandová, 2004).

1.2.4 Změny v těhotenství

Mezi jeden z nejzásadnějších faktů o možném těhotenství patří vynechání menstruace. Pokud se menstruace nedostaví do 14 dnů od data očekávané menstruace, je velice pravděpodobné, že žena je těhotná (Mikulandová, 2004). V ženském organismu je kvůli těhotenství vyvolána spousta změn, které souvisejí se zajištěním správného vývoje plodu, výživou, přípravou na porod a kojením. Na změnách se podílí jednak plodové vejce, neboli plod, placenta a plodová voda, ale také mateřské změny, kam zařazujeme příbytek na váze, změnu dělohy, prsů, mimotělních tekutin a podobně (Macků a Čech, 2002).

1.2.4.1 Hmotnostní přírůstek

Přibývání na váze je u žen v těhotenství odlišné a individuální. V průměru se hmotnost zvýší o 17- 20% , což obvykle činí 10-12kg. Zvýšení hmotnosti je dáno plodovým vejcem, zvětšením mateřských orgánů, nahromaděním tukových rezerv a zmnožením tkáňové tekutiny. Mezi 28. – 38. týdnem může hmotnostní přírůstek činit až 500g týdně (Macků a Čech, 2002).

1.2.4.2 Těhotenské strie

Těhotenské strie vznikají následkem rychlého růstu břicha a ztrátě elasticity kůže, kdy v ní vznikají malé prasklinky. Objevují se nejčastěji v posledním trimestru těhotenství, ale není to pravidlem, mohou se objevit i dříve. Obvyklá místa výskytu jsou břicho, prsa a hýždě. Před vznikem strií je velice důležitá prevence. Procedura pravidelného promazávání by se měla stát pro každou těhotnou ženu denní rutinou.

Pokud po porodu nelze strie odstranit může žena přistoupit k dalším metodám, jako například – laser nebo biostimulační lampa (Moreira, 2007).

1.2.4.3 Mléčná žláza

Během těhotenství se mléčná žláza připravuje na svou funkci – tvorbu mateřského mléka neboli laktaci. Zmnožením a překrvením žlázových lalůček a nahromaděním tuku dojde ke zvětšení jejího objemu. Pod kůží se nám zvýrazní kapilární síť, protože celá žláza je bohatě zásobná krví a díky tomu jsou dvorce bradavek více pigmentované (Macků a Čech, 2002). Citlivost a zvýšené napětí v prsou je vnímáno především v prvním trimestru těhotenství (Roztočil, 2008).

1.2.4.4 Dýchací soustava

Potíže s dýcháním se objevují především v závěru těhotenství, což je ovlivněno vysokým stavem bránice a snížením vitální kapacity plic (Macků a Čech, 2002). Kvůli postupnému zvětšování dělohy dochází ke zvýšení bránice o 4 cm. Spotřeba kyslíku stoupá, především z důvodu cirkulujícího hemoglobinu a tím zvýšené kyslíkové kapacity erytrocytů. Po 24. týdnu těhotenství je břišní dýchání nahrazeno hrudním. V úplném závěru těhotenství většina žen pociťuje dyspnoi, neboli dušnost, která je dána tlakem zvětšené dělohy na bránici (Roztočil, 2008).

1.2.4.5 Kardiovaskulární systém

S postupujícím těhotenstvím je srdce vysunuto směrem doleva a kraniálně, současně je lehce rotováno kolem podélné osy. Kvůli těmto změnám může dojít k mírnému zvětšení srdce či k systolickému šelestu. Tepová frekvence se během těhotenství zvyšuje zhruba o 10 – 15 úderů za minutu (Roztočil, 2008). Krevní objem se zvyšuje až o 40%. Cévní řečiště se zvětšuje o nově vytvořené cévy v mléčné žláze a děložní stěně, tonus v těchto stěnách je snížený, což může vést ke vzniku varixů (Macků a Čech, 2002).

1.2.4.6 Trávicí ústrojí

V prvním trimestru mezi běžné obtíže patří především nechutenství, nauzea a zvracení. Vlivem progesteronu se snižuje mobilita střev a žaludku z čehož poté vzniká zácpa. U některých žen se může vyskytovat i pálení žáhy a pomalé vyprazdňování žaludku, které je způsobeno stejným mechanismem jako zácpa (Macků a Čech, 2002).

1.2.4.7 Pohybový aparát

Během těhotenství dochází k výraznému zvýšení hmotnosti. To má za důsledek změnu v postoji, v chůzi, v rovnováze a v umístění tělesného středu. Tvaruje se bederní hyperlordóza, protože tělo kompenzuje ventrální růst dělohy tím, že se prohne v lumbosakrální části páteře směrem dopředu. Tělesné centrum se posune do dolních končetin. Největší zátěž je kladena na dolní část páteře, což vede k velkým bolestem zad především ve třetím trimestru těhotenství. Vysoká produkce hormonů vede k rozvolnění vaziva a hypermobilitě v oblasti pánevních spojů, zejména v okolí sakroiliakálních kloubů a symfýzy. Pokud rozvolnění vaziva bude výrazné, těhotná může mít problémy při chůzi a může pociťovat velkou bolest v pánevních kloubech (Roztočil, 2008). Při normálním rozvolnění vzniká kolébavá chůze a rozšíření stojné baze (Macků a Čech, 2002).

1.2.4.8 Změny v reprodukčním systému

Děloha

Děloha je kvůli hormonálním změnám během těhotenství překrvená, mění svou barvu a konzistenci, později i tvar a uložení v malé pánvi. Díky velikosti dělohy můžeme určit délku těhotenství. Během prvního trimestru na děloze nejsou patrné větší tvarové změny, avšak během devátého měsíce děloha dosahuje až k žeberním obloukům. V průběhu těhotenství dojde i k změně složení děložní svaloviny, která je tvořena převážně pojivovou kolagenní tkání s malým množstvím hladké svaloviny, tak, že dojde ke zkrácení a změknutí děložního hrdla (Roztočil, 2008).

Pochva

Dochází ke změnám barvy sliznice a díky zvýšené produkci estrogenů dojde ke zhuštění hlenu a hypertrofii hladkého svalstva, což vede k prodloužení pochvy. Často se vyskytuje i obranyschopnost pochvy vůči patogenním organismům zajištěná výtokem. Výtok je projevem zvýšené poševní sekrece (Roztočil, 2008).

Zevní rodidla

Zevní struktury hráze se zvětšují, velké stydké pysky k sobě přiléhají pouze u prvorodiček, u vícero diček poševní vchod často zeje vně. Může dojít k varikozitě perinea a rekta kvůli zvýšené pánevní kongesci, relaxaci hladké svaloviny, zvýšenému tlaku rostoucí dělohy anebo k zácpě (Roztočil, 2008).

1.2.5 Fyziologický porod

V životě každé ženy je porod brán jako mezník, událost, na kterou se vážou velice intenzivní a intimní prožitky. U většiny porodů jsou kromě pozitivních vzpomínek i některé negativní. Zážitek z porodu je pro ženu téměř nesdělitelný a týká se především oblastí psychického a fyzického vnímání (Hujová, 2010).

Porod je přirozené ukončení těhotenství, při kterém přijde na svět živý novorozenec s minimální hmotností 500g, nebo novorozenec s menší hmotností pokud přežije prvních 24 hodin (Macků a Čech, 2002).

Aby mohlo být dítě porozeno musí dojít k působení rytmických stahů myometria, což má tyto úlohy (Breckwoldt et. al, 1996). :

- Otevření děložní branky
- Postup dítěte porodními cestami
- Vypuzení placenty

Otevírání děložní branky

K otevření děložní branky dochází za pomoci děložních stahů. Branka se začíná otevírat vlivem naléhající části plodu, kdy v důsledku zvýšení nitroděložního tlaku plod postupuje směrem do děložního hrdla a roztahuje cervikální tkáň.

Na zahájení děložních stahů se podílí několik faktorů – mechanické, biochemické, endokrinní ale také nervové.

Při děložních stazích je vnímána bolest, kterou lze brát jako varovný signál blížícího se porodu, ale také jako fyziologický jev. Intenzita stahů je závislá na tom, jak rodička bolest vnímá (Breckwoldt et. al, 1996).

Porodní cesty

Tyto cesty, kterými musí dítě v průběhu porodu projít, se skládají z kostěné pánve a měkkých porodních cest. Pro porodní mechanismus je významná pouze pánev malá, neboli porodnická, která leží pod spojnicí promontoria a horní hranou symfýzy (Breckwoldt, 1996). Měkké porodní cesty jsou tvořeny děložním segmentem, hrdlem, pochvou, svalstvem pánevního dna a hrází. Během porodu se tyto cesty rozpínají, čímž umožňují plodu průchod (Macků a Čech, 2002).

1.2.5.1 Průběh porodu

Děje, které probíhají během porodu, rozdělujeme do tří fází, neboli do tří porodních dob, které na sebe plynule navazují (Macků a Čech, 2002). Každá z porodních dob je přesně charakterizována (Kolář, 2012) :

- První doba porodní – doba otevírací
- Druhá doba porodní – doba vypuzovací
- Třetí doba porodní – porod placenty

První doba porodní – doba otevírací

Podle Koláře (Kolář, 2012) trvá první doba porodní u prvorodiček zhruba 8-12 hodin, u vícerodiček okolo 4-8 hodin. Tato první fáze začíná děložními stahy, které rozevírají děložní hrdlo a končí úplným rozevřením branky. Hlavním znamením pro otevírací se branku je takzvané vaginální krvácení, ke kterému dochází z důvodu roztržení malých cévek kolem děložního čípku. Přední vak blan se vyklenuje směrem vpřed až dojde k jeho prasknutí a tím k odtoku plodové vody (Breckwoldt et. al,1996). V dnešní době je velice populární medikamentózně urychlit a významně zkrátit trvání první doby porodní, a tím pádem i ušetřit rodičku od bolestí. Velmi často je podávána epidurální anestezie přímo do páteřního kanálu v oblasti bederní páteře a rodička už po 20 minutách přestává cítit bolest. Děložní stahy jsou ale pořád zachovány. Jde o metodu volby ženy (Hujová, 2010).

Druhá doba porodní – doba vypuzovací

V této době se kontrakce objevují každé 2-3 minuty a trvají po dobu 60-90 sekund. Vypuzovací část porodu začíná zaniknutím děložní branky a končí porodem plodu. Rodička zapojuje břišní lis v důsledku tlaku sestupující hlavičky, která tlačí na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. V této části porodu se zapojují rodičky aktivně tlačení a koordinací dýchání s děložními kontrakcemi (Roztočil, 2008; Breckwoldt, 1996). Druhá doba porodní většinou trvá 15-30 minut, někdy i déle, ale neměla by přesáhnout hodinu. V této fázi se provádí tak zvaná episiotomie, neboli nástřih hráze. (Roztočil, 2008; Hujová, 2010).

Nástřih hráze je v dnešní době nejčastějším chirurgickým zákrokem u porodu v České republice. Většinou se episiotomie provádí laterální nebo mediolaterální, která vede k sedacímu hrbolu a je dlouhá zhruba 2cm. Většinou se k tomuto řešení přistupuje z důvodu urychlení porodu, snížení tlaku na hlavičku nebo jako prevence vzniku hypoxie u plodu. Každá žena může vykonávat preventivní opatření proti nástřihu, jako jsou například – masáž hráze nebo posilování svalů pánevního dna. Při ochraně hráze je velice důležitá i poloha při porodu, nejméně výhodná je poloha na zádech s koleny u

těla, naopak nejlepší poloha je na boku, nebo vertikální poloha s koleny široce od sebe. Riziko poškození hráze je sníženo i například porodem do vody (Chrastilová, 2014; Jirásková, 2005)

Třetí doba porodní – porod placenty

Porod placenty je sled třech po sobě jdoucích dějů:

- Odloučení placenty
- Vypuzení placenty
- Zástava krvácení

Tato fáze porodu je zdrojem častých komplikací, zejména krvácení, které vzniká při odlučování placenty. Po porodu dítěte dochází ke stažení dělohy a po několikaminutové fázi klidu začnou, nyní už nebolestivé, stahy, jimiž se odloučí lůžko od děložní stěny a sestoupí do pochvy. Spolu s placentou se odlučuje i povrchová vrstva sliznice. Děložními stahy je placenta vypuzena z rodidel ven a tím končí třetí doba porodní, která trvá obvykle 15-30 minut (Kolář 2012; Macků a Čech, 2002).

1.3 Kinezioterapie v těhotenství

Čím dál více těhotných žen se zajímá o pohybové aktivity v těhotenství. Mezi hlavní účely cvičení pro těhotné zařazujeme především dobrou tělesnou i duševní kondici (Kopřivová, 2007). Cvičení v těhotenství je velice prospěšné, má blahodárný vliv na matku i na dítě (Holá, 2009). V průběhu těhotenství narůstá spokojenost všech žen a počet žen, které, jsou nešťastné, klesá na minimum (Tyrlík, Jelínková, Kukla, 2004).

Cvičení a sport v těhotenství je specifické a každá žena by k němu měla přistupovat jinak. Nejvíce vždy záleží na stavu těhotné ženy a na jejích pocitech. Při těhotenství se v těle děje spousta změn, které jsou samy o sobě vyčerpávající, proto není dobré v tomto období tělo přepínat. S postupem času se vždy musí cvičení upravovat vzhledem ke zvyšujícímu se stadiu těhotenství (Bejdáková, 2006).

Díky pohybovým aktivitám v těhotenství získá žena kontrolu nad svým tělem, naučí se eliminovat možné potíže a po porodu zvýší šance na rychlejší návrat do své původní kondice (Vitíková, 2007). Vzniká mateřské pouto mezi matkou a dítětem, což má významný vliv jak psychický tak i fyzický při vývoji dítěte v průběhu těhotenství a prvních měsících po porodu (Winkler, Hrdinová, Kukla, 2000).

Velice důležité je pro cvičení vytvořit správné podmínky, což jsou – příjemné prostředí, vhodná teplota, čistá místnost, adekvátní cvičební podložka a pohodlný oděv (Dočkalová, 2014).

Při cvičení s těhotnými se musíme řídit podle několika velice důležitých zásad:

- Necvičit do úplné únavy
- Dodržovat pitný režim
- Správné dýchání, tepová frekvence maximálně 140 tepů za minutu
- Necvičit do krajních poloh
- Necvičit visy, švihy, skoky a podobně
- Po skončení prvního trimestru necvičit v poloze na břiše
- Během třetího trimestru necvičit dlouho v poloze na zádech
- Vyvarovat se cvičení ve dnech předpokládané menstruace, především v prvním trimestru, je zde možné riziko potratu (Bejdáková, 2006; Vitíková, 2007)

1.3.1 Aktivace svalů pánevního dna

Během těhotenství dochází k uvolňování veškerého svalstva, tudíž i svalů pánevního dna. Největší zatížení dostává svalstvo při porodu, což pak může mít za následek únik moči, pokles dělohy a podobně. Některé studie nám dokazují, že ženy, které aktivují svalstvo pánevního dna během těhotenství, mají mnohem méně často zmíněné obtíže. Základem tohoto cvičení, je naučit se vědomě ovládat svaly pánevního dna (Sikorová, 2006). Cvičení k posílení těchto svalů, jsou na první pohled neviditelná a často velice subjektivní. Díky nepozorovatelnosti cviků se dají cvičit téměř všude a

několikrát za den, vždy by si ale žena měla cvičení dávkovat tak, aby bylo schopná cvik provádět stále stejnou silou (Bejdáková, 2006).

Příklady cviků pro aktivaci svalů pánevního dna

Cvik č. 1

Žena leží na zádech, dolní končetiny má pokrčené a mírně od sebe, horní končetiny jsou volně podél těla dlaněmi vzhůru (Sikorová, 2006). Žena provede nádech nosem a s výdechem lehce podsadí pánev a zapojí svalstvo pánevního dna vtáhnutím pochvy do sebe. Po krátké výdrži se s nádechem vrátí zpět do výchozí polohy. Tento cvik se opakuje 8-10x (Beránková, 2002).

Cvik č. 2

Provádí se úplně stejně jako cvik č. 1, akorát žena má nohy podložené velkým míčem, nebo opřené na židli (Beránková, 2002).

Cvičení pro aktivaci svalů pánevního dna se dá provádět ve všech polohách několikrát za den.

Autoterapie

Kvůli ověření správnosti aktivace svalstva pánevního dna může žena zvolit při posilování doma vsunutí dvou prstů do pochvy. Prsty se roztáhnou do tvaru písmene V a při zatnutí svalstva by měli jít k sobě. Pokud žena cítí mírný tlak tak posiluje správně (Šplíchalová, 2013).

1.3.2 Cvičení na velkém míči

Cvičení na míči je v období těhotenství zvláště vhodné. Při tomto cvičení pracujete s vlastní vahou, tím pádem zátěž přizpůsobíte vlastním potřebám (Staňková, 2013).

Při cvičení na míči je velice důležitý základní sed, který by měl vypadat takto – žena sedí mírně vpředu, tak aby část zátěže přijímaly dolní končetiny, pánev by měla

být v retroverzi, neboli podsazena aby se vyhladila bederní lordóza, ramena by měla být lehce v retrakci a hlava v prodloužení trupu. Správné postavení dolních končetin má vypadat tak, aby flexe v kyčelním a kolenním kloubu byla 90°, chodila na šířku pánve a celou ploškou opřená a podložku.

Na míči cvičíme bez bot, postupujeme od nejjednodušších cviků po těžší a používáme takzvané břišní dýchání (Bejdáková, 2006).

Příklady cviků na velkém míči

Cvik č. 1

Cvičení v sedu na míči, žena provede nádech nosem a výdech ústy, kdy se snaží dýchat do břicha. Kvůli správné lokalizaci si může položit ruce do oblasti spodních žebber. Při výdechu by měla cítit, jak se žebra roztahují laterálně a lehce kaudálně. Ramena tlačí od uší a jen dýchá. Pro lepší prožití je možné provádět cvik se zavřenýma očima. Cílem toho cviku je naučit těhotné ženy správnému dýchání a částečné relaxaci při sedu na míči.

Cvik č. 2

V základním postavení v sedu na míči žena provede nádech nosem a při výdechu ústy se obloukovitě, obratel po obratli lehce předkloní, jak jen to je možné. S nádechem se vrátí do výchozí pozice. Cílem je protažení svalstva v oblasti krku.

Cvik č. 3

V sedu na míči si žena dá ruce vbok a pohybuje pouze pánví laterálně střídavě vpravo a vlevo. Hrudník, ramena i hlava by měly být fixovány v základním postavení, pohybovat by se mělo pouze pánví pro uvolnění bederní páteře.

Cvik č. 4

Žena si dá opět ruce v bok a bude kroužit pánví, současně se pohybuje i míč, postavení je stejné jako při cviku č. 3. Tento cvik opět slouží k uvolnění bederní páteře.

Cvik č. 5

Základní postavení je v lehu na zádech, žena má opřené nohy o míč, tak že má paty u sebe a kolena od sebe, kyčle v mírné abdukci. Provádí pouze břišní dýchání, tento cvik slouží k uvolnění kyčelních kloubů (Dobeš a Dobešová, 2008).

1.3.3 Feldenkraisova metoda

Historie

Původ této metody pochází od ruského fyzika Moshe Feldenkraise, který žil v letech 1904 – 1984. Podněty k tomu, aby se zabýval problematikou analýzy a reedukace pohybů mu daly jeho vlastní potíže, způsobené zraněním kolenního kloubu. Nejdříve věnoval svou pozornost biomechanickým a gravitačním aspektům, později se však zaměřil na aspekty psychologické a neurofyziologické. Tato metoda se brzy rozšířila po celém světě. Hlavní podstatou Feldenkraisovy metody je uvědomělé vnímání a ovládání pohybů a poloh jednotlivých částí těla. Mezi hlavní cíle zařazujeme rozšíření pohybového potenciálu, což může ovlivňovat zdravotní postižení (Pavlů, 2003).

Feldenkraisova metoda vychází z myšlenky, že jednáme podle obrazu, který jsme si o sobě sami vytvořili. Tento obraz, ale bývá velmi často zkreslen a lidé kvůli tomu nevyužívají svou skutečnou kapacitu a své tělo používají pouze na základě zkreslených představ. Feldenkrais se pomocí cvičení snažil zlepšit citění a časoprostorovou koordinaci a naučit své žáky pohybovat se s minimálním úsilím ale, zato s maximální účinností (Kolář, 2012)

Indikace a kontraindikace

Nejsou zde žádné konkrétní indikace a kontraindikace, neboť se nejedná o metodu čistě terapeutickou. Nalézají uplatnění jak v rehabilitaci, tak i v prevenci. Feldenkraisova metoda se dobře uplatňuje především při psychosomatických onemocněních,

bolestivých stavech pohybového systému nebo u některých neurologických obtíží (Pavlů, 2003).

Některé z hlavních zásad Feldenkraisovy metody:

- Cvičení by mělo přinášet potěšení a zájem o vnímání pohybu
- Cvičení by nemělo být příliš dlouhé
- Provádění pohybů by nemělo být spojenou s velkou námahou
- Obratnost a dokonalost provádění pohybu nehraje důležitou roli
- Nácvik pohybů by se měl provádět hravým způsobem, tak jako když se děti učí novým pohybovým dovednostem
- Cvičení by mělo být přizpůsobeno aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta
- Cvičení by mělo být prováděno s lehkostí a potěšením (Pavlů, 2003)

Provádění v praxi

Metoda Feldenkrais je v praxi prováděna dvěma způsoby – uvědoměním si svého těla a funkční integrací.

Cvičení, při kterém si pacienti uvědomují své tělo, se ve velké části uskutečňuje na zemi, protože tím se vyloučí část rušivých gravitačních vlivů. Většinou jsou pacienti ve skupinách pod vedením učitele. Jedná o pomalé a mnohokrát opakované pohyby, které mají často rotační charakter. Zpočátku probíhá cvičení nejčastěji vleže a procvičují se pouze jednoduché pohyby v určitém tělesném segmentu, například rameno či kyčel. Postupem času se do cvičení začleňují složitější pohyby ve vyšších polohách, jako je sed, klek či stoj. Při cvičení se klade velký důraz na dýchání a na plynulost pohybu. Cílem je naučit pacienty provádět pohyby s minimálním úsilím a nahradit tak staré neekonomické pohybové vzory novými (Kolář, 2012; Pavlů, 2003).

Funkční integrace je tak zvaná individuální práce. Je to nonverbální technika, díky které se snažíme pomocí jemných dotyků a aktivních pohybů naučit vnímat rozdílné pohybové situace a docílit tím maximálního uvolnění (Kolář, 2012).

Příklady jednotlivých cviků

Cvik č. 1

V základním postavení ležíme na zádech, nohy máme mírně pokrčené, ruce dlaněmi vzhůru. Zatlačíme lehce chodidly do podložky a vnímáme co se děje s bederní páteří. Posuneme pomalu jednu dolní končetinu do natažení směrem za palec, pánev se nám lehce zešíkmí, pohyb několikrát opakujeme a poté provedeme na druhou končetinu.

Cvik č. 2

Ležíme na zádech, nohy máme v pokrčení a od sebe asi 50cm. Překlápíme obě kolena vždy k jedné straně. Pohyb provádíme velice pomalu, abychom si uvědomovali, co vlastně děláme a jak uvolňujeme kyčelní klouby.

Cvik č. 3

Pacient leží na zádech, obě horní končetiny má natažené za hlavou a jen se protahuje ve směru pravé horní a dolní končetiny. Pohyb je plynulý a pomalý a pacient si při něm uvědomuje, jak tělo spočívá na podložce. Po dokončení protahování na pravou stranu nastává odpočinek, kontrola polohy pacienta a protahování na stranu druhou.

Cvik č. 4

Pacient je v kleku na čtyřech, kolena má na šířku pánve a pohupuje pánví vpřed a vzad. Dbáme na vyhlazenou páteř, lokty mírně pokrčené, ramena směrem kaudálně od uší a hlava v prodloužení krku. Při tomto cviku vnímáme uvolňování bederní páteře a SI skloubení.

Cvik č. 5

Pacient se posadí pohodlně na židli, nohy má od sebe zhruba na šířku pánve, plosky na zemi. Pomalu a střídavě uklání hlavu doprava a doleva. Dbáme na to, aby byl pohyb proveden jako lateroflexe ve frontální rovině bez souhybu rotací do ostatních rovin.

Pacient se snaží vnímat pocity a zároveň polohu hlavy, aby byl úklon identický na obě strany.

Pokud je pacient dobře edukován, může metodu Feldenkrais provádět sám doma jako autoterapii (Kolář, 2012; Rywerant, 1983).

1.3.4 Metoda Ludmily Mojžíšové

Historie

Paní Ludmila Mojžíšová se narodila 25. října roku 1932 v Užhorodu. Vystudovala střední zdravotnickou školu a poté pracovala jako zdravotní sestra na transfúzní stanici. Roku 1955 se přestěhovala do Prahy, kde začala pracovat na Fakultě tělesné výchovy a sportu nejprve na elektroléčbě, později začala provádět masáže vrcholovým sportovcům, až se nakonec stala rehabilitační pracovnící. Byla velice nadaná a díky svým výjimečným palpačním schopnostem a pozorovacímu talentu byla schopna odhalit příčinu mnoha bolestí a potíží u svých pacientů. V 60. letech se stala součástí mnoha reprezentačních družstev, kde pomáhala jak atletkám, tak hokejistům. Později už mezi její pacienty nepatřili pouze sportovci, ale i ostatní skupiny pacientů. Začaly ji hojně navštěvovat ženy, které měly problém s funkční sterilitou a po její terapii zaměřené na vertebrogenní potíže otěhotněly. Paní Mojžíšová zahájila spolupráci s gynekology, kteří k ní posílali své pacientky. Začala odborně školit pracovníky v Brně i v zahraničí. Roku 1990 byla metoda Ludmily Mojžíšové Ministerstvem zdravotnictví pro Českou republiku uznána jako nová metoda v léčbě funkční sterility. Paní Ludmila Mojžíšová zemřela po těžké nemoci v lednu roku 1992 (Volejníková, 2007; Strusková a Novotná, 2007).

Metoda Ludmily Mojžíšové

Paní Ludmila Mojžíšová vždy vycházela ze zásady uvolnění a protažení zkrácených a spastických svalů a posílení oslabených svalů. Díky svému výbornému pozorovacímu talentu si všimla, že spousta jejích pacientů trpí bolestmi zad, kvůli

vychýlení kostrče. Uvolněním a napravením kostrče docházelo k reflexnímu uvolnění řady svalů a k uvolnění funkčních blokády v oblasti páteře. Tato metoda je velice měkká a reflexní, nedochází při ní k nárazovým manipulacím. Byla vypracována na základě dlouholeté rehabilitační praxe (Nemocnice Karlovy Vary, online).

Indikace

- Vertebrogenní potíže funkční i na strukturálním podkladě
- Artróza kyčelního kloubu
- Skolióza u dětí do 15 let
- Bolesti kostrče nebo zevních pohlavních orgánů
- Bolestivá nebo nepravidelná menstruace
- Chybění menstruace
- Neprůchodnost vaječnicků
- Nedovyvinutá děloha nebo obrácená poloha dělohy
- Snaha o otěhotnění
- Opakované potraty
- Zácpa
- Inkontinence u žen
- Zlepšení kvality spermatu
- V těhotenství má tato metoda velký vliv na průběh porodu (Strusková a Novotná, 2007).

Praktické provádění

Na základě aspekčních a palpačních schopností sestavila paní Mojžíšová sestavu několika základních cviků, které nazývala „směšné cviky“ především pro jejich jednoduchost.

Cviků je celkem dvanáct, 10 + 2, poslední dva cviky jsou speciálně vymyšlené pro muže na zlepšení spermogramu. Vždy je nutné, aby cvičení této metody prováděl

školený fyzioterapeut, protože spolupráce fyzioterapeuta s lékařem je nutná a žádoucí (Strusková a Novotná, 2007).

Zásady pro správné provádění

- Cvičení by se mělo provádět na klidném a čistém místě
- Teplota v místnosti cca 20° Celsia
- Kvalitní cvičební podložka
- Cvičit by se mělo velmi pomalu
- Cvičení by nemělo vyvolávat bolest
- Necvičit dříve než 2 hodiny po jídle
- Žena by měla mít pozitivní přístup ke cvičení
- Mezi jednotlivými cviky by se měla dělat pauza alespoň 30s
- Dodržovat pitný režim
- Žena by se měla před cvičením (Strusková a Novotná, 2007).

Sestava cviků

Cvik č. 1

Pacient leží na zádech, pokrčí si obě dolní končetiny a obejmě je rukama. V této pozici přitahuje kolena i břicho tak, aby se odlepily hýždě od podložky. Po celou dobu pacient dýchá volně. Cílem je mobilizace čtvrtého a pátého bederního obratle a kosti křížové (Hnízdil et al., 1996)

Cvik č. 2

Cvik probíhá úplně stejně jako cvik číslo 1., ale pacient tlačí kolena do rukou s nádechem a při výdechu uvolní napětí a přitáhne kolena k břichu jako u cviku č. 1. Účinek je stejný, mobilizace čtvrtého a pátého bederního obratle a kosti křížové.

Cvik č. 3

Pacient leží v poloze na břiše, horní končetiny má upažená do abdukce v 90°, hlavu po otočenou na tu stranu, na které cvičí DK. Jednu dolní končetinu pokrčí v kolenní do 90° flexe, poté jí vysune do abdukce, položí ji na vnitřní kotník a sune ji až k podpaží, kam až to jde. V této pozici setrvá pár sekund a poté nohu vrátí zpět. Takto se prostřídají obě končetiny. Tímto cvikem si pacient může sám provádět automobilizaci SI skloubení (Hnízdil et al, 1996; Hnízdil, 2001; Strusková a Novotná, 2007).

Cvik č. 4

Pacient klečí na všech čtyřech končetinách, dlaně jsou opřeny o podložku a pod rameny, semiflexe v loktech, kolena na šířku ramen. Pacient provede nádech nosem a vyhrbí se do maxima, stáhne hýždě, bradu se snaží dát na hrudník, chvíli vydrží a s výdechem se propadne mezi kyčle a ramena. Cílem cviku je mobilizace hrudní a bederní páteře a protažení paravertebrálních svalů (Strusková a Novotná, 2007).

Cvik č. 5

Opět je pacient v poloze na čtyřech, mírně nadzvedne bérce nad zem. S nádechem vytočí hlavu i bérce nejdříve vlevo, kde chvíli setrvá, poté se s výdechem vrátí do původní polohy. Po krátké pauze provede totéž na druhou stranu. Cílem je mobilizace krční, hrudní i bederní páteře do lateroflexe (Strusková a Novotná, 2003; Hnízdil et al., 1996).

Cvik č. 6

Základní poloha je stejná jako při cviku č. 4 a 5, pacient klečí na všech čtyřech končetinách. Pacient se nadechne a provede zvednutí jedné paže, tak že oči stále sledují prsty ruky. S výdechem se vrací do základního postavení. Smyslem je mobilizace hrudní, krční i bederní páteře do rotace a protažení svalů prsních a šíjových.

Cviky 4, 5 a 6 můžeme provádět v různých polohách. Nejprve při opoře na dlaních, poté na předloktí a naposledy na zvýšené podložce, asi 20 až 30 cm vysoké.

Při opoře na dlaních dochází k mobilizaci hrudní a bederní páteře, při opoře na předloktí k mobilizaci hrudní páteře a na zvýšené podložce dochází k mobilizaci bederní páteře (Strusková a Novotná, 2007; Hnízdil et al., 1996, Hnízdil, 2001).

Cvik č. 7

Pacient leží na zádech, ruce volně podél těla, pokrčené nohy a mírně od sebe. Pomalu přitiskne bederní páteř k podložce, vtahuje pupík a stahuje hýžd'ové svaly k sobě. Celou dobu volně dýchá. Vydrží v zapnutí všech částí po dobu 6 vteřin, poté jen nadechne a při výdechu stáhne vše ještě víc a povolí. Důležité je cvičit tento cvik postupně, protože se nacvičuje hybný stereotyp pánve. Cílem je uvolnění bederní páteře a pánevního dna (Strusková a Novotná, 2007).

Cvik č. 8

Výchozí poloha je stejná jako při cviku č. 7. Pacient opět přitiskne bederní páteř k podložce, vtáhne břicho a podsadí pánev. Po celou dobu volně dýchá a drží napětí svalů a pomalu začne zvedat hýždě. Zada jsou po celou dobu cvičení rovná, nesmí se prohýbat. Účinek tohoto cviku je posílení břišních svalů, svalů hýžd'ových a obnova správného pohybového stereotypu pánve (Hnízdil et al., 1996).

Cvik č. 9

Při tomto cviku pacient leží na zádech má horní končetiny vzpažené a položené podél uší. Nejprve přitiskne bederní páteř k podložce, vtáhne břicho a volně dýchá, poté se vytahuje směrem za rukama vzhůru a směrem do pat dolů do maxima a s výdechem uvolní. Tímto cvičením se uvolňují paravertebrální svaly, svaly na horních i dolních končetinách a mobilizuje se oblast bederní páteře (Strusková a Novotná, 2007; Hnízdil et al. 1996).

Cvik č. 10

Tento cvik je ideální provádět s pomocí partnera nebo druhého člověka. Pacient leží na břiše, ruce složené pod hlavou a dolní končetiny volně natažené. Partner klečí vedle cvičícího, dá mu ruce na hýždě a jemným tlakem směrem kraniálně a laterálně mu klade

odpor. Pacient stáhne hýždě, volně dýchá a poté povolí. Při tomto cviku se posilují hýžděové svaly (Strusková a Novotná, 2007; Hnízdil, 2001)

Cvik č. 11

Pacient leží v poloze na zádech, horní končetiny má upažené do 90° abdukce v ramenním kloubu. Dolní končetiny má pokrčené a mírně od sebe. Pacient s nádechem přetáčí kolena na jednu a na druhou stranu střídavě, tak aby se kolena pokládala až na zem, ale pánev aby se nezvedala. Cílem tohoto cviku je mobilizace SI skloubení a protažení stabilizátorů kyčelního kloubu (Strusková a Novotná, 2007; Hnízdil, 2001).

Cvik č. 12

Pacient leží na boku, horní končetinu má pod hlavou a druhou rukou se opírá před tělem, kvůli lepší stabilizaci. Provádí unožení svchrní horní končetiny a volně dýchá. Cílem je mobilizace SI skloubení a zvýšení metabolismu v této oblasti. (Hnízdil et al, 1996).

Cviky č. 11 a č. 12 jsou především pro muže na zlepšení spermioqramu (Strusková a Novotná, 2007).

2 CÍL PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je zmapovat, zda má fyzioterapie vliv na průběh porodu u druhorodiček. Zaměřit se na informovanost těhotných žen o efektivitě cvičení k aktivaci pánevního dna a sestavit cvičební jednotku specifických cviků.

2.1 Výzkumná otázka

Jaký bude mít fyzioterapie vliv na průběh porodu u druhorodiček?

3 METODIKA

Pro tuto bakalářskou práci byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkum byl prováděn u čtyř těhotných žen. Pro získání všech potřebných dat bylo zapotřebí provést odběr anamnézy u všech pacientek. Dále jsem provedla statické vyšetření aspekci zezadu, zepředu a z boku. Mimo jiné jsem provedla i palpační vyšetření pánevního dna dle Tichého (Tichý, 2009), goniometrické vyšetření rozsahu pohybu v kyčelním kloubu a Trendelenburg- Duchennovu zkoušku (Haladová a Nechvátalová, 2010). Výzkum je zakončen výstupním kineziologickým rozbohem a palpačním vyšetřením pánevního dna, doplněným o rozhovory s pacientkami, kde zjišťuji, zda fyzioterapie měla vliv na průběh porodu. Všechny ženy jsou druhorodičky.

3.1 Charakteristika souboru

Pro tento výzkum byly vybrány čtyři těhotné ženy ve třetím trimestru těhotenství. Všechny ženy navštěvovaly kurz cvičení pro těhotné, který trval po dobu jednoho měsíce vždy třikrát v týdnu (celkem 12 sezení) 45 minut. Ženy jsou ve věkovém rozpětí 28 – 33 let. Těhotenství proběhla bez vážnějších komplikací a všechny měly termín porodu v polovině dubna. Všechny těhotné respondentky souhlasily se zveřejněním jejich nasbíraných dat podepsáním informovaného souhlasu (příloha č. 5).

3.2 Cvičební jednotka

Cviky byly prováděny ve skupinové terapii třikrát v týdnu vždy po 45 -ti minutách. Bylo použito Metody Ludmily Mojžíšové pod dohledem školené terapeutky, prvků z Feldenkraisovy metody, cvičení na míčích a cvičení k aktivaci pánevního dna.

Cvičební jednotka má celkem 12 cviků, která jsme během výzkumu střídaly jak podle potřeb těhotných žen, tak i podle smyslu cvičení.

Každá terapie začínala sedem a cvičením na velkém míči a končila relaxací a uvolněním pomocí prvků z Feldenkraisovy metody.

Celá sestava cviků je shrnuta ve cvičební jednotce – viz. příloha č. 6

4 VÝSLEDKY

4.1 Kazuistika č. 1

Osobní údaje

Těhotná respondentka: L. V.

Věk: 33 let

Výška: 178cm

Týden těhotenství: 34

Anamnéza

Nynější onemocnění – zácpa, delší hojení ran, tvorba křečových žil, tříselná kýla, tvrdnutí břicha a zvýšený svalový tonus v dolních končetinách

Rodinná anamnéza – bezvýznamná

Farmakologická anamnéza – léky na sníženou funkci štítné žlázy (Euthyrox a Jodis)

Gynekologická anamnéza – první porod před pěti lety, první menstruace ve 13 letech, žádné gynekologické operace

Alergologická anamnéza – vrozený atopický ekzém, senná rýma

Pracovní anamnéza – kancelářské zaměstnání, na mateřské dovolené od pátého měsíce

Sportovní anamnéza – závodně tanec (3krát v týdnu dvě hodiny), snowboard, cyklistika

Goniometrické vyšetření kyčelních kloubů

	PDK	LDK
Flexe	90°	90°
Extenze	30°	30°
Abdukce	60°	55°
Addukce	45°	45°
Vnitřní rotace	30°	30°
Zevní rotace	45°	40°

Vyšetření pánevního dna dle Tichého

Vyšetření bylo prováděno na boku vzhledem k vyššímu stupni těhotenství. Svalový tonus byl bilaterálně v normě, pouze v oblasti musculus levator ani byl palpačně mírně zvýšený hypertonus, v tomto případě jsem provedla postizometrickou relaxaci musculus levator ani. Pacientka měla palpačně citlivou kostrč.

Trendelenburg- Duchennova zkouška

Negativní.

Kineziologický rozbor

Zezadu:

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Pravý kotník valgózní	Beze změny
Zbytnělá pravá Achillova šlacha	Beze změny
Snížená laterální klenba vpravo	Beze změny
Levá podkolenní rýha výš	Beze změny
Levá subgluteální rýha výš	Obě subgluteální rýhy symetrické
Hypertonus v levém gluteu maximu	Hypotonus obou hýžd'ových svalů
Levá lopatka výš	Beze změny
Levé rameno výš	Beze změny

Zepředu:

Levý kotník valgózní	Beze změny
Levá patela výš	Beze změny
Levé stehno objemnější	Beze změny
Pupík se sbíhá k levé straně a dolů	Pupík spíše kaudálním směrem
Levá clavicula více zanořená	Beze změny
Levý prs výrazně větší než pravé	Oba prsy zbytnělé a zvětšené
Levé rameno výš	Beze změny

Z boku :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Předsun hlavy	Beze změny
Mírná krční lordóza	Beze změny
Oploštělá hrudní páteř	Beze změny
Mírná bederní lordóza	Beze změny
	Výrazná protrakce ramen

Průběh terapie

Terapie probíhala ve formě cvičení ve Fitness centru Holiday v Českých Budějovicích po dobu jednoho měsíce vždy třikrát v týdnu. Každé sezení trvalo 45 minut.

Na první terapii jsem pacientku seznámila s tím, jak terapie bude probíhat a dala jí podepsat informovaný souhlas.

Celkem proběhlo 12 terapií, během kterých jsme vystřídaly celou cvičební jednotku, jak podle potřeb těhotných žen, tak i podle smyslu cvičení.

Každá terapie začínala sedem na míči, kde jsme cvičily cviky číslo 1- 4. Tyto cviky jsme cvičily pokaždé z důvodu rozdýchání, uvolnění pánve a celkové malé rozcvičky. Poté, jsme cviky střídaly, v prvním týdnu (1.-3. terapie) jsme cvičily cviky 5 a 6, dokud ještě pacientky dokázaly udržet záda v rovině, na posledních terapiích jsme tyto cviky už vyřadily, z důvodu vysokého stupně těhotenství a zvyšující se bederní lordózy.

Poté jsme cvičily především cviky na aktivaci svalů pánevního dna – cviky číslo 7., 8., 9. a 10.

Na konci každé terapie jsme relaxovaly pomocí prvků z Feldenkraisovy metody – cviky číslo 11. a 12.

Konkrétně u této těhotné respondentky bylo cvičení snášeno velice dobře. Podle jejích slov se cítila „naprosto báječně“ po ukončení terapií. Největší úleva pro ni bylo cvičení na míčích, především u cviků č. 1. – 4. kde uvolňovala pánev. Obtížnější pro ni byl cvik č. 6 v kleku na čtyřech, z důvodu bederní lordózy a bolesti zad. Místo tohoto cviku pacientka pouze odpočívala buď v lehu na zádech, kdy pod kolena měla míč nebo v sedu na míči. Při prvním těhotenství cvičení zanedbávala, nyní byla na všech terapiích.

Subjektivní pocity pacientky

Při rozhovoru s první maminkou jsem se dozvěděla že, první porod i následná rekonvalescence nebyly úplně ideální – fyzická vyčerpanost, bolestivý nástřih hráze a dlouhé hojení. Při druhém těhotenství respondentka navštěvovala kurz cvičení pro těhotné a subjektivně zhodnotila pozitivní vliv cvičení na její organismus.

Celý rozhovor s respondentkou – viz. příloha č. 1

4.2 Kazuistika č. 2

Osobní údaje

Těhotná respondentka: E. G.

Věk: 29 let

Výška: 170 cm

Týden těhotenství: 36

Anamnéza

Nynější onemocnění – velice suchá pokožka, zácpa, praskání žilek, strie, tvrdnutí břicha, křeče v oblasti dolních končetin

Rodinná anamnéza – bezvýznamná

Farmakologická anamnéza – 0

Gynekologická anamnéza – předčasný porod před třemi lety, první menstruace ve 13 letech, žádné gynekologické operace

Alergologická anamnéza – pylové alergie

Pracovní anamnéza – nyní na mateřské dovolené, předtím kancelářské zaměstnání

Sportovní anamnéza – do 19 let sportovní aerobik a závodně tanec čtyřikrát v týdnu na dvě hodiny

Goniometrické vyšetření kyčelních kloubů

	PDK	LDK
Flexe	90°	90°
Extenze	20°	15°
Abdukce	50°	50°
Addukce	50°	50°
Vnitřní rotace	20°	20°
Zevní rotace	45°	40°

Vyšetření pánevního dna dle Tichého

Toto vyšetření bylo opět prováděno na boku, kvůli vyššímu stupni těhotenství. Pacientka měla palpačně citlivou kostrč, zvýšený svalový tonus nebyl palpačně nikde.

Trendelenbugr – Duchennova zkouška

Negativní.

Kineziologický rozbor

Zezadu :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Pravá Achillova šlacha zbytnělá	Beze změny
Levé lýtko více objemnější než pravé	Beze změny
Levá podkolenní rýha výš	Nyní obě podkolenní rýhy symetrické
Levá subgluteální rýha výš	Beze změny, hypotonus levého gluteu
Levá spina iliaca posterior superior výš	Beze změny
Levá taile více vykrojená než pravá → susp. insuficience bránice	Beze změny
Mediální okraj levé lopatky více prominuje	Beze změny
Levé rameno výš	Beze změny

Zepředu :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Levé lýtko celkově oteklé	Beze změny, oteklé oba kotníky
Mírně valgózní pately	Beze změny
Musculus rectus femoris na pravé straně v mírném hypertonu	Beze změny
Pravý prs větší než levý	Oba prsy zbytnělé
Pravá clavicula prominuje	Beze změny

Z boku :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Protrakce ramen	Beze změny
Oploštělá hrudní páteř	Beze změny
Mírná bederní lordóza	Výrazně vyhlazenější bederní lordóza
Mírná rekurvace kolenních kloubů	Beze změny

Průběh terapie

Terapie probíhala ve formě cvičení ve Fitness centru Holiday v Českých Budějovicích po dobu jednoho měsíce vždy třikrát v týdnu. Každé sezení trvalo 45 minut.

Na první terapii jsem pacientku seznámila s tím, jak terapie bude probíhat a dala jí podepsat informovaný souhlas.

Celkem bylo 12 terapií, během kterých jsme vystřídalily celou cvičební jednotku, jak podle potřeb těhotných žen, tak i podle smyslu cvičení.

Každá terapie začínala sedem na míči, kde jsme cvičily cviky číslo 1- 4. Tyto cviky jsme cvičily pokaždé z důvodu rozdýchání, uvolnění pánve a celkové malé rozcvičky. Poté, jsme cviky střídaly, v prvním týdnu (1.-3. terapie) jsme cvičily cviky 5 a 6, dokud ještě pacientky dokázaly udržet rovná záda, na posledních terapiích jsme tyto cviky už vyřadily, z důvodu vysokého stupně těhotenství a zvyšující se bederní lordóze.

Poté jsme cvičily především cviky na aktivaci svalů pánevního dna – cviky číslo 7., 8., 9. a 10.

Na konci každé terapie jsme relaxovaly pomocí prvků z Feldenkraisovy metody – cviky číslo 11. a 12.

Tato pacientka v průběhu terapie onemocněla, vynechala dvě terapie, při kterých jsme cvičily především cviky 7. a 8. k aktivaci svalů pánevního dna. Byla důsledně edukována k cvičení doma. Další cviky nebyly pro těhotnou respondentku žádný problém. Bederní lordóza u této pacientky nebyla výrazná a cvik číslo pět si cvičila do konce těhotenství i sama doma, cítila menší tlak v oblasti beder. Stejně jako u respondentky č.1 se cítila nejlépe při cvičení na míčích, sedělo se jí pohodlně a bylo to „uvolňující“ pro oblast pánve.

Subjektivní pocity pacientky

Druhá respondentka sportovala od mládí, ale během prvního těhotenství sportovní aktivity vynechala. Při druhém těhotenství se aktivně zapojila do cvičení a velmi pozitivně ohodnotila jeho účinek jak během porodu, tak i při rekonvalescenci v šestinedělí.

Celý rozhovor s respondentkou – viz. příloha č. 2

4.3 Kazuistika č. 3

Osobní údaje

Těhotná respondentka: L. A.

Věk: 34 let

Výška: 170 cm

Týden těhotenství: 35

Anamnéza

Nynější onemocnění – zácpa, bolesti v oblasti bederní páteře, které byly před těhotenstvím i během prvního těhotenství, křečové žíly, oteklé kotníky, nucení na močení

Rodinná anamnéza – bezvýznamná

Farmakologická anamnéza – 0

Gynekologická anamnéza – první porod před pěti lety, první menstruace skoro v 15ti letech

Alergologická anamnéza – 0

Pracovní anamnéza – kancelářské zaměstnání

Sportovní anamnéza – žádný sport závodně, pouze rekreačně cyklistika, lyže, běžky, turistika a podobně zhruba dvakrát v týdnu

Goniometrické vyšetření kyčelních kloubů

	PDK	LDK
Flexe	95°	90°
Extenze	20°	20°
Abdukce	45°	45°
Addukce	30°	30°
Vnitřní rotace	25°	25°
Zevní rotace	50°	40°

Vyšetření pánevního dna dle Tichého

Vyšetření bylo prováděno na boku, kvůli vyššímu stupni těhotenství. Pacientka byla palpačně citlivá při vyšetření paracoccygeálně tzn. v oblasti musculus levator ani a stabilizátorů kyčelního kloubu vlevo. Pacientce byla provedena postizometrická relaxace musculus levator ani.

Trendelenburg – Duchennova zkouška

Pozitivní Trendelenburgův příznak – pokles pánve na pravé straně

Kineziologický rozbor

Zezadu :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Snížená laterální podélná klenba vpravo	Beze změny
Levá podkolenní rýha delší než pravá	Beze změny
Hypertonus v levém gluteu maximu	Hypertonus v obou hýžd'ových svalech
Levá spina iliaca posterior superior výš mírně	Beze změny
Levá taile hlubší než vpravo	Beze změny
Mediální okraj levé lopatky prominuje	Beze změny
Hypertonus m.trapezius bilaterálně	Hypertonus v levém m.trapezius

Zepředu :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Kladívkovité prstce	Beze změny
Mírně valgózní pately	Beze změny
Levá spina illiaca anterior superior výš	Beze změny
Pravá clavicula více prominuje	Beze změny
Levé rameno výš	Beze změny
Osové postavení hlavy – mírná lateroflexe vpravo	Beze změny

Z boku:

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Předsun hlavy	Beze změny
Krční lordóza	Beze změny
„prosak“ měkkých tkání u C/Th přechodu	Beze změny
Protrakce ramen	Výrazná protrakce
Výrazná bederní hyperlordóza	Beze změny

Průběh terapie

Terapie probíhala ve formě cvičení ve Fitness centru Holiday v Českých Budějovicích po dobu jednoho měsíce vždy třikrát v týdnu. Každé sezení trvalo 45 minut.

Na první terapii jsem pacientku seznámila s tím, jak terapie bude probíhat a dala jí podepsat informovaný souhlas.

Celkem bylo 12 terapií, během kterých jsme vystřídaly celou cvičební jednotku, jak podle potřeb těhotných žen, tak i podle smyslu cvičení.

Každá terapie začínala sedem na míči, kde jsme cvičily cviky číslo 1- 4. Tyto cviky jsme cvičily pokaždé z důvodu rozdýchání, uvolnění pánve a celkové malé rozcvičky. Poté, jsme cviky střídaly, v prvním týdnu (1.-3. terapie) jsme cvičily cviky 5 a 6, dokud ještě pacientky dokázaly udržet neprohnutá záda, na posledních terapiích jsme tyto cviky už vyřadily, z důvodu vysokého stupně těhotenství a zvyšující se bederní lordóze.

Poté jsme cvičily především cviky na aktivaci svalů pánevního dna – cviky číslo 7., 8., 9. a 10.

Na konci každé terapie jsme relaxovaly pomocí prvků z Feldenkraisovy metody – cviky číslo 11. a 12.

Během všech terapií trpěla pacientka výraznými bolestmi v oblasti bederní páteře. Vynechala pouze jednu terapii, místo které byla na masáži a uvolnění bederní páteře pro těhotné. Poté se bolesti mírně zlepšily. Kvůli bolestem zad jsem s pacientkou mimo cvičební jednotku cvičila navíc cviky č. 5 a 6. a další z Metody Ludmily Mojžíšové, které na ni měly velice pozitivní účinek. K uvolnění beder pacientce velice pomohly cviky na míči, především cvik č. 2 a 4., a cviky dle Feldenkraisovy metody č. 11 a 12., na které byla pacientka edukována k cvičení doma.

Subjektivní pocity pacientky

Respondentka č. 3 nepocítovala výrazný fyzický efekt cvičení, ale uvědomovala si, že vzhledem k porodu a rekonvalescenci v šestinedělí pro ni bylo přínosné naučit se aktivně zapojovat svaly pánevního dna. Cvičením také zmírnila bolesti zad a přispělo jí k celkové fyzické i duševní pohodě.

Celý rozhovor s respondentkou – viz. příloha č. 3

4.4 Kazuistika č. 4

Osobní údaje

Těhotná respondentka: G. P.

Věk: 34

Výška: 165 cm

Týden těhotenství: 35

Anamnéza

Nynější onemocnění – neustálé nucení na močení, otýkání kotníků při dlouhém sezení, pálení žáhy, zácpa, tvrdnutí břicha

Rodinná anamnéza – bezvýznamná

Farmakologická anamnéza – Xyzal

Gynekologická anamnéza – první porod před třemi lety (2011) přirozenou cestu, první menstruace ve 13 letech

Alergologická anamnéza – senná rýma, alergie na pyly

Pracovní anamnéza – nyní na mateřské dovolené, před prvním potomkem pracovala ve společnosti na výrobu jogurtů a sýrů, po celý den především stála

Sportovní anamnéza – v dětství závodně plavala, poté sporty jen rekreačně – cyklistika, turistika a tenis – cca 4 hodiny týdně

Goniometrické vyšetření kyčelních kloubů

	PDK	LDK
Flexe	90°	90°
Extenze	15°	15°
Abdukce	40°	40°
Addukce	30°	25°
Vnitřní rotace	25°	25°
Zevní rotace	40°	35°

Vyšetření pánevního dna dle Tichého

Toto vyšetření bylo opět prováděno na boku, kvůli vyššímu stupni těhotenství. Pacientka měla palpačně citlivou kostrč a byla jí provedena postizometrická relaxace na musculus levator ani.

Trendelenburg – Duchennova zkouška

Pozitivní Trendelenburgův příznak – pokles pánve na pravé straně

Kineziologický rozbor

Ze zadu :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Pravá Achillova šlacha zbytnělá	Beze změny
Valgózní kotníky	Pravý kotník více oteklý

Pravé lýtko oteklé	Beze změny
Pravá subgluteální rýha delší	Beze změny
Levá subgluteální rýha více zanořená a výš	Beze změny
Mírný hypertonus m.gluteus maximus vlevo	Hypotonus pravého gluteu
Pravá taile větší	Beze změny
Insuficience bránice vpravo susp.	Beze změny
Levý m.trapezius v hypertonu	Hypertonus musculus trapezius bilaterálně
Levé rameno výš	Levé rameno nepatrně výš než pravé

Zepředu :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Levé koleno výš	Beze změny
Mírná rekurvace levého kolene	Beze změny
Pupík směrem do leva a dolů	Beze změny
Pravá taile větší	Beze změny
Levý prs větší a postavený kraniálněji	Oba prsy zbytnělé, levý stále více kraniálněji
Levé rameno výš	Nepatrně výš levé rameno než pravé

Z boku :

VSTUPNÍ	VÝSTUPNÍ
Mírná rekurvace kolen	Beze změny
Bederní lordóza	Výrazně menší
Oploštělá hrudní kyfóza	Beze změny
Výrazný C/Th přechod	Beze změny
Ramena v protrakci	Beze změny
Mírný předsun hlavy	Beze změny

Průběh terapie

Terapie probíhala ve formě cvičení ve Fitness centru Holiday v Českých Budějovicích po dobu jednoho měsíce vždy třikrát v týdnu. Každé sezení trvalo 45 minut.

Na první terapii jsem pacientku seznámila s tím, jak terapie bude probíhat a dala jí podepsat informovaný souhlas.

Celkem bylo 12 terapií, během kterých jsme vystřídaly celou cvičební jednotku, jak podle potřeb těhotných žen, tak i podle smyslu cvičení.

Každá terapie začínala sedem na míči, kde jsme cvičily cviky číslo 1- 4. Tyto cviky jsme cvičily pokaždé z důvodu rozdýchání, uvolnění pánve a celkové malé rozcvičky. Poté, jsme cviky střídaly, v prvním týdnu (1.- 3. terapie) jsme cvičily cviky 5 a 6, dokud

ještě pacientky dokázaly udržet rovná záda, na posledních terapiích jsme tyto cviky už vyřadily, z důvodu vysokého stupně těhotenství a zvyšující se bederní lordóze.

Poté jsme cvičily především cviky na aktivaci svalů pánevního dna – cviky číslo 7., 8., 9. a 10.

Na konci každé terapie jsme relaxovaly pomocí prvků z Feldenkraisovy metody – cviky číslo 11. a 12.

U této respondentky proběhly všechny terapie bez problému. Žádný cvik pro ni nebyl problém a cítila se dobře. Cvičila aktivaci svalů pánevního dna i sama doma každý den cca 5 minut.

Subjektivní pocity pacientky

Tato maminka ohodnotila cvičení kladně, hlavně v ohledu na aktivaci svalů pánevního dna, které jí podle jejích slov, výrazně pomohlo k urychlení porodu. Domnívá se, že díky cvičení byl celý průběh porodu plynulejší a takzvaně „hladší“.

Celý rozhovor s respondentkou – viz. příloha č. 4

5 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce je zhodnotit, zda má fyzioterapie, přesněji aktivace svalů pánevního dna, vliv na průběh porodu u druhorodiček. Mnoho autorů se věnuje změnám v těhotenství a graviditě celkově, ale málokterý z nich se věnuje pohybovým aktivitám. Nejvíce se tímto tématem zabývá Bejdáková (2006), Vitíková (2007), Beránková (2002) a Kolář (2009). Kolář (2009) se nejvíce zaměřuje na zlepšení fyzické i psychické kondice těhotných žen, kdy se také věnuje aktivaci svalů pánevního dna, s čímž souhlasí jak Vitíková (2007), tak i Beránková (2002). Bejdáková (2006) hodně popisuje sporty, které jsou vhodné v těhotenství a jejich možná rizika.

Pro vypracování své bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum u čtyř respondentek ve věku od 28 do 33 let. Všechny byly druhorodičky a na začátku terapie byly ve třetím trimestru těhotenství. Na začátku i na konci terapie byl respondentkám odebrán kineziologický rozbor. Spolu s tím jsem provedla rozhovory se všemi pacientkami, abych zjistila jejich subjektivní názory a motivaci ke cvičení, které probíhalo třikrát v týdnu po dobu jednoho měsíce (celkem 12 terapií).

Respondetka č. 1 snášela cvičení velice dobře. Největší úlevou pro ni byly cviky na míčích, při kterých docházelo k uvolnění pánve. Z důvodu bederní hyperlordózy byl pro respondentku obtížný cvik č. 5. Při prvním těhotenství cvičení zanedbávala, nyní se zúčastnila všech terapií. Subjektivně zhodnotila pozitivní vliv cvičení na její organismus.

Probandka č. 2 v průběhu výzkumu onemocněla a vynechala dvě terapie. Byla důsledně edukována ke cvičení doma. Všechny cviky zvládala bez obtíží a subjektivně zhodnotila pozitivní účinek aktivace svalů pánevního dna při porodu.

Pacientka č. 3 trpěla výraznými bolestmi v oblasti bederní páteře. S ohledem na tuto skutečnost jsme cvičili navíc další cviky z metody Ludmily Mojžíšové, které si pacientka cvičila i doma a měly na ní pozitivní účinek. Dle slov respondentky bylo přínosné naučit se zapojit svaly pánevního dna, které využila v průběhu porodu.

U respondentky č. 4 proběhly všechny terapie bez problémů. Navštívila všechny terapie a byla edukována k aktivaci svalů pánevního dna i v domácím prostředí. Domnívá se, že díky cvičení, byl průběh porodu plynulejší a rychlejší. Zajímavé u této respondentky byla reakce gynekologa na dotaz ohledně cvičení pro těhotné. Gynekolog byl zastáncem názoru, že žena jako druhorodička má ve všem jasno a nepotřebuje žádnou radu, což není dle mého názoru správný přístup.

U všech pacientek byla při vstupním vyšetření palpační citlivost v oblasti pánevního dna, především v oblasti musculus levator ani. Dvěma respondentkám byla provedena postizometrická relaxace musculus levator ani. U všech pacientek byl příbytek na váze do 12 kg, tudíž souhlasím s názorem Roztočila (2008), který tvrdí, že nárůst na váze se pohybuje od 12 – 15 kg. Veškeré cviky, které byly s pacientkami prováděny, jsem fotograficky zdokumentovala. Pacientky č. 3 a 4 fotografickou dokumentaci z osobních důvodů odmítly.

Po vyhodnocení terapií s těhotnými ženami považuji svůj cíl práce za splněný. U zkoumaných probandů byl subjektivně patrný lepší průběh porodu, a proto se domnívám, že aplikace fyzioterapie měla u daných jedinců pozitivní vliv. Kvůli nízkému počtu respondentek nelze jednoznačně určit, zda lze výsledky mého výzkumu generalizovat na všechny těhotné ženy.

Výstupem z této bakalářské práce je cvičební jednotka specifických cviků (viz. příloha č. 6), která může být využita jako studijní materiál pro zdravotnické pracovníky a také může sloužit k lepší informovanosti těhotných žen.

6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem, zda má fyzioterapie, přesněji aktivace svalů pánevního dna, vliv na průběh porodu u druhorodiček. Vycházela jsem z teoretických poznatků a odborné literatury, které jsou vymezeny v teoretické části. V rámci praktické části jsem sestavila cvičební jednotku specifických cviků a cvičila s probandkami třikrát v týdnu po dobu jednoho měsíce. Vstupní a výstupní kineziologické vyšetření jsem zpracovala ve formě kazuistik doplněných o rozhovory s pacientkami po porodu.

Všechny respondentky subjektivně projevíly názor, že aktivace svalů pánevního dna jim pomohla při porodu. Dle jejich slov, byl porod plynulejší a rychlejší. Osobně se přikláním k názoru, že pohybová aktivita v těhotenství je přínosná a žádoucí. Mnoho autorů se zabývá vývojem dítěte, ale většina z nich zapomíná na fakt, že pokud bude spokojená matka, bude i dítě. Nepříjemné bolesti a pocity mohou matku špatně psychicky ovlivňovat a proto je důležité po celou dobu těhotenství ženu udržovat ve stále psychické i fyzické pohodě.

Závěrem bych ráda řekla, že považuji svůj cíl práce za splněný. Pouze bych připomněla, že z důvodu nízkého počtu zkoumaných respondentek nelze jednoznačně vyhodnotit, zda bude použití fyzioterapie úspěšné pro všechny těhotné ženy.

Věřím, že tato bakalářská práce se může stát podkladem pro klinickou praxi fyzioterapeutů, nebo může sloužit jako edukační a informační materiál pro těhotné ženy.

Jediný problém, se kterým jsem se setkala při psaní své bakalářské práce, byl ten, že na trhu je nedostatek odborné literatury. Knih o těhotenství a porodu je mnoho, ale bohužel, málokterý autor se zmiňuje o pravidelné pohybové aktivitě v těhotenství.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- [1] ANONYMUS. *Metoda Ludmily Mojžíšové*, Nemocnice v Karlových Varech [online]. [cit. 2014-04-2]. Dostupné z: <http://www.nemkv.cz/680-metoda-ludmily-mojzisove.html>
- [2] BEJDÁKOVÁ, J. *Cvičení a sport v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1214-8.
- [3] BERÁNKOVÁ, B. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-231-1.
- [4] BRECKWOLDT, M. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osvěta, 1996. ISBN 80-88824-56-7.
- [5] CITTERBART, K. *Gynekologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0318-7.
- [6] ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kolektiv. *Porodnictví* 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN: 80-247-1313-9.
- [7] ČIHÁK, R. *Anatomie 1, 2. Upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-7169-970-5.
- [8] DOBEŠ A DOBEŠOVÁ. *Cvičíme na velkém míči*. Dominga, 2008. ISBN 80-90222-0-X.
- [9] DOČKALOVÁ, J. *Cvičení v těhotenství -1. část*. Ordinace.cz [online]. 2014 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/cviceni-v-tehotenstvi-1-cast>
- [10] DUMAULIN, Ch. *Cvičíme v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-078-X.
- [11] HALADOVÁ, E., NECHVÁTALOVÁ, L. *Vyšetřovací metody hybného systému*. Brno: NCO, NZO, 2010. ISBN: 978-80-7013-516-7.
- [12] HNÍZDIL, J. et al, *Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové*. Praha: Grada, 1996. ISBN: 80-7169-187-9.

- [13] HNÍZDIL, J. *Cvičení při bolestech zad*. Praha: Triton, 2001. ISBN: 80-7254-201-X.
- [14] HOLAŇOVÁ, R. KRHUT, J., MURAŇOVÁ, I., *Funkční vyšetření pánevního dna*. Pro lékaře.cz [online]. 2007 [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://prolekare.cz/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi-clanek/funkcni-vysetreni-panevniho-dna-1842>
- [15] HOLÁ, M. *Přínos cvičení v těhotenství*. Těhotenství zdravě.cz [online], 2009 [cit. 2014-04-09] Dostupné z: <http://www.tehotenstvi.zdrave.cz/prinos-cviceni-v-tehotenstvi>
- [16] HUJOVÁ, A. Těhotenství a porod. *Pacientské listy*. 2010. Praha: Mladá fronta a.s. č. 7, s. 4- 6. ISSN: 0044 - 1996
- [17] CHRASTILOVÁ, G. *Nástřih hráze u porodu vyvolává řadu otázek*. Baby web.cz [online]. 2014 [cit. 2014-04-1]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/nastrih-hraze-u-porodu-vyvolava-radu-otazek>
- [18] JIRÁSKOVÁ, V. *Epiziotomie (chirurgický nástřih)*. AZ RODINA.CZ [online]. 2005 [cit. 2014-04-1]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/789-epiziotomie-chirurgicky-nastrih>
- [19] KAŠÍKOVÁ, E. Pánevní dno a porod. *Moderní babičtví*. 2008. Praha: LEVRET s.r.o. č. 16, s. 22- 25. ISSN: 1214-5572.
- [20] KOBILKOVÁ, J. et al, *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN: 80-7262-315-X.
- [21] KOLÁŘ, P. et al, *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN: 978-80-7262-657-1.
- [22] KOPŘIVOVÁ, D. Cvičení v těhotenství. *Moderní babičtví*. 2007. Praha: LEVRET s.r.o. č. 12, s. 16- 18. ISSN: 1214-5572.
- [23] MACKŮ, F., ČECH, E. *Gynekologie*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN: 80-7333001-6.
- [24] MACKŮ, F., ČECH, E. *Porodnictví*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN: 80-86073-92-0.

- [25] MAREK, J. et al, *Syndrom kostrče a pánevního dna*. Praha: Triton, 2000. ISBN: 80-7254-137-4.
- [26] MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. Brno: Computer Press, 2004. ISBN: 80-251-0205-X.
- [27] MOREIRA, V. *Těhotenské strie- postrah budoucích maminek*. Těhotenství zdravě.cz [online], 2009. [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.tehotenstvi.zdrave.cz/tehotenske-strie>
- [28] NETTER, F. *Netterův anatomický atlas člověka*. Brno: Computer Press, 2010. ISBN: 978-80-251-2248-8.
- [29] PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Brno: Cerm, 2003. ISBN: 80-7204-312-9.
- [30] RABE, T. *Memorix/Gynekologie*. Weinheim: Ed. Medizin, VCH, 1992. ISBN: 80-85526-25-5.
- [31] ROZTOČIL, A. et al, *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN: 978-80-247-1941-2.
- [32] RYWERANT, Y. *Feldenkraisova metoda: Systém funkční integrace*. Praha: Pragma, 1983. ISBN: 987-80-7349-134-5.
- [33] SIKOROVÁ, L. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2006. ISBN: 80-251-1202-0.
- [34] SKALKA, P. *Možnosti léčebné rehabilitace v léčbě močové inkontinence*. Solen [online]. 2002, č. 3 [cit. 2014-03-11]. ISSN: 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2002/03/02.pdf>
- [35] STRUSKOVÁ, O., NOVOTNÁ, J. *Metoda Ludmily Mojžíšové*. XYZ, 2007. ISBN: 80-87021-68-1.
- [36] STAŇKOVÁ, V. *6 základních cviků na míči pro těhotné: Zvládnete i vy!* Zena.centrum.cz [online]. 2013 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.zena.centrum.cz/deti/clanek.phtml?id=783206>
- [37] ŠPLÍCHALOVÁ, S. *Pilates a pánevní dno*. Cviceni pilates.cz [online]. 2013 [cit. 2014-04-5]. Dostupné z: <http://www.cvicenipilates.cz/o-metode-pilates/pilates-a-panevni-dno/>

- [38] TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu II. Pánev*. 2.vyd. Praha: Nakladatelství Miroslav Tichý, 2009. ISBN: 80-239-7742-4.
- [39] TYRLÍK, M., JELÍNKOVÁ, J., KUKLA, L. *Aspekty pozitivního prožívání těhotenství*. Pro lékaře.cz [online]. 2004 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/aspekty-pozitivniho-prozivani-tehotenstvi-28310>
- [40] VOLEJNÍKOVÁ, H. History The Mojzis method. *The Mojzis method and Infertility Treatment* [online]. 2007 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://mojzis-methods.com/cvmojzis.php>
- [41] VITÍKOVÁ, R. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. Praha: Galén, 2007. ISBN: 978-80-7262-409-6.
- [42] WINKLER, J., HRDINOVÁ, J., KUKLA, L. *Mateřské pouto a zdravý životní styl v těhotenství*. Pro lékaře.cz [online]. 2000 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/matenske-pouto-a-azdravy-zivotni-styl-v-tehotenstvi-25913>

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Rozhovor s respondentkou č. 1

Příloha č. 2: Rozhovor s respondentkou č. 2

Příloha č. 3: Rozhovor s respondentkou č. 3

Příloha č. 4: Rozhovor s respondentkou č. 4

Příloha č. 5: Informovaný souhlas

Příloha č. 6: Cvičební jednotka

Příloha č. 7: Sed na velkém míči, dýchání

Příloha č. 8: Sed na velkém míči, kroužení pánví

Příloha č. 9: Sed na míči, pohyb pánví laterolaterálně

Příloha č. 10: Sed na míči, s výdechem předklon přes kulatá záda

Příloha č. 11: Klek s oporou na čtyřech s výdechem vyhrbení páteře – metoda Ludmily Mojžíšové

Příloha č. 12: Klek s oporou na čtyřech, s výdechem pohyb bércei do strany – metoda Ludmily Mojžíšové

Příloha č. 13: Leh na zádech, s výdechem aktivace svalů pánevního dna

Příloha č. 14: Leh na zádech, overball mezi kolena, s výdechem aktivace svalů pánevního dna a stlačení overballu

Příloha č. 15: Leh na zádech s velkým míčem pod nohama, relaxace

Příloha č. 16: Leh na zádech, s výdechem pohyb pánví – metoda Ludmily Mojžíšové

Příloha č. 17: Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, zatlačení do podložky a pohyb směrem za palcem – Feldenkraisova metoda

Příloha č. 18: Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené a překlápění kolen ze strany na stranu – Feldenkraisova metoda

Příloha č. 1

Rozhovor kazuistika č. 1

Jak jste se dostala k tomuto kurzu cvičení pro těhotné?

„Dozvěděla jsem se o něm od mých kamarádek, které byly velice spokojené. Cvičily před těhotenstvím pilates a když byly v jiném stavu tak, nechtěly zůstat bez pohybu, tudíž cvičení v těhotenství bylo jedinou alternativou.“

Co Vás motivovalo ke cvičení?

„Chtěla jsem pro své malé a sebe udělat maximum. Myslím si, že cvičení udržuje maminky v dobré psychické a fyzické pohodě.“

Cítila jste se při tomto těhotenství jinak než při prvním?

„Určitě rozhodně ano. Nyní jsem se cítila celkově klidnější, nebyla jsem už tak „vyplašená“ z toho co přijde. Už jsem věděla, do čeho jdu.“

Při prvním těhotenství jste necvičila, nyní ano, cítíte, že to na Vás mělo „pozitivní“ vliv?

„Určitě se cítím mnohem lépe, snažila jsem se dělat vše pro svou lepší kondici.“

Po absolvování cvičení pro těhotné, cítíte, že průběh porodu byl jiný než při prvním porodu?

„Přijde mi, že jsem to celkově lépe zvládla, byla jsem připravená a především jsem se už tolik nebála. Můj první porod trval skoro 24hodin a byla jsem při něm naprosto vyčerpaná, nevěděla jsem, co a jak mám dělat, kdy mám a nemám tlačit. Nástřih hráze byl při prvním porodu opravdu nutný, u tohoto druhého jsem si myslela, že to ani třeba nebude. Nakonec pan doktor nástřih provedl, ale opravdu malý, skoro vůbec to necítím.“

Myslím si, že v tomto ohledu měla na mě velice pozitivní účinek edukace masáže hráže pro doma.“

Konzultovala jste cvičení i se svým gynekologem? Co Vám k tomu řekl?

„Ano, ptala jsem se své gynekoložky, která mi cvičení vřele doporučila.“

Věděla jste o možnostech cvičení v těhotenství i před tímto kurzem?

„Věděla, ale neměla jsem dostatečné informace, čas ani náladu, to se vám přiznám. Při prvním těhotenství jsem cvičení nevěnovala vůbec pozornost a můžu vám říct, že jsem si i myslela, že je to na nic. Při druhém těhotenství jsem se na popud kamarádek začala více zajímat a udělala jsem nejlépe, jak jsem mohla. Opravdu se mi to vše vrátilo. To jak se cítím teď, je nesrovnatelné s tím, jak jsem se cítila po prvním porodu.“

Myslíte si, že aktivace svalů pánevního dna Vám pomohla při porodu? Budete ho posilovat i nadále?

„Řekla bych, že mi pomohla velmi. Celkově cvičení. Rozhodně ho budu cvičit i doma dále.“

Doporučila byste cvičení v těhotenství dalším zájemkyním?

„Rozhodně doporučím cvičení všem svým kamarádkám a známým.“

Jaký je Váš osobní názor na pohybové aktivity v těhotenství?

„Myslím si, že pohyb v těhotenství je prospěšný pro maminku i dítě. Neměly bychom být pasivní. Není dobré být bez pohybu, avšak nic se nemá přehánět, a toto cvičení je přizpůsobeno právě na podmínky těhotenství, takže se nemusíme bát, že bychom miminku nějak ublížily.“

Příloha č. 2

Rozhovor kazuistika č. 2

Jak jste se dostala ke kurzu cvičení pro těhotné?

„Chodím na gynekologii do Lékařského domu na Lidické ulici a tam byly poležené letáčky, na kterých byla maminka s bříškem a miminko. Letáček mě zaujal, tak jsem si jeden vzala a tam byla nabídka k tomuto cvičení, tak jsem to šla prostě vyzkoušet.“

Co Vás motivovalo ke cvičení?

„Od dětství jsem sportovala a jsem na sport a cvičení zvyklá. Při prvním těhotenství jsem se příliš bála, a abych řekla pravdu, byla jsem líná cokoliv dělat. Nyní při druhém těhotenství mě tak trošku přesvědčil manžel, ale sama jsem věděla, že se chci zase hýbat.“

Cítila jste se při tomto těhotenství jinak než při prvním?

„Rozhodně ano. Prvně jsem byla taková vyjukaná, nevěděla jsem co se to se mnou vlastně děje. Teď už jsem byla jistější, řekněme, že už v tom umím chodit ☺.“

Při prvním těhotenství jste necvičila, nyní ano, cítíte, že to na Vás mělo „pozitivní“ vliv?

„Cítím se prostě dobře. Říkám si ale, že jsem měla cvičit už při prvním těhotenství, protože když to teď můžu porovnat, je to opravdu rozdíl. Celkově jsem při cvičení měla velice dobrý pocit, jak fyzicky tak i psychicky. Mám doma už jednoho malého čertíka a vypadnout na chvílku, odpočinout si a zároveň se protáhnout a zacvičit bylo přesně to, co jsem potřebovala.“

**Když jste nyní cvičila, cítíte, že průběh porodu byl jiný než při prvním porodu?
V čem a jak?**

„Myslím si, že ano. Cviky, které jsme dělaly, mi ulevovaly od bolestí zad a cvičení na míči jsem použila těsně před porodem a v předporodní fázi. Hlavně cvik na míči s kroužením pánve, tam jsem cítila, jak se mi to všechno pěkně uvolňuje. Jinak si myslím, že posilování svalů pánevního dna mi také pomohlo, ale spíš si myslím, že než při porodu, tak mi pomůže nyní v šestinedělí, že rekonvalescence bude lepší a rychlejší.“

Konzultovala jste možnost cvičení i se svým gynekologem? Co Vám k tomu řekl?

„Ano, konzultovala jsem to s paní doktorkou a neměla jedinou námitku. Jen mi řekla ať, jsem na sebe opatrná.“

Věděla jste o možnostech cvičení v těhotenství i před tímto kurzem?

„Věděla, ale jen okrajově. Při prvním těhotenství jsem se o to nijak nezajímala, ale říkala mi o tom kamarádka, která s tím má právě velice dobré zkušenosti.“

Myslíte si, že aktivace svalů pánevního dna Vám pomohla při porodu? Budete ho posilovat i nadále?

„Posilovat nadále ho určitě budu, především teď v šestinedělí, aby rekonvalescence byla rychlejší. Využiju i polohu na břicho pro rychlejší zavinování dělohy. Při porodu přesně nevím, zda mi aktivace svalů pomohla. Možná, když si zpětně vzpomenu, porod jsem uměla lépe kontrolovat a je dost možné, že se tím i urychlila vypuzovací fáze. A hráz mám nastříhnutou jen trošku, což si myslím, že je především ze cvičení svalů pánevního dna.“

Doporučila byste cvičení v těhotenství i dalším zájemkyním?

„Určitě, doporučila jsem to své sestře, která je nyní v začátku těhotenství.“

Jaký je Váš osobní názor na pohybové aktivity v těhotenství?

„Já jsem jediné pro. Třeba já jsem sportovec tělem i duší. Když se zpětně ohlédnu, vůbec nechápu, jak jsem mohla během prvního těhotenství necvičit. Myslím si, že cvičení působí velice dobře jak na matku, tak i na dítě. Je samozřejmé ale, že když žena nedělá žádný sport ani rekreačně, je podle mého hloupost začít cvičit v těhotenství. Nic by se nemělo přehánět.“

Příloha č. 3

Rozhovor kazuistika č. 3

Jak jste se dostala k tomuto kurzu cvičení pro těhotné?

„O cvičení jsem se dozvěděla ve Fitness centru Holiday, kde jsem navštěvovala i jiná cvičení v době před těhotenstvím. Velice mě potěšilo, že je možnost navštěvovat specializované cvičení pro těhotné pod vedením kvalifikované cvičitelky.“

Co Vás motivovalo ke cvičení?

„Myslím si, že jakákoliv pohybová aktivita v době těhotenství je prospěšná fyzicky i psychicky. Naučila jsem se různé cviky, které můžu praktikovat i doma za pomoci jednoduchých pomůcek, jako je obyčejná cvičební podložka nebo gymnastický míč. Po prvním porodu jsem se rozhodla, že toto těhotenství zkusím prožít jinak, trochu více aktivněji a budu se věnovat pohybu. Když s jedním malým capartem mám doma pohybu také až dost.“

Cítila jste se při tomto těhotenství jinak než při prvním?

„Druhé těhotenství bylo téměř stejné jako to první. Veškeré obtíže, jako jsou nevolnosti, ospalost a podobně mi zmizely hned po skončení prvního trimestru, druhý trimestr proběhl v klidu a při třetím jsem opět začala mít bolesti v bederní oblasti, stejně jako u prvního těhotenství.“

Při prvním těhotenství jste necvičila, nyní ano, cítíte, že to na Vás mělo „pozitivní“ vliv?

„Po fyzické stránce jsem výrazný efekt oproti prvnímu těhotenství nepocítovala. Ale myslím si, že kdybych necvičila, tak obtíže spojené s bolestmi zad by byly mnohem větší.“

Když jste nyní cvičila, cítíte, že průběh porodu byl jiný než při prvním porodu?

„Druhý porod proběhl standardně v termíny a bez komplikací. Myslím si, že díky cvičení jsem uměla více zapojovat svalstvo pánevního dna a tím možná i porod trochu urychlit. Také pomocí cviků na míčích jsem zvládla lépe předporodní dobu a zmírnila bolesti v oblasti beder.“

Konzultovala jste možnost cvičení i se svým gynekologem? Co Vám k tomu řekl?

„Cvičení jsem samozřejmě konzultovala a bylo schváleno a doporučováno.“

Věděla jste o možnostech cvičení v těhotenství i před tímto kurzem?

„O tomto kurzu jsem nevěděla a potěšilo mě, že jsem se mohla zúčastnit.“

Myslíte si, že aktivace svalů pánevního dna Vám pomohla při porodu? Budete ho posilovat i nadále?

„Myslím si, že ano a ve cvičení mám v plánu pokračovat i doma jakmile to bude jen možné.“

Doporučila byste cvičení v těhotenství dalším zájemkyním?

„Určitě toto cvičení doporučím. Velice mě to zaujalo a líbilo se mi.“

Jaký je Váš osobní názor na pohybové aktivity v těhotenství?

„Veškerá pohybová aktivita je pro každého člověka přínosná. Těhotenství přeci není nemoc, a proto nevidím jediný důvod se jakkoliv pohybu bránit, pokud samozřejmě těhotenství probíhá standardně a bez komplikací. V dobrém kolektivu mě to navíc velice bavilo. Myslím, že jsem se naučila dost zajímavých a užitečných věcí.“

Příloha č. 4

Rozhovor kazuistika č.4

Jak jste se dostala k tomuto kurzu cvičení pro těhotné?

„K tomuto kurzu jsem se dostala přes jednu kamarádku, která si ho nemohla vynachválit. Sice jsem byla podruhé těhotná, ale chtěla jsem zkusit zase něco nového.“

Co Vás motivovalo ke cvičení?

„Ke cvičení mě motivoval především kamarádčin porod, který podle jejích slov probíhal „jako víno“ a ona to přisuzovala hlavně cvičení. Můj první porod rozhodně „jako víno“ neprobíhal, tak jsem si řekla, že to zkusím.“

Cítila jste se při tomto těhotenství jinak než při prvním?

„Při prvním těhotenství jsem se cítila velice dobře, žádné ranní nevolnosti ani jiné problémy, při druhém těhotenství tomu bylo stejně tak. Podle sebe bych mohla být těhotná celý život.“

Při prvním těhotenství jste necvičila, nyní ano, cítíte, že to na Vás mělo „pozitivní“ vliv?

„Mému tělu to prospívalo fyzicky i psychicky. Myslím, že mi prospěl i kontakt s ostatními maminkami, které byly stejně nalazené jako já. Vždy jsme probraly, co se dalo, a já měla dobrý pocit, z toho, že je na tom někdo stejně jako já a rozumí mi.“

Když jste nyní cvičila, cítíte, že průběh porodu byl jiný než při prvním porodu? V čem a jak?

„Jestli, byl druhý porod lepší, si nejsem jistá, oba porody jsem měla vyvolávané, kdy jsem na první čekala tři dny a na druhý skoro dva. První porod trval cca 8hodin,

druhý už jen čtyři, ale zato byl výživnější. Hned po porodu jsem ale necítila žádnou únavu, jen úlevu, že už je to za mnou.“

Konzultovala jste možnost cvičení i se svým gynekologem? Co Vám k tomu řekl?

„Můj gynekolog cvičení vůbec nekomentoval. Byl zastáncem toho názoru, že jsem přece už druhorodička, která všechno ví, zná a vše si pamatuje. O tomto názoru byl přesvědčen pouze on, já až zas tak ne.“

Věděla jste o možnostech cvičení i před tímto kurzem?

„O možnostech cvičení jsem věděla hlavně z časopisů.“

Myslíte si, že aktivace svalů pánevního dna Vám pomohla při porodu? Budete ho posilovat i nadále?

„Ano, jak jsem už říkala, můj druhý porod byl rychlejší a myslím si, že je to zásluha i cvičení pánevního dna. Měla jsem pocit, že průběh je takový „hladší“.“

Doporučila byste cvičení v těhotenství i dalším zájemkyním?

„Těhotenské cvičení jsem doporučila spoustě kamarádek, protože v mém okolí je hodně budoucích maminek v očekávání. Při každé vzpomínce na porod a narození mých dětí se mi zachvěje srdce i hlas. Je to nejkrásnější chvíle a myslím si, že cvičení působí velice dobře na to takzvané mateřské pouto a to je velice důležité.“

Jaký je Váš osobní názor na pohybové aktivity v těhotenství?

„Pohybovou aktivitu budoucích maminek jen schvaluji. I my s manželem žijeme aktivním životem, a dokud sama maminka s bříškem může je to jen dobře. Samozřejmě vyvarovat se adrenalinovým sportům.“

Příloha č. 5

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já (vyšetřovaná osoba) tímto souhlasím, že studentka, Veronika Chrátková, Fyzioterapie, Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích může ve své bakalářské práci použít veškeré fakta zjištěná při vyšetření a terapii. Souhlasím, že bude použita i fotografická dokumentace, která byla zhotovena během terapií.

Podpis vyšetřované osoby:

V Českých Budějovicích dne:

Příloha č. 6

Sestava cviků:

1. Sed na velkém míči a pouze dýchání (příloha č. 7)
2. Sed na velkém míči a kroužení pánví (příloha č. 8)
3. Sed na velkém míči a pohyb pánví laterolaterálně (příloha č. 9)
4. Sed na míči, s výdechem předklon přes kulatá záda (příloha č. 10)
5. Klek na všech čtyřech s výdechem vyhrbení páteře – metoda Ludmily Mojžíšové (příloha č. 11)
6. Klek na všech čtyřech, s výdechem pohyb bérce do strany – metoda Ludmily Mojžíšové (příloha č. 12)
7. Leh na zádech – s výdechem aktivace svalů pánevního dna (příloha č. 13)
8. Leh na zádech s overballem mezi kolena, s výdechem stlačení overballu a aktivace svalů pánevního dna (příloha č. 14)
9. Leh na zádech s velkým míčem pod nohama, kolena od sebe paty k sobě, relaxace (příloha č. 15).
10. Leh na zádech s výdechem pohyb pánví – metoda Ludmily Mojžíšové (příloha č. 16)
11. Prvky z Feldenkraisovy metody – leh na zádech s pokrčenými dolními končetinami, zatlačení patou do podložky a pohyb směrem za palcem (příloha č. 17)
12. Prvky z Feldenkraisovy metody – leh na zádech, dolní končetiny pokrčené mírně a překlápění ze strany na stranu (příloha č. 18)

Příloha č. 7: Cvik - sed na velkém míči, dýchání



Zdroj: foto autor



Zdroj: foto autor

Příloha č. 8: Cvik - sed na velkém míči, kroužení pánví



Zdroj: foto autor

Příloha č. 9: Cvik - sed na míči, pohyb pánví laterolaterálně



Zdroj: foto autor

Příloha č. 10: Cvik - sed na míči, s výdechem předklon přes kulatá záda



Zdroj: foto autor



Zdroj: foto autor

Příloha č. 11: Cvik - klek s oporou na čtyřech s výdechem vyhrbení páteře – metoda Ludmily Mojžíšové



Zdroj: foto autor



Zdroj: foto autor

Příloha č. 12: Cvik - klek s oporou na čtyřech s výdechem pohyb bércei do strany – metoda Ludmily Mojžíšové



Zdroj: foto autor



Zdroj: foto autor

Příloha č. 13: Cvik - leh na zádech, s výdechem aktivace svalů pánevního dna



Zdroj: foto autor

Příloha č. 14: Cvik - leh na zádech, overball mezi kolena, s výdechem aktivace svalů pánevního dna a stlačení overballu



Zdroj: foto autor

Příloha č. 15: Cvik - leh na zádech s velkým míčem pod nohama, relaxace



Zdroj: foto autor

Příloha č. 16: Cvik - leh na zádech, s výdechem pohyb pánví – metoda Ludmily Mojžíšové



Zdroj: foto autor

Příloha č. 17: Cvik - leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, zatlačení do podložky a pohyb směrem za palec – Feldenkraisova metoda



Zdroj: foto autor

Příloha č. 18: Cvik - leh na zádech, dolní končetiny pokrčené a překlápění kolen ze strany na stranu – Feldenkraisova metoda



Zdroj: foto autor