



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Kinezioterapie v těhotenství a její vliv na kvalitu života těhotné ženy

Vypracovala: Iveta Růžičková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Bínová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá vlivem pohybové aktivity na kvalitu života těhotné ženy. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány změny, které patří k těhotenskému stavu. Jedná se především o změny dýchacího ústrojí, reprodukčního systému, kardiovaskulárního systému a v neposlední řadě změny psychického stavu těhotné ženy. Z fyzioterapeutického hlediska jsou popsány změny pohybového systému, kdy má příbytek na váze vliv na celkové držení těla. Dále je popsáno samotné těhotenství od prvního až do třetího trimestru a fáze porodu. Další kapitola je věnována jednotlivým kinezioterapeutickým metodám. Zmíněna je zde jóga pro těhotné ženy, která je ideální hlavně pro úpravu dechu a posilování určitých svalových skupin. Další z použitých metod je cvičení na gymnastickém míči, které má dobrý vliv na celou páteř, hlavně na oblast bederní páteře. Poslední použitou metodou je Feldenkraisova metoda, která je zaměřena na relaxaci a prožívání prováděného pohybu. Všechny metody jsou v teoretické části stručně popsány a názorné příklady cviků jsou uvedeny ve cvičební jednotce v seznamu příloh. Poslední kapitola se zabývá otázkou kvality života v těhotenství.

Tato bakalářská práce má stanovenou jednu výzkumnou otázku a dva cíle. Prvním cílem práce je zmapovat možnosti kinezioterapie v těhotenství. Druhým cílem je navrhnout a realizovat individuální cvičební plán pro těhotné ženy. Výzkumná otázka zjišťuje, jaký vliv má kinezioterapie na kvalitu života těhotné ženy.

Pro naplnění cílů bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum v podobě vyšetření třech těhotných žen a vypracování kompletních kazuistik. Všechny pacientky byly zaškoleny cvičební jednotkou, kterou cvičily po dobu osmi týdnů vždy dvakrát týdně. Při každé terapii s přítomností autora práce byla provedena masáž plosky obou dolních končetin. Dále byla těhotným ženám palpačně vyšetřena kost kostrční, pomocí goniometru naměřeny rozsahy pohybu v kyčelním kloubu a v neposlední řadě byly oslovené ženy vyšetřeny aspekčně zepředu, z boku a zezadu. Na začátku i na konci terapie bylo respondentkami zodpovězeno všech 26 otázek dotazníku zjišťujících hodnoty kvality života. Pro získání všech potřebných informací byla u všech respondentek odebrána anamnéza.

V praktické části je uveden průběh terapie všech respondentek. Výzkum je zakončen výstupním kineziologickým rozbohem a výsledky dotazníku WHOQOL hodnotící kvalitu života. Z výzkumu vyplývají kladné účinky kinezioterapie u všech oslovených respondentek, jak z výsledků dotazníku, tak ze slovního hodnocení. Psychické i fyzické změny, kterými ženy procházely vlivem zvyšujícího se stádia těhotenství, byly pomocí kinezioterapie eliminovány a všechny respondenty nezávisle na sobě uvedly, že mají zájem v terapii pokračovat.

Tato bakalářská práce může být využita jako edukační a informační materiál pro těhotné ženy, které nemají doposud žádné zkušenosti s pohybovou aktivitou a jejími účinky v období vlastního těhotenství, ale i pro ženy, které již tuto zkušenost mají, ale rády by ji doplnily o nové poznatky. Práce je vhodná také pro širokou veřejnost a může být využita jako studijní materiál pro studenty oboru fyzioterapie a jiné zdravotnické pracovníky.

Klíčová slova: těhotenství, kinezioterapie, fyzioterapie v těhotenství, hodnoty kvality života v období těhotenství

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic how physical exercise can affect the life of a pregnant woman. It is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part describes changes involved in gravidness, which are mainly changes of the respiratory system, the reproductive system, the cardiovascular system and last but not least changes in the psychical state of a pregnant woman. From the physiotherapeutic point of view there are described changes of the physical system caused by the increasing weight. There is also described pregnancy from the first trimester to the third one and also birth phases. One chapter is dedicated to particular kinesiotherapeutical methods like yoga for pregnant women, which is good for breath adjustment and strengthening of particular muscular sets. Another method is exercise with a gymnastic ball, which has a positive effect on the spinal column, especially on the lumbar area. The last method used is Feldenkrais' method, which is focused on relaxation and feeling the performing movement. All the methods are briefly described and particular exercises are listed in the list of enclosures. The last chapter deals with the quality of life.

The bachelor thesis has one research question and two objectives. The first one is to chart possibilities of kinesiotherapy during pregnancy. The second aim is to propose and make an individual exercise plan for pregnant women. The question of research detects effects of kinesiotherapy on the quality of life in pregnancy.

A qualitative research consisting of a checkup of three pregnant women was used and followed by working out patients' whole casuistries. All the patients were taught the exercise unit and they have been practising twice a week in eight weeks. During each therapy with the assistance of the author of this thesis patients were given a massage of both soles. Their os coccygeal were examined by palpation, ranges of motion in hip joints were measured by a goniometer. Respondents were also examined by inspection.

Respondents answered 26 questions of the questionnaire about the quality of life in the beginning of the therapy as well as at the end of it. Anamneses of all three patients were taken in order to gain all the useful information.

The practical part includes the description of the therapy duration in each one case. The research is finished by the kinesiologic analysis and by the outcome of the WHOQOL questionnaire. The research shows that kinesiology had a positive effect on all the respondents. Psychological and physical changes caused by pregnancy were eliminated and each one respondent would like to continue with the therapy.

This bachelor thesis could be used as an educational and informative material for pregnant women, who do not have any experience with physical activity during pregnancy and for women, who would like to have more information. The thesis can be used as a study material for physiotherapy students and medical workers.

Key words: pregnancy, kinesiotherapy, physiotherapy in gravidity, the quality of life in pregnancy

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2015

.....

Iveta Růžičková

Poděkování

Své poděkování bych ráda věnovala Mgr. Aleně Bínové za její ochotu, cenné rady, a hlavně trpělivost, kterou mi projevovala po celou dobu psaní této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala respondentkám, které mi poskytly cenné informace, věnovaly svůj čas a plně se věnovaly cvičení a tak i mému výzkumu. Poslední poděkování patří mé rodině a blízkým přátelům, kteří mi po celou dobu byli oporou.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| OBSAH | 8 |
| ÚVOD | 11 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1.1 ZMĚNY VZNIKAJÍCÍ V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ | 12 |
| 1.1.1 Změny v pohybovém aparátu těhotné ženy..... | 12 |
| 1.1.2 Těhotenské změny ovlivnitelné cvičením | 13 |
| 1.1.3 Změny v reprodukčním systému..... | 17 |
| 1.1.4 Psychické změny v těhotenství..... | 17 |
| 1.2 TĚHOTENSTVÍ..... | 19 |
| 1.2.1 Fáze těhotenství | 19 |
| 1.2.2 Průběh porodu..... | 23 |
| 1.3 KINEZIOTERAPIE..... | 26 |
| 1.3.1 Dělení kinezioterapie | 27 |
| 1.3.2 Pohyb..... | 29 |
| 1.4 KINEZIOTERAPIE V TĚHOTENSTVÍ..... | 33 |
| 1.4.1 Zásady kinezioterapie v těhotenství..... | 33 |
| 1.4.2 Cvičení na gymnastickém míči..... | 35 |
| 1.4.3 Jóga pro těhotné..... | 36 |
| 1.4.4 Feldenkraisova metoda..... | 38 |
| 1.5 KVALITA ŽIVOTA | 42 |
| 1.5.1 Definice kvality života z hlediska historie | 42 |
| 1.5.2 Dimenze kvality života..... | 46 |
| 1.5.3 MKF | 47 |
| 2 CÍL PRÁCE | 50 |
| 2.1 VÝZKUMNÁ OTÁZKA..... | 50 |
| 3 METODIKA | 51 |

| | | |
|----------|-------------------------------------|-----------|
| 3.1 | CHARAKTERISTIKA SOUBORU..... | 51 |
| 3.2 | CVIČEBNÍ JEDNOTKA..... | 52 |
| 4 | VÝSLEDKY..... | 53 |
| 4.1 | KAZUISTIKA Č. 1..... | 53 |
| 4.2 | KAZUISTIKA Č. 2..... | 58 |
| 4.3 | KAZUISTIKA Č. 3..... | 63 |
| 5 | DISKUZE..... | 68 |
| 6 | ZÁVĚR..... | 70 |
| 7 | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 71 |
| 8 | PŘÍLOHY | 78 |

Seznam použitých zkratk

MKL = Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti a disability a zdraví

Th = Hrudní

L = Bederní

WHO = World Health Organization

Cm = centimetr

Kg = kilogram

QOL = Quality of life

ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci z důvodu narůstajícího zájmu těhotných žen o zdravý pohyb v období těhotenství. Kinezioterapie v tomto období pomáhá omezit změny, které těhotenství a porod způsobí tělu i psychice těhotné ženy. Organizmus těhotné ženy, který se musí přizpůsobit na zcela nové a výjimečné situace, kdy plod zasahuje do téměř všech jeho funkcí, se musí připravit na porod tak, aby jeho průběh byl co nejlepší a rodičku zbytečně nevyčerpal a zároveň ulehčuje samotné období těhotenství. Matka se díky pohybové aktivitě udržuje v dobré fyzické i psychické kondici, což má kladný vliv na průběh těhotenství a zvládnuté porodu. Tělesná aktivita není zaměřena na zvyšování tělesné zdatnosti, ale na posilování žádoucích svalových skupin, nácvik relaxace a správného dýchání. Cenným efektem je posílení sebevědomí, dosažení klidu, snížení napětí a radostný pocit z aktivity. Díky fyzioterapii a užití správných metod by bylo možné částečně předejít vzniku problémů během těhotenství, zlepšit připravenost ženy na porod a rekonvalescenci v šestinedělí.

Do dnešní doby byla spíše zastávána tak zvaná klidová těhotenství, kdy by žena měla celé období těhotenství strávit v klidu. Z fyzioterapeutického hlediska je však pohybová aktivita v tomto období více než žádoucí.

Před zahájením jakékoli pohybové aktivity, by se žena měla poradit se svým gynekologem. Ke každé ženě by se v tomto období mělo přistupovat individuálně a respektovat momentální fyzický i psychický stav.

Dle mého názoru je nejvhodnější variantou návštěva předporodních kurzů či kurzů těhotenského cvičení, vedeného kvalifikovaným fyzioterapeutem či porodní asistentkou. Souhlas gynekologa je v tomto případě nutný.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Změny vznikající v průběhu těhotenství

1.1.1 Změny v pohybovém aparátu těhotné ženy

Těhotenství je velkou zátěží pro celý pohybový aparát. Vlivem zvýšené hladiny cirkulujících hormonů estrogeneru a progesteronu v období těhotenství, dochází ke zvýšené elasticitě, k hypermobilitě a k uvolňování vazivových spojů. Zejména v oblasti pánve a sakroiliakálních kloubům kde rychlý nárůst hmotnosti a změny v centru pro rovnováhu tělesného aparátu vyvolávají časté bolesti, změny chůze i rovnováhy. Těhotná žena vyrovnává tíhu prsních svalů a dělohy prohloubením bederní lordózy (viz. Příloha č. 2) a k udržení rovnováhy je nezbytná kompenzace zvětšením krčně hrudní kyfózy. Dochází ke změně ventrodorsální rovnováhy a posunu těžiště na dolních končetinách. Příčinou bolesti zad, zejména ve třetím trimestru, je zvýšená zátěž pro vazy a svaly ve střední a dolní oblasti páteře. Žena má obtíže s chůzí a trpí bolestivostí pánevních kloubů. Pokud dojde k výraznému rozvolnění vaziva, trpí ženy potížemi při chůzi a výraznou bolestivostí pánevních kloubů (viz. Příloha č. 1).

V horních končetinách se mohou vyskytovat bolesti způsobené útlakem nervus ulnaris a mediánus, vznikající předsunutým držením hlavy a zvětšenou flexí ramenního pletence a hrudníku. Snížený příjem vápníku v těhotenství vede k demineralizaci kostí. Zvyšuje se potřeba fosforu a vápníku na 1,2 g za den. To je o třetinu více, než v netěhotném stavu. K častým potížím v těhotenství patří i ploché nohy. Děje se tak v důsledku zvyšující se tělesné hmotnosti, která způsobuje jejich větší zatížení. Svaly a vazy se uvolňují, protahují a unavují. Nožní klenba klesá a způsobuje bolesti hlavně při chůzi a stání. Posílením svalstva držící klenbu nožní je možné předejít vzniku případně zabránit zhoršení (viz. Příloha č. 3). Doporučuje se chůze bosýma nohama a vhodná obuv (Roztočil, 2008; Kobilková 2005; Volejníková 1993).

1.1.2 Těhotenské změny ovlivnitelné cvičením

Řadí se sem hlavně systém hybný, cévní, dechový, neurovegetativní a systém látkové výměny. Z hlediska cvičení to znamená posílení břišních svalů; posílení prsních svalů; posílení a vědomé uvolnění pánevního dna; ovlivnění nepříznivé změny neurovegetativního systému vytvoření návyku ke správnému držení těla; zabránění vzniku plochonozí a křečových žil; udržení a případné zvýšení vitální kapacity plic; zabránění zácpy a podpoření střevní peristaltiky (Volejníková, 1993).

Neurovegetativní změny

V začátcích těhotenství mohou způsobovat nechutenství až nauzeu, náladovost, plačtivost a strach z porodu. Děje se tak v důsledku vlivu zvýšené hladiny hormonů. Tyto změny můžeme ovlivnit na základě poznatku, že koncentrace v určitém okrsku mozkové kůry způsobuje relaxaci v ostatních jejích částech těla. Pokud se žena při cvičení soustředí na cviky podle povelů, může dojít k odpoutání od jejich starostí. Cvičení odvádí pozornost od úzkostlivého sebepozorování a nácvikem relaxace lze zlepšit a navodit celkové uvolnění a schopnost odpočívat (Volejníková, 1993, s. 4).

Pokud ženu v období těhotenství trápí nějaké psychické problémy, mohou se na venek odrážet nejen v emoční labilitě a v častých změnách nálad, ale je možno pozorovat i zvýšené napětí svalstva celého těla a také celkovou psychickou tenzi ženy (Kristiníková, 2013).

Prsní svalstvo

Prsní žlázy se v průběhu těhotenství zvětšují a tím dochází k vytahování a oslabování. S nástupem laktace, je to ještě výraznější. Proto je v těhotenství vhodné prsní posilovat svalstvo a předcházet tak kosmetickým vadám.

Vadné držení těla

Vzniká poruchou statiky, kdy je zvětšující se obsah dutiny břišní kompenzován výraznějším prohnutím páteře.

Křečové žíly

Vlivem zvětšující se dělohy a následným tlakem na žilní výstupy z dolních končetin dochází k stagnaci krve v cévním řečišti. Kromě vhodného cvičení je těhotným doporučováno ležet a sedět s podloženými dolními končetinami.

Elasticita hrudníku

Zvětšující se obsah břišní dutiny vytlačuje bránici vzhůru (viz. Příloha č. 4). Ta způsobuje stlačení hrudníku a tím vzniká těhotenské šikmé uložení srdce a dušnost. Vitální kapacita plic se zmenšuje. Tento stav můžou pozitivně ovlivnit dechová cvičení (Volejníková, 1993).

Těhotenské strie

Malé prasklinky, vznikající následkem rychlého nárůstu břicha a ztrátě elasticity kůže. Nejčastěji se objevují v posledním trimestru těhotenství, ale není to pravidlem. Mohou se objevit i dříve. Prsa, hýždě a břicho jsou obvyklými místy výskytu strií. Před vznikem strií hraje velkou roli prevence. Pravidelní promazávání partií, náchylných na vznik strií, by se mělo stát pro každou těhotnou ženu rutinou. Pokud není možné po porodu strie odstranit, existují další metody, jimiž je například biostimulační lampa nebo laser (Moreira, 2007).

Mléčná žláza

Během těhotenství se mléčná žláza připravuje na tvorbu mateřského mléka neboli laktaci. Nahromaděním tuku, zmnožením a překrvením žlázových lalůčku dojde ke zvětšení jejího objemu. Pod kůží se zvýrazní kapilární síť. Dvorce bradavek jsou díky bohatému zásobení žláz krví více pigmentované (Macků a Čech, 2002). V prvním trimestru těhotenství je především vnímána citlivost a zvýšené napětí (Roztočil, 2008).

Dýchací soustava

Během druhého trimestru se u těhotných žen začínají objevovat potíže s dýcháním. Dechový objem se zvyšuje, dechové rezervy zmenšují. Z důvodu rostoucí dělohy dochází k útlaku bránice. Břišní dýchání je proto nahrazeno dýcháním hrudním. Bránice je hlavní dechový sval, který odděluje horní část hrudníku a plíce od dutiny břišní. V pokročilé fázi těhotenství se posunuje směrem vzhůru, čímž ovlivňuje nasávání vzduchu do plic. Aby mohlo dojít ke kompenzaci bránice a vznikl dostatečný prostor pro plíce, musí dojít k rozšíření hrudního koše (Wessels, Oellerich, 2006; Čermáková, 2010).

Zvýšená hladina progesteronu zvyšuje frekvenci dýchání až o 45%. Normální hodnota je 14 – 18 dechů za minutu. V období těhotenství je tato hodnota zvýšena asi o 10 dechů za minutu. Zvětšují se potíže s dýcháním, které se objevují zejména v závěru těhotenství, což je ovlivněno sníženou vitální kapacitou plic a vysokým postavením bránice (Macků a Čech, 2002).

Postupným zvětšováním dělohy dochází ke zvýšení bránice o 4 cm. Stoupá spotřeba kyslíku, především z důvodu cirkulujícího hemoglobinu a tím zvýšené kyslíkové kapacity erytrocytů. Břišní dýchání je nahrazeno hrudním zhruba po 24. týdnu těhotenství. V úplném závěru pociťuje většina žen dyspnoi neboli dušnost. Dyspnoe je dána tlakem zvětšené dělohy na bránici (Roztočil, 2008).

Vylučovací systém

V těhotenství se na základě hormonálních změn objevuje zvýšené riziko vzniku infekce a častější nucení na močení. I přes případný únik moči, ke kterému v těhotenství občas dochází, musí žena dbát na dostatečný příjem tekutin. Snižuje tak riziko vzniku infekce močových cest, které je způsobeno zpomaleným pohybem a městnáním moče v močových cestách v důsledku zvětšující se dělohy (Bejdáková, 2006; Hanlon, 2007).

Trávicí ústrojí

V prvním trimestru patří mezi běžné obtíže především nauzea, nechutenství a zvracení. Vlivem hormonu progesteronu se snižuje peristaltika střev a žaludku. Následně dochází ke vzniku zácpy. U některých žen se může vyskytovat i pálení žáhy a pomalé vyprazdňování žaludku, které je způsobeno stejným mechanismem jako zácpa (Macků a Čech, 2002).

Zácpa

V průběhu těhotenství se zvětšuje obsah dutiny břišní. V důsledku častého oslabení břišních svalů dochází ke zpomalení střevní peristaltiky a následně k zácpě. Cvičení pomáhá k urychlení střevní peristaltiky. Kromě pohybové aktivity je vhodné konzumovat stravu bohatou na vlákninu (Volejníková, 1993, s. 18).

Kardiovaskulární systém

Aby bylo v těhotenství zajištěno dostatečné zásobení placenty kyslíkem a živinami pro příznivý vývoj dítěte, pracuje oběhový systém na maximální výkon (Wessels, Oellerich, 2006).

Objem krve se zvyšuje asi o 1 – 1,5 l oproti množství krve u netěhotných žena, které čítá okolo 5l. Zvyšuje se zejména tvorba krevní plazmy a červených krvinek (erytrocytů). Počet krevních destiček (trombocytů) naopak klesá. V důsledku nárůstu objemu krevní plazmy se snižuje obsah červeného krevního barviva (hemoglobinu); (Hanlon, 2007).

Srdce a cévy také zaznamenávají určité změny. Dochází k rozšíření srdeční stěny, k rozšíření a posunu srdce vzhůru, vlivem působení tlaku bránice v pokročilém stádiu těhotenství. Zrychluje se krevní oběh, kdy může tepová frekvence vzrůst až o 20 %. Normální klidová hodnota se pohybuje mezi 60 – 80 tepů za minutu. Frekvence u těhotných žen se zvyšuje o 7 – 16 tepů za minutu. Srdeční objem přečerpané krve se zvětšuje až o 40 – 50 %. Rozšíření cév zvyšuje krevní výdej. Normální hodnota krevního tlaku těhotné ženy činí okolo 135/85 torrů. Krevní tlak a tep musí být během

těhotenství pravidelně a pečlivě kontrolovány (Hanlon, 2007; Cinglová, 2010; Bejdáková, 2006).

1.1.3 Změny v reprodukčním systému

Děloha

Děloha během těhotenství mění svůj tvar z původního hruškovitého na vejčitý viz. Příloha č. 5). Konzistence děložní tkáně je měkčí díky sníženému svalovému napětí. Barva je nafialovělá z důvodu zvýšeného prokrvení. Větší průtok krve dělohou zajišťuje dostatečnou výživu dítěte (Čermáková, 2010).

Délku těhotenství můžeme určit právě díky velikosti dělohy. Během prvního trimestru nejsou patrné větší tvarové změny. Během devátého měsíce však děloha dosahuje až k žeberním obloukům. V průběhu těhotenství dochází i ke změně složení děložní svaloviny, která je z převážné části tvořena pojivovou kolagenní tkání s malým množstvím hladké svaloviny. Následně dochází ke zkrácení a změknutí děložního hrdla (Roztočil, 2008).

Zevní rodidla

Rodidla těhotné ženy jsou více prokrvená, hladká. V jejich okolí s v okolí řitního otvoru se mohou objevovat křečové žíly (varixy) a hemeroidy (Čermáková, 2010). Zevní struktury hráze se zvětšují. U prvorodiček k sobě přiléhají velké stydké pysky. U vícerodiček naopak zeje poševní vchod ven (Roztočil, 2008).

1.1.4 Psychické změny v těhotenství

Psychické změny v těhotenství připravují ženy na roli matky a na to, aby byla schopna ji zvládnout. Od samého počátku probíhají psychické změny současně se změnami fyzickými. Úzce souvisí se změnami hormonálními, s prostředím ve kterém žije, s typem její osobnosti, s materiálním a sociálním zajištěním, s kvalitou partnerského vztahu, se zdravotním stavem a mnoha dalšími faktory. Nezáleží na tom, zda je těhotenství plánované. Těhotenství představuje jednu ze zásadních etap v životě

žen. Nastávající matky musí změnit své chování a naučit se novou životní roli. To na ni často klade veliké nároky. Pocity úzkosti, zmatku, ztracenosti či stesk po něčem, co už se nikdy nevrátí, to vše často doprovází toto přelomové období. V období těhotenství je proto velice důležitá podpora blízkých osob (Gregora & Velemínský ml., 2011).

1.2 Těhotenství

Gravidita neboli těhotenství je období, které začíná oplodněním ženy. V tomto období se v těle matky vyvíjí nový jedinec. Fyziologické těhotenství trvá 280 dní, tedy 10 lunárních měsíců. Většinou se těhotenství počítá na týdny, kterých je 40. Toto období rozdělujeme na tři trimestry. První trimestr začíná prvním dnem poslední menstruace a končí třetím měsícem. Druhý trimestr počítáme od třetího do sedmého měsíce. Poslední fází těhotenství je třetí trimestr. Je započat koncem sedmého měsíce a končí samotným porodem dítěte.

1.2.1 Fáze těhotenství

Těhotenství se dělí na tři trimestry. Toto rozdělení je určeno velikostí plodu a stupněm jeho vývoje.

První trimestr

Vzhledem k tomu, že těhotenství se počítá již od prvního dne poslední menstruace, dochází k oplození až kolem druhého týdne. Každá žena má ovulaci individuálně, nedá se tedy přesně určit, který den proběhla, a proto se těhotenství počítá tímto způsobem. Oplozením nazýváme splnutí ženské a mužské pohlavní buňky tedy vajíčka (oocytu) a spermie (spermatozoonu). Spermie vzniká procesem spermatogeneze. K tomuto procesu dochází ve varleti. Spermie je haploidní buňka, která nese stejně jako vajíčko poloviční sadu chromozómů, tj. 23 párů. Z celkového počtu chromozómových párů je 22 párů autosómů a jeden pár heterochromosómů. Právě heterochromosómální pár nese informaci o pohlaví. Spermie je 50-60 mikrometrů dlouhá a skládá se z hlavičky, krčku a bičíku. Je nejmenší buňkou lidského těla (Kobilková et al., 2005). Naopak vajíčko je z lidského těla buňkou největší, měří 120 mikrometrů. V období sekreční fáze menstruace uzrává v ovariu. Proces, kdy se vajíčko uvolní z uzrálého folikulu, nazýváme ovulace. K ovulaci dochází kolem 14. dne menstruačního cyklu. Po uvolnění vajíčka vzniká na místě prasklého folikulu žluté tělísko, které produkuje progesteron a ten vytváří prostředí vhodné pro oplození (Šmarda et al., 2004).

K oplození dochází v případě, že se ve vejcovodu setká vajíčko se spermii do 12 ti hodin od ovulace. Pokud k oplození vajíčka nedojde, zaniká po 24 hodinách. Asi po 6 ti dnech od oplození dochází k nidaci neboli uhnízdění oplozeného vajíčka do dělohy (Kobilková, 2005). V prvním trimestru začíná vývoj placenty, která zprostředkovává výživu, dýchání a vylučování plodu. Na konci prvního trimestru plod váží přibližně 45g a měří asi 87 mm (Chmel, 2004).

Během prvních týdnů tohoto trimestru žena zjišťuje, že je těhotná. Znamky těhotenství dělíme podle Kobilkové at al. (2005) na jisté, pravděpodobné a nejisté. Mezi nejisté řadíme mdloby, zvracení, zvýšenou únavu, změny nálady, zvýšenou kožní pigmentaci v okolí bradavek a podbřišku, změny nálady, zvětšování břicha a jiné. K pravděpodobným známkám řadíme zvětšující se a bolestivé poprsí vynechání menstruace. Do jistých známek těhotenství zařazujeme zjištění srdeční činnosti plodu a to pomocí ultrazvuku. Těhotenství je potvrzeno lékařem asi dva týdny po vynechané menstruaci, touto dobou jsou již na ultrazvuku patrné srdeční ozvy plodu. Po oplodnění vzniká rýhováním vajíčka blastocysta. Blastocystu tvoří dvě části, z jedné vzniká plod a z druhé placenta, žloutkový váček, pupečník, a plodové obaly. Část blastocysty, ze které vzniká plod, má tři vrstvy. Z vnitřní vrstvy vzniká štítná žláza, slinivka, játra, trávicí soustava a močový měchýř. Z vnější vrstvy se vyvine nervový systém, mozek, pokožka a vlasy a ze střední vrstvy vznikají kosti, svaly, ledviny a cévy. Dítěti se již tvoří kořeny mléčných zubů a umí si sát palec. Nehty a vlasy jsou již vyvinuté (Höfer, Szász, 2010). Vývoj embrya je velmi rychlý, již v 8. týdnu je patrná lidská podoba. Většina žen není během prvního trimestru omezovaná v konání obvyklých aktivit. Většinou ještě žena netuší, že je těhotná a proto neomezuje ani fyzickou aktivitu. Pokud zjistí, že je gravidní, měla by začít dodržovat zásady sportování pro těhotné ženy. Vynechat by měla nejen veškeré výkonnostní sporty, ale také skoky, visy, prudké dopady, kolektivní kontaktní sporty a nebezpečné sporty.

Zhruba po šesti týdnech se začínají u většiny žen projevovat první příznaky těhotenství. Kromě vynechání menstruace se často začíná objevovat nechutenství nebo naopak neobvyklé chutě na různé potraviny, únava a citlivost na pachy a vůně. Začínají se objevovat ranní nevolnosti, zácpa, pálení žáhy, bolesti zad, citlivost až bolestivost

prsou a výkyvy nálad. Některé autorky (Sikorová, 2006; Wesselsová, 2006) uvádějí, že se může objevovat strach spojený s proměnou těla a obavy o ztrátu atraktivity. Ne každá ženy se však setká s těmito problémy a proto nemusí omezovat své dřívější tělesné aktivity. Je zmíněna ranní nevolnost, protože ta se objevuje nejčastěji a to po probuzení v ranních hodinách. Může se ale objevit kdykoliv v průběhu dne, výjimečně i v noci. Tyto potíže mohou ženě vzít veškerou chuť a energii cvičit. V tomto období by měly těhotné ženy po fyzické stránce dbát především na správné držení těla, správný sed, vstávání z lehu a správné zvedání břemen. Ideálně by se měly naučit správné provedení těchto návyků.

Druhý trimestr

Období druhého trimestru je nejpříjemnějším obdobím těhotenství. Bříško začíná teprve růst a nebrání každodenním činnostem. Počáteční nevolnosti a únava se vytrácí. Jen výkyvy nálad se mohou pohybovat v extrémech, od euforie až po depresi (Wesselsová, 2006).

Tato fáze je započata třináctým týdnem těhotenství a zakončena 28. týdnem. V tomto trimestru je ukončen vývoj placenty. Nejvíce viditelnou změnou je nárůst břicha těhotné ženy. Protože se žena vyrovnává s těhotenstvím jak po fyzické, tak po psychické stránce, mizí počáteční únava a vrací se jí síla a energie. Žena začíná pociťovat pohyby plodu a dítě se pro ni tak stává skutečnějším. Těhotné mohou v této době začít trpět zácpou a nadýmáním. Je to způsobeno změnou hospodaření s hormony. Během 15. týdne dochází ke změnám pokožky, zvyšuje se její pigmentace a mohou se objevovat i metličkovité žilky na dolních končetinách. Na břiše vzniká linea fusca, tedy tmavá čára procházející pupkem. Množství plodové vody se zvyšuje až na 500 ml. Na ultrazvukovém vyšetření je již poznat, jakého je plod pohlaví. (Höfer, Szász, 2010). Ve většině případů ustává citlivost prsou a objevuje bělavý výtok, který přetrvává až do porodu. Časté je také pálení žáhy (Petříčková, 2009). V druhém trimestru je značně sníženo riziko potratu. Nejpozději v tomto období by měly ženy začít s výběrem těhotenského cvičení. U plodu dochází k růstu obočí a vývoji chuťových pohárků. Celé tělo plodu pokrývá jemné bezbarvé ochlupení - lanugo. V 17. týdnu začíná dítě

vdechovat a vydechovat plodovou vodu. Dítě plodovou vodu i pije, vypije okolo 500 ml za den a totéž množství vyloučí. Pouze minimální množství odpadních látek je vylučováno krevním oběhem přes matčiny ledviny. (Höfer, Szász, 2010). Na konci druhého trimestru je plod až 27cm dlouhý a váží asi 1300g (Leifer, 2004). Na konci 28. týdne již můžeme vidět zřetelně plod na ultrazvuku.

Třetí trimestr

Období zahrnuje poslední tři měsíce těhotenství, tedy 29. - 40. týden. Tento trimestr je pro ženu velmi psychicky i fyzicky náročný. Plod je již velký, stejně tak i břicho těhotné. S tím souvisí i únava, časté nucení na močení nebo pocity neobratnosti. Při kýchání, kašli nebo smíchu se může vyskytnout samovolný únik moči. Tyto potíže po porodu vymizí. U většiny žen se objevují potíže při dýchání a poruchy spánku. Pokud se zaměříme na psychiku, objevují se zejména obavy z porodu (Černá, 2004).

U plodu mizí lanugo a v některých případech dochází k jeho umístění do polohy hlavou dolů. Oči začínají získávat předběžnou barvu a na spánek se zavírají. U dítěte jsou funkční již všechny smysly a dotvářejí se plicní sklípky. Asi ve 35. týdnu se vyvíjí trávicí soustava, plíce a centrální nervový systém. V 38. týdnu je dítě zcela vyvinuté a připravené na porod. U placenty dochází ke zhoršování její funkce (Höfer, Szász, 2010). V dnešní době je mnoho zobrazovacích metod a způsobů, jak může žena své dítě vidět. Na konci těhotenství se váha dítěte pohybuje kolem 3400g a délka okolo 50cm (Leifer, 2004).

Cvičení je zaměřeno především na posilování prsních svalů, mezilopatkových svalů, a posilování svalů pánevního dna. Důležitý je nácvik správného dýchání a poloh pro první dobu porodní. Klademe důraz na relaxaci, protože většina žen trpí poruchami spánku.

1.2.2 Průběh porodu

Při samotném porodu dochází k tělesným změnám specifickým pro jednotlivé fáze porodu. Označujeme je jako doby porodní.

I. doba porodní - otevírací

Porod začíná pravidelnými děložními stahy neboli kontrakcemi, které rozvíjí dolní děložní segment. Dochází k dilataci branky a zkracování děložního hrdla. Kontrakce se opakují v pravidelných intervalech. Charakteristická je zvyšující se délka trvání a intenzita (Macků, 1998).

Samotný porod začíná z 10 – 15% případů samovolným odtokem plodové vody (Čech a kol., 2006). Odtok plodové vody má v I. době porodní zesilující kontraktilní účinek, jelikož vlivem hlavičky plodu dochází k dráždění a dilataci branky (Mikulandová, 2004, s. 120). Porodní bolesti jsou nejintenzivněji pociťovány v oblasti kosti křížové a podbřišku. Příčinou je rozvíjející se efekt na rodidlech. Dochází k dilataci branky, sníženému přísunu krve do dělohy, zkracování děložního čípku, tlaku na struktury pánve a napínání vaginy a perinea (Ratislavová, 2008). Tělo reaguje na bolest vyplavením oxytocinu, který je považován za hormon altruismu a lásky. Způsobuje útlak paměťových center a zlepšuje náladu. Žena díky němu zapomene na porodní bolesti. Oxytocin, který zvyšuje práh bolesti, není jediným hormonem vyplavovaným při I. době porodní. Dalšími jsou endorfiny, které jsou svým účinkem podobné morfinu. Zlepšují náladu a tlumí bolest. Hladina endorfinu se v průběhu porodu zvyšuje až 30krát (Labusová, 2011).

II. doba porodní - vypuzovací

II. doba porodní začíná úplným rozvinutím branky, kdy je intenzita kontrakcí na vrcholu. K tlačení používá ženy břišní lis, který je při tlaku hlavičky na pánevní dno během kontrakce stimulován presakrálními receptory. Nitroděložní tlak se při porodu zvyšuje až trojnásobně (Čech a kol. 2006). Sestupující hlavička způsobuje otevření řítního prostoru vyklenutím prostoru mezi konečníkem, hrází a hrotem kostrče. Dojde-li

k přílišnému napnutí hráze, je nutná epiziotomie (nástřih hráze) jako prevence před roztržením a poškození hlubších vrstev tkáně (Macků, 1996). V dnešní době je nástřih hráze jedním nejčastěji prováděným chirurgickým zákrokem u porodu v České Republice. Většinou se provádí mediolaterální nebo laterální, který je zhruba 2cm dlouhý a vede k sedacímu hrbolu. K tomu to řešení se přistupuje z důvodu snížení tlaku na hlavičku dítěte, urychlení porodu, či jako prevence vzniku hypoxie u plodu. Ženy mohou provádět preventivní opatření proti nástřihu hráze. Účinnou prevencí je například masáž hráze či posilování svalů pánevního dna. Velice důležitá je i poloha při porodu. Pro ochranu hráze je nejméně výhodná poloha na zádech s koleny u těla. Nejlepší poloha je naopak vleže na boku nebo poloha vertikální s koleny široce od sebe. Riziko poškození hráze můžeme snížit porodem do vody (Chrastilová, 2014; Jirásková, 2005).

Průběh porodu hlavičky rozdělujeme do 5 ti etap:

1. iniciální flexe hlavičky a její vstup do pánevního vchodu
2. progrese hlavičky – do úžiny a šíře
3. vnitřní rotace hlavičky – normální či abnormální
4. rotace hlavičky kolem spodního okraje spony stydké
5. zevní rotace (viz. Příloha č. 5)

Následuje porod ramének. První raménko je porozeno v okolí místa úponu musculus deltoideus na kosti pažní. V tomto místě vzniká opěrný bod nazývaný hypocholin. Tělo se kolem něj laterálně flektuje a tím přes hráz dochází k porodu zadního raménka.

Druhá doba porodní trvá většinou 15-30 minut. Může trvat i déle, ale neměla by přesáhnout hodinu (Roztočil, 2008; Hujová, 2010). V závěru se vyplavuje adrenalin, který poskytuje nový zdroj síly pro aktivní vypuzení dítěte a udržení bdělosti (Labusová, 2011).

III. doba porodní – doba k lůžku

Třetí doba porodní začíná samotným porodem plodu a je ukončena vypuzením placenty z těla ženy. Po určité fázi klidu se děloha začne opět stahovat. Dochází k odlučování placenty od děložní stěny. Placenta za sebou táhne plodové obaly, které se spolu s ní rodí z těla ven (Pařízek, 2005).

Do stavu bdělosti a pohotovosti uvádí čerstvou matku vyplavující se hormon prolaktin. Do popředí se před jejími vlastními potřebami dostávají jednoznačně potřeby právě narozeného dítěte (Labusová, 2011). III. doba porodní trvá asi 15 – 30 minut (Macků, 1996).

1.3 Kinezioterapie

Kinezioterapie neboli léčebná tělesná výchova (LTV) patří mezi nejčastěji využívané metody v rehabilitaci. Aplikuje se v okamžiku, kdy to dovolí pacientův stav. Základním cílem kinezioterapie je dosažení správného a potřebného provedení pohybu. Je předpokladem pro realizaci motorických činností běžného života. Léčebná tělesná výchova neboli LTV je využití vědecky zdůvodnitelných a empiricky prokazatelně efektivních pohybů, za cílem udržení funkce všech tělesných ústrojí nebo k jejímu znovuzískání, pokud byla ztracena. V horších případech se musíme spokojit s tím, že se vývoj poruchy zpomalí nebo se udrží na přijatelném stupni. U dětí mluvíme o edukaci, protože díky cvičení pohybové projevy získávají.

Kinezioterapie je terapeutický indikovaný prostředek, prováděný zdravotníkem. Zdravotní tělesná výchova je na rozdíl od kinezioterapie prováděna pedagogickým personálem či speciálně vyškoleným cvičitelem. Je aplikována na školách všech typů, eventuelně v jiných zařízeních (tábory pro otlé, ústavy pro duševně či tělesně postižené). U jedinců s takovými tělesnými odchylkami zdravotního stavu a tělesného vývoje, které nejsou překážkou pracovního zařízení či normálního vyučování, ale které neumožňují zvýšenou tělesnou námahu u jednotlivých sportovních aktivit či druhu tělesné výchovy.

Základem zdravotní tělesné výchovy jsou vyrovnávací cvičení (obnova svalové rovnováhy, protahování zkrácených svalů, zajištění fyziologického rozsahu kloubní pohyblivosti, zlepšení nervosvalové koordinace) a jako prevenci civilizačních chorob i rozvoj vytrvalosti. Podstatným prvkem je vést oslabené jedince k návykům zdravého životního stylu a praktikování pohybových aktivit pro udržení kompenzace oslabení. Předpokladem kvalitně prováděné zdravotní tělesné výchovy je vzdělání, které poskytují různé obory aplikované tělesné výchovy.

1.3.1 Dělení kinezioterapie

LTV je dělena dle různých pohledů.

Dle místa provádění

- ✓ Na lůžku
- ✓ Na hřišti
- ✓ V tělocvičně
- ✓ Ve vodě
- ✓ V terénu (les, vysoká nadmořská výška)
- ✓ V domácím prostředí, případně ve vhodných podmínkách v práci jako samostatná léčba či prevence
- ✓ Specifická prostředí (například tělocvik v rámci speleoterapie, přímořská prostředí při talasoterapii)

Dle pacientů

✓ **Individuální LTV**

K léčbě specifického postižení, které jedinci umožňuje individuální přístup jak po stránce somatické, tak i psychické. Terapeut má trvale pod kontrolou stav pacienta. Individuální LTV je však náročnější časově i ekonomicky. Při vedení pohybu, bránění provádění pohybu, druhy stimulace či facilitace, dochází velmi často k fyzickému kontaktu terapeuta s pacientem.

✓ **Skupinové LTV**

Cvičení dvou a více osob s podobnou diagnózou či podobným terapeutickým zaměřením. Z hlediska času je pro terapeuta ekonomičtější, ale není tak specifické a cílené, jako cvičení při individuální LTV. Skupinové cvičení je dále podrobněji rozlišeno podle množství osob ve skupině (6 – 15 osob, 3 – 6 osob).

Při skupinovém cvičení je třeba zvážit stimulační vliv soutěživosti a snahu být lepší, či se vyrovnat ostatním a zvážit i vliv negativní až deprimující méně úspěšné reedukace nebo přepínání sil s možností následného poranění. Z tohoto důvodu je důležité usměrňování atmosféry ve skupině k efektivnímu působení terapie.

Při individuální kinezioterapii musí svým jednáním fyzioterapeut předcházet vzniku přílišné psychické vazby pacienta na svou osobu. Musí vést pacienta k vlastní odpovědnosti za svůj zdravotní stav. Při těsném osobním kontaktu v průběhu terapie či kinezioterapeutické diagnostice je podmínkou vysoce profesionální přístup (respektování studu pacienta a přitom udržení standardního postupu), zejména u opačného pohlaví pacienta a terapeuta.

Dle zaměření na jednu ze složek pohybu

- ✓ Na zvětšení svalové síly – příkladem jsou praktické nebo funkčně oslabené svaly nebo celé svalové skupiny, či zpevnění nestabilního kloubního systému.
- ✓ Na zvětšení rozsahu pohybu – v kloubech, u poúrazových a postfixačních stavů, omezení rozsahu kloubní pohyblivosti pro stav s vazivovou kontrakturou nebo funkční zkrácení svalu
- ✓ Na rychlost pohybové reakce či pohybu – aktivace svalové kontrakce, která je důležitá pro zpevnění a ochranu kloubů před možnou distorzí
- ✓ Tvorbu správných pohybových stereotypů a zlepšení koordinace pohybu – výcvik u ataxií, dysbalancí pohybové soustavy, hemiplegií, korekce držení těla a stereotypu chůze po úrazových stavech a operacích dolních končetin.
- ✓ Celkové zlepšení koordinace – cvičení u kardiovaskulárních chorob a plicních onemocnění a dlouhodobě imobilních pacientů
- ✓ Schopnost relaxace – u poruch pohybové soustavy s přítomností zvýšeného napětí, které je podmíněno psychogenně

Cvičení dle části těla, systému či funkce

- ✓ Cvičení té části těla, která trpí nějakým postižením.

- ✓ Cvičení určitého systému, například cvičení zaměřené na ženský reprodukční systém.
- ✓ Cvičení funkce (respirace, lokomoce, stabilita, atd.).

Ve všech těchto případech je ovlivňován především pohybový systém. Účinky na jiné systémy jsou druhotné, ale mohou být i natolik významné, že je možné je terapeuticky využít. Například u žen optimalizovat činnost vnitřních pohlavních orgánů při gynekologické dysfunkci, úpravou funkce pánevní pletencové oblasti.

Dle aktivity pacienta při výkonu

- ✓ Pasivní – léčba dynamickými a statickými silami, které působí na pacienta i bez jeho výrazné aktivity (polohování, trakce, centrace, masáž, měkké techniky).
- ✓ Semiaktivní – pohyby, které pacient provádí s částečnou pomocí fyzioterapeuta či přístroje (pohyby v odlehčení či asistované pohyby).
- ✓ Aktivní – pohyby, které pacient vykonává bez cizí pomoci, popřípadě překonává odpor proti pohybu (cvičení s činkami, pružinami, gumovými tahy, ve vodě); (Dvořák, 2003)

1.3.2 Pohyb

Na ten to pojem je nahlíženo z mnoha úhlů. Živé organizmy mají vlastní pohybovou aktivitu. U lidí a zvířat je pohyb doprovázen emocemi neboli složkou prožívání, která je dána vztahem mezi subjektem a objektem. Lidský pohyb není možné omezit pouze na pohyb těla. Patří sem i cítění, vůle a myšlení. Pohyb tvoří jádro celého vývoje člověka. Má významný vliv na vývoj sociálního chování, vývoj řeči a kognitivních dovedností. Je totožný s celým životem člověka (Hátlová, 2003).

Fyzická aktivita zvyšuje hodnotu maximálního tepového objemu, oxidační metabolickou kapacitu svalových buněk i kapacitu transportu kyslíku v oběhovém systému. Zrychluje a zpomaluje metabolismus. Využívá hormony glukózy a lipidy, které se uvolňují při stresové odpovědi, ovšem na druhé straně je sama o sobě stresorem, který zrychluje kardiovaskulární odpověď a zvyšuje růst spotřeby kyslíku.

Pohybová aktivita má jak dlouhodobý, tak krátkodobý účinek na psychickou pohodu člověka. Zlepšuje mentální funkce má příznivý účinek na depresi, sebeúctu, úctu a percepci stresu. Je-li pohybová aktivita prováděna pravidelně a dlouhodobě, významně ovlivňuje reaktivitu na stres (Hátlová, 2003).

Fyzickou aktivitu definujeme jako jakýkoliv tělesný pohyb tvořený kosterními svaly, který vyžaduje určitý výdej energie. Pravidelná a mírná aktivita (chůze, jízda na kole) má významný přínos pro udržení zdraví. Může například snížit riziko cukrovky, deprese, onemocnění tlustého střeva, prsu či kardiovaskulárních chorob (WHO, Physical activity, 2013)

Historie a vývoj pohybových aktivit u žen

V 80. a 90. letech 19. století došlo k rozvoji buržoazní tělesné kultury žen. Existuje velké množství zdroj, a proto je velmi obtížné rozpoznat, kdo na koho navazuje a kdo z koho vychází. (Kössl, 1986). Na počátky tělesné výchovy u žen narážíme již u Jeana George Noverryho (1727 – 1810) tvůrce tzv. dramatického baletu. (Grexa, 2011).

Větší rozmach tělesné výchovy nastal až ve druhé polovině 19. století, kdy došlo k zesílení úsilí o rovnoprávnost žen. Začaly se formovat specifické ženské tělovýchovné soustavy, jako Výrazový tanec, rytmická gymnastika a estetický tělocvik. Docházelo k vytváření nových tělovýchovných spolků a odborů. I když sport žen zaostával za vysokým tempem rozkvětu sportu mužského, došlo i j jeho rozvoji. Do řad teoretiků tělovýchovných systémů se začaly angažovat i ženy – Fálková, Björkstenová, Garlquistová a další. Mensedicková, jako autorka prací „Tělesná kultura ženy“ (1905) a „Funkční ženský tělocvik“ (1923), kladla důraz na fyziologický rytmus. Cvičení pojala nově dle anatomicko-fyziologického systému (Grexa, 2011) Roku 1900 se ženy poprvé objevily na olympijských hrách v Paříži. V pozdějších letech se olympijská charta zavázala k podpoře a povzbuzení žen ve všech úrovních a strukturách tělesného sportu.

Od roku 1991 musí každý nový sport, snažící se o vstup do olympijského programu, mít i kategorii pro ženy (Olympic, When did women first compete in the Olympic Games, 2014).

Faktory ovlivňující pohybovou aktivitu

Pohybová aktivita je závislá na více faktorech.

- ✓ Fyziologicko-biologických: funkční schopnosti pohybového aparátu a smyslových orgánů, věk, nemoc, pohlaví
- ✓ Psycho-duchovní faktory: typ osobnosti, emocionální ladění, sebeúcta a sebekoncepce
- ✓ Sociálně-kulturní faktory: povolání, způsob života, role, finanční možnosti
- ✓ Faktory životního prostředí: klimatické a geografické podmínky

Velké množství lidí se v dnešním moderním světě plném techniky v podstatě ani nepohybuje. Doprava pomocí aut a výtahů - život trávíme vsedě. Většinu tělesně více náročnější práce za nás vykonávají automaty a stroje. Za zhoršování zdravotního stavu může člověk, nikoli pokrok techniky. Člověk, výhod pokročilých technologií, špatně využívá. Pohybovou aktivitu řadíme mezi biologické potřeby všech živých organismů. Člověk jako jediná živá bytost má možnost volby, zda se bude nebo nebude hýbat (Trachtova, 2004; Stejskal, 2004).

Změny organismu vlivem pohybové aktivity

Zdrojem energie, kterou tělo využívá pro svalovou práci, jsou tuky a cukry, ve formě glykogenu. Díky tělesné zátěži dochází ke ztrátě tekutiny z krve, vlivem pocení, což vede ke snížení činnosti srdce, zvýšení hematokritu a snížení transportní kapacity krevního oběhu.

Při tělesné zátěži se zvyšuje krevní srážlivost, kdy stoupá aktivita srážecích faktorů, aktivnější jsou i mechanismy nespecifické obrany organismu (slizniční bariéry, fagocytóza, atd.), zvyšuje se počet leukocytů, snižuje počet erytrocytů, lépe se uvolňuje kyslík vázaný na hemoglobin a mění se krevní laktát. Hormonální systém pocítuje změny ve formě vzestupu adrenalinu a noradrenalinu, zvyšuje se hladina stresových hormonů ACTH (adrenokortikotropní hormon) a kortizolu, je zvýšena produkce růstového hormonu, inzulínu a testosteronu. Vlivem sympatiku se při tělesné aktivitě

zvyšuje aktivita orgánů krevního oběhu. Zvyšuje se síla kontrakce, činnost srdce a prohlubuje se dýchání. Naopak se snižuje aktivita orgánů přímo nesouvisejících se svalovou prací, jako je například trávicí soustava.

Při fyzické zátěži v délce trvání 20 – 30 minut dochází ke snížení cévní rezistence, kdy je krevní tlak nižší jen u osob s vysokou pozitivní reakcí na stres. Během aerobního cvičení krevní tlak klesá. U osob s hypertenzí se po cvičení krevní tlak sníží až na dobu 5 – 6 hodin, u osob s normálním krevním tlakem ke snížení nedochází, dochází však ke snížení cévní rezistence. Pravidelné a dlouhodobé cvičení se projeví celkovým snížením tlaku, především u osob trpících hypertenzí. Vlivem pohybu se zvyšuje tělesná teplota a snižuje hmotnost těla (Souček - Kára, 2002; Stejskal, 2004).

Psychické změny vlivem pohybové aktivity

Vlivem pohybové aktivity jsou psychické změny v projevu emocionálního chování těmi nevýznamnějšími. Dochází ke snižování psychického napětí, úzkosti, deprese, negativních emocí, zlepšují se představy o vlastní osobě a zvyšování sebevědomí (Lipkova, 2001).

1.4 Kinezioterapie v těhotenství

Těhotným ženám se často obrátí život vzhůru nohama. Není však vůbec nutné, aby budoucí maminky přestaly žít aktivním životem. Těhotenství není nemoc, je to pouze jiný stav. Jedná se o velice intenzivní období, kdy jsou na organismus ženy kladené zvýšené nároky. Záleží individuálně na každé ženě, jak se k tomu postaví a jakým způsobem bude tento stav zvládat. Ženy, které dodržují zdravý životní styl, zvládají těhotenství lépe. Dostatek přiměřeného pohybu, zdravé stravování, pravidelný spánek a odpočinek, to vše zahrnuje správná životospráva. V těhotenství si ženy začínají více uvědomovat možnosti a schopnosti svého těla. To by je mělo inspirovat k tomu, aby se začaly věnovat cvičení, které je přímo specializované a přizpůsobené těhotenství. Mají velkou motivaci, jelikož nejde pouze o jejich zdravotní stav, ale i o stav nenarozeného dítěte (Dumoulin, 2006; Sikorová, 2009).

„V minulosti byl rozšířen názor, že v těhotenství se sport neprovozuje, a když někdo z tohoto průměru vybočoval, dívali se na něj ostatní lidé jako na hazardéra se svým zdravím i zdravím dítěte. Ted' už můžeme vidět maminky s bříškou u bazénů i ve fitness centrech. Pokud je fit maminka, je fit i miminko!“ (Bejdáková, 2006)

Je však nutné respektovat určité omezení. Pokud žena nikdy předtím necvičila, neměla by se v období těhotenství pouštět do pohybové aktivity sama. Měla by se obrátit na zkušeného odborníka s prosbou o pomoc a rady při cvičení. Měla by začít vnímat signály svého těla a poznávat a respektovat svoje limity a řídit se jimi.

1.4.1 Zásady kinezioterapie v těhotenství

Jestliže chce těhotná žena být aktivní, měla by být zdravá a těhotenství by mělo probíhat bez komplikací. Existují však určité zásady, doporučení a omezení, kterými je nutné se řídit a dodržovat je. V opačném případě může těhotná žena ohrozit své zdraví a průběh těhotenství (Wessels, Oellerich, 2006; Bejdáková, 2006).

Ženě není doporučeno začínat s novým druhem pohybové aktivity, kterému se nikdy předtím nevěnovala. Pohybovou aktivitu je nutné volit s ohledem na intenzitu zátěže. Ta je určena v závislosti k hodnotám tepové frekvence. Tepová frekvence by neměla přesáhnout 140 tepů/minutu. K navrácení tepové frekvence do normativního stavu by mělo nastat do 15 minut po ukončení cvičení (Čepický, Černá, 2006).

Cvičení by mělo probíhat v termoneutrálním prostředí. Organismus snadněji zvládá odvádění tepla. V průběhu cvičení nesmí docházet k přehřátí organismu. Tělesná teplota by tedy neměla být vyšší jak 38°C. Nedoporučuje se cvičit v horkém a vlhkém prostředí. Každá pohybová aktivita ideálně začíná nejprve postupným zahřátím svalů a končí naopak pozvolným uklidněním a důslednou relaxací. Není vhodné volit cviky, při kterých dochází k rotačním cvikům a prudkým změnám polohy (Máček, Máčková, 2007; Cinglová, 2002).

Černá a Čepický doporučují cvičit pravidelně, ne však více jak třikrát týdně po dobu 30. minut (2006, s. 20). Naopak Máček s Máčkovou uvádějí, že pohybová aktivita je vhodná asi 5 krát týdně po dobu 30 minut (2007).

Cvičení nesmí vyvolat oběhové selhání. To se projeví tzv. zatměním a mžitkami před očima. V průběhu celého cvičení či sportu je důležité dodržování správného pitného režimu, aby se předešlo případnému vzniku dehydratace. Žena nesmí provádět cviky, u kterých dochází k zadržování dechu. Také není doporučeno provozovat cviky, které na delší dobu zvyšují nitrobřišní tlak. Jeho zvýšením se zhoršuje zásobení kyslíkem (Bejdáková, 2006).

Pro těhotné ženy není vhodný pobyt ve vysokohorském prostředí nad 2500 m. n. m. V takovéto nadmořské výšce je nižší podíl kyslíku ve vzduchu. Ženy by se měly úplně vyhnout provozování takových sportů, kde hrozí zranění, srážky, pády, nárazy, nebo kde se vyskytuje riziko pohmoždění břicha. (Pařízek, 2008).

Po ukončení prvního trimestru není vhodné cvičit polohy na břicho a během třetího trimestru neprovádět cviky při poloze v lehu na zádech. Další doporučení pro těhotné ženy je necvičit ve dnech předpokládané menstruace, především v období prvního trimestru. Je zde totiž možné riziko potratu (Bejdáková, 2006; Vitíková, 2007).

1.4.2 Cvičení na gymnastickém míči

Cvičení na velkých míčích je v dnešní době jednou z moderních metod pohybové aktivity. Cvičení slouží nejen k posilování, ale i k protahování těla. Podporuje správné držení těla. Gymnastické míče je možné využít i jako pomůcku při relaxaci.

Cvičení na míči podporuje pánevní pohyblivost a relaxaci, dále dochází k posílení břišní stěny, pánevních svalů a zad. Každá žena si musí zvolit optimální velikost míče. Základem je nácvik správného sedu na míči a udržení správné ho postavení zad a dolních končetin. Pokud by žena chtěla cvičit na míči doma, měla by být nejprve poučena o správnosti cvičení. S prosbou o radu se může obrátit na porodní asistentku či jiného odborníka. Tento druh cvičení musí probíhat v bezpečném prostředí, aby se předešlo úrazu. Cviky se řadí od jednodušších k těm složitějším. Žena nesmí cvičit do velké únavy, jelikož se tím zhoršuje koordinace těla a zvyšuje se riziko úrazu.

V dnešní době se velké míče používají také na porodním sále, kde je jejich hlavní využití při I. době porodní. Nevýhodou cvičení na velkých míčích je labilnost povrchu. Proto při nedodržování zásad může dojít k úrazu (Bejdáková, 2006).

Zásady pro cvičení na velkém míči:

- ✓ Volba správné velikosti míče (úhel kolen a kyčlí větší než 90°)
- ✓ Cvičit naboso (podpora nožní klenby)
- ✓ Nácvik správného sedu
- ✓ Z počátku cvičit pomalu a v malém rozsahu
- ✓ Udržovat správnou polohu
- ✓ Cvičit v prostoru, kde není riziko úrazu či poškození míče
- ✓ Cvičit dle stanovených instrukcí
- ✓ Pravidelný dech
- ✓ Necvičit do úplného vyčerpání
- ✓ Cvičení provádět v kratších intervalech, ale častěji
- ✓ Při pohupování neztrácet kontakt s míčem (Bejdáková, 2006)

1.4.3 Jóga pro těhotné

Těhotenství je období, kdy se často i hekticky žijící ženy zklidní a nacházejí čas na přemýšlení a vnitřní rozmlouvání se svým děťátkem. Jóga pro těhotné je stejně jako proto velice vhodně zvolené cvičení. U jógy platí, že i pokud ji žena nikdy necvičila, může kdykoli začít. Je prokázáno, že ženy, které cvičí v průběhu těhotenství jógu, zvládají lépe porodní bolesti. Jogínské pozice naučí lépe vnímat podněty vlastního těla. Jogínské hluboké dýchání zajišťuje dostatečný přívod kyslíku matce i plodu. Jóga pomáhá zvládat při kojení a první bezesné noci s plačícím miminkem (Sikorová, 2006). Autorka dále uvádí, že by si ženy měly dávat pozor na cviky v obrácené poloze, vynechat cviky posilující břišní svalstvo a vyhýbat se polohám vleže na zádech.

Význam jógy pro těhotné ženy

MuDr. Michel Odent vytváří pro porod prostředí, kde nechává ženu, aby ženu, aby vedla svůj vlastní porod. Založila skupinu Jóga pro mateřství. Skupiny žen vedla zkušená cvičitelka jógy. Jóga u těhotných žen zažila tak velký úspěch, že je toto cvičení doporučováno dodnes. Jóga pracuje s filozofií pomáhat ženám, aby objevily a odkryly svoje možnosti (Odent, 1995).

Jóga a vliv na plod

První viditelné známky těhotenství doprovází rostoucí břicho. Žena začíná pociťovat první pohyby plodu. Prvorodičky pozorují tyto pocity okolo 20. týdne těhotenství, vícerodičky již kolem 18. týdne (Čech, 2005).

V tomto období pomáhá jóga posilovat vnímání probíhajících změn. Žena více prohlubuje vztah k dítěti. Je velice důležité, aby se pro dítě utvořil správný základ. Poznatky z psychologie 20. století poukazují na první vývojové období člověka. Trvá od početí dítěte, až do konce dětského období. Toto období má zásadní význam pro citový vývoj člověka (Matějček, Langmeier; 1986).

Cvičení se dělí na 3 části:

1. Ásana

Pro zlepšení krevního oběhu matky, se v této části provádějí různé jógové polohy a pozice. Na závěr těhotná žena každou polohu prodýchá 2 – 3mi nádechy. Cvičení se několikrát opakuje. Dýchání se oproti klasické józe zaměřuje na porod.

2. Pránájáma

Jsou různá dechová cvičení, která mají za cíl naučit budoucí maminku prodýchat jednotlivé fáze porodu a tím ho usnadnit. Plicní kapacita se plně využívá k pozitivnímu ovlivnění cirkulace krve a kyslíku. Správným dýcháním může žena ovládat bolesti, stres a psychickou zátěž.

3. Relaxace

Relaxace patří na úplný závěr cvičení a trvá okolo 10 ti minut. Po cvičení dochází k uvolnění psychiky a celého (Volejníková, Chlubnová; 1993).

Jóga a dýchání

Dech má pro jógu obrovský význam. Dechem kontrolujeme správné provedení poloh. Dechem se koncentrujeme a umíme se poddat síle našeho vědomí, dechem žijeme. Když těhotná žena zaujme jógový sed a začne se soustředit na vlastní dech, dostává se do světa, kde dokáže uvést do souladu svoje tělo, emoce, mysl a duši. Vědomé dýchání (pránájáma) spojuje, podle jógy, člověka s nebem a země a otevírá cestu nekonečnému zdroji vitální energie, která pochází z přírody. Je prokázáno, že s nádechem do těla přichází výživný kyslík a s každým výdechem se z těla dokáže uvolnit napětí a duševní těžkosti. Pomocí nádechu přivádí žena potřebnou dávku kyslíku pro sebe i své rostoucí dítě. Pokud se těhotná žena správně soustředí na proces dýchání, může si představovat, jak se při každém nádechu a výdechu uvolňuje část těla,

na kterou se právě zaměřuje. Může tak odstranit úzkost, stres a napětí. Dokáže přijmout pocit vnitřní rovnováhy a svobody.

Pojem pránájáma je spojen s jógovou praxí vědomého dýchání. Prána znamená vzduch, jako energie nebo jemná životní síla. Nepřichází pouze jen jako vzduch, ale přijímáme ji i ze země společně s kyslíkem. Vyživuje ženu, ale i plod v jejím těle (Stülpnagel, 2006).

Při cvičení jógy bereme v úvahu gravitaci, prožíváme ji a umíme ji kontrolovat tak, že můžeme dosáhnout potřebné rovnováhy pro zachování určité pozice. Pomocí dechu a gravitace jóga uvolňuje a odstraňuje ztuhlost pomocí dechu. Tělu dodává volnost a pružnost. Klouby se uvolňují, Svaly se lépe protahují a žena se stává ohebnější. Čím déle bude těhotná žena cvičit jógu, tím víc si osvojí techniky správného jógového dýchání. Soustředění na dech se součástí každé polohy a přirozeným prvkem. Těhotná žena bude mít pocity harmonie a bude radostnější (Balaskas, 2012).

1.4.4 Feldenkraisova metoda

Není pevně stanovený cvičební systém. Cviky se mohou provádět v mnoha různých formách a pořadí. Převážná část cviku se odehrává v nitru člověka, je pouze podpořena pohybem těla. Základním prvkem práce Feldenkraisovy metody je vnitřní učební proces, který vede k tomu, aby se člověk cítil lépe ve vlastním těle. Důležité je poznání skrytých možností a schopnost je umět patřičně využívat. Nejde tedy o terapeutickou metodu, ale i přesto jsou její účinky léčivé (Schwarz, 2003).

Feldenkraisova metoda pracuje s obrazem, který si sami o sobě ukládáme, jak sami sebe vnímáme. Obraz, který si každý sám o sobě vytvoří je z jedné třetiny zděděný, z druhé třetiny vštípený výchovou a z poslední třetiny si jej vytváříme sami. Feldenkraisova metoda má učit novým způsobům reagování a uvědomování (Feldenkrais, 1996).

Feldenkraisova metoda je technika, vedoucí k lepšímu provádění pohybů za kontroly vědomí. Vede k větší vitalitě a spokojenosti, díky zprostředkování přehledu o vlastních emocích. Zaměřuje se nejen na neurofyziologické souvislosti mezi nervovým systémem, svalstvem a skeletem, ale také na myšlení, jednání a cítění.

Zajímá se o člověka jako o celek ne jen na jednotlivé části těla. Technika vyžaduje pozornost, nikoli napětí svalů nebo námahu. Podstatou je objevit to, jakým způsobem provést pohyb tak, aby byl co nejekonomičtější, nejlehčí a zároveň nejefektivnější. Pokud je metoda prováděna správně, vzbuzuje učení další zvědavost a je radostné. Pocity většího uvolnění a sebevědomí mají osoby, které zacházejí se svým tělem jako s celkem. Mozek je schopen nahradit již vštípené vzory novými a zautomatizovat si je. Feldenkraisova metoda je proces učení se sebedůvěrou, cítěním, zájmem o sebe sama a vlastní zodpovědností a tím nás spojit s naší důležitou životní funkcí – pohybem (Feldenkrais, 1987).

Historie

Ruský fyzik Moshé Feldenkrais (1904 – 1980) se zabýval problematikou analýzy a reedukace pohybů. Původ metody vychází z jeho vlastních potíží s poraněným kolenním kloubem. Nejprve věnoval svou pozornost gravitačním a biomechanickým aspektům, později se zaměřil na aspekty psychologické a neurofyzilogické. Feldenkraisova metoda se brzy rozšířila po celém světě. Hlavní podstatou metody je uvědomělé ovládání a vnímání poloh a pohybů jednotlivých částí těla. Jedním z hlavních cílů je rozšíření pohybového potenciálu, které může ovlivnit zdravotní postižení (Pavlů, 2003).

Feldenkrais se pomocí cvičení snažil zlepšit časoprostorovou koordinaci a cítění a naučit své žáky se pohybovat s minimálním úsilím, ale s maximální účinností (Kolář, 2012).

Základní směry přístupu Feldenkraisovy metody

Pohybem k sebeuvědomění – lekce skupinové

"Samotný pohyb neznamena nic. Nezajímají mne hýbající se těla, ale hýbající se mozky."

Moshé Feldenkrais

Funkční integrace – lekce individuální

"Když se někoho dotýkám, nic od něj nežádám: vycítuji pouze, co druhý potřebuje a co mám v daném okamžiku udělat, aby se cítil lépe."

Moshé Feldenkrais

Indikace

Feldenkraisova metoda je indikovaná pro každého bez omezení věku nebo fyzických možností. Nejvíce jí využívají tanečníci, zpěváci, herci, fyzioterapeuti, pedagogové, sportovci a jejich trenéři ke zdokonalování analýz pohybu, dýchání a po zlepšení techniky v daném sportovním odvětví. Hodiny jsou dále určeny pro lidi s různým pohybovým omezením, bolestmi, obtížemi s dýcháním, s akutním nebo chronickým napětím svalů, vývojovými, psychickými a neurologickými problémy (Oswaldová, 2008).

Kontraindikace

Metoda se nezabývá mechanickým, ale funkčním opakováním pohybu. Není dána jedním postupem, není terapeutickou technikou, léčebnou ani posilovací metodou (Oswaldová, 2008).

Je kontraindikovaná pro osoby s těžkými poruchami senzomotoriky a osoby s mentálními poruchami, kdy klient nemusí porozumět instrukcím a není schopen se do takové míry koncentrovat na prováděné pohyby (Kolář, 2009).

Některé zásady

- ✓ Cvičení by mělo přinášet zájem o vnímání pohybu a potěšení
- ✓ Provádění pohybu by nemělo být namáhavé
- ✓ Cvičení by nemělo být dlouhé
- ✓ Obratnost a dokonalost prováděného pohybu nehraje velkou roli

- ✓ Cvičení by mělo být prováděno s potěšením a lehkostí
- ✓ Nácvik pohybů by měl být provádět hravým způsobem.
- ✓ Cvičení musí být přizpůsobeno aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta (Pavlů, 2003)

1.5 Kvalita života

Důležitými pojmy kvality života jsou uspokojené lidské potřeby, mezilidské vztahy, aktivita a přiměřené zdraví. Kvalitní život by neměl být chápán pouze ve vztahu k sobě samému, ale také ve směru ke společnosti. Bez vztahů k lidem nejen v příbuzenském vztahu nebývá život vnímán jako kvalitní. Lidí mohou vnímat kvalitu života v nejrůznějších oblastech – majetek, práce, krása, rodina, pocity. Posouzení kvality života je vysoce individuální. Každý člověk si ji určuje sám. Měl by vědět, co kvalitní je a co není. Kvalitu života ovlivňuje řada faktorů. Od zdravotních potíží, přes samotnou nemoc a léčebné procesy, až k následkům nemoci. Ztráta zdraví a tím celkové životní pohody má obrovský vliv na vnímání kvality života člověka (Payne, 2005).

1.5.1 Definice kvality života z hlediska historie

Odborná literatura v současné době nabízí širokou škálu definic vymezující kvalitu života. Tento pojem – kvalita života, není zcela jediným a ústředním pojmem. Je s ním spojena řada příbuzných a blízkých pojmů, jako je psychická, fyzická, materiální a sociální pohoda, spokojenost, štěstí a naplnění. To vše svědčí o prolínání dané problematiky s různými disciplínami (demografií, psychologii, medicínou, ekonomikou, kulturou, etnologií, sociologií). Důkazem je přiložená tabulka č. 1

Jednou z nejstarších definic pojmu kvality života, kterou bylo možný chápat jako definici, je definice zdraví, kterou v roce 1948 přijala Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato definice uvádí, že zdraví, není jen absence nemoci či poruchy, ale je to celkový stav pohody jak duševní, tak tělesné a sociální. Základem této definice je zachycení nejen objektivní filozofické či fyzické dimenze zdraví, ale zdůrazňuje také dimenzi sociální a subjektivní. Je to otázkou uspokojování základních lidských potřeb. Tím se významově velice přibližuje dnešnímu chápání subjektivní kvality života. Nevýhodou této definice je její abstraktnost a relativnost. Nebere v úvahu škálu možných stavů mezi zdravím a nemocí.

Roku 1982 je s otázkou kvality života spojena schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. V 90. letech 20. století definovala skupina odborníků

pojem kvalita života novou moderní formou. Individuální vnímání pozice jedince v životě, v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žijí a ve vztahu k jejich očekávání, normám, cílům a zájmům (Heřmanová, 2012).

Jiné vymezení pojmu kvality života je spojováno s ekonomickým vývojem. Již ve 20. letech 20. století, byl zmíněn v této souvislosti, kdy úlohou státu bylo poskytovat materiál na podporu nižším společenským vrstvám. Tím mělo dojít k zlepšování kvality jejich života. V poválečné době 60. let 20. století, se začíná termín kvality života objevovat také v kontextu politickém. Tehdejší prezident si zvolil kvalitu života občanů za cíl své domácí politiky. Tento termín velmi brzy zdomácněl v sociologii, kde dodnes slouží k odlišení podmínek života, jako jsou příjem, počet automobilů na domácnost nebo politické zařízení od skutečného vlastního životního pocitu lidí. Od té doby se termín kvalita života používá i pro výzkumné účely, které byly zaměřovány především na mapování dopadu společenských změn na život lidí (Payne, 2005).

Obecně vzato, v současné době studium kvality života znamená hledání a identifikaci faktorů přispívajících k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. (Payne, 2005)

I přesto, že je pojem „ kvalita života“ frekventovaný, existují na něj nejrůznější názory, které se z pravidla nemusí shodovat. To je dáno především tím, že se o kvalitě života mluví nejen v různých souvislostech, ale i v různých vědních oborech. Jsou jimi především psychologie, medicína, sociologie, kulturní antropologie a ekologie.

Sociologové zkoumají kvalitu života v různých sociálních skupinách. Srovnávají ji v rámci určité populace, ale také mezikulturně. Hledají faktory, které ji více vymezují. Psychologové se více zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivců. Pokoušejí se ji měřit pomocí různých metod. V medicínském oboru probíhá hodnocení poskytované péče či jednotlivé zdravotnické programy. V literatuře existuje celé řada definic „kvality života“. Posledních 30 let však není ani jedna definice, která by byla všeobecně akceptovaná. Vyskytují se pojmy, jako „sociální pohoda“, „sociální blahobyť“ a „lidský rozvoj“. Jejich využití je ekvivalentem k pojmu „kvalita života“, který lze na nejobecnější úrovni chápat, jako důsledek interakce mnoha faktorů. Bývají jimi zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální podmínky, které mezi sebou

vzájemně integrují. Tím ovlivňují lidský rozvoj jednotlivců i celé společnosti (Payne, 2005).

Heřmanová se ve své publikaci zmiňuje o individuální a kolektivní definici kvality života (QOL – Quality of life). V kapitole o individuálních definicích vybírá asi 20 autorů, kteří definují kvalitu života. Zmiňuje, že v letech 1995 – 2005 Galloway realizovala poměrně rozsáhlý výzkum veškeré publikované vědecké literatury s tematikou kvality života. Prokázala nejen to, že řada prací (zejména z lékařské oblasti) ani žádnou definici kvality života neobsahuje, ale také to, že definice vyslovované o pojmu QOL jsou ovlivněny kontextem a cíli daného výzkumu. Tuto situaci zhoršuje navíc skutečnost, že se někteří z autorů úmyslně vyhýbají a zaměřují se pouze na způsob měření (Heřmanová, 2012).

Obecně platné definice vycházejí z názorů vypracovaných v rámci širších pracovních kolektivů, ideálně na mezinárodní úrovni. Jednou z nejznámějších definic je definice odborníků z centra pro podporu zdraví v Torontě. Kvalitu života chápou jako stupeň, ve kterém daná osoba v svém životě využívá významné příležitosti. Skutečnou kvalitu života u konkrétního jedince určuje význam jednotlivých domén a rozsah, v jakém u něj dochází k jejich naplňování v reálném životě. Zdůrazňovány jsou příležitosti, možnosti a omezení, která má ve svém životě každý člověk. Jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. Skupina pracovníků zabývajících se QOL definovala při Světové organizaci zdraví (tj. WHOQOL 1995) v roce 1995 pojem „individuálního vnímání vlastní pozice v životě, v kontextu kultury a v systému hodnot, v nichž jedinec žije“. Vyjadřuje vztah jedince k vlastním cílům, očekávaným zájmům a hodnotám. Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení probíhající v určitém kulturním, environmentálním a sociálním kontextu. Neztotožňuje se s pojmy životní spokojenost, psychický stav, zdravotní stav nebo pohoda. Mluvíme spíše o vícerozměrném pojmu (Heřmanová, 2012).

Tabulka č. 1: Definice pojmu kvality života

| ROK | INSTITUCE/OSOBA | DEFINICE | OBOR |
|----------------------|---|--|--|
| 1948 | Světová zdravotnická organizace (WHO) | = Definice zdraví. Zdraví je celkový stav duševní, tělesné a sociální pohody. | Mediína |
| 60. léta 20. století | Americký prezident | Definice ve vztahu k ekonomické situaci. Odlišení materiálních podmínek života od životního pocitu lidí. | Ekonomie a politika |
| 1982 | Světová zdravotnická organizace (WHO) | = Individuální vnímání pozice jedince v kontextu kulturních a hodnotových systémů. | Sociologie a ekonomie |
| 1995 | Světová organizace zdraví – kolektiv pracovníků | = Individuální vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a v systému hodnot, v nichž se člověk nachází. | Demografie a sociologie |
| 1995 – 2005 | Centrum pro podporu zdraví Univerzity Tornado | = Stupeň, v němž daná osoba využívá významné příležitosti ve svém životě. | Kultura sociologie a environmentální kontext |

1.5.2 Dimenze kvality života

Na pojem kvality života můžeme pohlížet ze dvou pohledů – vnitřní či vnější. Z hlediska zdraví, sociálních vztahů, fyzické oblasti, prostředí a psychologické oblasti můžeme kvalitu života měřit ve dvou dimenzích – objektivní a subjektivní (Heřmanová, 2012).

Objektivní kvalita života

Objektivní kvalitou života obvykle rozumíme konkrétní, měřitelné životní podmínky a dosaženou životní úroveň jednotlivce či skupiny lidí. Mezi faktory ovlivňující kvalitu života patří mnoho indikátorů. Nejvíce reprezentativními jsou sociální, demografické, ekonomické podmínky a životní úroveň. Mají z velké části vliv na životní šance jednotlivců a významně působí na jejich další rozvoj (Heřmanová, 2012).

Subjektivní kvalita života

Týká se lidské emocionality a spokojenosti se životem. Nejvýznamnější faktory ovlivňující proces hodnocení a vnímání kvality života u jednotlivců jsou věk, generačně odlišné nároky na život, úroveň vzdělání, životní zkušenost, typ osobnosti, druh profese, odlišné kulturní kontexty apod. Nejnovější výzkumy se převážně zaměřují na oblasti životní spokojenosti, pocity uznání, štěstí, sebereflexe, sebeúcty a sebehodnocení. Z hlediska kvantifikace je metodicky jednou z nejobtížnějších oblastí. Subjektivně prožívání kvality vlastního života je z hlediska zobecnitelných poznatků i z hlediska výzkumu zatím spíše v počátcích (Heřmanová, 2012).

Dimenze, ve kterých lze vymezovat pojmy a zjišťovat kvalitu života zmiňuje také Payne. Jde o dimenzi duševní, tělesnou a duchovní. Při zjišťování duševní (požitkové) kvality života se jedná o tradiční znaky v podobě prožívané slasti a uplatňování moci. V úspěšném případě vystihuje pojem prozívaného štěstí. Kvalita života v tělesné (fyzické) dimenzi zahrnuje ideální normu fyzické harmonie a zdatnost tělesných funkcí

neboli zdraví člověka. Duchovní dimenzi vnímáme jako požitek smysluplnosti vlastního života. V životě člověka je zakotvena v hodnotách, které mu dává jeho svědomí a činy. Díky svým činům se snaží tyto hodnoty uskutečnit (Balcar v Payne, 2005).

Existují tři přístupy ke zkoumání kvality života. Pojem je interpretován různými způsoby, pokud se s ním pracuje v medicíně, jiné aspekty jsou zdůrazňovány v psychologii a odlišně je kvalita života sledována v sociologických výzkumech. V psychologii se kvalita života snaží postihnout subjektivně prožívanou životní spokojenost s vlastním životem a pohodu. Lze vysledovat podoby, které se pod pojmem „kvalita života“ ukrývají.

- ✓ Prožívaná subjektivní pohoda – je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.
- ✓ Spokojenost se životem – je zjišťování spokojenosti, která je určena faktory, které k ní přispívají. Hodnotí se, jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí (Hnilicová v Payne, 2005).

1.5.3 MKF

Neboli mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví.

Definice disability podle MKF, vztah MKF a disability

Roku 2006 v Praze byl přijat návrh pro definování disability – čistě podle MKF:

„Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“

Tato definice vyhovuje zásadním normám a je přijata i ČR. Velkým filosofickým posunem je to, že Mezinárodní klasifikace MKF neklasifikuje osoby, ale klasifikuje a popisuje situace každé osoby v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. Každý člověk má určitý zdravotní stav, který ho konfrontuje s různými životními situacemi a často se tak dostává do různých znevýhodňujících pozic. Lidstvo se skládá z několika

miliard lidí s různým zdravotním stavem, a jelikož žijeme v kolektivu lidské společnosti, jsou zdravotní stavy různě technicky nebo organizačně řešené a využívány.

Využití MKF

MKF lze využít, jako klinický nástroj ke sledování léčby ve speciálních podmínkách, k potřebám hodnocení, k pracovnímu hodnocení v rehabilitaci k hodnocení funkčních schopností, výkonu i kapacity jednotlivce, pro hodnocení úspěšnosti a výstupů rehabilitace. Je vhodná pro shromažďování a zaznamenávání dat (např. ve výzkumu), k podporování uvědomění a vytváření sociálních akcí, k vytváření a zavádění politiky jako nástroje vzdělávání a tvorbu osnov. MKF je možné využít i v systému ošetrovatelské péče. Může být použita například k vytvoření standardů a na jejich základě i k financování těchto služeb, ale i v oblastech mimo zdravotnictví, například v pojišťovnictví, v pracovním prostředí atd. Poskytuje popis situací z pohledu funkční schopnosti člověka, jejich omezení a složí i jako rámec organizování získaných informací. Počet občanů s disabilitou se vzhledem k pokroku v medicíně zvyšuje. I velmi náročné případy lze zachránit, ale je nezbytná individuálně zaměřená a včasná rehabilitace multidisciplinárním týmem.

Podle světové organizace je v Evropě 9 - 13% osob s disabilitou. Počet těchto lidí tvoří velkou minoritu obyvatel. Je morální, etnické i ekonomicky výhodné objektivně a co nejdříve zhodnotit funkční schopnosti pacientů po onemocnění, úrazu či schopnosti pacientů s vrozenou vadou a pomocí vhodné rehabilitace zmírnit nebo omezit jejich disabilitu. V případě že disabilita stále přetrvává, je nutné lidem umožnit důstojný život a zajistit integraci do společnosti.

3 základní stupně rehabilitace dle MKF

1. Struktura a funkce orgánů
2. Projekce do úrovně osobnosti. V praxi užíván pojem aktivita a jejich limity
3. Hodnocení výkonu a faktory prostředí. Dostupnost pomůcek, legislativa, postoje spoluobčanů apod.

Jde o „disabilitní situaci“, kdy pro její vyřešení může jedinec využívat svoje „zbytkové zdraví.“

Tato změna pohledu na rehabilitaci se při posuzování disability (invalidity) v České Republice zatím příliš nebere v úvahu, zde se jedná o odškodnění zdravotního postižení a nejde o vyrovnání příležitostí, tedy o stejné možnosti pro občany zdravé a občany s disabilitou. WHO chce poukázat na výhodnost použití MKF k funkční diagnostice a k hodnocení participace, která je pro rehabilitace nezbytná.

Cíle MKF

MKF je víceúčelová klasifikace, určena ke službě různým sektorům a disciplínám. Její cíle mohou být shrnuty následovným způsobem:

- ✓ Poskytnuté vědeckých bází k pochopení a studiu zdraví a ke zdraví vztahujících se východisek, determinant a stavů.
- ✓ Zavedení společného jazyka při popisu zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů za zlepšení komunikace mezi různými uživateli jako jsou pracovníci v oblasti zdravotní péče, političtí pracovníci, vědci a veřejní pracovníci, včetně osob s disabilitami.
- ✓ Umožnění srovnání dat mezi zeměmi, službami, disciplínami zdravotní péče a časem.
- ✓ Poskytnutí systematického kódovacího schématu pro systémy zdravotnických informací.

Tyto cíle se vzájemně propojují, od doby, co užití a potřeba MKF vyžaduje vytvoření smysluplného a praktického systému, který je možné využít různými uživateli pro kvalitu pojištění, zdravotní pojištění a závěrečná hodnocení různých kultur (Pfeiffer, Švestková; 2008).

2 CÍL PRÁCE

- ✓ Cílem této bakalářské práce je zmapovat možnosti kinezioterapie v těhotenství.
- ✓ Navrhnout a realizovat individuální cvičební plán pro těhotné.

2.1 Výzkumná otázka

- ✓ Jaký vliv má kinezioterapie na kvalitu života těhotné ženy?

3 METODIKA

Pro tuto bakalářskou práci byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkum byl proveden u tří těhotných žen. Byla získána všechna potřebná data formou odběru anamnézy u všech pacientek. Bylo provedeno aspekční vyšetření zepředu, z boku a zezadu. Všemi těhotnými ženami byl vyplněn dotazník zjišťující kvalitu života WHOQOL (viz. Příloha č. 7) V tomto dotazníku dochází k bodovému ohodnocení několika oblastí, týkajících se kvality života. V přiloženém dotazníku jsou všechny otázky zobrazeny v plném znění. I přesto, že v zadání bakalářské práce bylo uvedeno hodnocení kvality života pomocí Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví, rozhodla jsem se tuto metodu nepoužít. Hlavním důvodem byla nesrozumitelnost výsledků z pohledu těhotných žen. Jelikož má tato bakalářská práce sloužit jako informační a edukační materiál pro těhotné ženy, zvolila jsem proto jinou, srozumitelnější a přehlednější formu dotazníku. V poslední řadě byla palpačně vyšetřena kost kostrční. Toto vyšetření bylo zvoleno místo vyšetření pánevního dna per rektum. Jelikož nemám oprávnění k vyšetření per rektum, musela by za mne toto vyšetření vykonat jiná osoba, a tudíž by nebylo subjektivní. Dále byl při vstupním vyšetření naměřen rozsah pohybu kyčelních kloubů pomocí goniometru. Při terapiích byly aplikovány masáže obou plosek dolních končetin. Výzkum je zakončen výstupním kineziologickým rozborem a palpačním vyšetřením postavení a citlivost kosti kostrční. Na závěr byl těhotnými ženami opět vyplněn dotazník zjišťující kvalitu života, kde bylo zjištěno, zda měla kinezioterapie pozitivní či negativní vliv. Všechny ženy jsou prvorodičky okolo 20. Týdne těhotenství.

3.1 Charakteristika souboru

Pro můj výzkum byly vybrány tři těhotné ženy okolo 20. Týdne těhotenství. Všechny ženy byly zaškoleny ke cvičení mnou vytvořené cvičební jednotky, která trvala podobu 8 týdnů vždy dvakrát týdně. Ženy jsou ve věkovém rozpětí 22 – 32 let. Všechny tři mají termín začátkem až v polovině října. Dvě ze tří těhotných

respondentek souhlasily se zveřejněním fotodokumentace a nasbíraných informací a podepsaly informovaný souhlas (viz. Příloha č. 8). Jedna z respondentek souhlasila pouze s použitím informací, zjištěných během terapie při vyšetření vstupním a výstupním, nikoli však s pořízením fotodokumentace. Z tohoto důvodu byla přímo pro ni pozměněna formulace informovaného souhlasu (viz. Příloha č. 9).

3.2 Cvičební jednotka

Cvičení probíhalo individuálně. Celkem proběhlo 16 terapií, z toho 8 terapií v mé přítomnosti. Každá terapie probíhala 1 hodinu. Samotné cvičení trvalo 30 – 45 minut, podle momentálního stavu těhotné ženy. Byly použity prvky z jógy pro těhotné, Feldenkraisovy metody a cviky s využitím gymnastického míče. Cvičební jednotka (viz. Příloha č. 10) obsahuje celkem 11 cviků, které byly během výzkumu individuálně přizpůsobeny potřebám těhotných žen. Každá terapie začínala cvičením na velkém míči a končila relaxací pomocí prvků z Feldenkraisovy metody.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kazuistika č. 1

Osobní údaje

Těhotná respondentka: J. H.

Věk: 32 let

Výška: 160cm

Týden těhotenství: 22

Anamnéza

Nynější onemocnění – zácpa

Rodinná anamnéza – není významná

Farmakologická anamnéza – neužívá

Gynekologická anamnéza – prvorodička, první menstruace ve 12 letech, potrat 2013, termín porodu 12. 10. 2015,

Alergologická anamnéza – kovy

Pracovní anamnéza – kancelářské zaměstnání – účetní, stále v pracovním procesu (nástup na mateřskou dovolenou 8 týdnů před porodem)

Sportovní anamnéza – pouze rekreačně tenis, badminton, běh, fitness centra, posilování, squash

Goniometrie kyčelních kloubů

| | PDK | LDK |
|-----|-----|-----|
| FLX | 95° | 95° |
| EXT | 10° | 15° |
| ABD | 40° | 35° |
| ADD | 10° | 10° |
| VR | 30° | 30° |
| ZR | 35° | 35° |

Kineziologický rozbor

| Vstupní vyšetření | Výstupní vyšetření |
|--|---|
| Pohled zezadu | |
| Zhroucená mediální klenba bilaterálně | Beze změny |
| Valgózní postavení kotníků | Beze změny |
| Pravá podkolenní rýha níž | Beze změny |
| Pravá subgluteální rýha níž | Beze změny |
| Pánev šikmá vpravo (ověřeno palpačně) | Beze změny |
| Hlubší thoracobrachiální trojúhelník vlevo | Oba thoracobrachiální trojúhelníky symetrické |
| Hypertonus paravertebrálních svalů v Th/L přechodu | Snížení hyperonu |
| Hypertonus horní části m. trapezius bilaterálně | Snížení tonu horní části m. traperu bilaterálně |
| Pohled z boku | |
| Hyperextenze kolenních kloubů | Beze změny |
| Prohloubená bederní lordóza | Přetrvává lehké prohloubení bederní lordózy |
| Zvýšená hrudní kyfóza | Beze změny |
| Ramenní klouby v protrakci | Pouze mírná protrakce |
| Hypertonus m. biceps brachií | Snížení hyperonu m. biceps brachií |
| Pohled zepředu | |
| Valgózní postavení kotníků | Beze změny |
| Kolenní klouby v hyperextenzi | Beze změny |
| Bříško více prominuje doprava | Bříško větší, symetrické |
| Hlubší thoracobrachiální trojúhelník vlevo | Oba thoracobrachiální trojúhelníky symetrické |
| Levý prs více zbytnělý | Oba prsy zbytnělé |
| Pravé rameno výš | Výška obou ramen symetrická |

Terapie

Terapie probíhala formou cvičení v domácím prostředí těhotné respondentky 2x týdně po dobu 8mi týdnů.

Při první terapii byla pacientka seznámena s cvičební jednotkou, provedla jsem vstupní vyšetření a zhotovila fotografickou dokumentaci (viz. Příloha č. 11). Pacientka podepsala informovaný souhlas (viz. Příloha č. 8), vyplnila dotazník zjišťující kvalitu života (viz. Příloha č. 7). Aplikovala jsem masáž plosek obou dolních končetin.

Při palpačním vyšetření kosti kostrční uváděla pacientka neutrální pocity. Palpace nebyla bolestivá, pouze nepříjemná, hlavně po pocitové stránce. Postavení kostrče bylo v normě.

Celkem proběhlo 16 terapií, z toho 8 terapií pod dohledem. Každá z terapií byla přizpůsobena momentálnímu fyzickému i psychickému stavu pacientky. Při všech 8 mi terapií byla aplikovaná masáž plosek. Vše se odvíjelo od fyzických možností pacientky. V celém průběhu terapie těhotná nepocítovala žádné negativní změny. Její stav byl psychicky i fyzicky dobrý.

V průběhu terapie bylo ovšem nevyhnutelnou složkou stále pokročilejší stádium těhotenství. Těhotná uváděla postupné zhoršení dýchání. Při cvičení a celkově při větší námaze se začala zadýchávat. Proto jsme se začaly soustředit na správnost dýchání při cvičení. Pacientka začala využívat výhod jógového dýchání, které je přínosné jak pro matku, tak i pro plod. Trávila také více času procházkami na čerstvém vzduchu.

Při poslední terapii uvedla zlepšení hlavně v oblasti dýchání. Proběhlo výstupní vyšetření, masáž plosek dolních končetin a na závěr byl opět vyplněn dotazník hodnotící kvalitu života. Palpační vyšetření kosti kostrční bylo bezbolestné. Postavení v normě.

Hodnocení kvality života WHOQOL

| Respondentka č. 1 | Vstupní dotazník | Výstupní dotazník | Průměr 1* | Průměr 2* |
|--------------------------------|------------------|-------------------|-----------|-----------|
| Q1 celková kvalita života | 3 | 4 | 3 | 4 |
| Q2 spokojenost se zdravím | 3 | 4 | | |
| q3 bolest a nepříjemné pocity | 2 | 1 | 2 | 1,5 |
| q4 závislost na lékařské péči | 2 | 2 | | |
| q5 potěšení ze života | 4 | 5 | | |
| q6 smysl života | 4 | 5 | | |
| q7 soustředění | 3 | 4 | 3,4 | 4 |
| q8 osobní bezpečí | 3 | 3 | | |
| q9 životní prostředí | 3 | 3 | | |
| q10 energie | 3 | 3 | | |
| q11 přijetí tělesného vzhledu | 3 | 2 | | |
| q12 finanční situace | 4 | 4 | 3,4 | 3,2 |
| q13 přístup k informacím | 4 | 4 | | |
| q14 záliby | 3 | 3 | | |
| q15 pohyblivost | 3 | 4 | 3 | 4 |
| q16 spánek | 3 | 4 | | |
| q17 každodenní činnost | 4 | 4 | | |
| q18 pracovní výkonnost | 3 | 3 | | |
| q19 spokojenost se sebou | 2 | 3 | | |
| q20 osobní vztahy | 4 | 5 | 3,6 | 3,8 |
| q21 sexuální život | 4 | 3 | | |
| q22 podpora přátel | 5 | 5 | | |
| q23 prostředí v okolí bydliště | 3 | 3 | | |
| q24 dostupnost zdr. péče | 4 | 4 | | |
| q25 doprava | 4 | 4 | | |
| q26 negativní pocity | 3 | 2 | 3 | 2 |

*Průměr 1 = Udává průměrnou hodnotu kvality života ještě před započítáním terapie. Zjištěné hodnoty jsou rozděleny do skupin, které se od sebe liší způsobem hodnocení.

*Průměr 2 = Udává průměrnou hodnotu kvality života po ukončení terapie. Zjištěné hodnoty jsou rozděleny do skupin, které se od sebe liší způsobem hodnocení.

Shrnutí výsledků dotazníků

V přiloženém dotazníku (viz. Příloha č. 7) jsou uvedeny otázky v plném znění, včetně významu čísel, která hodnotí každou otázku zvlášť.

Respondentka č. 1 odpověděla celkem na 26 otázek v dotazníku. V prvním úseku došlo ke zlepšení o celý jeden stupeň. Ve druhé skupině došlo ke zlepšení o 0,5 stupně, kdy menší počet bodů vypovídá o kladnějším výsledku. Ve třetí skupině otázek respondentka udává zlepšení o 0,6 stupně. Ve čtvrté skupině došlo ke zhoršení o 0,2 stupně. Došlo ke zhoršení pouze v jedné otázce, kdy těhotná udává nespokojenost v oblasti tělesného vzhledu. Později uvádí, že se tak jedná z důvodu zvyšujícího se stupně těhotenství. V páté oblasti došlo o zlepšení o celý jeden stupeň. V šesté oblasti došlo ke zlepšení o 0,2 stupně, kdy pouze v jedné z otázek došlo ke zhoršení. Tato otázka se týkala sexuálního života. Poslední sedmá oblast, udává zlepšení o celý jeden stupeň, kdy opět nižší hodnota vypovídá o kladnějším výsledku.

4.2 Kazuistika č. 2

Osobní údaje

Těhotná respondentka: E. V.

Věk: 22 let

Výška: 167cm

Týden těhotenství: 23

Anamnéza

Nynější onemocnění – otoky dolních končetin (zejména kotníků), zácpa, bolesti v oblasti bederní páteře, zvýšené nucení na močení

Rodinná anamnéza – není významná

Farmakologická anamnéza – neužívá

Gynekologická anamnéza – prvorodička, první menstruace ve 13 letech, termín porodu 5. 10. 2015

Alergologická anamnéza – kočičí chlupy, pyly, vrozený atopický ekzém

Pracovní anamnéza – studentka

Sportovní anamnéza – sportovní aktivita pouze rekreačně, posilování v domácím prostředí, zumba, procházky, plavání, v zimě lyžování

Goniometrie kyčelních kloubů

| | PDK | LDK |
|-----|-----|-----|
| FLX | 90° | 90° |
| EXT | 10° | 10° |
| ABD | 35° | 35° |
| ADD | 15° | 15° |
| VR | 30° | 30° |
| ZR | 45° | 40° |

Kineziologický rozbor

| Vstupní vyšetření | Výstupní vyšetření |
|--|---|
| Pohled zezadu | |
| Zhroucená mediální klenba bilaterálně | Beze změny |
| Valgózní postavení kotníků | Beze změny |
| Fossa poplitea v pravo níž | Beze změny |
| Pravá subgluteální rýha níž | Beze změny |
| Pánev šikmá vpravo (ověřeno palpačně) | Beze změny |
| Hlubší thoracobrachiální trojúhelník vlevo | Oba thoracobrachiální trojúhelníky symetrické |
| Hypertonus paravertebrálních svalů v Th/L přechodu | Snížení hyperonu |
| Hypertonus horní části m. trapezius bilaterálně | Snížení tonu horní části m. traperu bilaterálně |
| Pohled z boku | |
| Lehká hyperextenze kolenních kloubů | Beze změny |
| Lehce oploštělá hrudní kyfóza | Beze změny |
| Ramenní klouby v protrakci | Pouze mírná protrakce |
| Předsunutě držení hlavy | Snížení hyperonu m. biceps brachii |
| Pohled zepředu | |
| Hypertonus adduktorů dolních končetin | Snížení hyperonu adduktorů dolních končetin |
| Varózní postavení dolních končetin | Snížení varozity dolních končetin |
| Bříško symetrické | Bříško větší, symetrické |
| Thoracobrachiální trojúhelníky symetrické | Oba thoracobrachiální trojúhelníky symetrické |
| Oba prsy symetrické | Oba prsy souměrně zbytnělé |
| Hypertonus biceps brachii na levé paži | Beze změny |
| Levé rameno výš | Výška obou ramen symetrická |
| Hypertonus obou traperu – horní část | Musculus trapezius horní část relaxovný oboustranně |

Terapie

Při první terapii byla pacientka seznámena s cvičební jednotkou. Provedla jsem vstupní vyšetření, masáž plosek, a zhotovila jsem fotodokumentaci (viz. Příloha č. 12). Pacientka vyplnila dotazník zjišťující kvalitu života a odpověděla na všechny potřebné otázky.

Při palpačním vyšetření kosti kostrční pacientka uváděla zvýšenou citlivost až lehkou bolest. Postavení bylo v normě. Proběhlo 16 terapií, z toho 8 terapií pod dohledem. Při každé terapii jsem pacientce provedla masáž plosek. V průběhu 8mi týdnů docházelo k úpravě cvičební jednotky. Cviky se neměnily, pouze jejich provedení či množství opakování cviků. Vše bylo podmíněno momentálním stavem těhotné. Po pěti týdnech začala pacientka vykazovat psychickou nepohodu. Začala pociťovat zvýšený stres a úzkosti. Působila napjatě a lehce nevyrovnaně. Začaly jsme se více věnovat relaxaci a snaze o udržení psychické pohody. Zvýšil se důraz na relaxační cviky z Feldenkraisovy metody. Při cvičení si pacientka pouštěla relaxační hudbu. Postupně docházelo k uvolnění jak po stránce psychické, tak i fyzické. Pacientka vyzařovala větší pohodu a energií. V rámci terapie sama zařadila do svého režimu více procházek.

Při poslední terapii jsem provedla výstupní vyšetření a závěrečnou masáž plosek. Pacientka opět vyplnila dotazník o kvalitě života.

Při konečném vyšetření kostrče pacientka uvedla zlepšení. Postavení bylo stále v normě, ale pociťovala pouze lehkou citlivost, nikoli bolest.

Došlo k celkovému zlepšení stavu jak fyzického tak psychického. Pacientka udává úlevu od stresu a větší pohodu. Kladnou odezvou je i snížení napětí v oblasti šíjového svalstva.

Hodnocení kvality života WHOQOL

| Respondentka č. 2 | Vstupní dotazník | Výstupní dotazník | Průměr 1* | Průměr 2* |
|--------------------------------|------------------|-------------------|-----------|-----------|
| Q1 celková kvalita života | 4 | 4 | 3,5 | 4 |
| Q2 spokojenost se zdravím | 3 | 4 | | |
| q3 bolest a nepříjemné pocity | 3 | 2 | 2,5 | 1,5 |
| q4 závislost na lékařské péči | 2 | 1 | | |
| q5 potěšení ze života | 3 | 5 | 2,8 | 4 |
| q6 smysl života | 3 | 5 | | |
| q7 soustředění | 2 | 4 | | |
| q8 osobní bezpečí | 3 | 4 | | |
| q9 životní prostředí | 3 | 3 | | |
| q10 energie | 3 | 3 | | |
| q11 přijetí tělesného vzhledu | 3 | 3 | | |
| q12 finanční situace | 4 | 4 | 3,2 | 3,4 |
| q13 přístup k informacím | 3 | 5 | | |
| q14 záliby | 3 | 2 | 3 | 4 |
| q15 pohyblivost | 3 | 4 | | |
| q16 spánek | 4 | 4 | 3,5 | 3,6 |
| q17 každodenní činnost | 4 | 4 | | |
| q18 pracovní výkonnost | 3 | 3 | | |
| q19 spokojenost se sebou | 3 | 3 | | |
| q20 osobní vztahy | 4 | 5 | | |
| q21 sexuální život | 3 | 3 | | |
| q22 podpora přátel | 5 | 5 | | |
| q23 prostředí v okolí bydliště | 2 | 2 | | |
| q24 dostupnost zdr péče | 4 | 4 | | |
| q25 doprava | 3 | 3 | | |
| q26 negativní pocity | 5 | 2 | 5 | 2 |

*Průměr 1 = Udává průměrnou hodnotu kvality života ještě před započítáním terapie. Zjištěné hodnoty jsou rozděleny do skupin, které se od sebe liší způsobem hodnocení.

*Průměr 2 = Udává průměrnou hodnotu kvality života po ukončení terapie. Zjištěné hodnoty jsou rozděleny do skupin, které se od sebe liší způsobem hodnocení.

Shrnutí výsledků dotazníků

V přiloženém dotazníku (viz. Příloha č. 7) jsou uvedeny otázky v plném znění, včetně významu čísel, která hodnotí každou otázku zvlášť.

Respondentka č. 2 odpověděla na všech 26 otázek v dotazníku WHOQOL. V prvním úseku došlo ke zlepšení 0,5 stupně. Zlepšení se týkalo otázky spokojenosti se svým zdravím. Ve druhé skupině došlo ke zlepšení o celý jeden stupeň, kdy snížení počtu bodů vypovídá o kladnějším výsledku. Ve třetí skupině otázek respondentka udává zlepšení dokonce o 1,2 stupně, kdy ve třech otázkách došlo ke zlepšení o dva body. Ve čtvrté skupině došlo ke zlepšení o 0,2 stupně. V této oblasti byla až o 2 body pozitivněji ohodnocena otázka, týkající se přístupu k informacím, které těhotná žena potřebuje pro každodenní život. Naopak však došlo ke snížení bodového ohodnocení poslední otázky tohoto úseku. V páté skupině otázek došlo ke zlepšení o jeden bod. V šesté skupině otázek došlo o zlepšení o 0,1 stupně, kdy se navýšení bodového ohodnocení týkalo pouze jedné otázky, a to v oblasti osobních vztahů. V sedmé skupině otázek došlo ke zlepšení o skoro až neuvěřitelné 3 stupně. V tomto případě nižší hodnota čísla udává zlepšení.

4.3 Kazuistika č. 3

Osobní údaje

Těhotná respondentka: A. K.

Věk: 22 let

Výška: 175cm

Týden těhotenství: 21

Anamnéza

Nynější onemocnění – otoky dolních končetin, zácpa, nevolnost, bolesti v oblasti bederní páteře, nadměrně suchá pokožka

Rodinná anamnéza – není významná

Farmakologická anamnéza – neužívá

Gynekologická anamnéza - prvorodička, první menstruace v 10 ti letech, termín porodu 18. 10. 2015

Alergologická anamnéza – pyly, senná rýma

Pracovní anamnéza – stále v pracovním poměru, brigádně jako servírka v kavárně, studentka

Sportovní anamnéza – v minulosti soutěžně tanec, nyní sport pouze rekreačně a pro udržení kondice (fitness, běh, in-line, v zimě snowboard), po ránu protahování a po pracovní době procházky pro udržení pohybu.

Goniometrie kyčelních kloubů

| | PDK | LDK |
|-----|------|------|
| FLX | 105° | 100° |
| EXT | 15° | 15° |
| ABD | 45° | 45° |
| ADD | 15° | 20° |
| VR | 30° | 30° |
| ZR | 40° | 40° |

Kineziologický rozbor

| Vstupní vyšetření | Výstupní vyšetření |
|--|---|
| Pohled zezadu | |
| Zhroucená mediální klenba bilaterálně | Výrazné zlepšení |
| Valgózní postavení kotníků | Beze změny |
| Fossa poplitea symetrická bilaterálně | Beze změny |
| Levá subgluteální rýha níž | Beze změny |
| Pánev šikmá vlevo (ověřeno palpačně) | Beze změny |
| Hlubší thoracobrachiální trojúhelník vpravo | Beze změny |
| Dolní úhly lopatek prominují | Dolní úhly lopatek prominují výrazně méně |
| Hypertonus paravertebrálních svalů v oblasti Th páteře | Snížení hyperonu |
| Hypertonus horní části m. trapezius bilaterálně | Snížení tonu horní části m. traperu bilaterálně |
| Pohled z boku | |
| Hyperextenze kolenních kloubů | Beze změny |
| Prohloubená bederní lordóza | Přetrvává lehké prohloubení bederní lordózy |
| Ramenní klouby v protrakci | Pouze mírná protrakce |
| Předsunutá držení hlavy | Beze změny |
| Pohled zepředu | |
| Zhroucená mediální klenba bilaterálně | Výrazné zlepšení |
| Valgózní postavení kotníků | Beze změny |
| Obě pately mírně valgózní | Beze změny |
| Bříško symetrické | Bříško více prominuje doprava |
| Oba prsy symetrické | Oba prsy zbytnělé |
| Levá clavicula prominuje | Beze změny |

Terapie

Jako u dvou předchozích pacientek probíhala terapie po dobu 8mi týdnu. Osobních terapií proběhlo 8. Těhotná žena cvičila v domácím prostředí, 2x týdně.

Při první terapii jsem pacientce názorně ukázala cvičební jednotku a pečlivě jsme prošly vše, k čemu měla otázky. Provedla jsem vstupní aspekční vyšetření. Pacientka si nepřála zveřejňovat fotodokumentaci, svolila pouze k použití informací, které mi sdělila a k použití informací a výsledků, které jsem získala díky vyplnění dotazníku o kvalitě

jejího života. Podepsala poupravený informovaný souhlas (viz. Příloha č. 9) Provedla jsem masáž plosek obou dolních končetin.

Palpační vyšetření postavení a citlivosti kosti kostrční bylo v normě. Pacientka nepocítovala citlivost ani bolest.

Celkem proběhlo 16 terapií. Těhotná mě informovala o každé změně stavu, kterou pocítovala. V polovině terapie začala pocítovat bolesti nohou a mírnou bolest v bederní páteři. Zaměřily jsme se tedy na tuto problematiku a kladly větší důraz na cvičení na gymnastickém míči. Při praktikování cviků z jógy pro těhotné uváděla, že se bolesti zad více projevují, při cvičení s velkým míčem naopak uklidňují. Proto jsme omezily jógové cviky a kladly větší důraz na cviky s velkým míčem. Pacientka také začala používat gymnastický míč místo židle a uvedla velkou úlevu v oblasti bederní páteře.

Bolesti dolních končetin jsme řešily vhodnější obuví a používáním domácí vířivé lázně na nohy, kterou pacientka vlastní. Pacientka se protahovala po ránu a častěji odpočívala v práci. Pokud pocítovala náhlé bolesti po celém dni v práci, zacvičila si navíc pár cviků z cévní gymnastiky. Po týdnu uváděla zmírnění bolestí a úlevu.

Při poslední terapii proběhlo výstupní vyšetření, masáž plosek dolních končetin a vyplnění dotazníku hodnotící kvalitu života. Palpační vyšetření kostrče bylo opět v normě. Citlivost i postavení v normě. Pacientka projevila velkou spokojenost. Ve cvičení hodlá pokračovat i nadále.

Hodnocení kvality života WHOQOL

| Respondentka č. 3 | Vstupní dotazník | Výstupní dotazník | Průměr 1* | Průměr 2* |
|--------------------------------|------------------|-------------------|-----------|-----------|
| Q1 celková kvalita života | 4 | 4 | 3,5 | 3,5 |
| Q2 spokojenost se zdravím | 3 | 3 | | |
| q3 bolest a nepříjemné pocity | 2 | 1 | 2 | 1,5 |
| q4 závislost na lékařské péči | 2 | 2 | | |
| q5 potěšení ze života | 4 | 5 | 3,4 | 4 |
| q6 smysl života | 4 | 5 | | |
| q7 soustředění | 3 | 3 | | |
| q8 osobní bezpečí | 3 | 3 | | |
| q9 životní prostředí | 3 | 3 | | |
| q10 energie a únava | 4 | 5 | | |
| q11 přijetí tělesného vzhledu | 2 | 3 | 3,6 | 4 |
| q12 finanční situace | 4 | 4 | | |
| q13 přístup k informacím | 4 | 5 | | |
| q14 záliby | 4 | 3 | | |
| q15 pohyblivost | 3 | 4 | 3 | 4 |
| q16 spánek | 4 | 5 | 3,6 | 3,9 |
| q17 každodenní činnost | 4 | 4 | | |
| q18 pracovní výkonnost | 3 | 3 | | |
| q19 spokojenost se sebou | 2 | 4 | | |
| q20 osobní vztahy | 4 | 4 | | |
| q21 sexuální život | 3 | 3 | | |
| q22 podpora přátel | 5 | 5 | | |
| q23 prostředí v okolí bydliště | 4 | 4 | | |
| q24 dostupnost zdrav. péče | 4 | 4 | | |
| q25 doprava | 3 | 3 | | |
| q26 negativní pocity | 3 | 2 | 3 | 2 |

*Průměr 1 = Udává průměrnou hodnotu kvality života ještě před započítáním terapie. Zjištěné hodnoty jsou rozděleny do skupin, které se od sebe liší způsobem hodnocení.

*Průměr 2 = Udává průměrnou hodnotu kvality života po ukončení terapie. Zjištěné hodnoty jsou rozděleny do skupin, které se od sebe liší způsobem hodnocení.

Shrnutí výsledků dotazníků

V přiloženém dotazníku (viz. Příloha č. 7) jsou uvedeny otázky v plném znění, včetně významu čísel, která hodnotí každou otázku zvlášť. Respondentka č. 3 odpověděla na všech 26 otázek v dotazníku WHOQOL. V prvním úseku nedošlo ke zlepšení, ani ke zhoršení výsledků. Ve druhé skupině došlo ke zlepšení o 0,5 stupně, kdy nižší počet bodů vypovídá o kladnějším výsledku. Ve třetí skupině otázek respondentka udává zlepšení o 0,6 stupně, kdy ve dvou z pěti otázek došlo ke zlepšení o jeden bod. Ve čtvrté skupině došlo ke zlepšení o 0,4 stupně. V této skupině však došlo také ke zhoršení, při hodnocení jedné otázky. Hůře ohodnocená otázka se týkala možnosti věnování se svým zálibám. V páté skupině otázek došlo ke zlepšení o jeden bod. V šesté skupině otázek došlo o zlepšení o 0,3 stupně, kdy se nejvíce navýšilo hodnocení čtvrté otázky, a to o dva body. V sedmé skupině otázek došlo ke zlepšení o 1 stupeň. V tomto případě nižší hodnota čísla udává zlepšení.

5 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat možnosti kinezioterapie v těhotenství a navrhnout a realizovat individuální cvičební plán pro těhotné ženy. Pohybová aktivita v těhotenství je čím dál aktuálnější téma. Zabývá se jím čím dál více prací jak bakalářských, tak diplomových. Mnou zvolená práce je však zaměřena na kvalitu života těhotné ženy při praktikování vybraných pohybových aktivit. Nejvíce se tímto tématem zabírají autoři Volejníková (1993), Dvořák (2003), Sikorová (2009) a Bejdáková (2006).

Pro vypracování mé bakalářské práce jsem zvolila výzkum kvalitativní u tří těhotných žen ve věku 22 až 32 let. Všechny byly prvorodičky, neměly tedy žádné vlastní zkušenosti s těhotenstvím a hlavně samotným vlivem pohybové aktivity na stav těla v těhotenství. Všechny ženy byly na začátku terapie v druhém trimestru kolem 20. týdne. Na začátku terapie bylo u všech respondentek odebráno kineziologické vyšetření. Současně byl podán k vyplnění dotazník zjišťující kvalitu jejich života, před započítím i po ukončení terapie. Dále jsem provedla palpační vyšetření kosti kostrční pro zjištění jejího postavení a citlivosti. Bylo provedeno celkem 8 terapií pod mým dohledem a 8 individuálních terapií, kdy si respondentka cvičila doma v jí příjemném prostředí. Terapií tedy proběhlo 16 po dobu 8mi týdnů 2 x týdně. Aplikovala jsem mnou sestavenou cvičební jednotku, do které jsem těhotnou pečlivě zaškolila. Každá z respondentek vykazovala jinou reakci, hlavně v průběhu zvyšujícího se stádia těhotenství, každá si tudíž našla ve cvičební jednotce cviky, které jí více vyhovovaly a pomáhaly jí s jejími aktuálními problémy.

Respondentka č. 1 snášela cvičení velice dobře. Nejvíce si pochvalovala jógová cvičení, kdy jí velice vyhovovalo konkrétně jógové dýchání. Jelikož v průběhu terapie docházelo k pozitivním odezvám, hodnotila respondentka terapii jako velice přínosnou pro její fyzický i psychický stav.

Respondentka č. 2 reagovala na terapii kladným způsobem. V důsledku zvyšování stádia těhotenství, začala však pacientka po 5 ti týdnech terapie uvádět stres, vnitřní nepohodu a napětí. Proto u ní byl kladen větší důraz na cvičení relaxačních

a uvolňovacích cviků. Těhotná reagovala velice dobře a celou terapii subjektivně hodnotila jako přínosnou.

Respondentka č. 3 udávala bolesti nohou a bederní páteře. S ohledem na tuto skutečnost byly omezeny cviky z jógy a kladl se větší důraz cvikům na gymnastickém míči a cvikům na protahování dolních končetin pro zlepšení průtoku krve cévami. Respondentka hodnotila celou terapii velice kladně, hlavně díky pocitu úlevy a ústupu bolestí.

U všech pacientek byla při vstupním vyšetření zjišťována palpační citlivost a postavení kosti kostrční a byl podán k vyplnění dotazník WHOQOL, zjišťující kvalitu života. Při začátku terapie jsem provedla fotodokumentaci. Pacientka č. 3. odmítla pořízení fotodokumentace z osobních důvodů.

Po vyhodnocení všech výsledků a terapií považuji své cíle práce za splněné. Byla navrhuta cvičební jednotka, díky které došlo u zkoumaných pacientek k výraznému zlepšení celkového stavu. Dále bylo zjištěno, že možnosti kinezioterapie v těhotenství jsou velice rozsáhlé a každá z aplikovaných metod má vliv na určitou oblast. Proto jsem ve své cvičební jednotce zvolila různé metody. Feldenkraisova metoda měla největší účinek na složku psychickou, kdy po její aplikaci došlo k ústupu pocitům úzkosti a stresu. Jóga pro těhotné měla pozitivní přínos na obtíže s dýcháním. Cvičení na velkém míči se ukázalo být přínosem při řešení častého problému těhotných žen – bolesti zad.

Po vyhodnocení terapií s těhotnými ženami považuje své cíle bakalářské práce za splněné. U zkoumaných respondentek došlo subjektivně ke zlepšení potíží, které se objevovaly v průběhu těhotenství. Proto se domnívám, že aplikace kinezioterapie měla pozitivní vliv. Z důvodu nízkého počtu zkoumaných osob nelze však jednoznačně určit, zda by výsledky mého výzkumu ovlivnily všechny těhotné ženy. Výstupem z této bakalářské práce je cvičební jednotka složená z prvků různých metod (viz. Příloha č. 10) a výsledky z hodnocení kvality života. Veškeré informace uvedené v mé bakalářské práci mohou být využity jako informační a vzdělávací materiál pro těhotné ženy a může dále sloužit jako studijní materiál pro zdravotnické pracovníky.

6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala zmapováním možností kinezioterapie v těhotenství a sestavila jsem individuální cvičební plán pro těhotné ženy, který jsem následně aplikovala na tři těhotné respondentky. Vycházela jsem z poznatků odborné literatury, které sou vymezeny v teoretické části. Sestavená cvičební jednotka je složena z 11 ti cviků použitých ze tří různých metod. Mnou vybrané těhotné ženy cvičily tuto jednotku po dobu 8mi týdnů vždy dvakrát týdně. Vstupní a výstupní vyšetření jsem zpracovala formou kazuistik. Při první a poslední terapii vyplnila těhotná respondentka dotazník hodnotící kvalitu života WHOQOL.

Všechny těhotné respondentky subjektivně zhodnotily, že kinezioterapie měla pozitivní účinky na jejich organismus i psychiku. Jak je již dokázáno výsledky vyplněných dotazníků, kvalita života se posunula na lepší úroveň. Po celou dobu těhotenství je důležité, aby byla budoucí matka jak ve fyzické, tak i v psychické pohodě, protože na jejím momentálním stavu se odráží i stav dítěte.

Jediným negativním zjištěním a překvapením při mém výzkumu a psaní bakalářské práce je, že velmi malé množství odborné literatury se zabývá pravidelnou pohybovou aktivitou v období těhotenství.

Na závěr bych ráda řekla, že považuji své cíle bakalářské práce za úspěšně splněné. Věřím, že tato bakalářská práce poslouží díky srozumitelnosti výsledků, jako vzdělávací a informační materiál pro těhotné ženy a může být také přínosem pro zdravotnické pracovníky.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BALASKAS, Janet. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010, 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.
- 2) BALASKAS, Janet. *Jóga v těhotenství a příprava na porod*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2012, 280 s. ISBN 978-80-257-0682-4.
- 3) BEJDÁKOVÁ, Jitka. *Cvičení a sport v těhotenství: sporty vhodné i nevhodné, zásady cvičení, speciální tělocvik pro těhotné, základy výživy, tanec, gravidjóga*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 133 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-1214-8.
- 4) CANTIENI, Benita. *Cvičení po porodu: metoda CANTIENICA pro pevnou postavu a posílení pánevního dna*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007, 160 s. ISBN 978-80-251-1465-0.
- 5) CINGLOVÁ, Lenka. *Vybrané kapitoly z tělovýchovného lékařství pro studenty FTVS*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 199 s. ISBN 80-246-0492-2.
- 6) CINGLOVÁ, Lenka. *Vybrané kapitoly z tělovýchovného lékařství: pro studenty FTVS*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 198 s. ISBN 978-80-246-1778-7.
- 7) ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s., ISBN 80-247-1303-9.
- 8) ČEPICKÝ, Pavel a Marcela ČERNÁ. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Praha: Levret, 2006, 99 s. ISBN 80-903-1839-8.
- 9) ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 2., aktualiz. vyd. Vážany nad Litavou: JoshuaCreative, 2010, 148 s. ISBN 978-80-904414-3-9.

- 10) ČERNÁ, Romana. *Kniha o těhotenství a porodu*. Vyd. 1. Praha: Anthea, 2004, 246 s. ISBN 80-239-3973-4.
- 11) DUMOULIN, Chantale. *Cvičíme v těhotenství: názorný popis cviků a praktické rady*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 100 s. ISBN 80-736-7078-X.
- 12) DVOŘÁK, Radmil. *Základy kinezioterapie*. 2. přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 104 s. ISBN 80-244-0609-8.
- 13) FELDENKRAIS, Moshé. *Feldenkraisova metoda: pohybem k sebeuvědomění*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1996, 185 s. ISBN 80-720-5058-3.
- 14) GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 15) HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví. I.*, zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 538 s.
- 16) HAMAR, Dušan a Jana LIPKOVÁ. *Fyziologie telesných cvičení*. 3. nezm. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2001, 173 s. ISBN 80-223-1627-X.
- 17) HANLON, Thomas. *Fit pro dva: oficiální YMCA průvodce těhotenským cvičením s Thomasem W. Hanlonem*. V Praze: Triton, 2007, 169 s. ISBN 978-80-7254-924-5.
- 18) HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 167 s. ISBN 80-246-0719-0.
- 19) HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 239 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

- 20) HÖFER, Silvia a Nora SZÁSZ. *Jsem v tom!: rady pro nastávající maminky: těhotenství, porod a první dny s miminkem*. České vyd. 1. Praha: Jan Vašut, 2010, 304 s. ISBN 978-80-7236-735-1.
- 21) HUJOVÁ, A. *Těhotenství a porod. Pacientské listy*. 2010. Praha: Mladá fronta a.s. č. 7, s. 4- 6. ISSN: 0044 – 1996
- 22) CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 140 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0962-7.
- 23) CHRASTILOVÁ, Gaurí. *Nástřih hráze u porodu vyvolává řadu otázek*. *Baby web.cz* [online]. 2014 [cit.2015-07-29]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/nastrih-hraze-u-porodu-vyvolava-radu-otazek>
- 24) JIRÁSKOVÁ, V. *Epiziotomie (chirurgický nástřih)*. AZ RODINA. CZ [online]. 2005 [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/789-epiziotomie-chirurgicky-nastrih>
- 25) KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-726-2315-X.
- 26) KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 27) KÖSSL, Jiří, František KRÁTKÝ a Jaroslav MAREK. *Dějiny tělesné výchovy*. 1. vyd. Praha: Olympia, 1986, 263 s.
- 28) KRISTINÍKOVÁ, Jarmila. *Cvičení v porodní asistenci: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, 71 s. ISBN 978-80-7464-333-0.
- 29) LABUSOVÁ, Eva. *V těhotenství a při porodu a co by o nich měly vědět ženy* [online]. 2011 [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/clanky/hormony.php>

- 30) LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
- 31) LONG, Aljoscha a Ronald P SCHWEPPE. *Feldenkrais*. 1. vyd. Praha: Alternativa, 2003, 118 s. Škola do kapsy (Alternativa). ISBN 80-859-9384-8.
- 32) MACKŮ, František a Evžen ČECH. *Porodnictví pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2002, 143 s. ISBN 80-860-7392-0.
- 33) MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 327 s. ISBN 80-716-9589-0.
- 34) MÁČEK, M., MÁČKOVÁ, J. *Pohybová aktivita a sport v těhotenství*. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*, 2007, Roč. 16, č. 2, s. 101-107. ISSN: 1210-5481.
- 35) MATĚJČEK, Zdeněk a Josef LANGMEIER. *Počátky našeho duševního života*. Olomouc: Panorama, 1986, 365 s.
- 36) MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. [i.e. 2. vyd.]. Brno: Computer Press, 2007, 160 s. ISBN 978-80-251-1676-0.
- 37) MOREIRA, Veronika. *Těhotenské strie- postrah budoucích maminek* [online]. 2009 [cit. 2015-07-29]. Dostupné z:
<http://www.tehotenstvi.zdrave.cz/tehotenske-strie>
- 38) NIELSEN-SKYUM, Niels. *Diplomatarium danicum*. Kobenhavn: Ejnar Munksgaards forlag, 1958, 347 s. ISSN 1210-5481.
- 39) ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Vyd. 1. Praha: Argo, 1995, 152 s.

- 40) OLYMPIC. *When did women first compete in the Olympic Games?* [online]. [cit. 2015-07-29]. Dostupné z:
<http://registration.olympic.org/en/faq/detail/id/135>
- 41) OSWALDOVÁ, Petra. *Feldenkraisova metoda.: Web o Feldenkraisově metodě* [online]. [cit. 2015-07-29]. Dostupné z:
<http://www.feldenkraisovametoda.cz/feldenkraisova-metoda/>
- 42) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008, 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
- 43) PAVLŮ, Dagmar. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I.: koncepty a metody spočívající převážně na neurofyzilogické bázi*. 2. opr. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003, 239 s. ISBN 80-720-4312-9.
- 44) PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.
- 45) PETŘÍČKOVÁ, Renata. *Jsem těhotná, ne nemocná!: rady, které vám jinde neprozradí*. V Praze: XYZ, 2009, 381 s. ISBN 978-80-7388-274-7.
- 46) PFEIFFER, Jan a Olga ŠVESTKOVÁ. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
- 47) RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí :psychosomatická medicína :učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- 48) ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

- 49) SIKOROVÁ, Ludmila. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. Vyd. 2., aktualiz. Brno: Computer Press, 2009, 128 s. ISBN 978-80-251-2420-8.
- 50) SIKOROVÁ, Ludmila. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, 126 s. ISBN 80-251-1202-0.
- 51) SOUČEK, Miroslav a Tomáš KÁRA. *Klinická patofyziologie hypertenze*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 649 s. ISBN 80-247-0227-4.
- 52) STEJSKAL, Pavel. *Proč a jak se zdravě hýbat*. Vyd. 1. Břeclav: Presstempus, 2004, 125 s. ISBN 80-903-3502-0.
- 53) STÜLPNAGEL, Bettina. *Jóga pro těhotné*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, 95 s.: Pyramida (Panorama). ISBN 80-251-1190-3.
- 54) ŠMARDA, Jan. *Biologie pro psychology a pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 420 s. ISBN 80-717-8924-0
- 55) VITÍKOVÁ, Radka. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 127 s. ISBN 978-80-7262-461-4.
- 56) VOLEJNÍKOVÁ, Hana a Božena CHLUBNOVÁ. *Rehabilitace v práci porodní asistentky: učební text pro porodní asistentky a rehabilitační pracovníky*. 2., dopl. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-701-3150-0.
- 57) WESSELS, Miriam a Heike OELLERICH. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 127 s. ISBN 80-247-1427-2.
- 58) WHO. *Physical activity* [online]. [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/physical_activity/en/

59) WURM, *Moshé Feldenkrais. Dt. Übertragung von Franz. Die Entdeckung des Selbstverständlichen*. 8. [Aufl.]. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1999. ISBN 978-351-8379-400.

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Pánevní kanál, pánevní kosti a klouby

Příloha č. 2: Měnící se dynamika páteře, vlivem rostoucí dělohy

Příloha č. 3: Postavení chodidla

Příloha č. 4: Pohyb bránice

Příloha č. 5: Sestupování hlavičky při porodu

Příloha č. 6: Děloha a vazy těhotné ženy

Příloha č. 7: dotazník WHOQOL

Příloha č. 8: Informovaný souhlas

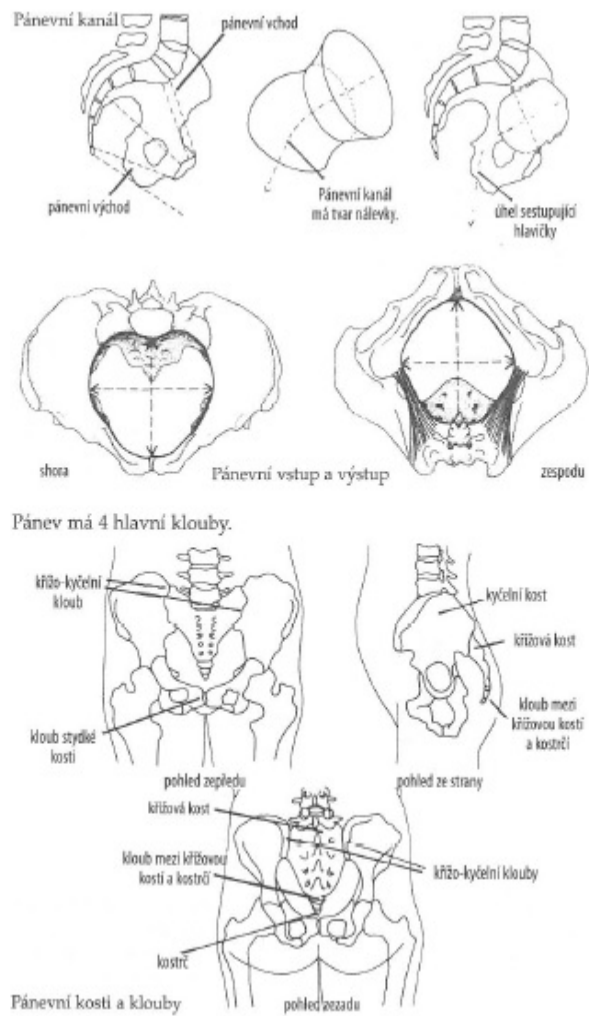
Příloha č. 9: Informovaný souhlas (bez zahrnutí fotodokumentace)

Příloha č. 10: Cvičební jednotka

Příloha č. 11: Aspekční vyšetření – respondentka č. 1

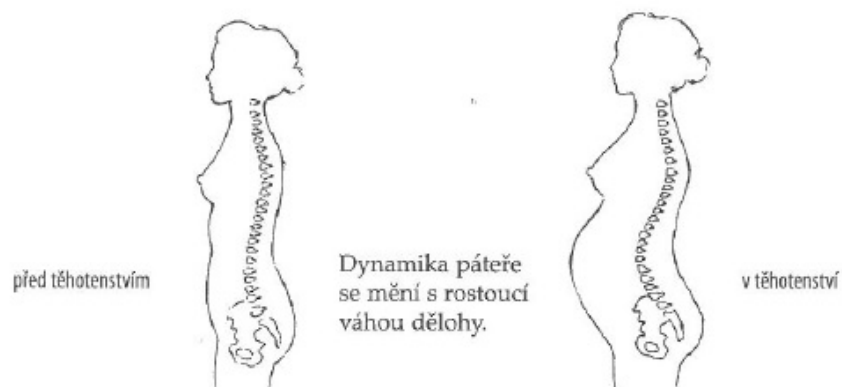
Příloha č. 12: Aspekční vyšetření – respondentka č. 2

Příloha č. 1: Pánevní kanál, pánevní kosti a klouby



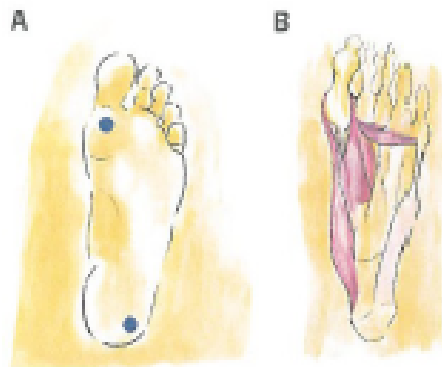
(Balaskas, 2010, s. 44)

Příloha č. 2: Mění se dynamika páteře vlivem rostoucí dělohy



(Balaskas, 2010, s. 49)

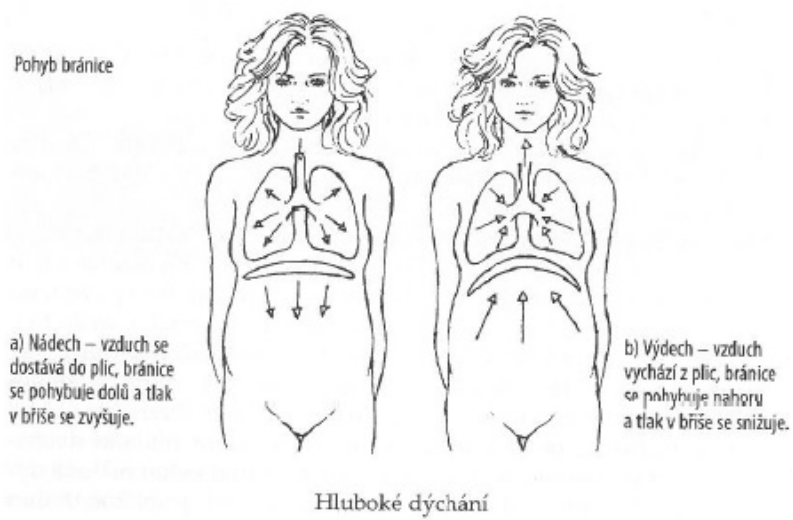
Příloha č. 3: Postavení chodidla



Obrázek A ukazuje ideální body zatížení na chodidle – na patě a na základním článku palce.
Obrázek B ukazuje důležité svaly na chodidle.

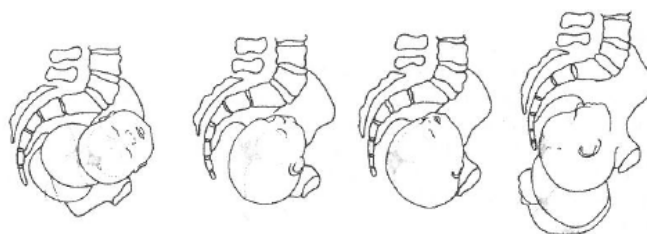
(Cantieni, 2007, s. 147)

Příloha č. 4: Pohyby bránice



(Balaskas, 2010, s. 98)

Příloha č. 5: Sestupování hlavičky při porodu



(Balaskas, 2010, s. 46)

Příloha č. 6: Děloha a vazy těhotné ženy



Děloha v termínu porodu
– silné vazy ji spojují
s pávní.

(Balaskas, 2010, s. 47)

Příloha č. 7: Dotazník WHOQOL

PCP 2003

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

| | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
|---|----------|--------|---------|-------|-----------|
| Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete? | 1 | 2 | 3 | ④ | 5 |

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

| | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
|---|----------|--------|---------|-------|-----------|
| Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete? | ① | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtete si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

| | | | | | |
|---|--------------|--------|-------------------------|-------|-------------|
| 1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? | velmi špatná | špatná | ani špatná ani dobrá | dobrá | velmi dobrá |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím? | velmi nespokojen/a | nespokojen/a | ani spokojen/a ani nespokojen/a | spokojen/a | velmi spokojen/a |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

| | | | | | |
|---|----------|--------|---------|-------|-----------|
| | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Jak moc Vás těší život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Jak se dokážete soustředit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

| | | | | | |
|---|----------|----------|---------|--------------|-------|
| | vůbec ne | spíše ne | středně | většinou ano | zcela |
| 10. Máte dost energie pro každodenní život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Máte možnost věnovat se svým zálibám? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | velmi špatně | špatně | ani špatně ani dobře | dobře | velmi dobře |
|--------------------------------|--------------|--------|----------------------|-------|-------------|
| 15. Jak se dokážete pohybovat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

| | velmi nespokojen/a | nespokojen/a | ani spokojen/a ani nespokojen/a | spokojen/a | velmi spokojen/a |
|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Jak jste spokojen/a s dopravou? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

| | nikdy | někdy | středně | celkem často | neustále |
|--|-------|-------|---------|--------------|----------|
| 26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Příloha č. 8: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

V Českých Budějovicích dne:

Podpis vyšetřované osoby:

Příloha č. 9: Informovaný souhlas (bez zahrnutí fotodokumentace)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já (vyšetřovaná osoba) tímto souhlasím, že studentka, Iveta Růžičková, Fyzioterapie, Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích může ve své bakalářské práci použít veškerá fakta zjištěná při vyšetření a terapii.

V Českých Budějovicích dne:

Podpis vyšetřované osoby:

Příloha č. 10: Cvičební jednotka

Cvičební jednotka

Cviky na gymnastickém míči

Cvik č. 1

Výchozí poloha: Sed na míči, nohy opřené ploskami o zem. Kolena dál od sebe než je šíře pánve.

Cvik je zahájen nádechem nosem a výdechem ústy, kdy se snaží posílat vzduch s nádechem do břicha. Kvůli ověření správnosti provedení cviku, si může položit ruce do oblasti spodních žeber. Při výdechu by měla cítit, jak jdou žebra kaudálně a mediálně. Celá šije je relaxovaná. Pro lepší prožití je možné cvik provádět se zavřenýma očima. Cílem je naučit těhotnou ženu správnému dýchání vsedě a umění relaxovat.

Cvik č. 2

Výchozí poloha: Sed na míči, ruce vbok.

Pohyb probíhá pouze v oblasti pánve, kdy žena pohybuje pánví střídavě vlevo a vpravo. Hlava, ramena i hrudník jsou fixovány v základním postavení, kdy se pohyb provádí pouze pánví. Tento cvik slouží pro uvolnění bederní páteře.

Cvik č. 4

Výchozí poloha: Sed na míči, ruce vbok.

Při tomto pohybu žena kroutí pánví ve směru hodinových ručiček. Při tomto cviku se současně pohybuje míč. Cvik opět slouží k uvolnění bederní páteře.

Cvik č. 5

Výchozí poloha: Sed na gymnastickém míči, kolena dál od sebe, než je šíře pánve. Chodila na podlaze. Horní končetiny volně podél těla či přidržují míč.

Cvik zahájíme pochodem vpřed. Míč a pánev jsou stále v kontaktu. Míč si můžeme jistit rukama. Následuje pochodování vzad.

Skupina cviků z Feldenkraisovy metody

Cvik č. 1

Výchozí poloha: Leh na zádech, ruce podél těla, nohy natažené, hlava lehce podložena, oči zavřené.

Kladené otázky:

Jak vnímáte kontakt celého těla se zemí?

Zaměřte se na dolní končetiny - Jaké kosti se dotýkají s podložkou? Jaká noha je lehčí či těžší? Jaká z nohou je citlivější? Kam směřují špičky nohou (dovnitř či ven)? Co paty? Jaký je tlak patní kosti do podložky? Jsou stejně vysoko kolenní jamky na obou dolních končetinách? Které části stehen se dotýkají podložky?

Zaměřte se na pánev - Kde je největší tlak do podložky? Je v oblasti pánevní kosti? Ve spojení s kostí křížovou? Ve spojení kosti křížové s kostrčí?

Zaměřte se na páteř - Jaké části leží na podložce a jakým tlakem? Procitujte části páteře bederní, hrudní, krční a jejich zakřivení. Leží bedra na podložce nebo jsou prohnutá?

Zaměřte se na lopatky - Která se více dotýká podložky?

Zaměřte se na lebku - Jak se týlní kost se dotýká podložky? Dokážeme si uvědomit temeno hlavy a čelo?

Zaměřte se na paže - Sledujte, jak daleko jsou od těla? Jsou stejně daleko? Nebo je pravá či levá blíže k tělu? Zdá se vám nějaká ruka delší či kratší? Těžší či lehčí? Dokážete si uvědomit všechny části rukou (prsty, dlaně, hřbety rukou, zápěstí, předloktí, lokty, paže, ramena)?

Zaměřte se na dýchání – Kam dýcháte? Zvedá se vám při vdechu hrudník nebo břicho? Cítíte dech až u pánve?

Cvik č. 2

Výchozí poloha: Sed, nohy natažené nebo v tureckém sedu, ruce opřené za zády nebo na kolenou, kýváme hlavou dopředu (dolů) a dozadu (nahoru), po cviku uvolnit.

- pozorujte, jakou linii vám opisuje nos
- pozorujte, jakou linii vám opisuje brada
- pozorujte, jakou linii vám opisuje čelo
- pozorujte, jakou linii vám opisuje pravé ucho, levé ucho
- pozorujte, jakou linii vám opisuje temeno hlavy

Kývejte hlavou nahoru (dozadu), dolů (dopředu), oči jdou v protisměru (oči dolů, hlava nahoru a naopak).

Je pohyb složitější? Pohyb provádějte pomalu pro lepší koordinaci očí. Lehněte si na záda, odpočiňte si a pomalu hlavu začněte otáčet doprava a doleva. Je pohyb lehčí? Jaké svaly se zapojují? Zapojují se i jiné části těla?

Cvik č. 3

Výchozí poloha: Leh na pravém boku, paže předpažené, dlaně položené na sobě, dolní končetiny pokrčené nebo natažené (podle toho, jaká z poloh je příjemnější).

Levá dlaň položena na čele. Pomocí paže otáčejte hlavu doleva k levému rameni a zpět, po cviku si vraťte paži zpět a odpočiňte si. Sledujte, jaký je pohyb - lehký, těžký? Jaké svaly se při pohybu zapojují? Při odpočinku se zaměřte na hlavu, jak je těžká. Levou ruku položte zpět na čelo a díky ní otáčejte hlavu. Oči jdou proti pohybu (hlava vlevo, oči se pohybují vpravo). Oči mohou být zavřené i otevřené, po cviku si vraťte paži zpět a odpočiňte si.

Pohyb provádějte pomalu, abyste dokázali koordinovat jak pohyb očí, tak pletenec ramenní. Sledujte jaký je pohyb očí (lehký, těžký)?

Cviky z jógy pro těhotné

Cvik č. 1

Výchozí poloha: Turecký sed, dlaně položené na kolenou. Opřeme horní končetinu o předloktí na jednu stranu vedle těla a druhou horní končetinu zdvihneme přes hlavu. Hlídáme si, abychom se neprohýbali v zádech. Střídáme oboustranně.

Cvik č. 2

Výchozí poloha: Leh na boku, hlava podložená (krční páteř v rovině), dolní horní končetina pod hlavou či volně pokrčená před tělem, svrchní horní končetina před tělem volně opřena o dlaň. Dolní končetiny mírně pokrčeny.

Svrchní dolní končetinou zahájíme unožování. Hlídáme, aby v kyčelních kloubech nedocházelo k rotacím. V oblasti bederní páteře můžeme vypodložit ručníkem, aby nedocházelo k prohnutí boku na podložku.

Cvik č. 3

Výchozí poloha: Leh na zádech. Horní i dolní končetiny volně položeny na podložce.

Začneme se střídavě vytahovat za končetinami. Při vytahování se za levou horní končetinou, se zároveň vytahujeme za pravou dolní končetinou a naopak. S nádechem jdeme do protažení, s výdechem uvolníme.

Příloha č. 11: Kineziologický rozbor - respondentka č. 1

Pohled zepředu



Pohled z boku



Příloha č. 12: Kineziologický rozbor - respondentka č. 2

Pohled zepředu



Pohled z boku

