

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Fyzioterapie pro těhotné a ženy po porodu v pardubickém kraji

Kateřina Mitáčková

Bakalářská práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Mitáčková**
Osobní číslo: **Z09203**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Fyzioterapie pro těhotné a ženy po porodu v pardubickém kraji**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis problematiky týkající se fyzioterapie pro ženy těhotné a po porodu.
2. Stanovení cílů bakalářské práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu a sestavení dotazníku s vedoucím bakalářské práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení výsledků bakalářské práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. CANTIENI, Benita. Cvičení po porodu, metoda CANTIENICA pro pevnou postavu a posílení pánevního dna. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2007.ISBN: 978-80251-1465-0.
2. FORSSTROMOVÁ, Brita; HAMPSONOVÁ, Mel. Alexandrova technika v těhotenství a při porodu. 1. vyd. Brno : Brno - Barrister@Principals, 1996.ISBN: 80-85947-11-0.
3. KOLÁŘ, Pavel et kol. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha : Galén, 2009.ISBN: 978-80-7262-657-1.
4. VOLEJNÍKOVÁ, Hana. Cvičení v práci porodní asistentky. 3. uprav. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002.ISBN: 80-7013-351-1.
5. SIKOROVÁ, Ludmila. Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství. 2. aktualizované vyd. Brno : Computer Press, 2009.ISBN: 978-80-251-2420-8.
6. WESSELS, Miriam; OELLERICH, Heike. Cvičení v těhotenství a šestinedělí. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006.ISBN: 80-247-1427-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Dr. med. Germund Hensel

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 16. července 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

Ve Velimi dne 11. 7. 2012

.....

Kateřina Mitáčková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce Dr. med. Germundu Henselovi, za podporu, trpělivost a cenné rady k mé bakalářské práci. Také chci poděkovat fyzioterapeutce Mgr. Kožené za pomoc při výběru literatury a za rady při tvorbě této práce. Můj dík patří také rodině a přátelům, kteří mne během psaní práce psychicky podporovali.

Děkuji

ANOTACE

Tato bakalářská práce se nazývá Fyzioterapie pro těhotné a ženy po porodu v pardubickém kraji. Práce je zaměřena na dopad těhotenství a stavu po porodu na dno pánevní a jeho rehabilitaci v těchto obdobích života ženy. Jedná se práci teoreticko – výzkumnou a je rozdělena na dvě části.

První část je teoretická, jež se zabývá stručnou anatomii, inervací a funkcí svalů dna pánevního, dále se zaměřuje na těhotenství, cvičení v těhotenství, typy cvičení, porod, vliv porodu na dno pánevní, šestinedělí a cvičení v šestinedělí. Druhá část je zaměřena na výzkum těhotných a žen po porodu, jejich informovaností o cvičení, typy cvičení využívaných v kurzech rehabilitace.

KLÍČOVÁ SLOVA

těhotenství, porod, šestinedělí, dno pánevní, rehabilitace

TITLE

The physiotherapy for pregnant and postpartum women in the region of Pardubice

This thesis is called the Physiotherapy for pregnant and postpartum women in the region of Pardubice. The bachelor thesis focuses on the impact of pregnancy and the postpartum state on the pelvic floor and rehabilitation in these stages of woman's life. This thesis is theoretical research and is divided into two parts. The first part is theoretical, which deals with a brief anatomy, innervations and function of the pelvic floor muscles, further the theory focuses on pregnancy, exercise during pregnancy, types of exercise, childbirth, the effect of childbirth on the pelvic floor, and postpartum exercise in the postpartum period. The second part focuses on research on pregnant and postpartum women, their awareness of exercise, types of exercises used in rehabilitation courses.

KEY WORDS

Pregnancy, Childbirth, Puerperium, Pelvic floor, Rehabilitation

Obsah

ÚVOD	9
CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	10
I. ČÁST TEORETICKÁ	11
1. Pánevní dno.....	11
1.1. Anatomie svalů dna pánevního	11
1.1.1. Svaly hráze (musculi perinei).....	11
1.1.2. Dno pánevní (diaphragma pelvis)	13
1.1.3. Fascie diaphragma pelvis	14
1.2. Funkce dna pánevního.....	14
1.3. Poruchy dna pánevního	14
2. Těhotenství a pánevní dno	15
2.1. Změny v organismu ženy během fyziologické gravidity	15
2.1.1. Metabolismus v graviditě	16
2.1.2. Svalová soustava v graviditě	16
2.2. Pánevní dno a těhotenství.....	16
2.2.1. Poruchy urogynekologického ústrojí a pánevního dna v těhotenství.....	17
2.3. Možnosti rehabilitace v těhotenství.....	17
2.4. Rehabilitace pánevního dna v těhotenství.....	23
2.4.1. Základní cviky pánevního dna	23
2.4.2. Speciální cviky dna pánevního.....	25
3. Kontraindikace cvičení v těhotenství	27
4. Porod a dno pánevní.....	28
4.1. Vliv porodu na pánevní dno	28
4.2. Využití rehabilitace při porodu	28
5. Šestinedělí	29
5.1. Změny v organismu ženy po porodu.....	29

5.2.	Změny pánevního dna po porodu.....	30
5.3.	Možnosti rehabilitace v šestinedělí.....	30
5.4.	Rehabilitace dna pánevního po porodu.....	33
5.4.1.	Základní cviky dna pánevního.....	33
5.4.2.	Speciální cviky dna pánevního v šestinedělí.....	34
6.	Kontraindikace cvičení v šestinedělí.....	36
7.	Choroby dna pánevního a onemocnění spojená s jeho dysfunkcí.....	37
7.1.	Patologické stavy svalů dna pánevního.....	37
7.1.1.	Porodní poranění.....	37
7.1.2.	Narušená inervace.....	37
7.1.3.	Poranění svalů.....	37
7.1.4.	Poranění vazů.....	37
7.2.	Onemocnění spojená s poruchou dna pánevního.....	38
7.2.1.	Inkontinence.....	38
7.2.2.	Descensus a prolaps poševních a děložních stěn.....	38
7.2.3.	Bolest v oblasti hráze a dyspareunie.....	38
8.	Fyzioterapie v rámci práce porodní asistentky.....	39
9.	Výzkumné otázky.....	40
10.	Metodika výzkumu.....	41
11.	Analýza a interpretace výsledků.....	42
12.	Diskuse.....	61
	ZÁVĚR.....	63
	Soupis bibliografických citací.....	64
	Seznam tabulek.....	66
	Seznam obrázků.....	67
	Seznam příloh.....	68

ÚVOD

Má bakalářská práce se zabývá využíváním fyzioterapie v těhotenství a po porodu v pardubickém kraji. Cílem mé práce je zjistit nejrůznější aspekty cvičení, jež těhotné a ženy po porodu provádějí, a jaký vliv mají na jejich organismus. Nejvíce jsem se zaměřila na fyzioterapii struktur dna pánevního, které prochází intenzivními změnami během porodu. Právě kvůli negativním vlivům působící na pánevní dno při porodu vznikají problémy s inkontinencí moči, v horším případě stolice, sestupem či prolapsem pánevních orgánů, sexuální dyskomfort s návazností na psychosociální komplikace v životě ženy.

Fyzioterapie či léčebná rehabilitace zaměřená na problematiku těhotných a žen po porodu je nabízena jako součást kurzů či jako samostatné cvičební hodiny gymnastiky pro výše uvedené skupiny žen. V této práci se zabývám jejím stručným členěním rehabilitace pro úplnost, dále se věnuji anatomii a funkci dna pánevního a cvičení jako součást práce porodních asistentek.

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

- zjistit nabídku cvičebních kurzů fyzioterapie dna pánevního pro těhotné a ženy po porodu v pardubickém kraji
- zjistit nejčastěji prováděné cvičení dna pánevního u těhotných a žen po porodu v cvičebních kurzech v pardubickém kraji
- zjistit motivaci žen k provádění fyzioterapie v rámci cvičení dna pánevního
- zjistit míru zainteresovanosti porodních asistentek v poskytování fyzioterapie těh a po porodu zaměřené na dno pánevní
- zjistit přehled všech možných cvičebních programů v graviditě a po porodu poskytované v cvičebních kurzech

I. ČÁST TEORETICKÁ

1. Pánevní dno

Pánevní dno je v jisté míře podobné bránici, která je důležitým dýchacím svalem. Oba svaly nepohybují žádnými klouby, ale pouze měkkými částmi a oba se soustřeďují k jednomu středu. Rozdíl mezi bránicí a dnem pánevním je, že bránice uzavírá břišní dutinu směrem nahoru a při nadechnutí klesá dolů, zatímco pánevní dno ohraničuje dutinu břišní směrem dolů a zvedá se vzhůru, když je napnuté. Pánevní dno je velice významné pro naše tělo nejen proto, že se nachází v centru a nese velkou tíhu, nýbrž proto, že má veliký vliv na vnitřní orgány, hlavně na močové a pohlavní ústrojí. (Höflerová, 2004)

V této části pánve nalezneme příčně pruhované svaly dna pánevního, svaly hráze, procházejí zde močová trubice, pochva a rektum spolu s inervací a cévním zásobením. Dále se zaměříme na anatomii svalů dna pánevního, které by mělo být součástí cvičení v těhotenství a po porodu. (Höflerová, 2004)

1.1. Anatomie svalů dna pánevního

Svaly dna pánevního jsou tvořeny dvěma hlavními oddíly svalů: **svaly hráze a vlastní svaly dna pánevního** a fasciemi.

1.1.1. Svaly hráze (musculi perinei)

Jedná se o skupinu svalů, která je přiložena k diaphragma pelvis (dno pánevní) zdola a ze strany hráze. Obsahuje 2 celky, a to diaphragma urogenitale a svaly vyskytující se povrchově od diaphragma urogenitale. Jsou inervovány z míšních kořenů S3 a S4, většinou z větvení nervus pudendus. (Čech, 2006, Čihák, 2002)

Diaphragma urogenitale

Je to soubor vazivových a svalových snopců ve tvaru trojúhelníkové desky, roztažené napříč mezi rameny kostí sedacích (ossis ischii) a dolními rameny kosti stydké (ramus inferior ossis pubis). Ženská diaphragma urogenitale obsahuje vazivo spolu s vlákny hladké svaloviny. Tato ploténka sahá zepředu od symfýzy až po tubera ischiadica. Její nejvýznamnější funkcí je podpora orgánů přední poloviny pánve. Mezi dolním okrajem symfýzy a předním okrajem diaphragma urogenitale prostupují cévy, nejvýznamnější je vena dorsalis clitoridis profunda. Ventrální okraj diaphragma urogenitale je spíše vazivový (ligamentum transversum perinei) a probíhá až k ligamentum arcuatum pubis. Uvnitř diaphragma urogenitale prochází

pelvická část urethry, za urethrou vagina a do stavby této desky je vnořena glandula vestibularis major. Mezi diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale se většinou nachází řídké tukové vazivo. (Čech, 2006, Čihák, 2002)

Musculus transversus perinei superficialis

U žen se zřídka vyskytující sval, který lemuje zadní okraj diaphragma urogenitale. Sval prochází napříč od centrum perinei laterálně k okraji tubera ischiadica.

Musculus transversus perinei profundus

Anatomicky hlavní podkladový sval diaphragma urogenitale, který svými snopci začíná na ramus inferior ossis pubis, ramus ossis ischii a tubera ischiadica, dále se upíná na centrum perinei. Cestou se do něj vnořuje glandula vestibularis major. Jeho funkcí je zesílení hiatus urogenitalis a opora pro pánevní orgány na ventrální straně.

Musculus sphincter urethrae

Sval odstupující od musculus pubococcygeus se podílí na kontinenci, dělí se dále na musculus compressor urethrae a musculus sphincter urethrovaginalis. Ukázka anatomie dna pánevního se nachází v příloze B.(Čihák, 2002)

Svaly uložené povrchově od diaphragma urogenitale

Tyto svaly mají přímý vztah k hrázovým oddílům orgánů urogenitálního traktu.

Musculus ischiocavernosus

Párový sval, připojený k povrchu crus clitoridis, probíhá vedle něj a poté přechází na dorsum clitoridis, kam se upíná. Při pohlavním vzrušení podléhá rytmickým kontrakcím, a tak dochází k erekci. (Čech, 2006, Čihák, 2002)

Musculus bulbospongiosus

Tyto párové svaly (rozdělené na dva samostatné snopce) z obou stran obkružují vestibulum vaginae spolu s klitorisem a v bazi stydkých pysků zakrývají z hrázové strany bulbus vestibuli. Vzadu dosahují na centrum perinei, tam některé snopce přecházejí na m. sphincter ani externus. Funkcí tohoto svalu je kontrakce vestibulum vaginae. (Čech, 2006, Čihák, 2002)

Musculus sphincter urethrovaginalis

Utvořen pouze u žen, začíná v oblasti centrum perinei obdobně jako m. bulbospongiosus, prostupuje podobně ve stěně vestibulum vaginae a kolem urethry dopředu, kde se snopce

obou stran spojují dohromady. Významně se podílí na močové kontinenci. (Čech, 2006, Čihák, 2002)

Musculus compressor urethrae

Najdeme pouze u ženy. Začíná v hloubce pod m. ischiocavernosus a prochází hlouběji od tohoto svalu rovně až před urethru, tam se svaly spojují kraniálně od snopců m. sphincter urethrovaginalis, část se vnořuje do stěny vaginy.

Musculus sphincter ani externus

Jde o složitý soubor příčně pruhovaných svalových sfinkterů konečníku, který je připojený z kaudální strany k diaphragma pelvis. V místě centrum perinei se svěrač stýká se svaly hráze a mezi sebou přechází část snopců v sebe navzájem. Příloha D.(Čech, 2006, Čihák, 2002)

1.1.2. Dno pánevní (diaphragma pelvis)

Dno pánevní je definováno jako komplex svalů a fascií kaudálně uzavírající dutinu pánevní. Má tvar nálevky se středem v oblasti štěrbiny, jíž v zadní části prochází anus (hiatus analis) a v přední části prostupuje pochva a před ní močová trubice (hiatus urogenitalis). Inervace je zprostředkována drobnými větvemi nervů odstupující z plexus sacralis. Pánevní dno se skládá ze dvou párových svalů, jež odstupují od stěn malé pánve. (Čech, 2006, Čihák, 2002)

Musculus levator ani

Anatomicky se jedná o plochý sval, který se dělí na dvě části: přední (pars pubica) a zadní část (pars iliaca). *Pars pubica* je tvořený párovým m. pubococcygeus, jenž svými snopci obepíná hiatus urogenitalis. Sval začíná na stydké kosti asi 1 cm od symfýzy. V místě mezi pochvou a konečníkem, kde se snopce vzájemně proplétají, se tato část nazývá m. pubovaginalis a m. compressor vaginae. Upíná se dorsálně na ligamentum anococcygeum, cestou se některé snopce kladou do stěny konečníku, zde se jedná o m. puborectalis spojený s m. sphincter ani externus. *Pars iliaca* je širší, ilická část m. levator ani, označovaná jako m. iliococcygeus. Odstupuje od vazivového pruhu, jenž je zesílenou částí fascia obturatoria interna. Probíhá od os pubis v místě canalis obturatorium, okolo spina ischiadica a upíná se na lig. anococcygeum a na kostrč. Část tohoto svalu zde vytváří boční část diaphragma pelvis. (Čech, 2006, Čihák, 2002)

Musculus coccygeus

Slouží jako pomocný sval, který doplňuje diaphragma pelvis. Tento slabý sval jde od spina ischiadica k laterálnímu okraji kosti křížové a kostrče. Snopce se připojují k lig. sacrospinale. Příloha C. (Čech, 2006, Čihák, 2002)

1.1.3. Fascie diaphragma pelvis

Pokrývají m. levator ani a m. coccygeus na pánevní a hrázové straně. Dělí se na fascia diaphragma pelvis superior, které jsou pokračováním nitropánevní fascie a na fascia diaphragma pelvis inferior, pokrývající svaly dna pánevního z vnější hrázové strany. (Čihák, 2002)

1.2. Funkce dna pánevního

Vytváří elastický podpůrný a nosný aparát pánve, který je současně v souhybu se zádovými a břišními svaly. V lokalizaci pars pubica musculi levator ani má funkci podpůrného aparátu dělohy, jelikož podchycuje vaginu, vtlačuje se do ní a tím utváří hranu pro správné držení polohy dělohy. Má také funkci uzavírací, jež umožňuje stlačení pochvy a kontinenci moče i stolice. Pro mikci je hlavním svalem m. sphincter urethrae, pro vyprazdňování stolice m. puborectalis, který tahem zalomuje lumen konečníku, a m. sphincter ani externus. Napomáhá správnému dýchání, jelikož spolupracuje s bránicí. (Höflerová, 2004)

1.3. Poruchy dna pánevního

V zásadě se jedná o oslabení až poškození svalového tonu pánevního dna, přičemž jsou tímto patologickým stavem přímo ovlivněny orgány malé pánve. Může tak docházet k inkontinenci moči, inkontinenci stolice, descensu pánevních orgánů i infekci dolních cest močových, genitálu s ascendentním postupem do organismu. Poruchou dna pánevního jsou ovlivněny i další části organismu, jako například správné držení těla, správné dýchání i možné algie spojené s pánví a páteří. (Čihák, 2002)

2. Těhotenství a pánevní dno

V životě ženy se jedná o období plné změn, které jsou jak fyzického, tak psychického charakteru. Těhotenství trvá 280 dní, odpovídá 10 lunárním měsícům po 28 dnech. Těhotenství je rozděleno na 3 trimestry. V I. trimestru (početí – 12. týden gestace) se organismus ženy adaptuje na graviditu, v II. trimestru (začátek 12. týdne – konec 27. týdne) se s ním vyrovnává, tzv. období tolerance, a ve III. trimestru (28. týden – porod) se tělo vypořádává s břemenem a připravuje se na porod, tzv. stadium zatížení. (Čech, 2006, Kolář, 2009)

2.1. Změny v organismu ženy během fyziologické gravidity

Ženské tělo se po oplodnění musí podřídít novému stavu, kdy od toho okamžiku má za úkol nejen svůj život, ale i vývoj nového organismu a jeho výživu. Plod jako nová biologická jednotka hluboko zasahuje do všech funkcí mateřského těla. Vliv zvýšené produkce prolaktinu na vaječníky má za následek blokaci cyklické ovariální hormonální aktivity. Díky hormonálním vlivům je děloha překrvená, mění svůj tvar i uložení v pánvi. V průběhu těhotenství se hrdlo zkracuje a ke konci gravidity se změkčí. Pochva se v těhotenství prodlužuje a zevní rodidla prosakují. Při zvýšeném pánevním prokrvení, relaxaci pánevních žil a tlaku rostoucí dělohy se mohou objevit varixy zevních rodidel a rekta. (Čech, 2006, Slezáková, 2011)

Těhotná žena dýchá hlouběji, ale dechová frekvence jen nepatrně stoupá. Dále rostoucí děloha tlačí na bránici, která se nedokáže plně roztáhnout. S nárůstem dělohy změni srdce svoji původní polohu. Je vysunuto více nahoru a rotováno doleva. Objem krve se zvyšuje postupně (hypervolémie), objevuje se leukocytóza, zvyšuje se srdeční výdej a je zvýšené riziko vzniku edémů dolních končetin. Zvyšuje se glomerulární filtrace ledvin, žena častěji močí a dochází k rozšíření močového vývodného systému. Vlivem progesteronu se mění tonus ledvinné pánvičky a močovodu, tím se snižuje jejich peristaltika. Je zde zvýšené riziko infekce močového traktu. Většina těhotných žen trpí nauzeou a emesis. Později se může vyskytnout pyróza, je zhoršená peristaltika žaludku i střev, proto je horší vyprazdňování. Gravidita ovlivňuje celý mateřský organismus, ale nejvíce dominuje mohutná produkce pohlavních hormonů v placentě (estrogeny a gestageny, choriový gonadotropin, lidský placentární laktogen). Prsy již od raného těhotenství díky vysokým koncentracím estrogenů i progesteronu připravují ke kojení. Díky zvětšené hmotnosti dělohy se na bederní části zad

projevuje zvýšené zakřivení páteře. To způsobuje bolesti zad v oblasti beder a v posledních měsících gravidity v krční páteři. Páneve se ve skloubeních uvolňuje. Ke konci těhotenství dochází také k rozvolnění symfýzy.

Těhotenství je bráno jako jedno z vývojových krizí v životě, které je charakteristické výraznými změnami jak fyzickými, tak psychickými. Dochází ke konfrontaci s přivykáním si nové životní role a starého životního stylu před otěhotněním. (Čech, 2006, Kobilková, 2005, Leifer, 2004, Slezáková, 2011)

2.1.1. Metabolismus v graviditě

V období těhotenství se bazální metabolismus ženy zvyšuje až o 15% - 20%. Je to zapříčiněno spotřebou kyslíku, který je využíván jak matkou, tak i plodem, navíc také zvýšeným nárokem krevního oběhu a dýchání. Spolu s metabolizmem se zvětšuje i hmotnost těhotné. Průměrný přírůstek na celé těhotenství činí 12 – 15kg. Nejvyšší nárůst hmotnosti nastává v druhé polovině těhotenství, k tomu přispívá i retence tekutin v těle matky. (Slezáková, 2011)

2.1.2. Svalová soustava v graviditě

Svaly, vazy a šlachy se v těhotenství důsledkem sekrece vysokých hladin progesteronu uvolňují. Působením gestagenů jsou měkké tkáně elastičtější, a jsou schopné se více natáhnout. Účelem je uvolnit vazy v pánvi a v pánevním dně tak, aby plod úspěšně prošel při porodu. Vysoká koncentrace ale působí relaxaci svalů a vazů v celém mateřském organismu, tím se oslabuje podpůrný mechanismus, např. páteř, spojení kostí křížové s lopatou kosti kyčelní a klouby chodidel. Tyto komplikace mohou způsobit trvalé poškození, pokud se včas nerozpoznají a neprovede se léčebná rehabilitace. (Forsstromová a Hampsonová, 1996)

2.2. Pánevní dno a těhotenství

Těhotenství je období života ženy, které ovlivňuje významně pánevní dno, ale ne přímo způsobuje jeho dysfunkci. Váha rostoucí dělohy klade zvýšený tlak na podpůrnou funkci pánevního dna. Navíc vlivem progesteronu se jeho jednotlivé svalové skupiny uvolňují. Důležitým faktorem přípravy pánevních struktur k porodu je přítomnost hormonu relaxinu, který za porodu způsobuje opětovnou přestavbu pojiva děložního čípku a pánevního dna. Jeho nedostatek může mít za následek zvýšené riziko poranění těchto tkání za porodu. (Halaška, 2004)

2.2.1. Poruchy urogynekologického ústrojí a pánevního dna v těhotenství

Klinické studie, které se zabývají vlivem těhotenství na dno pánevní, se v současné době nejvíce soustřeďují na vznik inkontinence moči v rámci dysfunkce pánevního dna. V budoucnosti by se měly studie také podílet na problematice faktu, v jaké míře samotné těhotenství zapříčiňuje funkční poruchy dna pánevního. Častý výskyt příznaků onemocnění dolního močového systému v rané graviditě se považují za součást těhotenských normálních obtíží. Těhotné ženy nejvíce strádají stresovou inkontinencí způsobenou zvolněním dna pánevního a vlivem nitrobřišního tlaku (při kýčání) a častými záněty močového měchýře způsobených retencí moče a glykosurií. (Halaška, 2004)

2.3. Možnosti rehabilitace v těhotenství

Cvičení vždy bylo součástí denních běžných aktivit těhotné ženy. Rozšíření cílevědomé léčebné tělesné výchovy v graviditě se objevilo na začátku druhé poloviny 20. století. V současnosti se ženy na rehabilitaci dívají jako na doprovodnou a doplňující součást péče o své zdraví a snaží se cvičit po celý život. Chápu, že těhotenství, porod a šestinedělí mají neblahý vliv na jejich tělesnou stránku. (Roztočil, 2008)

Těhotné ženy se rozhodují začít se cvičením většinou okolo 8. – 12. týdne gravidity. Ale souhlas a indikaci cvičení v těhotenství by měl dát ošetřující lékař v poradně pro těhotné, který by zhodnotil vhodnost rehabilitace a výběr cvičení pro dané těhotenství. Měl by také ženě doporučit kurzy probíhající v okolí. (Roztočil, 2008, Bejdáková, 2006)

Rehabilitace v graviditě je nabízena v mnoha podobách. Od knižních publikací pro domácí cvičení, internetové stránky po cvičení ve fitness centrech s cvičiteli aerobiku a předporodní kurzy vedené fyzioterapeutem či porodní asistentkou. Některá zdravotnická zařízení se snaží v současné době poskytovat tyto služby, a nabízet je při porodnických pracovištích spolu s erudovaným personálem, jako jsou porodní asistentky s rehabilitačními pracovníci. Věnují se přípravě na porod, různým formám cvičení a praktickým dovednostem péče o novorozence. (Roztočil, 2008)

Hlavním cílem rehabilitace v těhotenství je udržování tělesné zdatnosti a optimálního zdravotního stavu ženy. Dalším úkolem je zmírnění či odstranění negativních změn, které v časném těhotenství způsobují. Mezi ně patří nepříznivé změny neurovegetativního systému, které mají za následek nechutenství až nauzeu, plačtivost, náladovost, strach z porodu atd. Cvičení odvádí pozornost od sebepozorování, navodí celkové uvolnění a odpočinek. Nakonec

nesmí chybět fakt, že těhotenské cvičení napomáhá přípravě těhotné na porod. (Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)

Jednotlivé cvičební programy pro těhotné jsou rozděleny podle pokročilosti gravidity a tělesné kondice. Těhotenské cvičení je třeba přizpůsobit také tělesnému stavu těhotné a jejímu vztahu ke cvičení. Cvičení se obvykle doporučuje začít okolo 16. týdne těhotenství, kdy je placenta funkčně a morfolologicky dotvořena. (Roztočil, 2008)

Těhotenská gymnastika by se měla uskutečňovat v prostornější a dobře větratelné místnosti, s použitím žíněnek či dek a prostěradel. Každý cvik se opakuje 3x – 5x, později 10x. Kontroluje se správné provádění cviků a pravidelné dýchání při cvičení. Respektuje se únava těhotných, nemělo by chybět relaxační či dechové cvičení. Délka cvičební jednotky by měla být 60 minut. Cvičení obsahuje úvodní zahřátí a protažení organismu, poté hlavní těhotenské cvičení zakončené relaxací. (Pařízek, 2005, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)

V I. trimestru a II. trimestru (1. - 4. měsíc a 5. - 7. měsíc) lze cvičit prakticky všechno kromě skoků, výpadů, visů a běhů. Využíváme všechny polohy, například ve stoje, v tureckém sedu, v kleku, v tureckém sedu, na boku a v lehu na zádech a břiše (omezit od II. trimestru). Žena by neměla cvičit v době předpokládané menstruace, mohlo by dojít ke špinění či krvácení, dále by se neměla přetěžovat, necvičit s plným močovým měchýřem. Je důležité, aby na cvičení nosila pohodlné oblečení a kvalitní obuv. (Pařízek, 2005, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)

Cvičení těhotných musí obsahovat:

1. Pravidelné procvičování všech svalových skupin.
2. Ovlivnění nepříznivých změn neurovegetativního systému. (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)
 - Relaxační cvičení provádíme tak, že před uvolněním napneme určité svalové systémy.
 - př. v základním postavení (dále ZP) ležíme na zádech, máme natažené dolní končetiny, horní končetiny podél těla, hlava v prodloužení trupu. Postupně protáhneme špičky nohou, protlačíme kolena, napneme stehenní a hýžděové svaly, bedra a ramena přitlačíme v podložce, dlaně tlačíme do podložky, hlavu protahujeme ve směru zad – držíme 15 vteřin, poté uvolníme všechny svaly po dobu 30 vteřin.

3. Posílení prsních svalů. (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)
 - V graviditě a při laktaci se prsní žláza zvětšuje a tím prsní svalstvo vytahuje a oslabuje. Cvičíme odporové cviky na horních končetinách.
 - Tyto cviky můžeme provádět v jakékoliv poloze (v lehu, sedu, ve stoje).
 - př. předpažíme, opřeme dlaně o sebe v úrovni prsou a tlačíme proti sobě – držíme cca 5 vteřin, poté uvolníme. Příloha E.
4. Posilování břišních svalů (prevence diastázy přímých svalů břišních). (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)
 - Následkem zvětšování dělohy dochází k oslabování břišních svalů. Ty pak neudrží správné postavení těla a může vzniknout bederní lordóza a následná bolestivost této křížové části zad. Oslabené břišní svaly mají negativní vliv i na průběh porodu, kdy žena nedokáže řádně tlačit, po porodu mohou způsobit „převislé břicho“. Také je zde riziko vzniku diastázy přímých břišních svalů či zpomalení střevní peristaltiky.
 - Při cvičení břišních svalů dáváme pozor, aby bederní páteř byla stále přitisknuta k podložce po celou dobu cvičení. Toho dosáhneme pomocí tisknutí sedacích svalů k sobě.
 - Ve III. trimestru cvičení břišních svalů vynecháme, hrozí riziko rozestupu břišních svalů.
 - Cvičíme cviky pro šikmé i přímé břišní svaly.
 - př. v ZP ležíme na zádech, máme natažené dolní končetiny, paže na břiše. Stiskneme sedací svaly, zvedneme dolní končetiny a opisujeme s nimi ve vzduchu kruhy, bedra tlačíme k podložce. Příloha F.
5. Prevence vzniku varixů, zánětu žil. (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)
 - Rostoucí děloha utlačuje žilní systém z dolních končetin, tím krev stagnuje a způsobuje varixy.
 - Cviky provádíme vleže, pohybujeme malými klouby dolních končetin, přitom jsou celé zdviženy nad úroveň těla. Jedná se o tzv. polohové cvičení.
 - Navíc těhotným doporučíme podložit si při odpočinku dolní končetiny, například druhou židlí či vleže opřít o stěnu.

- polohové cviky se provádějí tak, že po skončení cviku 1 se plynule přechází na cviky 2 a 3.
 - př. 1 v ZP ležíme na zádech, dolní končetiny máme natažené a paže nám leží podél těla. Zvedneme natažené dolní končetiny vzhůru a podržíme rukama pod kolena – 10x protáhneme špičku a patu.
 - př. 2 v ZP stále ležíme na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřeme o podložku, paže podél těla. 10x protáhneme špičku a patu. Příloha G.
 - př. 3 v ZP ležíme opět na zádech, dolní končetiny natažené, horní končetiny připažené. 10x protáhneme špičku a patu.
6. Podpoření střevní peristaltiky a procvičování břišního lisu. (prevence zácpy). (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)
- Problémy se zácpou vznikají kvůli zvětšujícímu se obsahu dutiny břišní a časté diastáze břišních svalů.
 - S gravidními ženami cvičíme cviky na posílení břišních svalů, dále švihové cviky dolních končetin a břišní dýchání, které napomáhá střevní peristaltice a urychluje žilní návrat z dolní poloviny těla.
 - Procvičujeme přímé i šikmé břišní svaly, jak je uvedeno výše, a švihové cviky dolních končetin.
 - př. v ZP ležíme na levém boku, šviháme pravou nohou vpřed a vzad. Totéž na pravém boku levou dolní končetinou.
7. Posilování zádových svalů (přetížení a únava páteře), vytvoření návyku správného držení těla. (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)
- Vadné držení těla je způsobeno poruchou statiky. Těžiště se posunuje vpřed vlivem zvětšeného objemu dutiny břišní a tak vzniká bederní lordóza. Fyziologické postavení se tělo snaží udržet pomocí břišních a zádových svalů, které mají poté za následek bolesti zad.
 - Těhotných doporučíme, aby vyrovnávaly páteř vždy, když mají pocit napětí v oblasti beder.
 - Procvičujeme uvědomělé vyrovnávání bederní páteře.

- př. v ZP ležíme na zádech, dolní končetiny jsou pokrčené, chodidla opřena o podložku, paže podél těla (obdobně lze tento cvik provádět ve stoje u zdi s patami kousek ode zdi). Stahem břišních a hýžďových svalů přitiskneme bederní páteř pevně k podložce – poté uvolníme (pomůcka – vložíme dlaň pod bedra a vyzveme těhotnou, aby dlaň přitiskla tak, abychom ji nemohli vytáhnout).
8. Koordinace dechu s pohybem, udržení či zvýšení vitální kapacity plic, elasticita hrudníku. (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)
- Těhotná děloha vytlačuje bránici vzhůru, stlačuje hrudník. Způsobuje těhotenské „šikmé uložení srdce“ a jsou větší sklony k dušnosti a hyperventilaci.
 - Cvičíme dechová cvičení na zlepšení vitální kapacity plic, na zvýšení elasticity hrudníku a prohloubení jinak povrchového dýchání. Cvičení lze provádět v jakékoliv poloze (leh na zádech, sed, stoj).
 - Vdech a výdech je hluboký, pomalý, maximální a dlouhý.
 - př. v ZP ležíme na zádech, dolní končetiny máme natažené. Při vdechu upažíme (natáhneme paže) a při výdechu připažíme (horní končetiny podél těla).
9. Prevence vzniku plochých nohou. (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)
- Dochází k prosáknutí a uvolňování vazů a svalů. Je zde větší zátěž na chodidla kvůli zvětšené hmotnosti, která přetěžuje klenbu nožní. Objevují se bolesti dolních končetin během chůze a při stání.
 - Prevence plochých nohou spočívá v posilování svalstva držící klenbu nožní. Dále těhotným doporučíme chůzi naboso po nerovném přírodním terénu, speciální ortopedickou obuv či vložky do obuvi a časté střídání obuvi. Nedoporučuje se obuv s vysokým podpatkem.
 - chůze po špičkách, patách, po vnitřních a vnějších hranách nohou.
 - př. cviku v ZP sedíme, pokrčováním prstů nohou shrnujeme kapesník pod chodidla, zvedáme zápalky, kreslíme tužkou vloženou mezi palec a II. prst.

10. Posilování svalů dna pánevního (prevence močové inkontinence či descensu pánevních svalů v pozdějším věku) a osvojení si techniky relaxovat tyto svaly. (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)

- viz kapitola Rehabilitace pánevního dna v těhotenství.

Ve III. trimestru (8. – porod) se cvičí identické cviky jako v předešlých trimestrech s výjimkou břišních svalů. Dále se přidává cvičení na uvolnění kyčelních kloubů, správnost břišního a hrudního dýchání a speciální cvičení pro přípravu na samotný porod. V tomto období by mělo být cvičení vedeno fyzioterapeutem či porodní asistentkou, protože na konci těhotenství dochází k výrazným změnám: větší vytlačení bránice, mdloby kvůli lehu na zádech (syndrom komprese dolní duté žíly), vznik pyrózy, častější problémy se zácpou, větší zátěž na bederní páteř. (Pařízek, 2005, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)

Předporodní příprava (cvičení) se skládá z přípravy na I. dobu a II. dobu porodní. K I. době porodní se nacvičuje břišní dýchání, odlehčovací polohy, masáže a psí dýchání. Nácvič břišního dýchání se provádí v lehu na zádech, dolní končetiny pokrčené v kolenu, chodidla opřená o podložku a žena dýchá tak, že sleduje zvedání a klesání břišní stěny. Při odlehčovací poloze sedí žena na velkém gymnastickém míči, kde v širokém sedu mrně pohupuje nahoru a dolů a dýchá pomalým břišním dýcháním. Tato poloha pomáhá při kontrakcích v I. době porodní. Masáže pomáhají prokrvovat oblasti kříže a podbřišku, které zmírňují pocity bolesti a křečí. Psí dýchání se používá v době silných kontrakcí, bolestí a tlaku na konečník, kdy rodička nesmí ještě tlačit. Nejlepší polohou pro toto dýchání je vkleče roznožmo s oporou o předloktí, s hlavou svěřenou k zemi. (Volejníková, 2002)

Na II. dobu porodní se nacvičuje hluboký, maximální vdech, poté zadržení dechu a tlačení. Do 37. týdne se cvičí pouze hluboký vdech a zadržení dechu v polohách, ve kterých by žena mohla zaujmout při porodu: klasickou polohu na zádech vleže či vleže na boku, vsedě na porodní stoličce atd. Při klasické poloze se nácvič zadržení dechu dělá v lehu na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, pomalu zhluboka nadechnout. Počítá se do dvaceti a žena vydechne. Poté následuje několik hlubokých vdechů a výdechů dle individuálního rytmu těhotné. V dalších nácvicích se doba počítání prodlužuje až na dobu jedné minuty. Po 38. týdnu se žena poučí o tlačení do konečníku jako při vyprazdňování, až do 60 sekund. (Volejníková, 2002)

V současné době existuje nepřeberné množství sportů vhodných provozovat v těhotenství. Žena může využít například plavání, které přináší uvolnění, pocit lehkosti a relaxace. Hrozí

ale velké riziko infekce, proto je nutné dodržovat osobní hygienu. Dále může využívat aerobik speciálně upravený pro těhotné, pokud byla zvyklá cvičit před otěhotněním. Pilates a cvičení s malými míčky jsou cviky založené na bázi aerobiku. Tyto aktivity může cvičit skoro každý, ale je důležitý správný výběr cviků uzpůsobených konkrétním fyzickým potřebám jedince. Také chůze je velmi vhodným typem fyzické aktivity v těhotenství. Pravidelná chůze napomáhá oběhovému systému, posiluje svalstvo, snižuje riziko vzniku křečových žil, trombózy a neposledně má příznivý vliv na psychickou stránku. Vhodným doplňkem cvičení pro těhotné je gravidjóga. Jejím základem je sebepoznání a sebepozorování. Učí, jak správně poznat své tělo. Jde o orientální metodu psychické i tělesné relaxace, jež zlepšuje celkovou přizpůsobivost organismu. Dalším druhem fyzické aktivity v těhotenství je břišní tanec. Tento tanec spočívá v krouživých pohybech pánví, hrudníkem, rukama a hlavou. Při tanci je žena ve větším kontaktu se svým plodem, ten reaguje na houpavé a uklidňující pohyby. A v neposlední řadě je pro těhotné vhodné cvičení podle Alexandrovovy techniky. Tato technika spočívá ve spojení mysli a těla. Základem metody je správné „sebe – užívání“. Metoda se snaží dosáhnout co nejefektivnějšího pohybu s nejmenší námahou. Základem pro správné držení těla a správného pohybu je dynamický vztah hlavy, krku a páteře. (Bejdáková, 2006)

2.4.Rehabilitace pánevního dna v těhotenství

Základním principem rehabilitace pánevního dna v těhotenství je posílení svalů, tím lze zamezit komplikacím spojené s ochablými svaly a zároveň zamezit jeho uvolnění během porodu, kdy se tím pádem porodní cesty rychleji otevírají. Cviky se zakládají na osvojení si vnímání a ovládání svalů dna pánevního. Následně jsou tyto cviky důležité pro lepší regeneraci těchto svalových struktur po porodu. Tyto cviky lze provádět po celou dobu těhotenství. (Volejníková, 2002)

2.4.1.Základní cviky pánevního dna

Příklady cvičení na uvolnění pánevního dna

1. Základní postavení je v lehu na zádech s dolními končetinami mírně rozkročenými, paže dáme pod trup a ruce pod sedací svaly tak, aby prsty směřovaly k rektu a palce ke kyčlím. Cvičíme na měkké podložce či na posteli.
 - Jemně vytáhneme sedací svaly prsty do stran, přitom mírně tiskneme sedací svaly k sobě proti odporu prstů, nadechneme se a 20 sekund držíme. Vydechneme, uvolníme svaly sedací a opět mírně taháme do stran. Prsty po

celou dobu cvičení máme vloženy za sedací svaly. Opakujeme 5 – 10x.
(Volejníková, 2002)

Příklady cvičení na posílení pánevního dna

1. Základní postavení spočívá v lehu na boku s příslušnou rukou pod hlavou, nohy pokrčené. Prostředníkem druhé ruky palpujeme svěrač konečnicku.
 - Vtahujeme konečník spolu s nádechem a 20 sekund držíme. Poté uvolníme a volně dýcháme po 20 sekund. Opakujeme 5 – 10x na kontroly prstu.
(Volejníková, 2002)
2. Základní postavení: v jakékoli poloze vhodné pro daný trimestr, vtahujeme a uvolňujeme všechny svěrače najednou za pomoci stažení hýžd'ových svalů. Kontrakce trvá 10 sekund a poté následuje 20 sekundová relaxace s úplným uvolněním svalů.
(Bejdáková, 2006)
3. Základní postavení: sed na gymnastickém míči, ruce máme založené v tříslech, při pohybu se míč mírně valí.
 - Pomalu pohupujeme pánví vpravo a vlevo, opakujeme 6x. Poté zatneme hýžd'ové svaly a dno pánevní a podsadíme pánev, přitom se pohybujeme dopředu a dozadu, opakujeme 6X. Oba cviky spojíme a s podsazenou pánví, zatnutými svaly dna pánevního a hýžděmi kroužíme dokola. (Bejdáková, 2006)
4. Základní postavení: leh na zádech, pokrčené dolní končetiny máme podepřeny míčem tak, aby se lýtka a stehna dotýkala míče (opory).
 - Zatneme břišní svaly, pánev a dno pánevní nadzvedneme z podložky, poté se pomalu vrátíme na podložku. V pozici se zvednutou a zatnutou pánví nadzvedneme střídavě každou nohu o pár centimetrů nad míč. Druhou dolní končetinu opřeme o vrchol míče. Tento cvik je náročný na břišní svaly i stabilitu, proto se spíše doporučuje zdatným cvičícím. (Bejdáková, 2006)
5. Základní postavení je leh na zádech s dolními končetinami pokrčenými, chodidla máme opřená o podložku, horní končetiny podél těla. Příloha H.
 - Zvedneme pánev a vtáhneme konečník, vaginu a močovou trubici a ve vzduchu opíšeme kruh. Položíme pánev na podložku a uvolníme se. Opakujeme 5x (Volejníková, 2002)

6. Základní postavení je turecký sed, dlaně máme opřené o vnější stranu kolen.

- Tlačíme kolena k zemi a přitom stlačujeme konečník, pochvu a močovou trubici co nejvýše po dobu 15 sekund. Poté se uvolníme na 30 sekund. (Volejníková, 2002)

2.4.2. Speciální cviky dna pánevního

Alexandrova technika

Tato technika spočívá ve spojení mysli a těla jedince, což znamená, že jakákoli fyzická činnost je spojena s psychickou. Jejím principem je správné „sebe-užívání“, kdy se dosahuje co nejefektivnějšího pohybu s co nejmenší námahou pro tělo. Alexandrova technika učí těhotné ženy porozumět svému tělu v těhotenství, tím budoucí matka více vnímá své tělo. Základem je správné držení těla, které je podmíněno vztahem hlava – krk – páteř. Tato cvičení používají 5 základních pozic: opice, dřep, výpad, klek a všechny čtyři.

Správné „sebe-užívání“ má pozitivní vliv i na dno pánevní. Pomocí pozice „Opice“ (jedná se o podřep, poloha mezi stojem a dřepem) se pánevní dno uvolní a žena si dokáže uvědomit ty správné svalové skupiny pro cvičení. Cviky jsou založené a uvědomělé kontrakci a relaxaci. Je třeba se soustředit na svaly poševního svěrače a pochvu a snažit je stáhnout na dobu 5 sekund. Doporučuje se cvičit několikrát denně než jednou dlouho pro unavitelnost a možnost poškození pánevních svalových struktur. (Bejdáková, 2006, Forsstromová a Hampsonová, 1996)

Kegelovo cvičení

Ve 40. letech 20. století představil Dr. Arnold Kegel rehabilitaci pánevního dna pro ženy, jež trpěly různými typy inkontinence moči. Dokázal vyléčit bezmála polovinu problémů spojených s inkontinencí u žen bez užití chirurgického řešení. Cílem metody je zvyšování svalové síly v této části těla. Princip cvičení je v kontrakci a následné relaxaci svalů dna pánevního. Na začátku cvičení je třeba vedení školeného instruktora, který napomůže správnému pochopení techniky cvičení, protože stává se často, že při snaze kontrahovat svaly dna pánevního se zapojí jiné svalové skupiny (břišní, stehenní, hýžd'ové...). Správná zátěž je založena na svalové síle (menší počet opakování cviků s největší intenzitou) a vytrvalostí (vyšší počet stahů s menší intenzitou). Jedna série představuje 8 – 12 opakování cviků s největší intenzitou alespoň dvakrát týdně. (Halaška, 2004)

Gravidjóga

Existuje celá řada forem jógy, ale všechny se snaží o harmonii těla, duše i ducha. Gravidjóga se skládá z kombinace fyzického cvičení, relaxace a meditace v těhotenství a po porodu. Předpokladem správného cvičení jógy je dýchání. Jedná se o hluboké a klidné dýchání, kdy si žena uvědomuje spojení bránice a dna pánevního. Využívá se rozechřívacích cviků, které uvolňují svaly a připravují je k samotnému jógickému cvičení. Žena v těhotenství by měla umět i optimálně relaxovat, gravidjóga nabízí aktivní a pasivní relaxaci, tu může použít i mezi jednotlivými cvičebními jednotkami.

Cvičením dna pánevního se dosáhne jeho posílení, aktivace a prokrvení svalových skupin. Pro příklad uvádím cvik „Lotosový květ“, kdy žena usedne do tureckého sedu, srovná záda a klidně dýchá. Poté se nadechne a při výdechu napne pánevní dno. Při nádechu se pánevní dno uvolní. Cvik se opakuje 5 – 10x. (Wessels a Oellerich, 2009)

Tanec

V graviditě se doporučuje tanec pomalejšího stylu bez výrazných nárazů, rychlých rotací a tančení na vysokých podpatcích. Nejvhodnějším tancem pro těhotné ženy je břišní tanec (orientální), který se skládá právě z pomalých, přirozených, vlnivých a houpavých pohybů pánve. Žena si tak lépe uvědomuje plod v děloze. Taneční pohyby napomáhají v neposlední řadě i posilování a uvědomování si svalů pánevního dna. Při porodu usnadňuje houpavým pohybem pánve lepší prostup hlavičky plodu měkkými porodními cestami. Tanec v I. době porodní nabývá větší dynamiky pro zmírnění kontrakcí. Dále pak orientální tanec posiluje břišní svaly, zádové svalstvo a uvolňuje páteř, učí správnému dýchání a relaxaci. (Bejdáková, 2006)

3. Kontraindikace cvičení v těhotenství

Obecně lze říci, že všechny těhotné ženy mohou provozovat těhotenské cvičení. Ale zdravá těhotná žena musí mít na paměti, že její tělo prochází mnoha změnami, které mohou způsobovat komplikace v těhotenství, například namožení až ruptura vazů a svalů, protože se v graviditě uvolňují. Nejsou doporučovány sporty, kde se užívají švihová cvičení, protahování do krajních poloh, rychlé změny poloh (gravidní ženy mívají hypotenzi, může vzniknout závrať). Není doporučován leh na zádech těhotným od 3. měsíce gravidity kvůli syndromu komprese dolní duté žíly. Dále se v těhotenství nedoporučuje rehabilitace ženám s těžkou hypertenzí, se srdečním onemocněním, chudokrevností těžšího stupně, s nekompensovaným diabetem mellitem, s hrozícím předčasným porodem či krvácením z rodidel. Z těhotenských důvodů se nedoporučuje cvičení při vícečetném těhotenství, nedostatečném vývoji plodu, závažném neurologickém onemocnění, která vedou k imobilizaci či bolestem. Vysoká fyzická zátěž při cvičení může mít za následek omezený přísun kyslíku k plodu.

Sporty kontraindikované v graviditě jsou činnosti, kde je největší riziko vzniku poškození jak matky, tak plodu. Do této skupiny patří všechny adrenalinové sporty, silové sporty, bojové, ale také míčové hry, cvičení na nářadí a vytrvalostní sporty.

Cvičení v graviditě se musí uzpůsobit zdravotnímu stavu ženy, stadiu těhotenství, jak aktivní byla před těhotenstvím a jaký vztah ke cvičení celkově má. (Bejdáková, 2006, Roztočil, 2008, Volejníková, 2002)

4. Porod a dno pánevní

4.1. Vliv porodu na pánevní dno

Pánevní dno se podílí na porodním ději a bývá jím přímo ovlivněno. Svaly a vazy pánevního dna jsou roztahovány procházející hlavičkou plodu. Již v I. době porodní působí naléhající hlavička jako dilatátor, který nutí měkké porodní cesty tlakem se výrazně rozšířit. Nejvýraznější dilatací prochází perineum, jež se při prořezávání hlavičky ztenčuje z původních 5 cm na téměř průsvitnou membranózní strukturu tenkou méně než 1 cm. Ve chvíli, kdy je hráz nejvíce roztažená, se otevírá anus a tvoří otvor o průměru 2-3 cm. Svaly se dilatují do svého elastického limitu, poté je další roztahování ukončeno. Hlavička musí vytvořit otvor elongací svalů dna pánevního o průměru 10 cm a obvodu cca 31 cm. Největší riziko poškození až ruptura svalů dna pánevního bývá při špatném chránění perinea při porodu ramének procházejících svým biakromiálním obvodem širokým 35 cm. Je překročen limit elasticity svalů, navíc se natahují nervová vlákna, která inervují musculus levator ani a nervy vystupující z nervus pudendus. Při zvýšené rigiditě nebo zmenšeném průměru poševního introitu se zvyšuje tlak, který je nutný k dosažení roztažení, a tím stoupá riziko nervového poškození. (Čech, 2006, Halaška, 2004)

4.2. Využití rehabilitace při porodu

Hlavní rehabilitaci dna pánevního by mělo představovat cvičení v těhotenských kurzech tomu určených a cvičení v šestinedělí, jež se snaží navrátit původní tonus těmto svalům. Použití cvičení při porodu napomáhá správné rotaci naléhající hlavičky plodu v porodních cestách, uvolňuje svalová napětí v oblasti pánve, zmírňuje bolestivost kontrakcí a urychluje samotný porodní děj. Metody rehabilitace při porodu jsou popsány v příslušné kapitole Předporodní příprava. Cviky na dno pánevní jsou popsány v kapitole Cviky na uvolnění dna pánevního. (Čech, 2006)

K málo využívaným metodám ovlivňování dna pánevního před porodem je masáž hráze. Provedení spočívá v tom, že žena si nakape na dva prsty olej (např. olivový, šípkový či speciálně upravený pro masáž hráze) a prsty zavede na okraj pochvy – po první článek prstů. Snaží se krouživým pohybem rozšířit poševní vchod až do pocitu mírného pálení. Nedoporučuje se při jakémkoli výtoku z pochvy nebo pokud je to ženě nepříjemné. Není ale prokazatelně doložená efektivita této masáže. (Štormerová, 2010)

5. Šestinedělí

Období šestinedělí (lat. puerperium) trvá od porodu placenty do 6 týdnů po porodu (42 dní). Je charakteristické návratem ženského organismu do stavu před otěhotněním, žena prochází involučními změnami. Také dochází k progresivním změnám, a to v laktaci, která se v optimálním případě zahájí ihned po porodu. Šestinedělí se dělí na časně, trvající do 7. dne po porodu, a pozdní, trvající do 42. dne. (Slezáková, 2011)

5.1. Změny v organismu ženy po porodu

Dochází k involuci dělohy vážící po porodu cca 1000g na 80g. Děloha má oválný tvar, její fundus se během puerperia snižuje asi o 1 cm za den. Vícerodičky více vnímají bolest z kontrakcí dělohy, intenzivněji jsou pociťovány při kojení, kdy je vyplavován oxytocin z hypofýzy. Odcházejí očišky (lochia), jedná se o ranný sekret z dutiny děložní tvořený z krve, krevních koagul, cary deciduy, tkáňového moku a sekretu z hrdla, pochvy a vulvy. V poporodním období je děložní hrdlo ochablé a tenkostěnné, postupně se uzavírá a po třech týdnech je zcela uzavřeno s typickým cylindrickým tvarem se zevní brankou ve tvaru příčné štěrbin. Pochva po porodu bývá méně pružná a slizniční řasy jsou vyhlazené. Po porodu je zvýšené riziko poklesu poševních stěn, později se tato komplikace může podílet na sestupu pánevních orgánů. U vulvy mizí prosáknutí, navíc po porodu vulva mírně zeje. V mléčné žláze se tvoří časně mléko, neboli mlezivo (kolostrum), které je tvořené již ve druhém trimestru vlivem hormonu prolaktinu a po dvou až třech dnech se začíná tvořit mateřské mléko.

Po psychické stránce je žena v prvních dnech po porodu uvolněná a sebevědomá. U některých nedělek se objevuje poporodní blues či poporodní deprese. Projevuje se plačtivostí, poruchou spánku, smutkem a špatnou koncentrací. (Slezáková, 2011)

Celkové změny v těle ženy jsou charakteristické poklesem krve na čtyři litry, poklesem extracelulární tekutiny a tím vymizení edémů, snížením průtoku krve ledvinami a glomerulární filtrace, prohloubení dýchání a návratem hemokoagulace do normy před otěhotněním. Snížení těhotenských hormonů na minimum probíhá během časného šestinedělí a hladina prolaktinu je ovlivněna intenzitou kojení. V neposlední řadě se ženě navrácí původní tělesná hmotnost před graviditou. Všechny tyto změny nejsou ale absolutní, nikdy se žena nedostane do úplného původního fyzického stavu před těhotenstvím. (Čech, 2006, Slezáková, 2011)

5.2.Změny pánevního dna po porodu

I když pánevní dno je v některých případech nepoškozené, tonus po porodu je i tak zesláblý, nemá takovou intenzitu jako v době před těhotenstvím. Struktury svalů diaphragma urogenitale a diaphragma pelvis se vrací do původní lokality. Díky stálému vlivu hormonů progesteronu a relaxinu, které během šestinedělí klesají, jsou svaly pánevního dna stále uvolněné. Některé porodnické faktory, jako například operativní porod per forcipem, episiotomie či epidurální analgezie, jsou větším rizikem vzniku komplikací spojené s dysfunkcí dna pánevního po porodu. (Čech, 2006, Forsstromová a Hampsonová, 1996, Halaška, 2004)

Hojení drobných porodních poranění trvá velice rychle. Předpokladem dobrého hojení větších poranění je správné aseptické ošetření. Při hojení per primam zůstává pouze úzká jizva. (Čech, 2006)

5.3.Možnosti rehabilitace v šestinedělí

Léčebná tělesná aktivita napomáhá ženě odstraňovat změny, které v jejím organismu nastaly během těhotenství, porodu a šestinedělí. Snaží se začlenit ženu zpět do zdravého a plnohodnotného života. (Volejníková, 2002)

Význam rehabilitace v puerperiu je léčebný, preventivní i estetický. Upevňuje svalové skupiny zatěžované v těhotenství a porodu, podporuje děložní involuci, povzbuzuje krevní oběh a snižuje se riziko tromboembolických komplikací, zvyšuje výkonnost všech ostatních orgánů a urychluje návrat ženy do celkové fyzické i psychické kondice. (Volejníková, 2002)

Existují různé typy cvičení, počínaje gymnastikou v šestinedělí přímo na pokoji na oddělení šestinedělí, cvičení s fyzioterapeutem, cvičení doma dle knihy či DVD, až po cvičení vedené instruktory fitness. Cvičení ale musí být pro ženu příjemné, nenamáhavé a působící osvěžením. Nedělký by měly být edukovány o vhodnosti daných cvičení dle jejich zdravotního stavu a způsobu porodu. (Volejníková, 2002)

Cvičení se zahajuje za 12 až 24 hodin po porodu podle indikace lékaře a stavu ženy. Cvičí se buď na lůžku v rovné poloze bez polštáře a příkrývky přímo na oddělení šestinedělí nebo v kurzech tomu určených na karimatce. Místnost musí být dobře větratelná a nedělká musí být před cvičením vymočená. Nejvhodnější dobou cvičení na oddělení je ráno před snídaní. Cvičební jednotka trvá 10 – 20 minut, každý cvik se opakuje 5 – 10x. Při pocitu únavy se cvičení prokládá dechovým cvičením a relaxací. Doporučuje se polohování vleže na břicho po

skončení cvičení, aby lépe probíhalo zavínování dělohy a její správné lokalizace v malé pánvi. (Čech, 2006, Kolář, 2009, Volejníková, 2002)

Cvičení se rozděluje dle dne po porodu na 1., 2., 3. a 4. den. Tento systém se využívá ve cvičení na oddělení šestinedělí. Cvičení doma či v tělocvičnách mají svůj vlastní cvičební program. (Volejníková, 2002)

A) Cvičení v 1. den po porodu obsahuje dechová cvičení jak hrudní tak břišní, cviky v malých kloubech dolních končetin, cviky na upevnění svalstva pánevního dna a cviky na upevnění prsního svalstva, navíc cvičení funguje jako prevence tromboembolických komplikací. (Volejníková, 2002)

1. Dechová cvičení.

- dýchání hrudní - v základním postavení (ZP) ležíme na podložce (posteli) s dolními končetinami nataženými a pažemi podél těla. Při nádechu vzpažíme, při výdechu připažíme. Opakujeme 5 – 10x.
- dýchání břišní - v ZP opět ležíme na podložce (posteli) a dolní končetiny pokrčíme v kolenou s chodidly opřenými o podložku či na posteli o polštář, paže položené na břicho. S nádechem vykleneme břišní stěnu a s výdechem ji uvolníme. Opakujeme 5 – 10x.

2. Cviky na dno pánevní – popsáno v kapitole rehabilitace dna pánevního v šestinedělí.

3. Cvičení v malých kloubech DK. V ZP jsme zády na podložce (posteli), nohy natažené s pažemi podél těla. První cvik cvičíme s roznoženýma nohama, kotníky kroužíme oběma směry. Opakujeme 10x. Druhý cvik cvičíme s dolními končetinami položenými na podložce (posteli) a pouze protahujeme špičky a paty. Opět 10x opakujeme.

4. Cviky na upevnění prsních svalů.

- V ZP opět ležíme na zádech s nohama nataženýma. Cvik A – paže jsou podél těla, skrčíme obě ruce a dlaněmi zatlačíme silou do sebe, uvolníme se a přitom položíme paže k tělu. Opakujeme 5 – 10x. Cvik B – vzpažíme ruce na ramena a kroužíme lokty oběma směry. Opakujeme 5 – 10x.

B) Rehabilitace v 2. a 3. den po porodu se opakuje ze dne 1., zintenzivníme cvičení svalstva dna pánevního a připojíme cvičení velkých kloubních spojení dolních končetin, ty můžeme provádět buď vleže na boku či vleže na břicho. (Volejníková, 2002)

1. Cvičení velkých kloubů dolních končetin.

- V ZP ležíme na zádech a dolní končetiny natažené s rukama podél těla. Přednožíme levou nohu, 5 vteřin vydržíme a položíme zpět. To samé děláme s nohou pravou. Opakujeme 5 – 10x.
- V ZP opět leh na zádech s nohama pokrčenýma v kolenou, chodidla opřená o podložku a upažíme. Obě kolena položíme vlevo a hlavu na opačnou stranu a chvíli setrváme (5 vteřin). Poté to samé na druhou stranu. Opakujeme 5 – 10x.

2. Cvičení dna pánevního – popsáno v kapitole rehabilitace dna pánevního v šestinedělí.

C) K rehabilitaci ve 4. dni po porodu navíc přidáváme kromě předchozích cvičebních jednotek cvičení na posílení přímých a šikmých svalů břišních a cviky na uvědomělé vyrovnávání nadměrné lordózy bederní páteře. Můžeme cvičit i ve stoje a doporučíme polohování na břiše. (Volejníková, 2002)

1. Cvičení na posílení přímých a šikmých břišních svalů.

- A. V ZP ležíme na zádech, nohy pokrčené s chodidly opřenými o podložku, ruce dáme v týl. Stiskneme sedací svaly, přednožíme, kolena přitáhneme k břichu, zdvihneme hlavu a hrudník a snažíme se lokty dotknout kolen. Poté se povolíme, položíme nazpět a uvolníme. Opakujeme 5 – 10x. (Volejníková, 2002)
- B. V ZP leh na zádech s dolními končetinami skrčenými a kolena na břiše, ruce upažit. Položíme obě skrčené nohy nalevo a táhneme kolena k lokti. Pokoušíme se nechat nohy na podložce. Poté dáme zpět nohy na břicho a opakujeme na opačné straně totéž. Opakujeme 5 – 10x. (Volejníková, 2002)

2. Cviky na vyrovnání bederní páteře.

- A. V ZP stojíme zády opření o zeď, paty máme 30 cm ode zdi. Stahujeme břišní a hýžďové svaly a přitom tiskneme bederní páteř ke stěně. Vydržíme 10 vteřin a pak uvolníme. (Volejníková, 2002)

Různé formy cvičení v šestinedělí jsou pokračováním některých sportovních aktivit v těhotenství. Žena může chodit na krátké procházky i s dítětem, existují kurzy aerobiku vhodné pro maminky s dětmi, plavání s dětmi, wellness jóga po porodu, Alexandrova technika využívaná po porodu a mnoho dalších. Je ale třeba dbát o zdravotní stav nedělký, nesmí se přetěžovat, při pocitu únavy má přestat a využívat dechová cvičení a relaxaci. (Volejníková, 2002)

Cvičení po císařském řezu

Rehabilitace po tomto výkonu je brána jako cvičení po abdominální operaci, protože je narušena integrita břišních svalů, je zvýšené riziko vzniku trombo-embolických komplikací a dalších, které jsou spojené s anestezií a samotnou operací (aspirace, krvácení, infekce...). Po operaci je oblast břicha výrazně citlivá, proto se nezařazují cviky, jež více zatěžují břišní stěnu. Využívá se aktivity s dechovým břišním cvičením a pohyby horních končetin, cviky kyčelních kloubů, stehenních a hýžd'ových svalů a svalů dna pánevního. Základní postavení je na lůžku v poloze vleže na zádech, boku či vsedě na posteli. Rehabilitace začíná od 2. dne po operaci po celkové vertikalizaci a trvá do 5. dne po operaci. Cílem cvičení je dosažení optimálního stavu břišní stěny, tím se zabrání rozvoji ortopedických komplikací páteře. (Čech, 2006, Volejníková, 2002)

5.4.Rehabilitace dna pánevního po porodu

Úkolem cvičení dna pánevního je jeho zpevnění po porodu a zamezení vzniku komplikací, jako například retroverze dělohy či jejího sestupu v pozdějším věku, vzniku močové inkontinence, bolestí v zádech či bolestivé menstruací. (Volejníková, 2002)

5.4.1.Základní cviky dna pánevního

Tyto cviky jsou součástí komplexního cvičení v šestinedělí, které je uvedeno výše. Žena by měla být poučena o svém pánevním dnu, aby do cvičení zapojovala ty správné svalové skupiny. Před cvičením je nutné, aby byla neděлька vymočená, cvičí se nejlépe ráno před snídaní, doba cvičení se pohybuje okolo 10 – 20 minut s opakováním každého cviku 5 – 10x. Návčik je rozdělen na 1. den, 2. a 3. den a 4. den po porodu. (Volejníková, 2002)

A. 1. den po porodu:

- V základním postavení ležíme na zádech, dolní končetiny máme pokrčené v kolenou s chodidly opřenými o podložku, ruce podél těla. Stiskneme nohy k sobě, zvedneme pánev do vzduchu, přitom tiskneme sedací svaly a vtahujeme konečník, pochvu a močovou trubici. Vydržíme alespoň 10 vteřin a uvolníme. Opakujeme 5 – 10x. (Volejníková, 2002)
- V základním postavení ležíme na zádech, dolní končetiny jsou natažené na podložce a paže podél těla. Stiskneme dolní končetiny k sobě od kotníků po kyčle a lehce nadzvedneme pánev. Přitom vtahujeme konečník, pochvu a močovou

trubici do sebe. Vydržíme alespoň 10 vteřin a uvolníme. Opakujeme 5 – 10x. (Volejníková, 2002)

B. 2. a 3. den po porodu přidáváme ke cvikům 1. dne:

- V ZP ležíme na břiše s dolními končetinami nataženými, ruce si vložíme pod hlavu. Opřeme nožní palce o podložku, napneme kolena vzhůru, stiskneme dolní končetiny a sedací svaly k sobě a vtáhneme opět konečník, pochvu a močovou trubici do sebe. Vydržíme alespoň 10 vteřin, uvolníme a kolena položíme. Opakujeme 5 – 10x. (Volejníková, 2002)
- V ZP leh na zádech s nohama pokrčenýma a chodidly opřenými o podložku, ruce u těla. Zvedneme pánev do vzduchu, vtáhneme konečník, pochvu a močovou trubici do sebe. Vydržíme alespoň 10 vteřin a uvolníme. Opakujeme 5 – 10x. Totéž na opačnou stranu. (Volejníková, 2002)

C. 4. den po porodu cvičíme stejné cviky jako v předešlých dnech. (Volejníková, 2002)

5.4.2. Speciální cviky dna pánevního v šestinedělí

Alexandrova technika

Cvičení není odlišné od procvičování dna pánevního v těhotenství. Jedná se o stahování a uvolňování svalových struktur pánevního dna v polohách „opice, dřep, výpad, klek“ během dne. Doporučuje se začít s touto aktivitou ihned po porodu za předpokladu dobrého zdravotního stavu. Je třeba opět ženu edukovat o správném zapojování svalů při cvičení, aby rehabilitace této části těla byla efektivní. (Forsstromová a Hampsonová, 1996)

Metoda Canthienica®

Tato metoda se zakládá na principu spolupráce kosterního svalstva, kloubů, šlach a vazů, která má za následek aktivaci nervového dráždění a větší uvolňování hormonů v mozku vyvolávající dobrou náladu a tím efektivitu samotného cvičení na celé tělo. Je zaměřena na svalové skupiny pánve a pánevního dna, zádového svalstva, bederní a hýžďové, břišní, hrudníku, mezižebří, hrudního koše a ramenou. U každého cvičení na jakoukoli část těla nechybí trénink dna pánevního. Metoda dává do popření aktivitu pánevních struktur, protože si je vědoma návaznosti komplikací s ochablostí či poškozením výše uvedených svalů. Nezapomíná na další části těla, protože jej prokrvuje, působí preventivně a esteticky. Cvičení je možné provádět doma z knihy a přitom se starat o své dítě, či na kurzech pro maminky s instruktory. Cvičení lze začít doma od 6. týdne po porodu, využívá se cvičebních programů

pro držení těla a posilování pánve. Cvičební jednotka by měla trvat 60 minut, podle výdrže ženy se tato doba může měnit. Poté lze přidávat další cvičební programy na různé části těla. (Cantieni, 2007)

Mezi ně například patří cvičení na pohyblivost páteře. Touto aktivitou se zlepší propojení pánevních, zádových a břišních svalů, protažení páteře a autochtonního zádového svalstva, uvolnění ramen. (Cantieni, 2007)

Pro ukázkou cvičení dna pánevního je zde uveden cvik „Síla v pánevním dně“. Procvičením se dosáhne vzpřímení a vytažení těla, propojení celého svalstva pánevního, břišního, stehenního a zádového, zpevnění a formování stehen a hýždí, protažení musculus iliopsoas a zlepšení rovnováhy a koordinace. Tato aktivita přináší ochranu a odlehčení kloubů. (Cantieni, 2007)

- Základní postavení je stoj zpříma s dolními končetinami v šíři pánve, levá paže se opírá o oporu (zeď, židli). Páteř protahujeme směrem nahoru, stydkou kost a kostrč opačným směrem, uvolníme ramena, která tlačíme ven a dolů. Pravou nohou vykročíme a snížíme tělo, jak je to možné. Kolena vytváří úhel 90 stupňů. Současně protahujeme páteř směrem nahoru, pánev táhneme dolů a navíc táhneme dolů i levé koleno. Stáhneme hrboly kostí sedacích k sobě, snažíme se mírně uvolnit dno pánevní, chvíli vydržíme a opět stáhneme. Ze začátku opakujeme 10x, při lepší výdrži opakujeme 30x. Poté propneme levou nohu a celé chodidlo necháme na zemi. Horní část předkloníme, aby tělo a levá dolní končetina byly v jedné přímce. Můžeme se oběma rukama opřít o pravé koleno. Propnutí vydržíme aspoň 1 minutu a poté uvolníme. Poté provádíme cvik na druhé noze. Příloha I. (Cantieni, 2007)

Jóga po porodu

Již od prvních hodin po porodu může žena využívat technik jógických cvičení. Jsou založeny na bázi prodýchávání a postupného protahování svalových skupin. Pomalé a promyšlené zapojování svalů je optimální aktivitou v šestinedělí, protože nejen trénuje kosterní svalstvo, ale také ženu relaxuje, ta je odpočínutá a schopná se starat o dítě a i o sebe samou. Pro cvičení dna pánevního má několik pozic napomáhajících ke zpevnění těchto svalů. Například při cviku „Houba“ žena leží na zádech s pokrčenými dolními končetinami a chodidly opřenými o podložku. Chodidla i kolena se vzájemně dotýkají, ruce podél těla nebo roztažené do stran. Při nádechu se břicho vyklene ven. Při výdechu se napne oblast kolem

konečníku, pochvy a močové trubice a stáhne břicho a bederní páteř přitlačí na zem. Opakujeme pomalu 5 – 15x. (Wessels a Oellerich, 2009)

6. Kontraindikace cvičení v šestinedělí

Obecně lze říct, že cvičení se kontraindikuje na základě zdravotního stavu a přítomnosti poporodních komplikací nebo komplikací v šestinedělí. Nesmí se cvičit při hořčnatých stavech a symfyzeolýze. (Kolář, 2009, Volejníková, 2002)

7. Choroby dna pánevního a onemocnění spojená s jeho dysfunkcí

7.1. Patologické stavy svalů dna pánevního

Obecně se tyto stavy nazývají dysfunkcí pánevního dna, společnou poruchou je poškození podpůrných a závěsných struktur dna pánevního. (Roztočil, 2011)

7.1.1. Porodní poranění

Toto poškození patří mezi nejhojněji se vyskytující rizikový faktor způsobující poruchu funkce dna pánevního. (Roztočil, 2011)

7.1.2. Narušená inervace

Nervové struktury inervující pánev, konkrétně nervus pudendus a jeho větve jsou nejvíce zatěžovány během I. a II. doby porodní. Zvýšené riziko poškození tohoto nervu je při porodu hypertrofického plodu či protrahovaném porodu v II. době porodní. Může dojít k částečné denervaci se změnami ve funkci dna pánevního, hlavně u instrumentálního porodu. Existuje ještě jeden typ poškození, a to trakční poranění nervus pudendus, které vzniká sekundární trakcí. (Halaška, 2004, Roztočil, 2011)

7.1.3. Poranění svalů

Svalová skupina musculus levator ani je při vaginálním porodu maximálně zatěžována. Ve fyziologickém stavu dokáže tato struktura reagovat na tlakové změny optimálním přizpůsobením. Jejich možné poškození při vaginálním porodu má za následek patologickou pozici, pohyblivost i funkci. Nejčastější odchylkou trpí puborektální část levátoru. (Halaška, 2004, Roztočil, 2011)

7.1.4. Poranění vazů

Etiologie vzniku poškození fascií dna pánevního má multifaktoriální základ s přispěním dědičnosti. Proto stále není jasné, proč některé ženy v pozdějším věku trpí prolapsem pánevních orgánů. Během porodu může dojít k disrupci fasciální opory dělohy a vagíny. Tyto defekty se nejčastěji objevují ve středu přední či zadní stěny poševní a následně může dát vzniknout dysfunkcím dna pánevního. (Halaška, 2004, Roztočil, 2011)

7.2. Onemocnění spojená s poruchou dna pánevního

7.2.1. Inkontinence

Inkontinence je mimovolní únik moči či stolice. U inkontinence stolice je poškozen anální sphinkter, například při porodu, kdy může vzniknout ruptura perinea III. až IV. stupně nebo je poškozen nervus pudendus. Pasivní fekální inkontinence se projevuje špiněním spodního prádla a nekontrolovatelným odchodem plynů. Výrazně je ovlivněna sociální role ženy a má za následek psychosexuální problémy u úplné inkontinence stolice, kdy žena není schopna udržet stolici. (Halaška, 2004)

Inkontinence moči se v mnoha případech pojí s vaginálním porodem. Již v těhotenství některé skupiny žen udávají nechtěný únik moči při kašli či smíchu, které jsou příznakem stresové inkontinence. Nedůležitějším faktorem vzniku poporodní inkontinence je charakter vedení prvního vaginálního porodu, prodloužená II. doba porodní, operativní porod per forcipem, epiziotomie, ruptura III. stupně a mnoho dalších. Ale i u císařského řezu, pokud je opakovaný, hrozí výskyt urgentní inkontinence charakteristické urgencí, například při změně teploty či při zvuku tekoucí vody. (Halaška, 2004)

7.2.2. Descensus a prolaps poševních a děložních stěn

Jedná o výhřez orgánů malé pánve s defektním rozšířením urogenitálního hiátu. Descensus i prolaps mohou vznikat v souvislosti s rozvolněním celého závěsného systému během porodu či poranění těchto struktur, nebo habituální méněcenností či zvýšeným intraabdominálním tlakem. Klasifikace se dělí na tři stupně, z nichž první dvě jsou hodnoceny jako descensus – sestup orgánů, poslední jako prolaps – úplný výhřez sestupující z introitu poševního. Symptomy tohoto onemocnění jsou evakuační poruchy při mikci, defekační problémy, obstipace, snížené vaginální čití a tlaky do rodidel. (Halaška, 2004)

7.2.3. Bolest v oblasti hráze a dyspareunie

Hojně využívaná epiziotomie je spojována s rizikem vzniku perineální bolesti a dyspareunie. Záleží na správném ošetření tohoto výkonu, na vlastnostech šicího materiálu a na postnatálním vyloučení nebo odstranění infekce, hematomu v oblasti perinea. I prodloužené kojení má svůj podíl na atrofii genitálních orgánů a případném vzniku dyspareunie. Tyto komplikace, pokud se nevyléčí, vedou k postnatálním depresím a dlouhodobým psychosexuálním obtížím. (Halaška, 2004)

8. Fyzioterapie v rámci práce porodní asistentky

Rehabilitace je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče ve všech medicínských oborech. Zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických, zdravotních opatření, která směřují k optimální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek k jeho dosažení.

Porodní asistentky jako jediné z nelékařských pracovníků dokážou působit na ženy ve smyslu správného poučení o cvičení v těhotenství, porodu a šestinedělí a vhodného životního stylu. Již z obsahu jejich práce lze vyvodit, že by měly vést léčebný tělocvik pro těhotné ženy, šestinedělky a ženy po gynekologických operacích.

V současné době existuje nepřehledné množství kurzů, cvičení pro těhotné i šestinedělky, které buď vedou porodní asistentky při zdravotnických zřízeních, či spolupracují s fyzioterapeuty. V nejlepším případě mají rozdělené role, kdy fyzioterapeut zajišťuje somatickou a porodní asistentka psychickou přípravu k porodu. Poté během porodu přebírá zodpovědnost porodní asistentka, která rodičku uklidní, poučí o průběhu a správné spolupráci. Některé porodní asistentky si této úlohy nejsou vědomy nebo nejsou dostatečně informovány. Některé aspekty by pomohly zkrátit jednotlivé porodní doby. V době šestinedělí je nutné, aby porodní asistentka poučila nedělkou o nutnosti další fyzioterapie po porodu, protože mnohé ženy podceňují význam cvičení. (Kolář, 2009, Volejníková, 2002)

II. ČÁST VÝZKUMNÁ

9. Výzkumné otázky

- Je více kurzů předporodní přípravy než cvičebních kurzů zaměřené na gymnastiku dna pánevního v pardubickém kraji?
- Jsou Kegelovy cviky nejpoužívanějším cvičebním programem pro fyzioterapii dna pánevního u těhotných a žen po porodu?
- Je nejčastější motivací ke cvičení dna pánevního v těhotenství a po porodu zlepšení tělesné kondice?
- Vedou více porodní asistentky cvičení dna pánevního pro těh. a po porodu než fyzioterapeuti v pardubickém kraji?
- Jaké cvičební programy v graviditě a po porodu jsou poskytovány v cvičebních kurzech v pardubickém kraji?

10. Metodika výzkumu

Ke svému výzkumu jsem použila dotazníkové šetření. Zdrojovým souborem byly těhotné a ženy po porodu. Dotazníky byly rozdávány do gynekologických ambulancí, oddělení šestinedělí v nemocnicích a v čekárnách privátních gynekologů. Dotazník obsahuje 16 otázek a je zcela anonymní.

Dotazník obsahuje různé typy otázek. Začleněny jsou otázky identifikační, uzavřené dichotomické a trichotomické, polytomické výběrové, polytomické výčtové a polozavřené. Objevuje se i otázka otevřená.

Období výzkumu trval od prosince 2011 do března 2012. Z rozdaných 70 dotazníků bylo vráceno 48 vyplněných dotazníků, které jsem použila ve svém výzkumu. Návratnost byla 69%.

Zhodnocené údaje z dotazníků jsem zpracovala v programu Microsoft Excel 2007, vytvořila jsem k nim příslušné tabulky a poté zhotovila grafy. Pro zpracování dat ze získaných dotazníků jsem použila vzorec pro výpočet relativní četnosti. Dotazník se nachází v příloze A.

Výčet použitých veličin četnosti

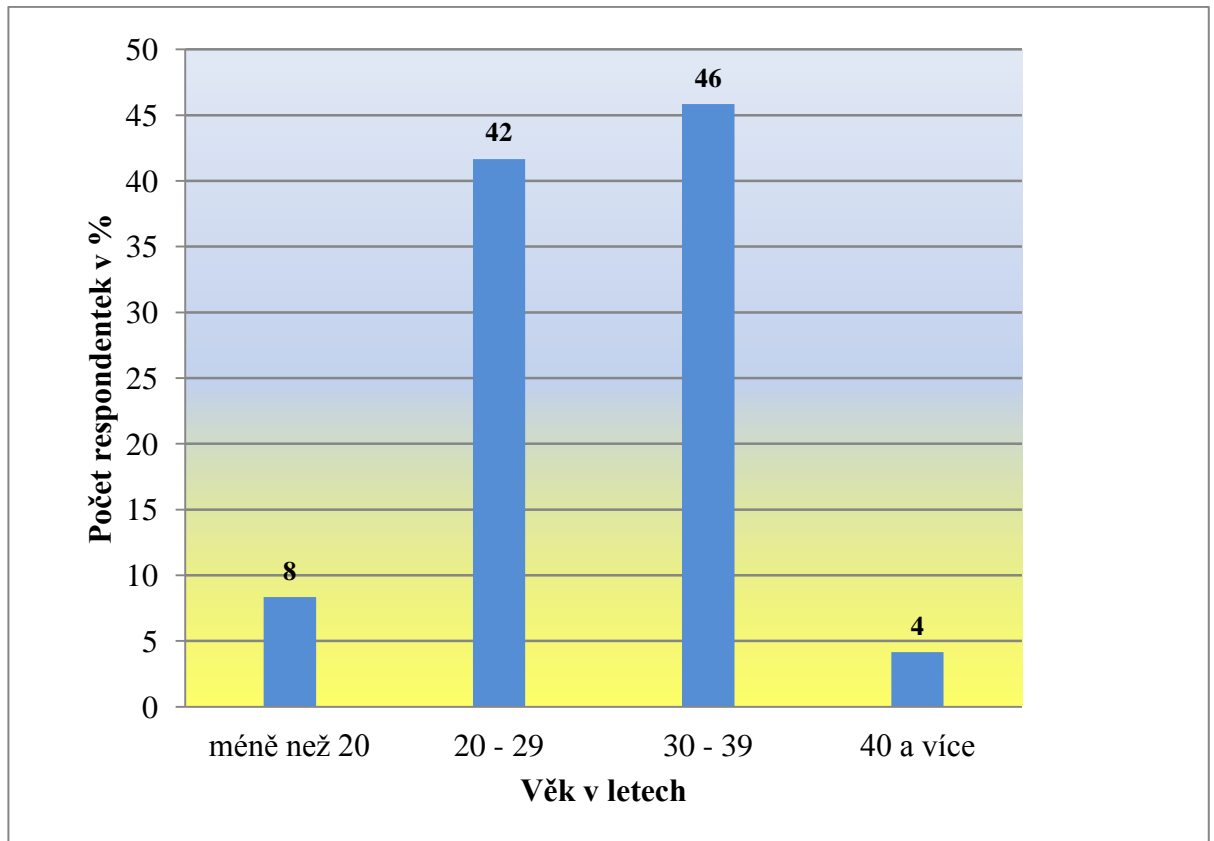
n	rozsah zpracovaného souboru
n_i	symbol pro vyjádření absolutní četnosti
f_i	symbol pro vyjádření relativní četnosti
Σ	SUMA – celkový součet

Použitý vzorec pro relativní četnost v procentech:

$$f_i [\%] = n_i \times 100 / n$$

11. Analýza a interpretace výsledků

1. Do jaké věkové kategorie patříte?



Obrázek č. 1 – Věk respondentek

První otázka zjišťuje věk 48 respondentek. 4 (8%) respondentky byly mladší než 20 let. Ve věkové kategorii 20 – 29 let bylo zastoupeno 20 (40%) respondentek. Skupina tvořící věk 30 – 39 let činila 22 (46%) respondentek. Poslední kategorie zastupuje věk 40 a více, která byla tvořena 2 (4%) respondentkami. (Obr. č. 1)

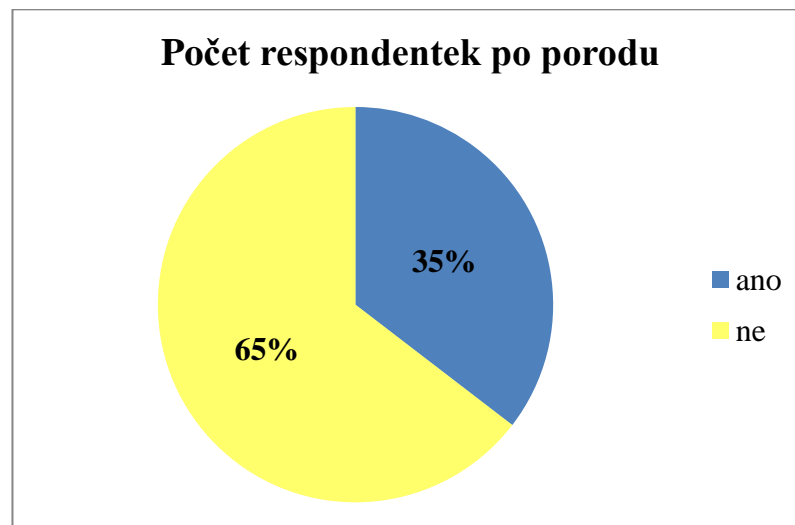
2. Jste v tento čas těhotná?

Tabulka č. 1 – Počet těhotných respondentek

Těhotných v tento čas	$n_i[-]$	$f_i[\%]$
ano	31	65%
ne	17	35%
Σ	48	100%

Ve 2. otázce se zjišťuje, kolik těhotných respondentek se účastní daného výzkumu. Z celkového počtu 48 respondentek bylo těhotných 31 (65%). 17 (35%) respondentek uvedlo, že nejsou v tento čas těhotné. (Tab. č. 1.)

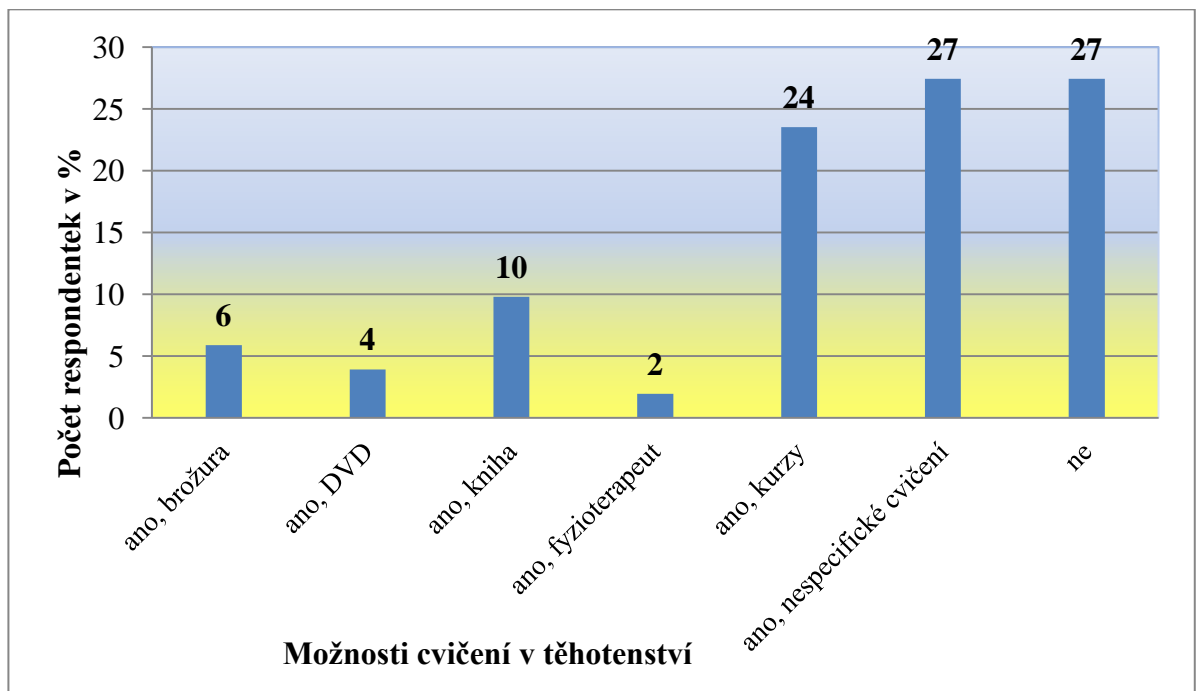
3. Jste v tento čas po porodu?



Obrázek č. 2 – Počet respondentek po porodu

V otázce č. 3 se ověřuje z celkového počtu 48 respondentek podíl žen po porodu, který činí 17 (35%) respondentek. 31 (65%) respondentek uvádí, že nejsou v tento čas po porodu. (Obr. č. 2)

4. Cvičila (cvičíte) během těhotenství? (můžete zaškrtnout více odpovědí)



Obrázek č. 3 – Možnosti cvičení v těhotenství

Otázka č. 4 se zabývá možnostmi cvičení dna pánevního v těhotenství a jejich využití respondentkami v těhotenství. Odpovědi mohlo být označeno více. Cvičení dna pánevního podle brožury prováděly 3 (6%) respondentky, podle DVD cvičily 2 (4%) respondentky. Knihy zabývající se cvičením pánevních struktur využívalo 5 (10%) respondentek. Cvičení s instrukcemi od fyzioterapeuta využila 1 (2%) respondentka. 12 (24%) respondentek uvedlo, že cvičily v kurzech pro těhotné, včetně cvičení pánevního dna. Nespecifické cvičení, které zahrnuje cviky doma, jako protažení, posilování prsních, zádových svalů a relaxaci, provedlo 14 (27%) respondentek. Poslední skupina, která činí 14 (27%) respondentek, nevyužívala žádnou z výše uvedených možností. (Obr. č. 3)

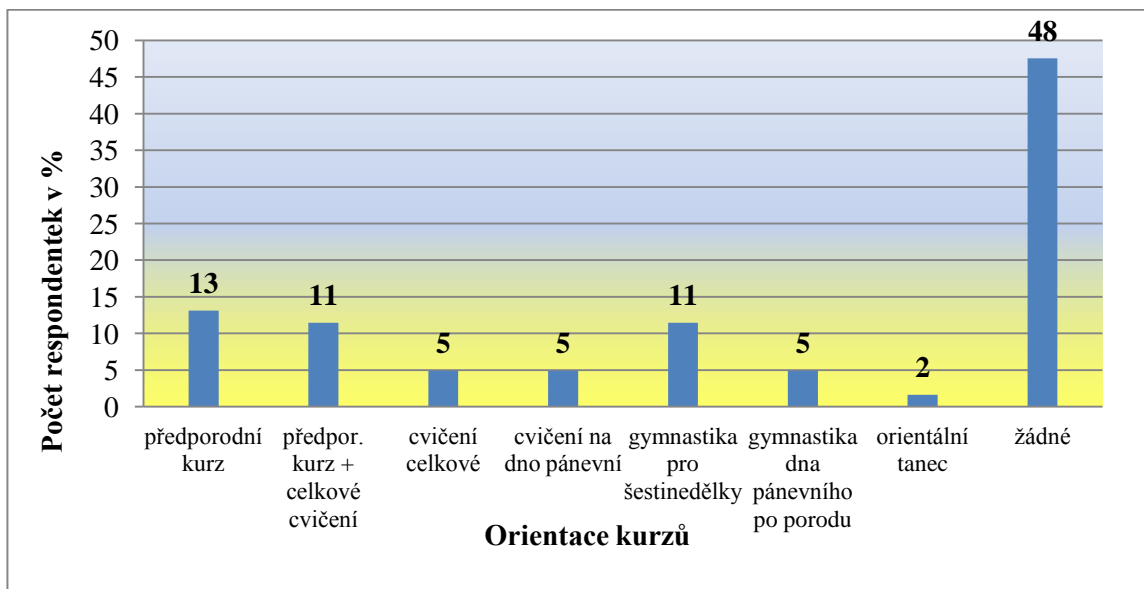
5. Jaké kurzy jste navštěvovala? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

Tabulka č. 2 – Navštěvované kurzy respondentek

Typy kurzů navštěvovaných respondentkami	n _i [-]	f _i [%]
předporodní kurzy	16	29%
gymnastika pro těhotné	7	13%
fyzioterapie dna pánevního pro těhotné	1	2%
gymnastika pro šestinedělky	3	5%
fyzioterapie dna pánevního pro šestinedělky	0	0%
žádné	29	52%
Σ	56	100%

V páté otázce se zkoumá návštěvnost různých typů kurzů respondentkami. 16 (29%) respondentek navštěvovalo předporodní kurzy. Gymnastika pro těhotné je zastoupena 7 (13%) respondentkami. Fyzioterapii dna pánevního pro těhotné využila 1 (2%) respondentka. Gymnastika pro šestinedělky navštívily 3 (5%) respondentky. Žádná z respondentek neuvedla fyzioterapii dna pánevního pro šestinedělky. Poslední údaj vypovídá, že 29 (52%) respondentek nenavštívilo žádný z kurzů nabízených v pardubickém kraji. (Tab. č. 2)

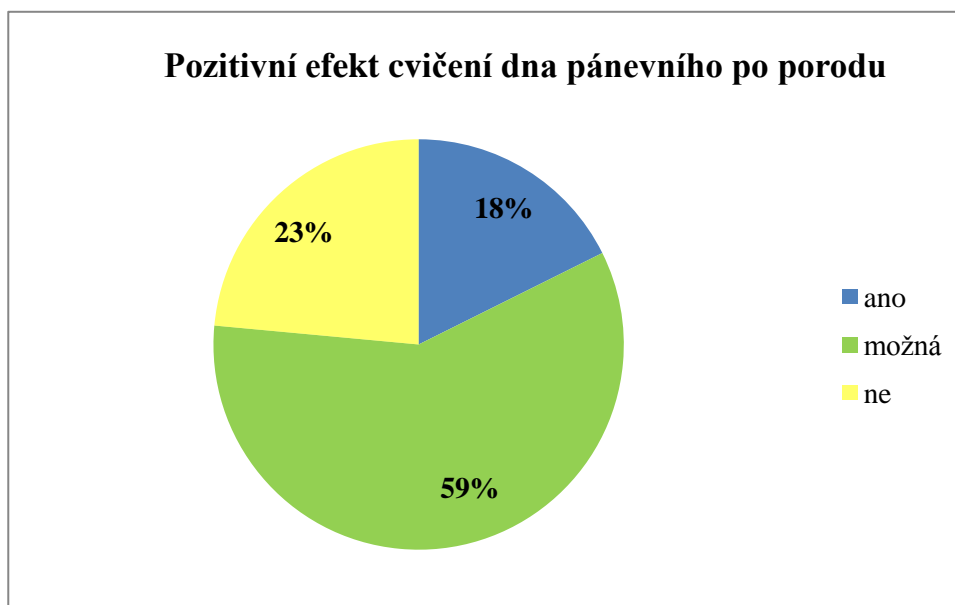
6. Kurzy byly převážně orientovány na: (můžete zaškrtnout více odpovědí)



Obrázek č. 4 – Orientace kurzů v těhotenství a po porodu

Otázka č. 6 zjišťuje, co kurzy, které respondentky navštívily, obsahovaly za cvičební programy. První skupina předporodní kurz, což je příprava k jednotlivým porodním dobám, informace o možnosti tišení porodní bolesti, přednášky o péči o novorozence, kojení, doba šestinedělí, byl využit u 8 (13%) respondentek. Předporodního kurzu spolu s celkovým cvičením, jež se jedná o speciální cvičení na konci těhotenství – nácvik dýchání, příprava na samotný porod, se zúčastnilo 7 (11%) respondentek. 3 (5%) respondentek uvádí celkové cvičení, které se týká celého těla během celého těhotenství, procvičování dna pánevního. I cvičení speciálně pro dno pánevní, obsahující cviky na uvolnění a posílení dna pánevního, se zúčastnily 3 (5%) respondentky. Gymnastika pro šestinedělky (celkové procvičení těla i se dnem pánevním) byla použita u 7 (11%) respondentek a gymnastika dna pánevního po porodu byla využita u 3 (5%) respondentek. Respondentky dále uvedly, že u 1 (2%) případu byl kurz veden jako lekce orientálního tance. 29 (48%) respondentek nechodilo na žádný kurz. (Obr. č. 4)

7. Pro ženy po porodu: Pokud jste cvičila v těhotenství, máte subjektivní dojem, že toto cvičení má pozitivní efekt na současný stav pánevního dna (méně silná inkontinence, lépe ovládatelná inkontinence, vůbec žádné problémy s inkontinencí)?



Obrázek č. 5 – Pozitivita efektu cvičení na stav dna pánevního

Sedmá otázka se zabývá pozitivního vlivu cvičení na dno pánevní u žen porodu. 3 (18%) respondentek udává, že cvičení má pozitivní vliv na jeho současný stav. 10 (59%) respondentek si nejsou jisté přínosem cvičení pro dno pánevní. 4 (23%) respondentky tvrdí, že cvičení nemá pozitivní dopad na současný stav pánevního dna. (Obr. č. 5)

8. Jak jste se dozvěděla o možnosti cvičení v těhotenství, po porodu?

Tabulka č. 3 – Způsob informování o cvičení v těhotenství a po porodu

Způsob informování o možnosti cvičení v těh. a porodu	n _i [-]	f _i [%]
nebyla informována	8	17%
u svého gynekologa	6	13%
u svého praktického lékaře	0	0%
od porodní asistentky	5	10%
přes noviny, internet nebo jiná média	16	33%
přes kamarádku, příbuzné	13	27%
Σ	48	100%

V otázce č. 8 se zjišťuje zdroj informovanosti o možnosti cvičení v těhotenství a po porodu. 8 (17%) respondentek nebyly vůbec seznámeny se cvičením. U svého gynekologa se informovalo 6 (13%) respondentek. Žádná s respondentek nebyla informována u praktického lékaře. 5 (10%) respondentek se dozvědělo o cvičení od porodní asistentky. Největší podíl respondentek, tedy 16 z nich, se informovaly přes noviny, internet a jiná média. Poslední skupina, podílející se počtem 13 (27%) respondentek, se informovaly přes kamarádku či příbuzné. (Tab. č. 3)

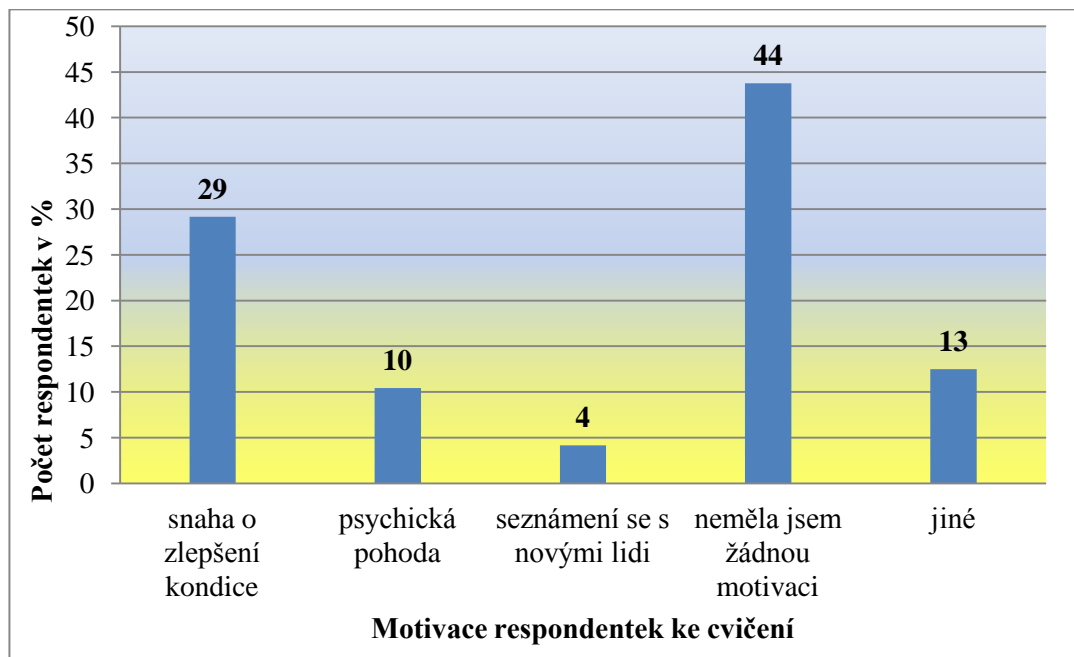
9. Jak byste ohodnotila informovanost porodních asistentek o cvičení dna pánevního?

Tabulka č. 4 – Hodnocení informovanosti porodních asistentek

Hodnocení informovanosti porodních asistentek	$n_i[-]$	$f_i[%]$
výborná	3	6%
chvalitebná	11	23%
dobrá	7	15%
dostačující	5	10%
nedostatečná	2	4%
nedokážu posoudit	20	42%
Σ	48	100%

Otázka č. 9 je zaměřena na informovanosti porodních asistentek o cvičení dna pánevního. 3 (6%) respondentky uvedly, že porodní asistentky jsou plně informované o dané problematice. 11 (23%) respondentek určilo informovanosti jako chvalitebnou. Za dobrou uznalo 7 (15%) respondentek, dostačující 5 (10%) a nedostatečnou 2 (4%) respondentky. 20 (42%) respondentek nedokázaly ohodnotit míru informovanosti porodních asistentek. (Tab. č. 4)

10. Co Vás motivovalo ke cvičení?



Obrázek č. 6 – Motivace respondentek ke cvičení

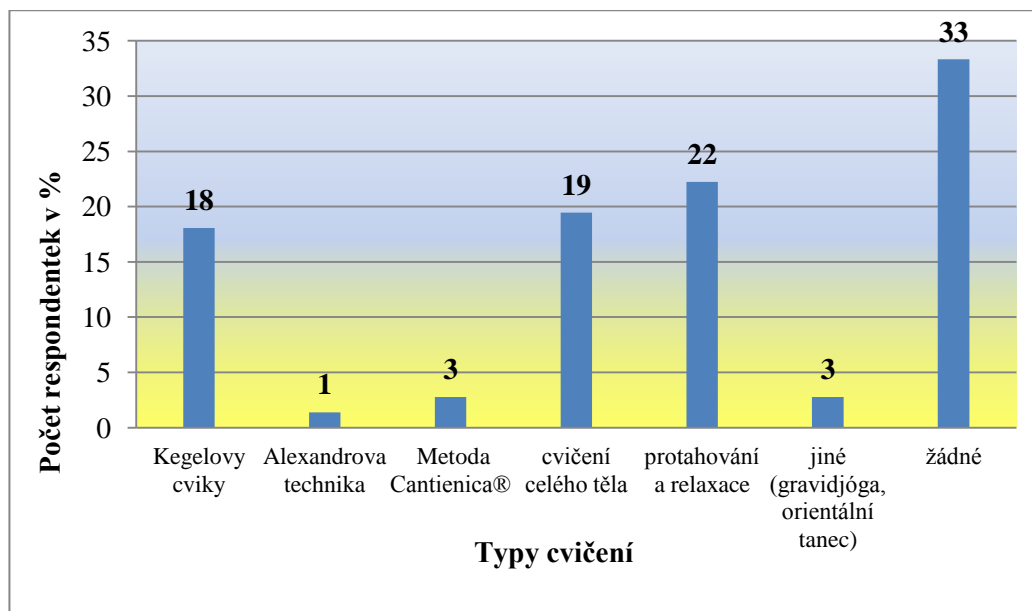
Otázka č. 10 se zaměřuje na motivaci respondentek ke cvičení. Z celkového počtu 48 respondentek odpovědělo 14 (29%), že jejich motivací je snaha o zlepšení kondice. 5 (10%) respondentek vyhledávalo ve cvičení psychickou pohodu a 2 (4%) respondentky byly motivovány kontaktem s novými lidmi. 21 (44%) respondentek neměly žádnou motivaci ke cvičení. Poslední skupinu tvoří 6 (13%) respondentek, které uvedly jinou motivaci – uvedeno níže. (Obr. č. 6).

Tabulka č. 5 – Volitelná odpověď u otázky č. 10

Vpisovací otázka – jiná motivace	$n_i[-]$	$f_i[％]$
informace k porodu	3	50%
ovlivnění inkontinence	2	33%
aktivní sportovkyně	1	17%
Σ	6	100%

U vpisovací odpovědi u otázky č. 10 z celkového počtu 6 respondentek uvedly 3 (50%) respondentky, že jejich motivací je získání informací k porodu. 2 (33%) respondentek chtěly ovlivnit inkontinenci a 1 (17%) je aktivní sportovkyně. (Tab. č. 5)

11. Jaké typy cvičení na dno pánevní jste cvičila? (můžete zaškrtnout více možností)



Obrázek č. 7 – Typy cvičení

Jedenáctá otázka se zaměřuje na typy cvičení, se kterými se respondentky setkaly. Bylo možno zaškrtnout více možností. 13 (18%) respondentek se setkalo s Kegellovými cviky. Alexandrova technika byla využita u 1 (1%) respondentky. Metodu Cantienica® použily u 2 (3%) respondentek. 14 (19%) respondentek provádělo cvičení celého těla a 16 (22%) respondentek používalo protahování a relaxaci. Ve volitelné odpovědi 2 (3%) respondentky uvedly gravidjógu a orientální tanec. 24 (33%) respondentek neprováděly žádné typy cvičení. (Obr. č. 7)

12. Kdo vedl cvičební kurz?

Tabulka č. 6 – Vedení cvičebních kurzů

Vedení cvičebních kurzů	n _i [-]	f _i [%]
porodní asistentka	10	21%
fyzioterapeut	2	4%
psychoterapeut	0	0%
gynekolog	1	2%
nevím	29	60%
jiná kvalifikace	6	13%
Σ	48	100%

V otázce č. 12 se zjišťuje, jaké kvalifikace je vedoucí cvičebního kurzu. 10 (21%) respondentek uvedlo jako vedoucího kurzu porodní asistentku. Fyzioterapeuta uvedly 2 (4%) respondentky. Žádná z respondentek neoznačila psychoterapeuta. U 1 (2%) respondentky vedl kurz gynekolog. 29 (60%) respondentek nevědělo, jakou kvalifikaci má vedoucí jejich kurzu. 6 respondentek uvedlo jinou kvalifikaci – uvedeno níže. (Tab. č. 6)

Tabulka č. 7 – Volitelná odpověď u otázky č. 12

Jiná kvalifikace	n _i [-]	f _i [%]
Všeobecná sestra	2	33%
Instruktorka aerobiku	1	17%
Lektorka orientálního tance	1	17%
Lektorka jógy	1	17%
Instruktorka s certifikací na cvičení s těhotnými	1	17%
Σ	6	100%

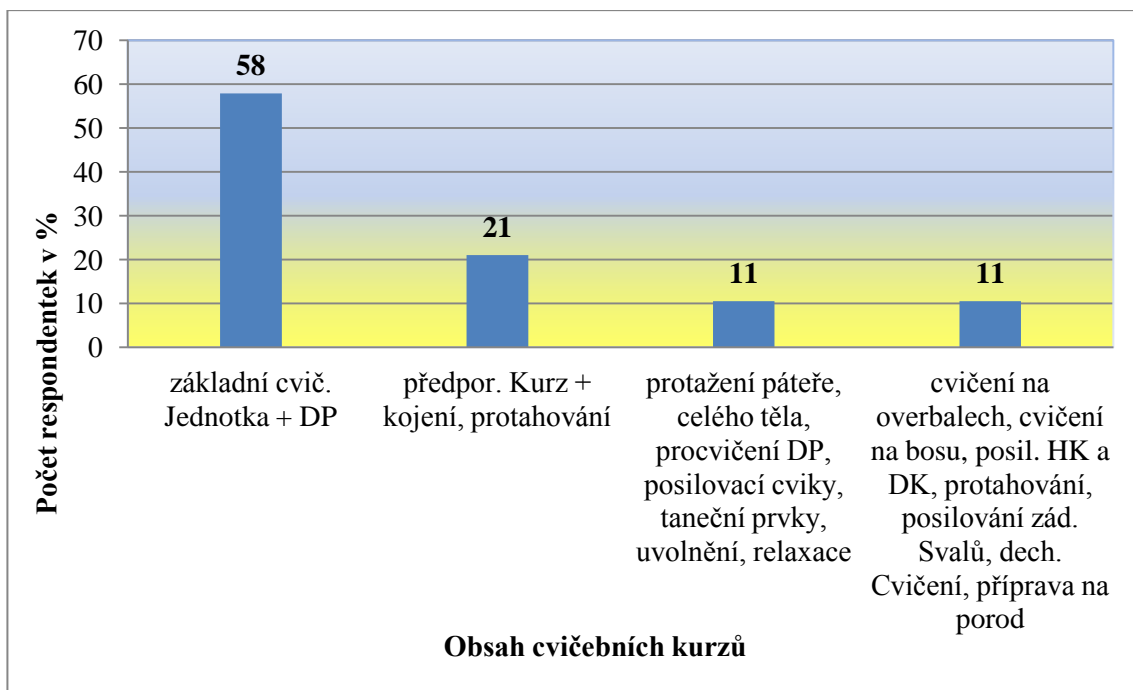
U vpsovací odpovědi u otázky č. 12 z celkového počtu 6 respondentek uvedly 2 (33%) respondentky všeobecnou sestru jako vedoucího kurzu cvičení. 4 odpovědi po 1 (17%) respondentce vypovídá o instruktorce aerobiku, lektorce orientálního tance, lektorce jógy a instruktorce s certifikací na cvičení s těhotnými. (Tab. č. 7)

13. Vypište, z čeho se skládal kurz cvičení, popř. předporodní kurz, na který jste chodila? (příklad: protahování celého těla, samotné procvičení dna pánevního, relaxace)

Tabulka č. 8 – Vpisovací otázka – Počet vyplňujících respondentek

Počet vyplňujících respondentek	n _i [-]	f _i [%]
nevyplnilo otázku	29	60%
vyplnilo otázku	19	40%
Σ	48	100%

Otázka č. 13 zkoumá cvičební programy, které byly obsahem cvičebních kurzů. Z celkového počtu 48 respondentek otázku vyplnilo 19 (40%). 29 (60%) respondentek otázku nevyplnilo. (Tab. č. 8)



Obrázek č. 8 – Obsah cvičebních kurzů – vpsovací otázka

U vypisovacích odpovědi u otázky č. 13 z celkového počtu 19 respondentek uvedlo 11 (58%) respondentek základní cvičební jednotku s cvičením dna pánevního. 4 (21%) respondentek odpovědělo předporodní kurz s protahováním a přednáškami o kojení. Zbylé 4 respondentky po 2 (11%) odpovědích uvedly jako první cvičební program protažení páteře, celého těla, procvičení DP, posilovací cviky, taneční prvky, uvolnění, relaxace a druhý program cvičení na overbalech, cvičení na bosu, posil. HK a DK, protahování, posilování zádových svalů, dechové cvičení, příprava na porod. (Obr. č. 8)

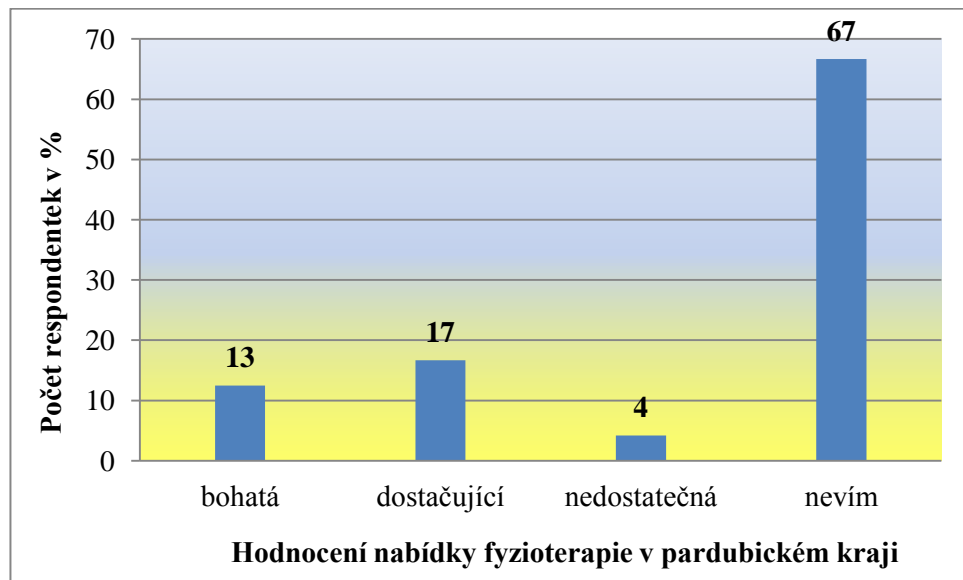
14. Konzultovala jste o cvičení (v těhotenství, či jste po porodu) se svým gynekologem?

Tabulka č. 9 – Konzultace cvičení se svým gynekologem

Konzultace o cvičení s gynekologem	$n_i[-]$	$f_i[％]$
ano	9	19%
ne	39	81%
Σ	48	100%

Otázka č. 17 se zaměřuje na konzultaci o cvičení s gynekologem. Konzultace proběhla u 9 (19%) respondentek, u 39 (81%) ne. (Tab. č. 9)

15. Jak ohodnotíte nabídku fyzioterapie pro těhotné resp. ženy po porodu v pardubickém kraji?



Obrázek č. 9 - Hodnocení nabídky fyzioterapie v pardubickém kraji

Patnáctá otázka se zabývá hodnocením nabídky fyzioterapie v pardubickém kraji. 6 (13%) respondentek hodnotí jako bohatou, 8 (17%) jako dostačující a 2 (4%) jako nedostatečnou. Zbýlé respondentky v zastoupeném počtu 32 (67%) uvedly, že nedokáží posoudit. (Obr. č. 9)

16. Bylo Vaše cvičení indikováno (doporučeno) Vaším gynekologem?

Tabulka č. 10 – Indikace cvičení

Indikace cvičení	$n_i[-]$	$f_i[\%]$
ano	4	8%
ne	44	92%
Σ	48	100%

V poslední otázce č. 16 je záměrem zjistit doporučení cvičení v těhotenství a po porodu. U 4 (8%) respondentek bylo cvičení indikováno gynekologem, u 44 (92%) nebylo. (Tab. č. 10)

12. Diskuse

Výzkumná otázka č. 1 - Je více kurzů předporodní přípravy než cvičebních kurzů zaměřené na gymnastiku dna pánevního v pardubickém kraji?

Tato otázka se vztahuje k otázkám č. 5 a 6. Respondentky si z různých kurzů vybraly předporodní kurzy v 29 % případech, ostatní kategorie nedosahují takové četnosti. Sice přes polovinu respondentek nenavštěvovalo žádný kurz (52%), ale i tak lze tvrdit, že se ženy věnují v dostatečné míře svému zdraví a zajímají se o něj. Z výzkumu vyplývá, že ženy využívají více předporodní kurzy než samotné cvičení dna pánevního. Navíc, dominují předporodní kurzy, jež se zaměřují pouze na přednášky o porodu a mateřství (13%). Musím ale konstatovat, že v pardubickém kraji je dostatečné rozšíření této formy cvičebních kurzů. Výzkumná otázka se mi potvrdila.

Výzkumná otázka č. 2 - Jsou Kegelovy cviky nejpoužívanějším součástí pro fyzioterapii dna pánevního u těhotných a žen po porodu?

Výzkumná otázka je obsažena v otázkách č. 11. Z výsledků lze vyčíst, že součástí fyzioterapie dna pánevního je nejčastěji protahování a relaxace (22%). Jedná se sice o protahování a uvolnění celého těla, ale včetně i dna pánevního, jelikož je důležité při porodu jej umět uvolnit a po porodu znovu získat co nejpůvodnější strukturu jako před těhotenstvím. V dotazníkovém šetření jsem zjistila, že Kegelovy cviky jsou druhou nejpoužívanější součástí fyzioterapie pro těhotné a ženy po porodu (18%). Je totiž dokázáno, že Kegelovy cviky mají preventivní účinek na vznik inkontinence či její zhoršení a také má vliv na závěsný pánevní aparát. Halaška (2009) uvádí, že určitá skupina žen cvičilo intenzivně tyto cviky a v 84 % případech ustaly potíže s inkontinencí či odvrátily hrozící chirurgickou léčbu. Výzkumná otázka se mi nepotvrdila.

výzkumná otázka č. 3 - Jaká je nejčastější motivace ke cvičení v těhotenství a po porodu snaha o kondici?

Tato otázka se odkazuje na otázku č. 10. Skoro polovina respondentek (44%) neměla žádnou motivaci ke cvičení. Buď nemají vztah k fyzické aktivitě, či nebyly plně informovány o této možnosti. Největšího zastoupení dosáhla snaha o zlepšení fyzické kondice (29%) jako motivace ke cvičení v těhotenství a po porodu. Fyzioterapie by ale neměla být příliš zátěžová pro těhotné ženy, to by si měly ženy uvědomit. Měly by si uvědomit, že cvičení je hlavně o intenzivnější uvědomování vlastního těla, o silnější pouto mezi matkou a plodem a

předcházení různých komplikací ať už z těhotenských příčin či porodnických. Výzkumná otázka se mi potvrdila.

výzkumná otázka č. 4 - Nabízejí více porodní asistentky cvičení dna pánevního pro těh. a po porodu než fyzioterapeuti v pardubickém kraji?

Výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 8, 9, 12. Ve většině případů respondentky nevěděly kvalifikaci vedoucího kurzu (60%). Z výsledků lze ale zjistit, že porodní asistentky vedou více kurzy pro těhotné a po porodu (21%) než fyzioterapeuti (4%). Informovanost porodních asistentek o této problematice je podle respondentek, které hodnotily jejich míru informovanosti, nejčastěji je hodnoceno chvalitebně (23%). Sice největší podíl dostupnosti informací o nabídkách cvičení v těhotenství a po porodu je přes noviny, internet a jiná média (33%), ale porodní asistentky často ženy edukují o cvičeních (17%). Z dotazníkového šetření vyplývá, že porodní asistentky jsou více zainteresovány do cvičení těhotných a žen po porodu a tyto kurzy více nabízejí v pardubickém kraji. Výzkumná otázka se mi potvrdila.

Výzkumná otázka č. 5 – Je základní cvičební jednotka nejpoužívanějším programem poskytované v cvičebních kurzech v pardubickém kraji?

Pátá výzkumná otázka je obsažena v otázce č. 13 a 6. Bohužel, pouze 40% respondentek odpovědělo na otázku č. 13, kde jsem žádala, aby popsaly strukturu cvičebního kurzu. Z tohoto počtu vyšla nejčastěji používaná cvičební jednotka, jež se skládala ze základní cvičební jednotky se cvičením na dno pánevní (58%). Nemohu s určitostí potvrdit tuto výzkumnou otázku pro malý počet odpovědí.

Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že většina žen nekonzultovaly cvičení se svým gynekologem a ani ve více jak polovině případů nebyla rehabilitace indikována. Těhotné a ženy po porodu vyhledávají informace většinou z médií, nejspíše proto nemají potřebu konzultace s lékařem. Také se ukázalo, že problémy s inkontinencí měla s určitostí necelá šestina respondentek po porodu. Halaška (2009) uvádí, že mnohé nejednoznačné a těžko porovnatelné studie referovaly o úspěšnosti vyléčení inkontinence, ale spíše se zjistilo, že v 96 % došlo ke zmírnění příznaků inkontinence. Lze tedy tvrdit, že rehabilitace dna pánevního je přínosná pro prevenci a léčbu dysfunkcí pánevních struktur a onemocnění s ní spojené.

ZÁVĚR

Jako součást holistického přístupu v ošetrovatelské péči je fyzioterapie důležitá i v práci porodní asistentky. Na začátku práce jsem fyzioterapii nepřikládala valný význam, protože jsem zastávala názor, že tento obor je pouze okrajový a funguje spíše jako doplněk celkové léčby. Tato práce mi ale přinesla zcela jiný úhel pohledu na tuto problematiku. Zjistila jsem, jak důležitá je prevence tak nepříjemných onemocnění jako je inkontinence či descensus pánevních orgánů v těhotenství i po porodu tkvící v rehabilitaci dna pánevního. Je pravda, že jsem se nezabývala cvičením netěhotných žen, protože to nebylo náplní mé práce.

Z výzkumu vyplynulo, že spousta žen jak těhotných tak i nedělek má podvědomí o možnosti cvičení, ale nejsou dostatečně motivovány či informovány o výhodách těchto tělesných aktivit. Porodní asistentky mají dostatečný přehled o rehabilitaci dna pánevního, nemohu však vysvětlit, proč dnes neexistuje více cvičebních kurzů, jež by vedly. Spíše výzkum ukázal, že v pardubickém kraji je rozšířen předporodní kurz obsahující přednášky a semináře o těhotenství, porodu a mateřství. Jen malá část předporodních kurzů využívala cvičení v těhotenství. Co se týče rehabilitace v šestinedělí, potvrdilo se mi, že ženy tuto možnost využívají, ale jen v malé míře.

Z celé práce vyplývá, že v pardubickém kraji ženy hojně využívají kurzy a cvičení jak celého těla, tak současně i dna pánevního. Podle mého názoru, který je podložen provedeným výzkumem, je třeba porodní asistentky více edukovat o výhodách rehabilitace dna pánevního, aby mohly ženám lépe vysvětlit pozitivní aspekty cvičení v těhotenství a po porodu. Dále by bylo vhodné zavést kurzy fyzioterapie přímo pro porodní asistentky pro provádění praxe jako lektorky pro cvičení těhotných a žen po porodu. Sice mají rehabilitaci jako součást výuky, ale dle mého názoru v nedostatečné hloubce. Porodní asistentka je přece jen osoba, která ženám radí, pomáhá a doprovází ženy životem.

Soupis bibliografických citací

1. BEJDÁKOVÁ, J. *Cvičení a sport v těhotenství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1214-8
2. CANTIENI, B. *Cvičení po porodu, metoda CANTIENICA® pro pevnou postavu a posílení pánevního dna*. 1. vyd. Brno : Computers Press, a.s., 2007. ISBN 978-80-251-1465-0
3. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 978-80-247-130-8
4. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2002. ISBN 80-247-0143-X
5. FORSSTROMOVÁ, B.; HAMPSONOVÁ, M. *Alexandrova technika v těhotenství a při porodu*. 1. vyd. Brno : Brno - Barrister@Principals, 1996. ISBN 80-85947-11-0
6. HALAŠKA, M. a kol. *Urogynekologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2
7. HÖFLEROVÁ, H. *Cvičení ke zpevnění pánevního dna*. 1. vyd. Praha : Pavel Dobrovský – BETA a Jiří Ševčík, 2004. ISBN 80-7306-148-1
8. KOBILKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén Karolinum, 2005. ISBN 80-7262-315-X
9. KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1
10. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0668-7
11. MACKŮ, F.; MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 1998. ISBN 80-7169-589-0
12. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-321-4
13. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1941-2

14. ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2832-2
15. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3373-9
16. ŠTROMEROVÁ, Z. a kol. *Porodní asistentkou krok za krokem*. 1. vyd. Praha : Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3
17. VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-351-1
18. WESSELS, M.; OELLERICH, H. *Wellness – Jóga pro těhotné, blahodárná cvičení pro vás a vaše dítě*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2596-3

Seznam tabulek

Tab. 1 - Počet těhotných respondentek

Tab. 2 - Navštěvované kurzy respondentek

Tab. 3 - Způsob informování o cvičení v těhotenství a po porodu

Tab. 4 - Hodnocení informovanosti porodních asistentek

Tab. 5 - Volitelná odpověď u otázky č. 10

Tab. 6 - Vedení cvičebních kurzů

Tab. 7 - Volitelná odpověď u otázky č. 12

Tab. 8 - Vpisovací otázka – Počet vyplňujících otázek

Tab. 9 - Konzultace cvičení se svým gynekologem

Tab. 10 - Indikace cvičení

Seznam obrázků

Obr. 1 – Věk respondentek

Obr. 2 – Počet respondentek po porodu

Obr. 3 – Možnosti cvičení v těhotenství

Obr. 4 – Orientace kurzů v těhotenství a po porodu

Obr. 5 – Pozitivita efektu cvičení na stav dna pánevního

Obr. 6 – Motivace respondentek ke cvičení

Obr. 7 – Typy cvičení

Obr. 8 – Obsah cvičebních kurzů – vpsovací otázka

Obr. 9 - Hodnocení nabídky fyzioterapie v pardubickém kraji

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Svaly dna pánevního ženy – pohled shora

Příloha C - Svaly dna pánevního ženy – pohled zdola, hluboká vrstva

Příloha D - Svaly dna pánevního ženy – pohled zdola, povrchová vrstva

Příloha E – Cvičení na posílení prsních svalů

Příloha F – Cvičení na břišní svaly

Příloha G – Cviky na odkrvení dolních končetin

Příloha H – Posilování svalstva dna pánevního

Příloha I – Cvičení dna pánevního podle Benity Cantieni

Příloha A – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Mitáčková, jsem studentkou Univerzity Pardubice Fakulty zdravotnických studií v oboru Porodní asistentka. Chtěla bych Vás požádat o účast v dotazníkovém šetření k mé bakalářské práci a o zodpovězení na následující otázky týkající se převážně cvičení v těhotenství, či pokud máte zdárně po porodu, cvičení v šestinedělí. Otázky se zaměřují převážně na cvičení dna pánevního, protože jak v těhotenství, tak hlavně při porodu je tato oblast značně zatěžována. Výsledky výzkumu jsou určeny pouze pro bakalářskou práci, odpovědi budou zpracovány a použity pouze ke studijním účelům. Dotazník vyplňujete anonymně.

Předem děkuji za spolupráci a Váš čas
Kateřina Mitáčková

- 1) Do jaké věkové kategorie patříte?
 - méně než 20 let
 - 20 – 29let
 - 30 – 39let
 - 40 let a více
- 2) Jste v tento čas těhotná?
 - ano
 - ne
- 3) Jste v tento čas po porodu?
 - ano
 - ne
- 4) Cvičila (cvičíte) během těhotenství? (můžete zaškrtnout více odpovědí)
 - ano, cvičení pro pánevní dno – dle brožurky
 - ano, cvičení pro pánevní dno – dle DVD
 - ano, cvičení pro pánevní dno – dle knihy
 - ano, cvičení pro pánevní po instrukci fyzioterapeuta
 - ano, cvičení pro těhotné v kurzech (včetně pánevního dna)
 - ano, ale jen nespécifické cvičení
 - ne
- 5) Jaké kurzy jste navštěvovala? (můžete zaškrtnout více odpovědí)
 - předporodní kurz
 - gymnastika pro těhotné
 - fyzioterapie dna pánevního pro těhotné
 - gymnastika pro šestinedělky
 - fyzioterapie dna pánevního pro ženy po porodu
 - žádné
- 6) Kurzy byly převážně orientovány na: (můžete zaškrtnout více odpovědí)
 - v těhotenství
 - PŘEDPORODNÍ KURZ (příprava k jednotlivým porodním dobám, informace o možnosti tišení porodní bolesti, přednášky o péči o novorozence, kojení, doba šestinedělí)
 - PŘEDPOR. KURZ + CVIČENÍ CELKOVÉ (speciální cvičení na konci těhotenství – nácvik dýchání, příprava na samotný porod)
 - CVIČENÍ CELKOVÉ (cvičení celého těla během celého těhotenství, procvičování dna pánevního)
 - CVIČENÍ ZAM. NA DNO PÁNEV (cviky na uvolnění dna pánevního, cviky na posílení dna pánevního)
 - po porodu

- gymnastika pro šestinedělky (celkové procvičení těla i se dnem pánevním)
 - gymnastika zaměřená na dno pánevní
 - jiné
(doplňte).....
- 7) Pro ženy po porodu: Pokud jste cvičila v těhotenství, máte subjektivní dojem, že toto cvičení má pozitivní efekt na současný stav pánevního dna (méně silná inkontinence, lépe ovládatelná inkontinence, vůbec žádné problémy s inkontinencí)?
- ano možná ne
- 8) Jak jste se dozvěděla o možnosti cvičení v těhotenství, po porodu?
- o této možnosti jsem nebyla vůbec informována
- u svého gynekologa
- u svého praktického lékaře
- u porodní asistentky
- přes noviny, internet nebo jiná media
- přes kamarádku nebo příbuzné
- 9) Jak byste ohodnotila informovanost porodních asistentek o cvičení dna pánev?
- 1 – výborná
- 2 – chvalitebná
- 3 - dobrá
- 4 - dostačující
- 5 – nedostatečná
- nedokážu posoudit
- 10) Co Vás motivovalo ke cvičení?
- snaha o zlepšení kondice
- psychická pohoda
- seznámení s novými lidmi
- jiné (prosím, vypište).....
- ...
- neměla jsem žádnou motivaci, nechodila jsem na cvičení
- 11) Jaké typy cvičení na dno pánevní jste cvičila? (můžete zaškrtnout více možností)
- Kegelovo cvičení* (rytmické stahování a uvolňování pánevního dna v určitých intervalech)
- Alexandrova technika* (forma rehabilitace zbavující zakořeněných zlovyků a přispívající k celkovému správnému užívání organismu v těhotenství i po porodu)
- technika Cantienica®* (cvičení po porodu využívající nápravné cvičební programy pro co nejlepší navrácení stavu organismu před těhotenstvím)
- cvičení celého těla* (gymnastika)
- protahování a relaxace*
- žádné*
- jiné* (prosím, vypište)
-
-
-
- 12) Kdo vedl cvičební kurz?
- porodní asistentka
- fyzioterapeut

- psychoterapeut
- gynekolog
- nevím
- jiná kvalifikace.....

13) Vypište, z čeho se skládal kurz cvičení, popř. předporodní kurz, na který jste chodila?
(příklad: protahování celého těla, samotné procvičení dna pánevního, relaxace)

.....
.....

14) Konzultovala jste o cvičení (v těhotenství, či jste po porodu) se svým gynekologem?

- ano
- ne

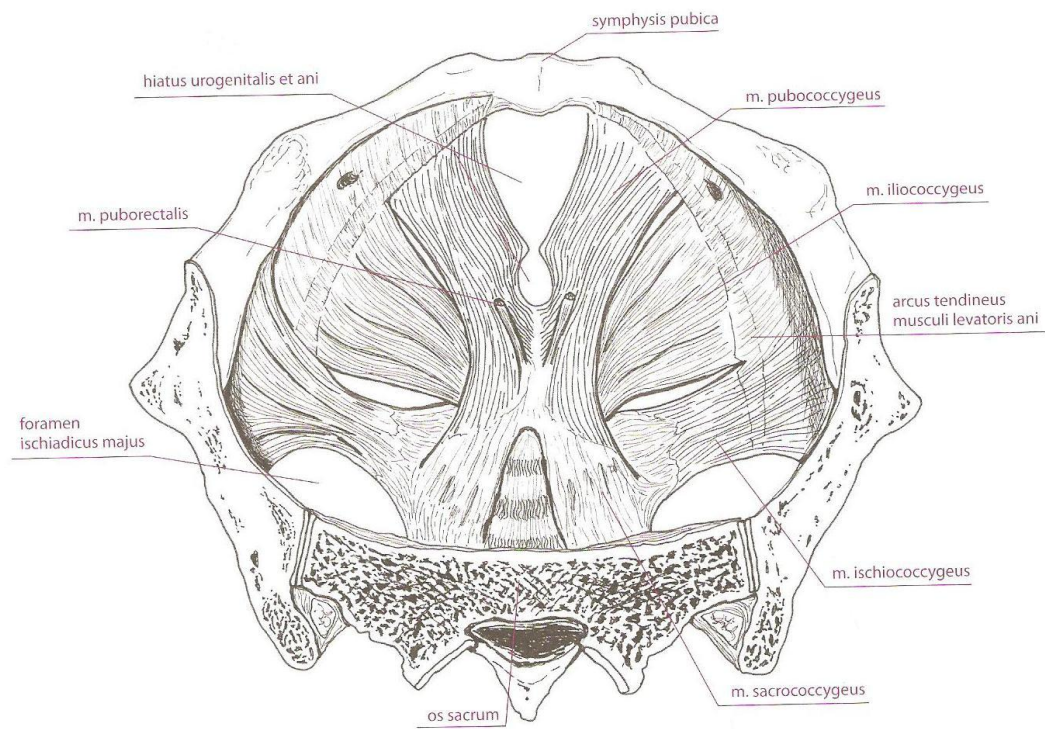
15) Jak ohodnotíte nabídku fyzioterapie pro těhotné resp. ženy po porodu v pardubickém kraji?

- bohatá
- dostačující
- nedostačující
- nevím

16) Bylo Vaše cvičení indikováno (doporučeno) Vaším gynekologem?

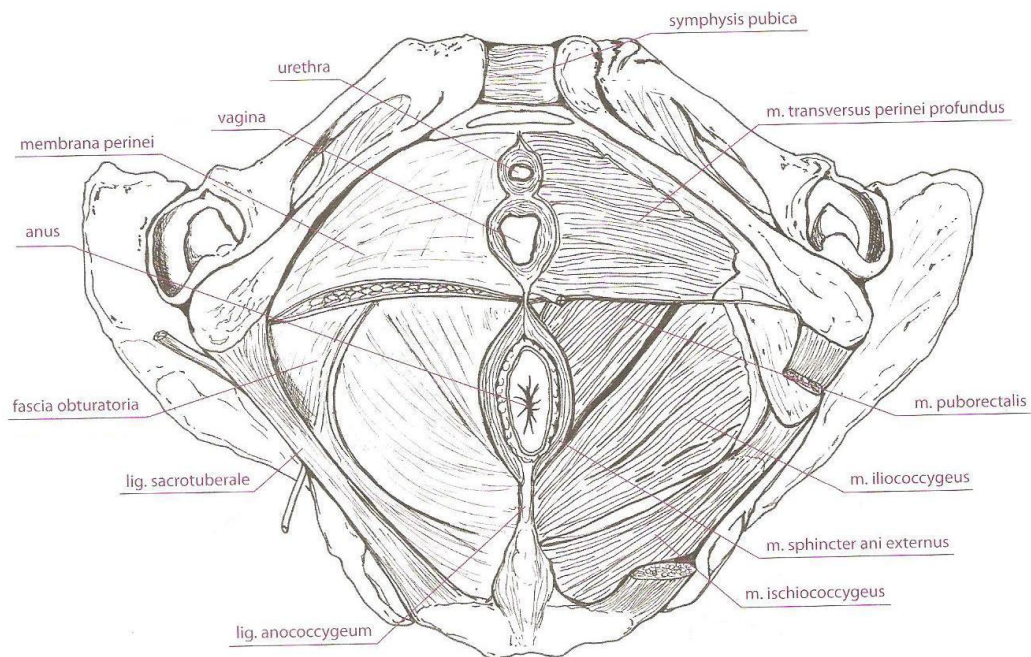
- ano
- ne

Příloha B – Svaly dna pánevního ženy, pohled shora



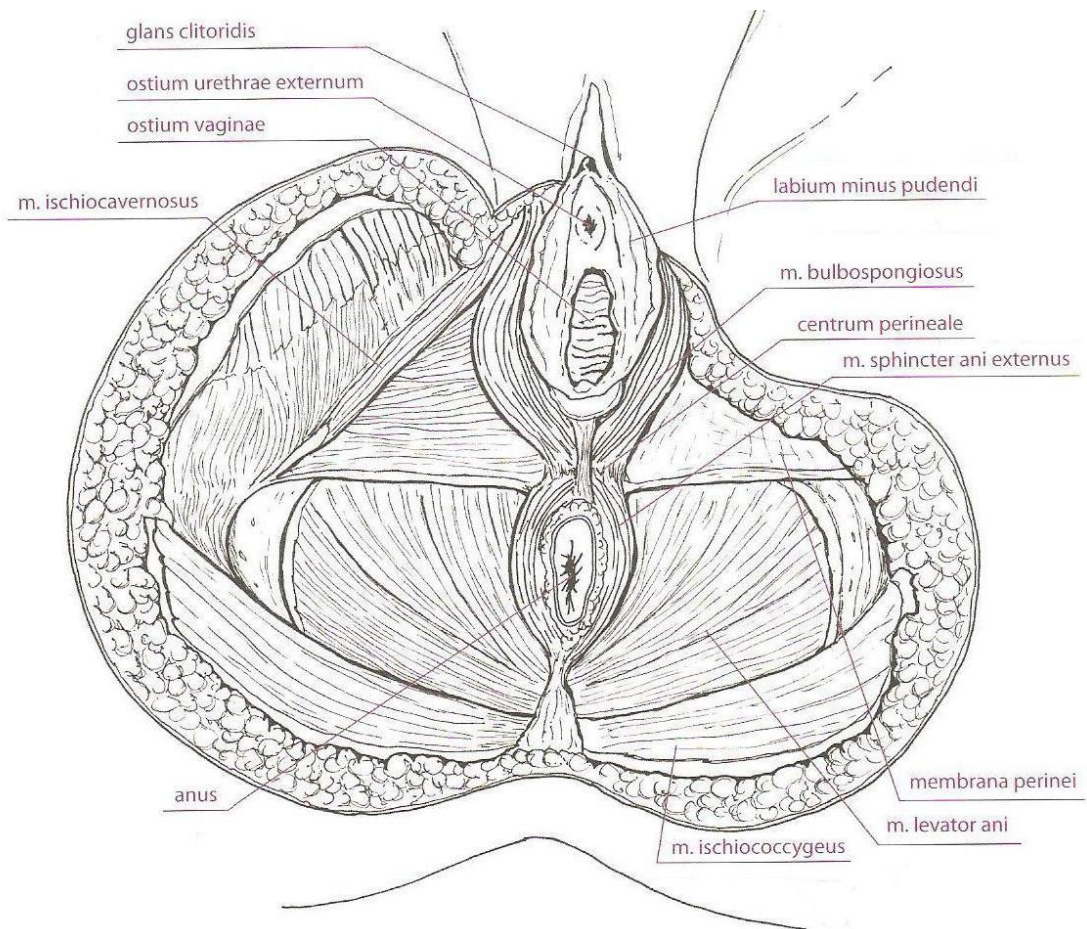
(Roztočil, 2011, s. 32)

Příloha C - Svaly dna pánevního ženy – pohled zdola, hluboká vrstva



(Roztočil, 2011, s. 32)

Příloha D - Svaly dna pánevního ženy – pohled zdola, povrchová vrstva



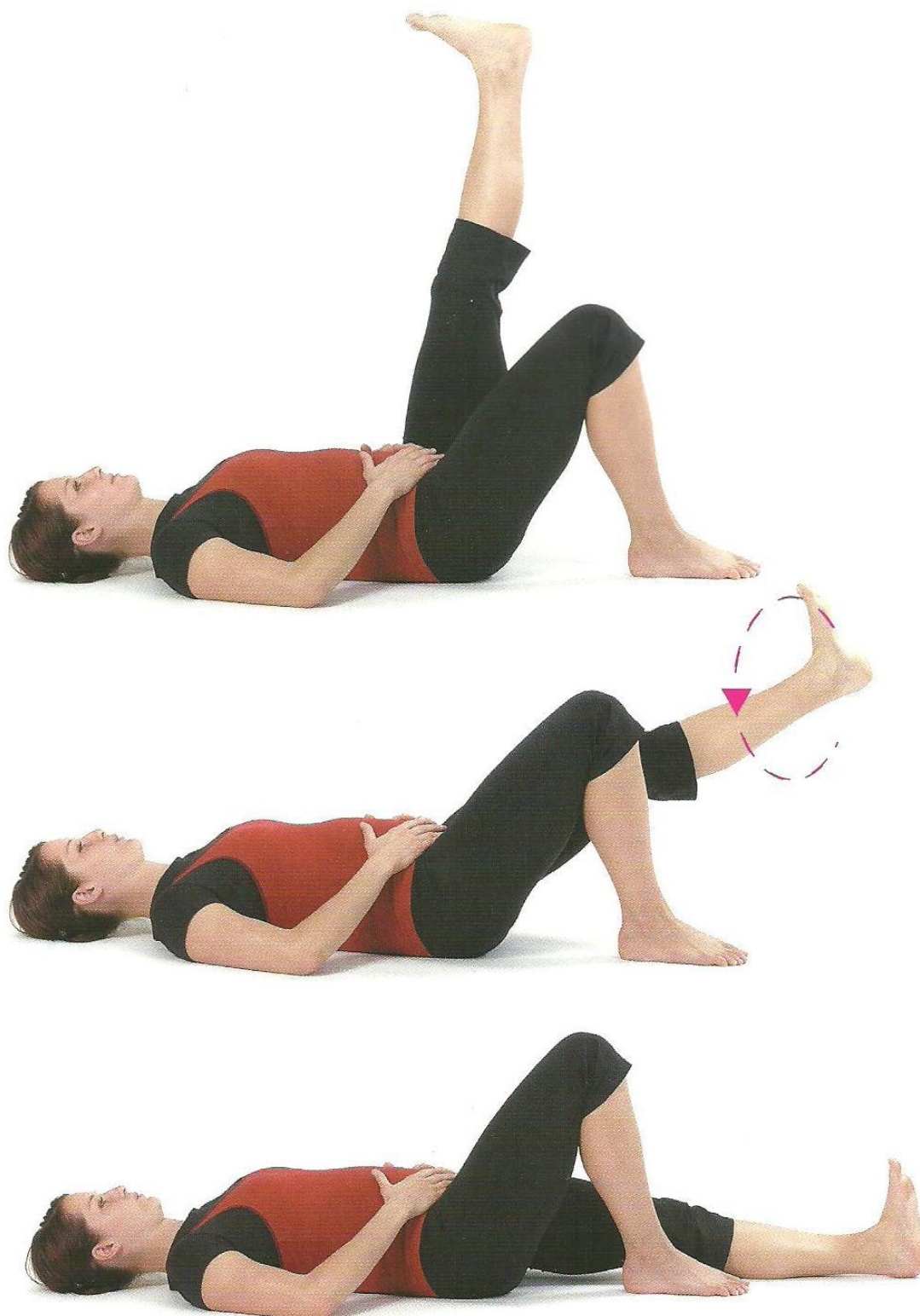
(Roztočil, 2011, s. 33)

Příloha E – Cvičení na posílení prsních svalů



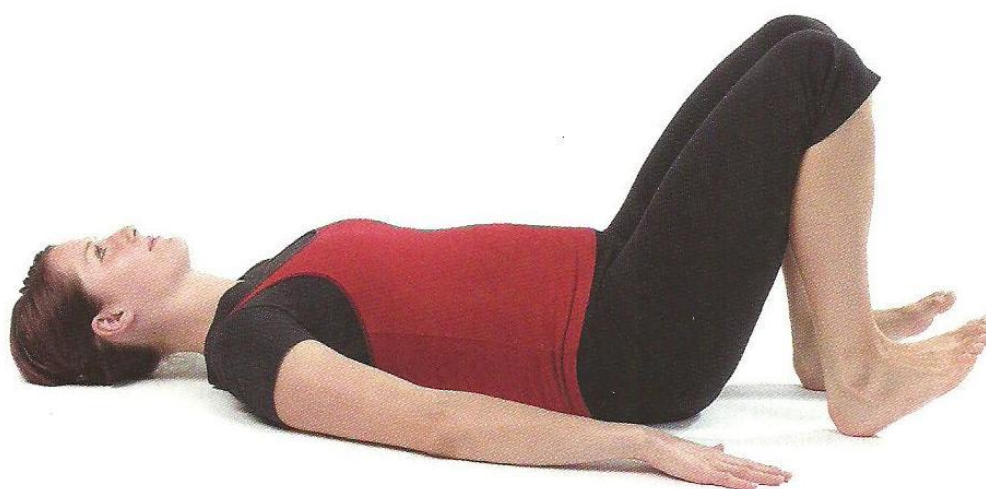
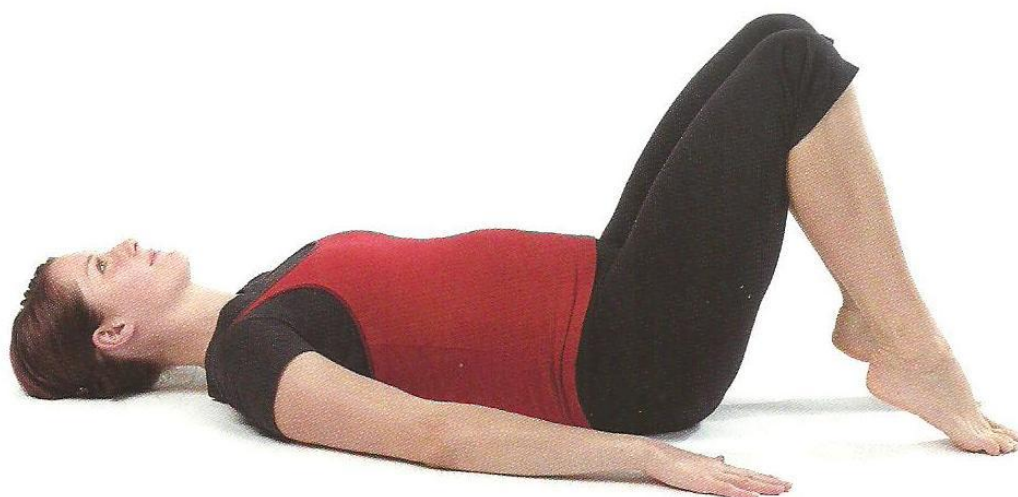
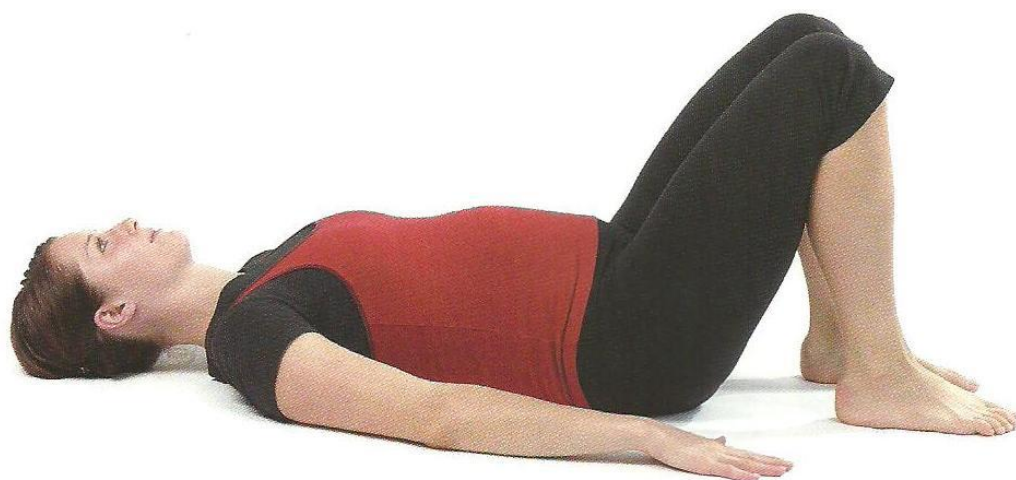
(Sikorová, 2009, s. 21)

Příloha F – Cvičení na břišní svaly



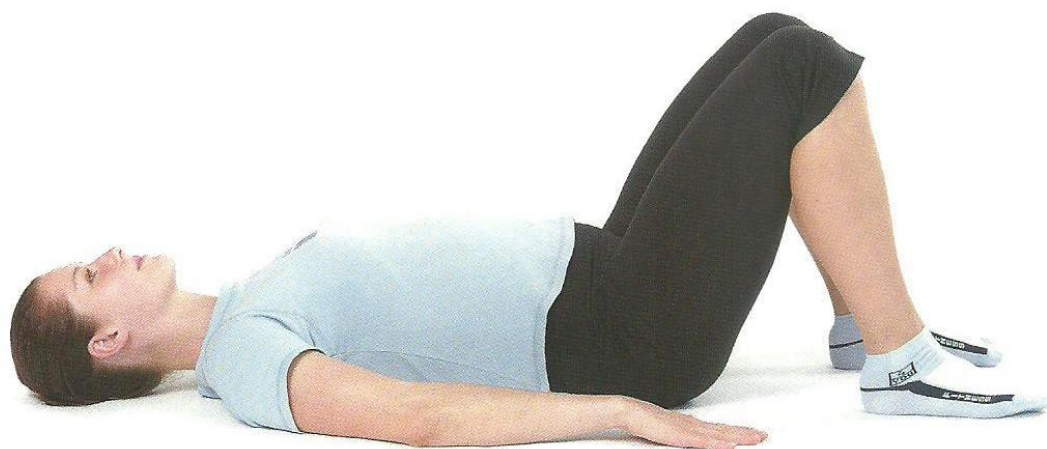
(Sikorová, 2009, s. 33)

Příloha G – Cviky pro odkrvení dolních končetin



(Sikorová, 2009, s. 43)

Příloha H – Posilování svalstva dna pánevního



(Sikorová, 2009, s. 79)

Příloha I – Cvičení dna pánevního dle Benity Cantieni



(Cantieni, 2007, s. 9)