

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



**Helena Štěpánková**

**Fyzioterapie v gynekologii – současná praxe  
v České republice: kvalitativní výzkum**

*Physiotherapy in gynecology – current practice  
in the Czech Republic: qualitative research*

*Bakalářská práce*

Praha, 2024

Autor práce: Helena Štěpánková

Studijní program: Fyzioterapie

Bakalářský studijní obor: BFY

Vedoucí práce: **Mgr. Pavla Honců, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce:

**Klinika rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 28. května 2024

Helena Štěpánková

## **Poděkování**

Chtěla bych především poděkovat své vedoucí práce, Mgr. Pavle Honců, Ph.D., za její cenné rady, trpělivost a pečlivé a průběžné korektury textu po celou dobu jeho vzniku.

Děkuji také Mgr. Haně Žákové, Ph.D., za to, že mi ukázala kouzlo gynekologické fyzioterapie, za její odborné konzultace a poskytnutí důležitých kontaktů a doporučení, které byly pro tento výzkum klíčové.

Děkuji všem fyzioterapeutkám, které si našly čas na zodpovězení mých dotazů. Jejich vstřícnost, pečlivost a nasazení v práci jsou pro mě velkou inspirací.

Ráda bych také vyjádřila svou vděčnost 3. Lékařské fakultě. Poskytla mi možnost vzdělávat se v oboru, který mě baví a naplňuje, a umožnila mi se seznámit s mnoha zajímavými lidmi.

Děkuji také své rodině a partnerovi za všestrannou podporu a svým spolužákům za skvělou partu, která mi během studia poskytla prostor pro osobní i profesní růst.

### **Abstrakt:**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na současnou praxi gynekologické fyzioterapie v České republice a její výzkum pomocí strukturovaných rozhovorů. Cílem práce bylo zmapovat postupy fyzioterapie v oblasti gynekologie, identifikovat přístupy fyzioterapeutů k léčbě různých gynekologických problémů, jejich vzdělávací potřeby a spolupráci s ostatními lékařskými specialisty. Výzkum kombinuje kvantitativní a kvalitativní analýzu. Kvantitativní část se zaměřuje na postoj fyzioterapeutů k obtížnosti začátků v oblasti gynekologické fyzioterapie a jejich další vzdělávání. Kvalitativní část zkoumá variabilitu přístupů fyzioterapeutů k léčbě a spolupráci s lékařskými specialisty. Závěry kvantitativní části naznačují, že pro většinu pacientek nejsou gynekologové hlavním zdrojem informací o gynekologické fyzioterapii. Získávají informace z doporučení od známých či vyhledáváním na internetu. Z realizovaného šetření vyplývá, že většina respondentů přizpůsobuje a modifikuje naučené metody z kurzů podle svých zkušeností a potřeb pacientek. Tento přístup k modifikaci metod přispívá k flexibilitě a individualizaci terapeutického přístupu fyzioterapeutů v oblasti gynekologické fyzioterapie. Výsledky také ukazují, že fyzioterapeuti se dále aktivně vzdělávají, avšak existují specifické potřeby a oblasti, které by podle nich mohly být v nabídce kurzů doplněny nebo zlepšeny. Závěry kvalitativní části zdůrazňují variabilitu přístupů fyzioterapeutů k léčbě gynekologických problémů, důraz na profesní rozvoj a potřebu zlepšení spolupráce s lékařskými specialisty. Tyto poznatky mohou sloužit jako základ pro budoucí vývoj a zdokonalení této důležité oblasti zdravotní péče o ženy v České republice.

**Klíčová slova:** Gynekologická fyzioterapie, modifikace metod, Česká republika, současná praxe, mezioborová spolupráce, vzdělávání, zdravotní péče o ženy.

**Abstract:**

This bachelor's thesis focuses on the current practice of gynecological physiotherapy in the Czech Republic. Research was done by structured interviews. The aims of the thesis were: to map physiotherapy procedures in the field of gynecology, to identify the approaches of physiotherapists to the treatment of various gynecological problems, to identify their educational needs, to identify how they collaborate with other medical specialists. The research combines quantitative and qualitative analysis, with the quantitative part focusing on the attitudes of physiotherapists towards the challenges of starting in the field of gynecological physiotherapy and their further education, while the qualitative part examines the variability of approaches by physiotherapists to treatment and collaboration with medical specialists. The conclusions of the quantitative part suggest that gynecologists are not the main source of information about gynecological physiotherapy for most patients. Instead, they obtain information through recommendations from acquaintances or by searching online. Interestingly, the majority of respondents adapt and modify the methods learned from courses based on their experiences and the needs of their patients. This approach to method modification contributes to the flexibility and individualization of the therapeutic approach of physiotherapists in gynecological physiotherapy. The results also show that physiotherapists actively seek further education, but there are specific needs and areas that could be supplemented or improved in course offerings. The conclusions of the qualitative part emphasize the variability of approaches physiotherapists take to treating gynecological problems, the emphasis on professional development, and the need to improve collaboration with other medical specialists. These insights can serve as a basis for future development and enhancement of this important area of women's health care in the Czech Republic.

**Key words:** Gynecological physiotherapy, method modification, Czech Republic, current practice, interdisciplinary collaboration, education, women's health care.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
1.1 Přehled nejčastěji řešených problémů.....	10
1.2 Nejčastěji používané metody.....	12
1.2.1 Viscerální manipulace.....	12
1.2.2 Metoda Ludmily Mojžíšové.....	13
1.2.3 Proprioceptivní neuromuskulární facilitace.....	15
1.2.4 Dynamická neuromuskulární stabilizace.....	17
1.2.5 Spiraldynamik.....	18
1.2.6 Fasciální manipulace.....	19
1.2.7 Manuální terapie dle Lewita.....	20
1.2.8 Forma Funkce Facilitace.....	20
1.2.9 Metoda Feldenkrais.....	21
1.2.10 Rebozo technika - šátkování.....	21
1.2.11 Spinning babies.....	22
<b>2. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>24</b>
2.1 Cíle.....	24
2.1.1 Výzkumné otázky.....	24
2.2 Současný stav bádání .....	25
2.3 Hypotézy .....	26
2.4 Metodika.....	27
2.4.1 Popis výzkumného souboru.....	27
2.4.2 Sběr dat.....	27
2.4.3 Analýza dat.....	28
2.4.4 Použité metody.....	28
2.5 Výsledky.....	30
2.5.1 Kvantitativní část.....	31
H1: Více jak polovina respondentů shledává začátky v tomto odvětví	

fyzioterapie jako obtížné.....	31
H2: Fyzioterapeuti se v dané problematice dále vzdělávají.....	32
H3: Dostupnost dalšího vzdělávání v oblasti gynekologické fyzioterapie bude fyzioterapeutům připadat dostatečná.....	33
H4: Ženy se dozvídají o gynekologické fyzioterapii především od svých gynekologů.....	34
H5: Všichni fyzioterapeuti budou vnímat dostupnost gynekologické fyzioterapie jako nedostatečnou.....	35
H6: Více jak polovina respondentů si bude přizpůsobovat a modifikovat naučené metody z kurzů.....	36
2.5.2 Kvalitativní část.....	37
Inkontinence.....	38
Problémová menstruace.....	39
Endometrióza.....	40
Funkční sterilita.....	41
Fyzioterapeutické postupy u žen v průběhu těhotenství.....	42
Poporodní rehabilitace.....	46
Profesionální rozvoj fyzioterapeutů.....	49
Spolupráce s gynekology a dalšími lékaři.....	50
Možné mezery fyzioterapie v České republice.....	52
2.5.3 Diskuse.....	55
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>63</b>
Přílohy.....	64



## Úvod

Cílem této bakalářské práce je zmapovat postupy současné fyzioterapie v oblasti gynekologie v České republice pomocí strukturovaného rozhovoru.

Práce se zaměřuje na fyzioterapeutické metody a jejich případné modifikace používané při řešení inkontinence, problémové menstruace, funkční sterility, pohybových problémů v těhotenství a poporodní rehabilitace. Dále se práce věnuje vzdělání praktikujících fyzioterapeutů, jejich názorům na dostupnost gynekologické fyzioterapie v České republice a způsobu, jakým jsou k nim pacienti odesláni.

Jako studentce fyzioterapie, která by se chtěla v budoucnu gynekologické fyzioterapii věnovat, mi připadá obtížné se v této oblasti zorientovat a kariéru úspěšně odstartovat. Je těžké najít spolehlivý a ucelený zdroj, ze kterého bych mohla ještě během studia čerpat informace týkající se postupů fyzioterapie při gynekologických problémech.

Zdrojů na tematiku gynekologické fyzioterapie je velké množství, často se ale jedná o články adresované spíše laické veřejnosti a autoterapii. Dalším dostupným zdrojem informací z této oblasti jsou vědecké studie, které zkoumají účinnost a rozdíly specializovaných metod, ale nevěnují se gynekologické fyzioterapii jako celku. Další možnosti, jak získat informace z této oblasti, jsou placené kurzy, na kterých lze získat informace a dovednosti v konkrétní metodě, ale pro začínající fyzioterapeuty jsou často nevhodné z důvodu nedostatku praxe a také finanční nákladnosti.

Mám za to, že je těžké se v tomto množství nepřehledných informací orientovat, že chybí něco jako “kuchařka” nebo ucelený zdroj teoretických a praktických informací k praktikování gynekologické fyzioterapie, která by mohla začínající fyzioterapeuty nasměrovat na správnou cestu.

## 1. Teoretická část

Gynekologická fyzioterapie, někdy označovaná jako urogynekologická fyzioterapie, je specializovaná oblast fyzioterapie zaměřená na diagnostiku, léčbu a prevenci dysfunkcí pánevního dna a s nimi souvisejících problémů u žen. Tato terapeutická disciplína se zabývá poruchami spojenými s gynekologickými a močovými systémy a s funkcí pánevního dna jako celku.

### 1.1 Přehled nejčastěji řešených problémů

Mezi běžné problémy, které se v gynekologické fyzioterapii řeší, patří:

- Inkontinence moči a stolice: Poruchy řízení močení a vyprazdňování, které mohou zahrnovat úniky při kašlání, smíchu nebo fyzické aktivitě.
- Funkční sterilita: Tento stav může být způsoben různými faktory, jako jsou hormonální nerovnováhy, problémy s ovulací, dysfunkce pánevního dna a další fyziologické i psychologické faktory.
- Prolaps pánevních orgánů: Slabost pánevního dna může vést k poklesu orgánů jako je děloha, močový měchýř nebo konečník do vagíny.
- Problémová menstruace: Zahrnuje bolestivou menstruaci (dysmenorea), nadměrné krvácení (menoragie), poruchy menstruačního rytmu, absenci menstruace (amenorea) a premenstruační syndrom (PMS), což může být způsobeno různými faktory, včetně hormonálních nerovnováh, genetických faktorů, stresu, špatné stravy nebo dalších zdravotních problémů (Čech et al., 2014).
- Endometrióza: Chronické onemocnění, při kterém se tkáň podobná výstelce dělohy (endometrium) nachází mimo dutinu dělohy (Rob et al., 2008).
- Sexuální dysfunkce: Poruchy sexuálního života spojené s problémy v pánevní oblasti, které mohou zahrnovat bolest při pohlavním styku nebo sníženou sexuální citlivost.
- Bolesti muskuloskeletálního aparátu v těhotenství: Management bolesti zad, pánevní oblasti a hrudníku. Posílení pánevního dna. Příprava na porod.
- Poporodní obtíže: Důležitý proces obnovy a posilování těla ženy po porodu. Tento proces může pomoci ženě přizpůsobit se změnám, kterými její tělo prošlo během těhotenství a po porodu, a zlepšit celkovou pohodu a funkci.

- Jizva po císařském řezu: Po císařském řezu dochází k tvorbě jizvy, která může způsobit nepohodlí, přenesené bolesti, omezení pohybu z důvodu adheze tkání, necitlivost v její oblasti, či estetický diskomfort.
- Diastáza: Rozestup m. rectus abdominis v oblasti linea alba, široký 0,6 - 2 cm, způsobený tlakem dutiny břišní na její stěnu. To může vést k estetickým i funkčním problémům, jako je zvýšené riziko kýly, problémy s trávením a vylučováním, bolesti zad nebo porušená funkce břišních svalů (stabilizátorů trupu) (Ondrejčková, 2023).
- Pudendalgie je termín používaný k popisu bolesti v oblasti pánevního dna, která je spojena s poruchami nervu pudendus. Pudendalgie může být způsobena různými faktory, včetně traumatického poranění, zánětu, stlačení nervu nebo chronického přetížení svalů pánevního dna. Symptomy mohou zahrnovat bolest v oblasti konečníku, genitálií, hráze nebo stehenního kloubu, jakož i problémy s močením a stolicí (Kadeňka, 2010).

Gynekologická fyzioterapie zahrnuje širokou škálu terapeutických přístupů, včetně cvičení pánevního dna, manuální terapie, biofeedbacku, elektroterapie a edukace pacientek o zdravém životním stylu a prevenci. Cílem této terapie je obnova funkce pánevního dna, zlepšení kvality života a prevence komplikací spojených s gynekologickými a močovými poruchami.

## **1.2 Nejčastěji používané metody**

V této části práce budou představeny jednotlivé metody, které se nejčastěji objevují v odpovědích fyzioterapeutů v praktické části této práce. U některých metod jsou také zmíněny publikované studie, které zkoumají vliv těchto metod u gynekologických pacientů. U některých metod se o studiích nezmiňuji, neboť jsem nenašla žádnou, která by pro tuto práci v kontextu s praktickou částí byla relevantní.

### **1.2.1 Viscerální manipulace**

Viscerální manipulace je jemná manuální technika, která má za cíl normalizovat napětí a pohyblivost mezi vnitřními orgány, fasciemi a dalšími strukturami, jako jsou nervy a cévy. Tato metoda hodnotí tělo jako celek a identifikuje místa zvýšeného napětí nebo omezeného pohybu. Zaměřuje se na manipulaci s fasciemi viscerálního systému s ohledem na somatický systém, a proto je zařazena do manuálních terapií měkkých tkání. Ovlivňuje mobilitu (pohyb orgánu vůči jiným strukturám), motilitu (mimovolná hybnost orgánů) a motoricitu (schopnost orgánu se pasivně hýbat vzhledem ke kineziologii těla). Dále má vliv na cirkulaci tekutin, svalové spazmy, hormonální a chemickou produkci, imunitu a psychiku, čímž může být zaměřena na konkrétnější syndromy jako je např. dysmenorea, amenorea, metroragie, bolest při pohlavním styku, potíže s otěhotněním, snížené libido, inkontinenci či poruchy gastrointestinálního traktu. Hlavním cílem viscerální manipulace je normalizovat tonus měkké tkáně a tím pozitivně ovlivnit funkci orgánů. Součástí viscerální manipulace jsou diagnostické postupy, které pomáhají cíleně zaměřit terapii. Klíčovým diagnostickým i terapeutickým nástrojem je viscerální palpce, která se zaměřuje na bolestivost, rozdíly v napětí a polohu jednotlivých orgánů. Důležitá je také pozornost k iradiaci bolesti a charakteristickým bolestem, které mohou indikovat dysfunkci orgánu (Barral, 2006; Harvey, 2010).

#### **Publikované významné studie**

Vliv na funkční sterilitu: Mezi faktory spojené s potenciální neplodností patří omezení fasciálních tkání, jizvy a přetrvávající problémy s krevním a lymfatickým oběhem v pánevní oblasti. K jejich zlepšení a ovlivnění se využívá manuálních technik, které jsou aplikovány na reprodukční systém a jeho okolí. Ve studii provedené

Krampem (2012) bylo zjištěno, že z deseti žen, kterým byly aplikovány manuální terapie, včetně uvolňování svalů, lymfatické drenáže a viscerální manipulace v průběhu jedné až šesti terapeutických sezení, úspěšně otěhotnělo do tří měsíců šest žen (Kramp, 2012). Ve studii provedené Wurnem (2004) byla jako kritéria zařazení do studie zahrnuta infertilita a přítomnost adhezí měkkých tkání v pánevní oblasti. Adheze mohly být způsobeny chirurgickým zákrokem, infekcí nebo zánětem (například endometriózou), potratem nebo traumatem břišní oblasti. Terapie se zaměřovala na identifikaci a uvolnění míst s omezenou mobilitou tkání, což vedlo ke zvýšení pohyblivosti v určitých viscerálních a myofasciálních segmentech po každé terapii. Ženy podstoupily 20 hodin terapie nebo byly monitorovány do dosažení těhotenství. Z 14 žen otěhotnělo 10 (Wurn et al., 2004).

Nepodařilo se mi bohužel nalézt žádnou další studii, která by zkoumala dopad této metody na inkontinenci nebo na prolaps vnitřních orgánů.

### **1.2.2 Metoda Ludmily Mojžíšové**

Metoda Ludmily Mojžíšové má široké uplatnění i v současné době tzn. v 21. století. Kromě terapie funkční sterility je tato léčebná technika aplikována i při léčbě vertebrogenních poruch, bolestí kostrče a problémů spojených s pohlavním stykem, anorgasmií a menstruačními bolestmi. Mechanismus účinku spočívá v reflexních odpovědích vyvolaných ovlivněním nervosvalového systému, což následně optimalizuje funkci gynekologických orgánů. Tato metoda zahrnuje diagnostiku, mobilizační techniky prováděné terapeutem a aktivní cvičení prováděné pacientkou (Strusková a Novotná, 2003; Kolář, 2009; Hnízdil, 1996)

Na začátku byla tato technika primárně zaměřena na pacienty trpící bolestmi zad. Později se ukázalo, že blokády a svalová nerovnováha, které Mojžíšová pozorovala u svých pacientů, mohou být klíčové i při vzniku gynekologických obtíží. Proto vyvinula soubor cvičení zaměřených na posílení a relaxaci svalů pánevního dna, břišních a gluteálních svalů (Kolář, 2009).

Tento soubor cvičení se skládá z 12 cviků, z nichž 10 je určeno pro ženy a další dva pro muže, s cílem zlepšit koordinaci svalů podílejících se na postavení pánve. To má za následek reflexní ovlivnění napětí hladké svaloviny a zlepšení prokrvení v oblasti

malé pánve, což vede k funkčnímu zlepšení a zmírnění gynekologických obtíží. Cvičení se provádí izometricky s důrazem na facilitaci dechem (Kolář, 2009).

Terapeutický postup zahrnuje mobilizační techniky a práci s kostrčí a přilehlými svaly. Součástí terapie je také vyšetření metodou per rectum, během kterého se posuzuje napětí svalů pánevního dna. Tato vyšetření se nejčastěji provádějí vleže na břicho nebo v pozici nízkého kleku s oporou o předloktí (Bezvodová, 2017).

Pro úspěšný průběh terapie je klíčová spolupráce a motivace pacientek/pacientů ke cvičení. Tato cvičení by měli provádět ideálně každý den.

Metoda Ludmily Mojžíšové může být rovněž využita ke zlepšení spermiogramu nebo odstranění obtíží spojených s obtipací u mužů (Tichý, 2006).

### **Publikované významné studie**

Účinnost metody Ludmily Mojžíšové byla potvrzena v roce 1991 ve studii, kterou provedla fyzioterapeutka Hana Volejníková a publikovala v časopise Česko-slovenská gynekologie. V období mezi lety 1983 a 1989 bylo sledováno 500 žen s primární nebo sekundární sterilitou, které se podrobily léčbě metodou Ludmily Mojžíšové na I. gynekologicko-porodnické klinice MU v Brně a I. rehabilitačním oddělení FNŠP KÚNZ v Brně. Průměrný věk účastnic byl 30 let a průměrná doba, po kterou se pokoušely o početí před zahájením rehabilitace, činila 5,4 roků. Kritéria zařazení do studie byla primární, nebo sekundární sterilita, průchodnost vejcovodů a normospermiogram partnera. Z těchto 500 žen otěhotnělo do 6 měsíců po léčbě 150 žen (30 %) a 66 % z nich porodilo. Dále 57,4 % žen potvrdilo ústup dysmenorey a 42,2 % úlevu od bolesti zad. Úspěšnost léčby klesala s věkem žen a s délkou trvání snahy o početí před zahájením rehabilitace (Michalčinová a Angerová, 2020).

Další studie provedená v letech 1987 až 1989 porovnávala účinnost metody Ludmily Mojžíšové s několika kontrolními skupinami. Kritéria pro zařazení do studie zahrnovala věk mezi 22 a 30 lety, normospermiogram partnera a průchodnost vejcovodů. Celková populace, která splňovala tato kritéria, činila 166 žen, jejichž průměrná délka snahy o početí před zahájením rehabilitace byla 4 roky. Studii dokončilo 118 žen. Průměrná míra početí v hlavní experimentální skupině byla výrazně vyšší než u ostatních kontrolních skupin. V první skupině léčené metodou

Ludmily Mojžíšové otěhotnělo 12 žen z 35 (34,2 %). Ve srovnání s tím, z žen, které cvičily nepravé cviky, otěhotněly 3 z 34 (8,8 %), z žen, které necvičily vůbec, otěhotněly 3 z 37 (8,1 %), a jedna žena z 12 (8,3 %). Z toho vyplývá, že úspěšnost metody se obecně uvádí mezi 32-35 %, což znamená, že každá třetí žena, která se začne léčit touto metodou, pravděpodobně otěhotní (Michalčinová, Angerová, 2020).

Metoda Ludmily Mojžíšové je v současné době využívána řadou fyzioterapeutů, kteří často metodu doplňují nebo kombinují s dalšími fyzioterapeutickými technikami. Mnoho z těchto fyzioterapeutů vychází z vlastní praxe a přidává k výuce zkušenosti. Modernizace metody je diskutabilní, nicméně je důležité brát v úvahu změny v životním stylu populace od doby, kdy byla metoda vyvinuta. Dnešní tempo a životní styl jsou odlišné a mohou vyžadovat aktualizaci léčebných přístupů. Ženy jsou v dnešní době vystavovány velkému tlaku ze strany společnosti (skloubení kariéry a mateřství), tráví většinu dne v sedě a mají mnohem méně pohybu v porovnání s minulostí. Ve spěchu dnešní doby ztrácí schopnost vnímat své vlastní tělo. Nevýhody metody Ludmily Mojžíšové zahrnují omezení cvičení pouze v horizontální poloze a zaměření na posilování především pomocí izometrických kontrakcí. Proto je důležité tuto metodu doplnit o další neurofyziologické metody, které využívají posturálně lokomoční vzory pohybů, cvičení ve vertikále nebo excentrické kontrakce. Zároveň je důležité zdůraznit jednoduchost některých cviků, které umožňují jejich samostatné provádění v rámci autoterapie (Michalčinová, Angerová 2020).

### **1.2.3 Proprioceptivní neuromuskulární facilitace**

Metoda proprioceptivní neuromuskulární facilitace (PNF) je terapeutická technika používaná ve fyzioterapii k posílení svalů, zlepšení pohybového rozsahu a koordinace pohybů. Je založena na neurofyziologických principech a využívá reflexních oblouků a vzorců pohybu k dosažení terapeutických cílů (Holubářová a Pavlů, 2022).

V urogynekologické fyzioterapii lze metodu PNF využít k posílení svalů pánevního dna a stabilizace pánevního pletence. PNF může pomoci pacientkám s různými poruchami kontroly močení, jako jsou inkontinence, přetrvávající problémy s močením nebo pánevní bolesti. Při využití metody PNF v urogynekologické fyzioterapii jsou terapeuti schopni pracovat s proprioceptory a svalovými vzorci

pánevního dna, aby posílili a koordinovali svalové kontrakce v této oblasti. To může vést k zlepšení svalové stability, kontrolu močení a snížení pánevních bolestí. Další možností využití metody PNF v urogynekologické fyzioterapii může být integrace relaxačních technik PNF k uvolnění svalového napětí a snížení bolesti v pánevní oblasti.

Díky metodě PNF můžeme využít neurofyziologických principů, jako je fenomén iradiace, facilitace a inhibice, a propojení periferního nervového systému (PNS) a centrálního nervového systému (CNS) prostřednictvím míchy na úrovni S2–S4, která je spojena s neuralgií n. pudendus. Jsme schopni ovlivňovat vědomou úroveň člověka prostřednictvím aferentních receptorů, jako jsou proprioreceptory a exteroceptory, a měnit pohybové programy i z anatomicky vzdálených oblastí. Pracujeme s charakteristickým synergismem svalů, který propojuje různé části těla (např. dolní končetiny, pánev, ramenní pletenec, hlava), což nám umožňuje posilovat oslabené svalové systémy. Relaxační techniky PNF jsou využívány k uvolnění svalů pánevního dna, které mohou způsobovat komprese periferních nervů, cév a lymfatických struktur (Prokešová, 2021).

Nepodařilo se mi bohužel najít studii, která by zkoumala dopad této metody na funkci pánevního dna. Ale autor metody Spiraldynamik, Ch. Larsen (2000) ve svém článku *“Spannendes und Entspannendes zum Thema Beckenboden”* vliv metody PNF na pánevní dno zpochybňuje, i když k tomu nemá žádné objektivní podklady.



### **1.2.4 Dynamická neuromuskulární stabilizace**

Metoda dynamické neuromuskulární stabilizace (DNS) vychází z principů vývojové kineziologie a zdůrazňuje potřebu vyvážené aktivity svalů v celém biomechanickém řetězci pro dosažení optimální fyziologické posturální stability. DNS neklade důraz pouze na svaly, které provádějí pohyby, ale také na antagonisty, synergisty a stabilizační svaly. Terapeutický přístup DNS začíná aktivací hlubokého stabilizačního systému páteře. Následně se provádí cvičení v souladu s ontogenetickými vzory pohybu. Během terapie DNS je kladen důraz na centraci kloubů, což umožňuje efektivní fungování svalů bez rizika poškození kloubních struktur. Koncept DNS není používán pouze v terapii, ale také v diagnostice pohybových poruch. Jeho hlavním cílem je přenést optimální posturální funkci svalů do každodenních aktivit pacientů (Kolář, 2020).

Tento koncept je aplikovatelný v širokém spektru oborů. Pro těhotné ženy představují zásady této terapie pokyny, jak pracovat s vlastní tělesnou posturou, hrudníkem a bránicí. Postupná změna těžiště a zatížení jednotlivých segmentů páteře může způsobit přetížení určitých částí páteře, obzvláště v oblasti bederní páteře. Proto jednotlivé prvky a cvičení této terapie působí současně jako prevence bolestí páteře a hrudníku (Chytrá, 2013).

Důležitým principem této terapie je nastavení fyziologické stabilizační funkce páteře, která vyžaduje harmonickou souhru extenzorů a flexorů, zahrnující hluboké flexory krku, a koordinaci mezi bránicí, břišními svaly a svaly pánevního dna. Bránice, jak již bylo zmíněno, hraje významnou úlohu při upevňování páteře kontrakcí a zploštěním, nezávisle na dýchání. Zploštění bránice vytváří tlak na obsah břišní dutiny, což zvyšuje nitrobřišní tlak a rozšiřuje dolní část hrudníku a břišní dutinu. Během aktivity je důležité, aby byl hrudník v kaudální poloze, což je podmíněno vyvážeností aktivity dolních fixátorů hrudníku, tj. břišních svalů, s horními fixátory hrudníku, tj. svaly prsními, skalenovými a sternokleidomastoidními svaly. Tuto harmonickou souhru doplňuje aktivita pánevního dna při nastavení intraabdominálního tlaku (Kolář, 2007).

### **Publikované významné studie**

K. Sharma (2023) zkoumal účinnost cvičení dynamické neuromuskulární stabilizace (DNS) ve srovnání s tradičními cvičeními Kegel při léčbě stresové močové inkontinence (SUI) u žen. Ve studii bylo 24 žen s mírnou až střední SUI, které byly rozděleny do skupin cvičení DNS a Kegel. Po 12 týdnech cvičení skupina DNS prokázala významné zlepšení síly svalů pánevního dna ve srovnání s cvičením Kegel. Obě skupiny zaznamenaly významné zlepšení síly svalů pánevního dna a elektromyografických parametrů. Studie naznačuje, že cvičení DNS, zdůrazňující koordinovanou aktivaci bránice, břišních svalů, multifidu a svalů pánevního dna, může být účinnějším přístupem k řízení SUI u žen ve srovnání s tradičními cvičeními Kegel.

### **1.2.5 Spiraldynamik**

Spiraldynamik je koncept, který spojuje anatomické, funkční a terapeutické principy s ideou spirály přirozeně se vyskytující v přírodě. Tento koncept se začal vyvíjet na počátku 80. let dvacátého století a dodnes se dále rozvíjí. Jeho původci jsou fyzioterapeutka Yolande Deswarte a lékař Christian Larsen. Jeho hlavním cílem je dosáhnout správného trojrozměrného spirálního pohybu, který zahrnuje ohnutí a natažení, boční úklon doleva a doprava a pravolevé otáčení. V lidské anatomii hraje spirála klíčovou roli: svalová vlákna, vazivová tkáň a kůže vytvářejí jednoduché či složité spirální struktury. Toto uspořádání ovlivňuje pohybovou soustavu člověka, kde dolní končetina a noha představují jednoduché spirály s jasnými směry otáčení, zatímco trup je dvojitou spirálou, kde jsou levé i pravé otáčení rovnocenné. Evoluční historie lidské chůze zahrnuje dva klíčové kroky: přechod z čtyřnohého na dvounohé postavení a rotaci páteře doleva a doprava. Tento "křížový" pohyb paží a nohou se promítá do páteře, kde se pánev a horní část těla otáčejí proti sobě. Při pohybu vpřed se páteř střídavě otáčí doleva a doprava, což je zásadní pro dynamiku pohybu (Šimíčková, 2018).

### 1.2.6 Fasciální manipulace

Luigi Stecco, italský lékař a anatom, vyvíjel tuto metodu v průběhu více než 40 let, přičemž vycházel z teoretických poznatků z prací Idy Rolfové, Hermana Kabata a akupunktury. Rozdělil tělo na 14 segmentů, přičemž každý segment je koordinován 6 myofasciálními jednotkami obsahujícími jednokloubová a dvoukloubová svalová vlákna stejného směru a roviny, kloub samotný, přidružená nervová vlákna a přiléhající fascie. Stecco dále určil tři klíčové body: Centre of coordination (CC) – bod, kde se sbíhají jednostranná svalová vlákna; Centre of perception (CP) – bod, kde se vnímá bolest; a Centre of fusion (CF) – bod, kde se sbíhají vektory dvou myofasciálních jednotek. Před terapií provádí podrobnou anamnézu, zejména palpační vyšetření každé myofasciální jednotky a specifický pohybový test. Terapie spočívá v kombinaci tlaku (80 %) a tření (20 %) na vyšetřením určených bodech po dobu až 5 minut. Cílem je ošetřit především CC a CF, místa příčiny, nikoliv pouze místo bolesti. Pro optimální účinek je důležitá cirkulace intersticiální tekutiny a mechanická facilitace fibroblastů, které podporují remodelaci tkáně (Luomala a Pihlman, 2017).

Viscerální adheze lze chápat jako patologii fasciálního systému, což zdůrazňuje kontinuitu a vzájemné vztahy mezi tkáněmi v těle. Fascie, tvořící síť pojivové tkáně, se nachází v různých vrstvách těla a zahrnuje povrchové, hluboké a interní fascie. Peritoneum a pleura jsou příklady interních fascií. Normálně tyto fascie podporují pohyb orgánů v těle a ovlivňují jejich motilitu. Organizují se do organo-fasciálních jednotek, které se skládají z orgánů s podobnou funkcí, příslušných fascií a nervových sítí. Tyto jednotky jsou vzájemně propojeny a jejich činnost je integrována v aparátu fasciální sekvence. Trauma nebo chirurgické zákroky mohou vést k fibrotickým procesům a vytvoření adhezi mezi interními fasciemi, což může mít za následek jejich denzifikaci (neboli zahušťování) a ovlivnění peristaltiky orgánů. Patologie jedné organo-fasciální jednotky může mít dopad na celý aparát, a naopak, patologie celého aparátu může způsobit denzifikaci fascie po celém těle. Manipulace s fascií může obnovit její elasticitu a normalizovat funkci orgánů. U interních dysfunkcí jsou ošetřovány stejné body jako u muskuloskeletálních dysfunkcí, ale s odlišným tlakem a technikou (Stecco a Stecco, 2016; Stecco et al., 2014).

### **1.2.7 Manuální terapie dle Lewita**

Manuální terapie podle profesora Karla Lewita představuje jednu z klíčových metod v gynekologické fyzioterapii. Tato metoda se zaměřuje na manipulaci měkkých tkání a struktur pohybového systému s cílem obnovit jejich funkci a zmírnit případné bolesti a dysfunkce. Tyto techniky zahrnují jemné manipulace, mobilizace a protahování tkání, aby se snížilo napětí, zlepšila pružnost a usnadnilo hojení. Lewitovy měkké techniky jsou často používány fyzioterapeuty a osteopaty k léčbě různých stavů, včetně bolesti zad, svalových napětí a poruch biomechaniky těla. Léčba pánevního dna může zahrnovat jemné manipulace svalů a fascií pomocí měkkých technik, které pomáhají uvolnit napětí a zlepšit pružnost tkání. Problémy s pánví, jako je například sacroiliakální kloub, mohou být léčeny pomocí mobilizace a jemných manipulací, které pomáhají obnovit správnou biomechaniku a pohyblivost kloubů. Měkké techniky mohou být použity k léčbě pooperačních jizev v oblasti pánevního dna, což může pomoci minimalizovat bolest a zlepšit hojení. Uvolňující techniky mohou být využity k relaxaci příliš napjatých svalů pánevního dna, což může pomoci snížit bolest a zlepšit pohyblivost (Saláková, 2017).

### **1.2.8 Forma Funkce Facilitace**

Clara Lewitová navazuje na práci svého otce, profesora Karla Lewita, přístupem zvaným "Fyzioterapie funkce", který se soustředí na to, jak fyzioterapeut interpretuje celkovou funkci, pohyb a chování pacienta založené na struktuře těla, napětí v měkkých tkáních a celkové reaktivitě pacienta. Tento přístup považuje terapii za interaktivní proces, kde terapeutické zásahy jsou upravovány na základě odpovědí pacienta a probíhajících změn v jeho těle a vnímání, což postupně mění i jeho strukturu směrem k optimálnímu stavu. Terapie představuje dialog mezi pacientem a terapeutem, kde terapeut pomáhá pacientovi aktivně se učit nové způsoby, jak regulovat napětí, koordinovat pohyby a spravovat své vnímání a celkovou životní pohodu, které jsou ideální pro danou jedinečnou osobu. Veškeré kroky v terapeutickém procesu, jak aktivní, tak pasivní, jsou přizpůsobeny celkovým potřebám pacienta (Šviráková, 2020).

### **1.2.9 Metoda Feldenkrais**

Klíčovým prvkem metody Feldenkrais je práce s uvědomělou pozorností a konkrétními motorickými a senzoryckými vjemy, které podporují vytváření optimálních neuromuskulárních vzorců. Tím dochází k transformaci zavedených vzorců myšlení, prožívání a chování. Proces aplikace Feldenkraisovy metody je vnitřním učebním procesem, který napomáhá jednotlivci k pocitu pohodlí ve vlastním těle, k objevení vlastních schopností a jejich následnému využívání (Schwarz a Schweppe, 2003; Skovajsa a Hrdličková, 2016).

Použití metody během rekonvalescence je u všech bolestivých stavů, neurologických onemocnění, poruch rovnováhy a koordinace, a dokonce i u pacientů s úzkostí nebo depresí, vhodné. Vzhledem k tomu, že posturální a pohybové schopnosti jsou nedílnou součástí celkové osobnosti (včetně vnímání, myšlení a emocí), lze očekávat pozitivní vliv aplikace metody Feldenkrais na všechny aspekty života. Pacienti zaznamenávají účinky metody Feldenkrais v podobě zvýšení pocitu vitality, zlepšení motorických a psychických funkcí a snížení bolesti (Sochorová, 2020).

Mnozí jedinci mají potíže s aktivací svého pánevního dna, často kvůli nedostatečnému povědomí o této části těla. Pánevní dno není viditelný sval jako například bicepsové svaly, což znesnadňuje pokusy o jeho vědomou aktivaci. Avšak zlepšení vnímání vlastního těla nám může pomoci lépe porozumět funkci pánevního dna a usnadnit jeho aktivaci. Lepší propojení s tělem a porozumění jeho anatomii může vést k úspěšnějšímu cvičení a posílení pánevního dna.

### **1.2.10 Rebozo technika - šátkování**

Technika Rebozo, původem z Mexika, se stala významným prvkem perinatální péče během těhotenství, porodu a poporodního období i u nás v České republice. Rebozo, což je tradiční látkový šátek, je základním nástrojem této techniky. Kromě porodních asistentek a dul techniku využívají i fyzioterapeuti k uvolnění napětí v pánevní oblasti, podpoře relaxace a optimalizaci polohy plodu během těhotenství a porodu. Během těhotenství mohou fyzioterapeuti pomocí Rebozo pomáhat ženám udržet správnou polohu těla a zmírnit bolesti spojené s přetížením svalů a kloubů. V období porodu může být Rebozo použit k podpoře pohybu plodu v pánevním kanálu, což může přispět k plynulému průběhu porodu a snížení potřeby intervencí. Po porodu

mohou fyzioterapeuti použít techniku Rebozo k podpoře obnovy svalové stability a funkčního pohybu v pánevní oblasti. Rebozo může být také použit k podpoře koordinace a propojení svalů pánevního dna a břišní stěny, což je klíčové pro prevenci a léčbu dysfunkcí pánevního dna (Carolina, 2022; Cebrián Rodríguez et al., 2022).

Magistra Bajerová vycházející z učení Clary Lewitové uvádí, že během těhotenství dochází k uvolnění vazů a zvýšené hybnosti a volnosti v kloubech, což může vést k možným bolestem. Šátkování je zaměřeno na zmírnění obtíží spojených s kyčlemi, pánevní oblastí a oblastí spodních zad. Tato technika není určena pouze pro těhotné ženy, ale také pro ženy po porodu, trpící bolestivou menstruací, po operaci páteře, s endometriózou nebo s inkontinencí moči a dalšími gynekologickými problémy. Materiál šátku by měl být nepružný, jako například bavlna, konopí nebo len. Šátkování napomáhá snadnější vertikalizaci žen a snižuje bolesti zad. Zároveň šátek poskytuje teplo, které může ulevit od svalového napětí v oblasti břicha a kříže (Bajerová, 2018).

### **1.2.11 Spinning babies**

Spinning Babies byla založena porodní asistentkou Gail Tully. Její práce vychází z poznání, že napětí v ligamentech a svalech pánevní oblasti, zejména v ligamentech jako jsou ligamentum teres uteri, ligamentum latum uteri, utero-sacralní ligamenta, m. iliopsoas a diaphragma pelvis, může omezovat schopnost dítěte zaujmout optimální pozici s flektovanou hlavou.

Mezi tři hlavní principy metody Spinning Babies patří udržení rovnováhy měkkých tkání a pánevní oblasti, vliv gravitace na úhel vstupu dítěte do pánevních rovin, a pohyb pánve, který umožňuje dítěti dosáhnout optimální polohy. Pozice v technice Spinning babies umožňují uvolnění měkkých tkání v oblasti pánevní a hrudníku, čímž pomáhají dítěti změnit polohu - toto se nazývá „myofascial release“ (Kohutová, 2019).

Techniky Spinning Babies se zaměřují na uvolnění svalů, zvýšení flexibility a podporu správného postavení plodu v děloze. To může zahrnovat cvičení, polohování těla, použití pomůcek a další metody, které jsou navrženy tak, aby pomohly plodu pohybovat se do optimální polohy pro porod. Cílem je zlepšit prostorovou rovnováhu

dělohy a pánevní oblasti, což může vést k plynulejšímu porodu a snížení rizika potřeby chirurgických zásahů, jako je například císařský řez (Tully, 2023).

## **2. Praktická část**

### **2.1 Cíle**

Cílem této bakalářské práce je systematicky zjistit a zhodnotit aktuální postupy v oblasti gynekologické fyzioterapie v České republice prostřednictvím strukturovaných rozhovorů s praktikujícími fyzioterapeuty. Hlavním záměrem je poskytnout komplexní pohled na praktiky a metody používané fyzioterapeuty v gynekologii, což by mohlo přispět k lepšímu porozumění této oblasti péče. Tato práce si klade za cíl identifikovat klíčové trendy a přístupy ve fyzioterapii gynekologických problémů a vytvořit ucelený přehled, který by mohl sloužit jako základ pro další výzkum a vývoj této specializované oblasti. Dále má za cíl poskytnout podklady pro vytvoření praktického návodu tzv. kuchařky, který by mohl sloužit jako užitečný průvodce pro začínající fyzioterapeuty v oblasti gynekologie, a tím přispět k zdokonalení poskytované péče.

#### **2.1.1 Výzkumné otázky**

- Jak dlouho se věnujete gynekologické fyzioterapii?
- Jak byste popsali vaše začátky v oblasti gynekologické fyzioterapie? Bylo pro vás obtížné začít pracovat v této oblasti?
- Mohla byste uvést kurzy, které jste absolvoval/a v oblasti gynekologické fyzioterapie?
- Jakým způsobem se dále vzděláváte v oblasti gynekologické fyzioterapie? Čtete studie, články, příručky nebo materiály z kurzů?
- Jak hodnotíte dostupnost dalšího vzdělávání v oblasti gynekologické fyzioterapie? Co byste uvítal/a jako doplnění nabídky vzdělávacích kurzů?
- Jak se dozívají pacientky o gynekologické fyzioterapii? Přichází pacientky k vám převážně na doporučení od gynekologa, od známých, prostřednictvím internetu nebo z médií?
- Jak byste zhodnotil/a dostupnost gynekologické fyzioterapie pro veřejnost?
- Kde vidíte největší mezery v poskytování gynekologické fyzioterapie?
- Jaké gynekologické problémy u svých pacientek nejčastěji řešíte?
- Jaké metody nebo postupy volíte při léčbě různých gynekologických problémů, jako je inkontinence, problémy s menstruací, endometrióza, funkční sterilita,



pohybové problémy v těhotenství, poporodní rehabilitace, jizvy po císařském řezu/nástřihu a léčba diastázy?

- Modifikujete si naučené metody z kurzů? Jaké konkrétní úpravy metod provádíte a proč?

## 2.2 Současný stav bádání

Na toto téma jsem našla jen jednu studii věnující se podobné problematice. Jedná se o diplomovou práci s názvem: „*Cvičení a pohybové aktivity během těhotenství z pohledu fyzioterapeutů v České republice*“, která má za cíl zhodnotit názory, kompetence a zkušenosti fyzioterapeutů v České republice ve vztahu k práci s těhotnými ženami získanými během pregraduálního a postgraduálního vzdělávání. Tato práce zkoumá jaké vzdělání je v této problematice studentům vysokou školou nabídnuto, ale i zda absolventům připadá pro jejich praxi dostačující, jestli mají zájem se v této problematice dále vzdělávat a zda jsou jejich nynější postupy v souladu s doporučovými standardy.

Na nestandardizovaný dotazník odpovědělo 171 probandů (fyzioterapeutů České republiky). Přes 85% zúčastněných fyzioterapeutů považovalo informace získané během pregraduálního studia za nedostatečné pro práci s těhotnými ženami. Více jak 81% respondentů projevilo zájem o další vzdělávání v této tématice (Humlová, 2020).

## 2.3 Hypotézy

Hypotéza o složitosti nastartovat kariéru v tomto odvětví fyzioterapie: H1: Více jak polovina respondentů shledává začátky v tomto odvětví fyzioterapie jako obtížné.

Hypotéza o způsobu dalšího vzdělávání: H2: Fyzioterapeuti se po ukončení vysokoškolského studia v dané problematice dále vzdělávají.

Hypotéza o dostupnosti dalšího vzdělávání: H3: Dostupnost dalšího vzdělávání v oblasti gynekologické fyzioterapie bude fyzioterapeutům připadat dostatečná.

Hypotéza o informačních zdrojích pro pacientky: H4: Ženy se dozvídají o gynekologické fyzioterapii především od svých gynekologů.

Hypotéza o vnímání dostupnosti gynekologické fyzioterapie pro veřejnost: H5: Všichni fyzioterapeuti budou vnímat dostupnost gynekologické fyzioterapie jako nedostatečnou.

Hypotéza o modifikacích a přizpůsobení metod: H6: Více jak polovina respondentů si bude přizpůsobovat a modifikovat naučené metody z kurzů.

## 2.4 Metodika

### 2.4.1 Popis výzkumného souboru

Za účelem sepsání základní orientace v současné praxi gynekologické fyzioterapie jsem se rozhodla oslovit několik vybraných fyzioterapeutů a požádat je o účast na výzkumu. Fyzioterapeuty jsem vybírala metodou *Snowball sampling*. Pro výzkum jsem se nakonec rozhodla zvolit metodu strukturovaného rozhovoru místo často používaného dotazníku, protože jsem předpokládala, že tímto způsobem dostanu komplexnější odpovědi - respondent bude ochotnější odpovídat přímo než dlouze vypisovat odpovědi do dotazníku. Po schválení projektu etickou komisí jsem rozeslala 16 fyzioterapeutům předem připravené emaily s přílohami *Informace pro účastníka a Informovaný souhlasem*. Jednalo se o fyzioterapeuty, kteří ve své fyzioterapeutické praxi řeší především inkontinenci, dysfunkci pánevního dna, problémovou menstruaci, funkční sterilitu, pracují s těhotnými ženami a rehabilitují je i po fyziologickém porodu/císařském řezu. Dalším kritériem zařazení do studie byly alespoň 3 roky praxe s gynekologickými pacienty. Pohlaví respondentů nebylo kritériem, ale v tomto odvětví fyzioterapie pracují ve valné většině ženy. Sedm fyzioterapeutek s účastí na výzkumu souhlasilo. Původně nebylo mým cílem spolupracovat jen s fyzioterapeuty pracujícími v ambulanci. Pravděpodobně k tomu došlo metodou výběru respondentů. Dalším faktorem mohlo být, že fyzioterapeutky pracující v nemocnicích nejsou tolik podporovány v aktivitách mimo své místo zaměstnání. Domnívám se, že tento faktor pozitivně ovlivnil homogenitu vzorku. Výpovědi fyzioterapeutek tak budou lépe vykreslovat současnou situaci gynekologické fyzioterapie. Ambulantní fyzioterapeuti mají také s pacienty často užší kontakt než fyzioterapeuti pracující v nemocnici, díky delší časové dotaci a nerotujícímu personálu.

### 2.4.2 Sběr dat

Po prostudování obecných témat v gynekologické fyzioterapii jsem sestavila *seznam otázek* (Příloha č. 2), který jsem prodiskutovala s konzultantkou a vedoucí práce. Seznam jsem dále upravila podle jejich poznatků a odeslala k nahlédnutí potenciálním respondentům. Podle otázek jsem stanovila hypotézy. V lednu 2024 jsem respondenty znovu písemně kontaktovala z důvodu domluvy termínů rozhovorů

a podpisu *Informovaného souhlasu* (Příloha č. 1). Rozhovory byly vedeny online na platformě Zoom, byly s jejich svolením nahrávány platformou a mým diktafonem (jako prevence ztráty dat). Doba trvání každého rozhovoru se pohybovala kolem 30 minut. Před pokládáním připravených otázek jsem se snažila vytvořit příjemné, komfortní prostředí. Při rozhovoru jsem se držela osnovy připravených otázek, občas jsem se zeptala na doplňující otázku a snažila se dávat prostor pro jejich odpovědi. Osvědčila se mi metoda parafrázování, kdy jsem opětovně formulovala obsah odpovědi respondenta s cílem potvrdit si porozumění v případě nejasné či složité odpovědi. Na konci rozhovoru jsem dala respondentkám prostor k doplnění tématu. Audiozáznam jsem nahrála na online přepisovací software *Transkriptor.com*, který pomocí technologie A.I. přepisuje mluvené slovo do textového formátu. Následně jsem provedla korekturu přepsaného textu, protože přepis nebyl zcela spolehlivý.

### **2.4.3 Analýza dat**

Vzhledem k tomu, jak se rozhovory a struktura dotazů vyvinuly, jsem nakonec přistoupila ke smíšenému typu analýzy. Odpovědi jsem analyzovala kvalitativní metodou prvotního kódování. To znamená, že jsem hledala opakující se témata napříč všemi rozhovory a označovala je štítky. Některé vybrané odpovědi jsem kvantifikovala, abych mohla vyvrátit či potvrdit hypotézy vyplývající z předem připravených otázek. Kvantifikování dat je metoda, kterou výzkumníci převádějí data do číselné podoby a podrobují je statistické analýze (Babbie, 2016). Dále jsem pomocí kódování určila několik okruhů, kde jsem popsala, proč jsem si daný okruh vybrala, citovala respondenty a závěrem téma shrnula. Pro zachování anonymity a ochrany respondentů jsem se rozhodla jejich jména nespojovat s jejich výpověďmi a náhodně je očíslovat od 1 do 7. Také jsem mluvené slovo přepsala do psaného formátu.

### **2.4.4 Použité metody**

#### **Snowball sampling method (Technika sněhové koule)**

Metoda "Sněhová koule" postupně přidává respondenty na základě doporučení předchozích účastníků. Tato technika se zaměřuje na rozšíření poznání problému a teoretické nasycenosti vzorku, nikoliv na dosažení reprezentativnosti vzorku (Vojtíšek, 2012).

### **Coding (Kódování)**

Kódování je proces transformace surových dat do standardizovaného formátu. V obsahové analýze jsou komunikace, ústní, písemné nebo jiné, kódovány nebo klasifikovány podle nějakého konceptuálního rámce (Babbie, 2016).

### **Rozdíl mezi kvantitativní a kvalitativní analýzou**

Kvantitativní analýza se zaměřuje na sběr a interpretaci dat ve formě čísel, zatímco kvalitativní analýza se soustředí na sběr a interpretaci dat ve formě slov, obrázků nebo jiných nestrukturovaných forem. Kvantitativní analýza se obvykle používá k měření a kvantifikaci jevů, zatímco kvalitativní analýza se zaměřuje na porozumění hloubce a kontextu jevů. Kvantitativní analýza často využívá statistické metody a matematické modely, zatímco kvalitativní analýza se spoléhá na interpretativní přístup a kvalitativní metody jako jsou tematická analýza, kódování, fenomenologická analýza nebo grounded theory (metoda zakotvené teorie) (Babbie, 2016).

### **Polostrukturovaný rozhovor**

Metodika polostrukturovaného rozhovoru zahrnuje postup, který výzkumníci následují při provádění této metody sběru dat. Níže je obecný rámec metodiky polostrukturovaného rozhovoru:

1. Definice cílů: Určení hlavních cílů rozhovoru a otázek, které povedou k získání potřebných informací.
2. Výběr respondentů: Identifikace vhodných respondentů pro rozhovor na základě specifikací výzkumu.
3. Příprava otázek: Sestavení seznamu otázek, které zahrnují jak strukturované (konkrétní a uzavřené), tak i otevřené otázky (umožňující rozvoj odpovědi).
4. Testování otázek: Případné testování otázek před samotným rozhovorem na malém vzorku, aby se zjistilo, zda jsou otázky jasné a efektivní.
5. Zahájení rozhovoru: Přivítání respondenta, představení cílů rozhovoru a získání souhlasu k nahrávání (pokud je to vhodné).
6. Strukturovaná část: Postup podle pevně daných otázek, abychom zajistili pokrytí klíčových témat. Výzkumník se může řídit předem daným scénářem.

7. Otevřená část: Poskytnutí prostoru pro respondenta, aby sdílel další myšlenky, názory nebo informace, které by mohly být mimo rámec strukturovaných otázek.
8. Aktivní poslech a sondování: Výzkumník aktivně poslouchá odpovědi, klade následující otázky na základě respondentových reakcí a sonduje hlouběji, aby porozuměl kontextu.
9. Závěr: Poděkování respondentovi za účast, shrnutí klíčových bodů a případné poskytnutí informací o dalším postupu (např. pokud je to součástí výzkumného procesu).
10. Analýza dat: Převedení získaných dat do analyzovatelné formy, často s využitím kódování nebo jiných metod kategorizace.

Metodika polostrukturovaného rozhovoru nabízí rovnováhu mezi předem stanovenými otázkami a flexibilitou, což umožňuje výzkumníkovi získat hlubší porozumění tématu a zajímavé náhledy od respondentů (Zandlová, 2020).

## 2.5 Výsledky

### Seznam respondentek:

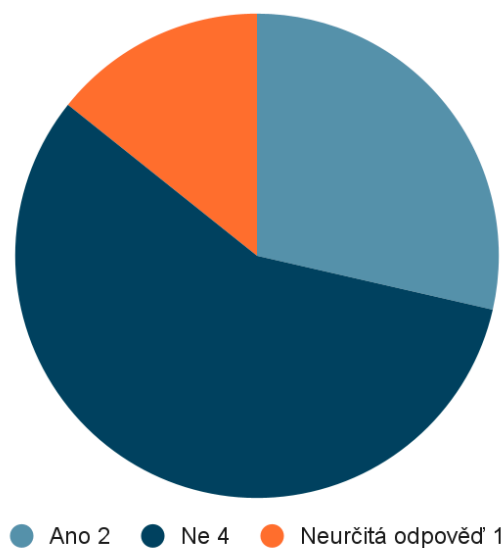
- Mgr. Veronika Čiháková, 10-15 let praxe urogynekologické fyzioterapie
- Mgr. Lucie Frickerová, 6 let praxe urogynekologické fyzioterapie
- Mgr. Michaela Havlíčková, 14 let praxe urogynekologické fyzioterapie
- PhDr. Michaela Prokešová, Ph.D., 27 let praxe urogynekologické fyzioterapie
- Bc. Mgr. Pavla Ptáčková, 5 let praxe urogynekologické fyzioterapie
- Mgr. Tereza Sikorová, 5 let praxe urogynekologické fyzioterapie
- Mgr. Hana Žáková, Ph.D., 8 let praxe urogynekologické fyzioterapie

### 2.5.1 Kvantitativní část

**H1: Více jak polovina respondentů shledává začátky v tomto odvětví fyzioterapie jako obtížné.**

Ve výzkumu jsem se zaměřila na vnímání začátků v oblasti fyzioterapie mezi respondenty. Hypotéza, kterou jsem zkoumala, tvrdila, že více než polovina respondentů bude považovat začátky v této oblasti za obtížné. Nicméně, na základě analýzy rozhovorů jsem zjistila, že tuto hypotézu nelze potvrdit (viz graf č. 1). Pouze 2 respondenti označili začátky v oblasti fyzioterapie jako obtížné, zatímco 4 respondenti uvedli, že je jako obtížné neshledávají. Jeden respondent odpověděl neurčitě. Tímto jsem vyvrátila hypotézu o více než polovině respondentů považujících začátky v oblasti fyzioterapie za obtížné.

Graf č. 1 - Připadaly Vám začátky v gynekologické fyzioterapii obtížné?



## **H2: Fyzioterapeuti se v dané problematice dále vzdělávají.**

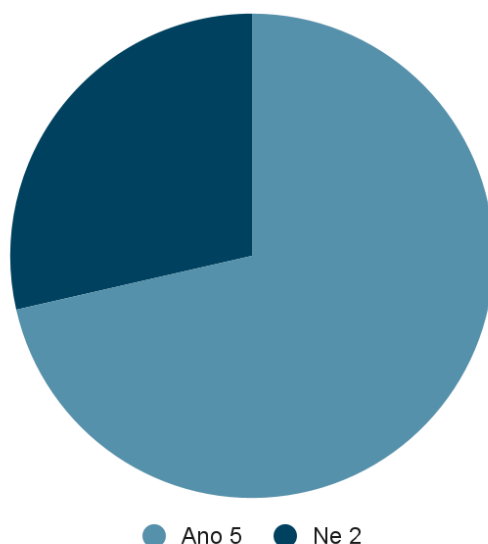
V další otázce jsem se zaměřila na míru dalšího vzdělávání fyzioterapeutů v dané problematice. Na základě analýzy dat jsem potvrdila hypotézu, že fyzioterapeuti se v dané oblasti aktivně dále vzdělávají. Z výsledků vyplývá, že všichni fyzioterapeuti pravidelně navštěvují odborné semináře, kurzy a konference zaměřené na rozvoj jejich znalostí a dovedností v dané oblasti. Čtou články a studie z databází, jako je *Pubmed* a *Science direct*. Naopak zmiňují, že knihy moc k dalšímu vzdělávání nevyužívají. Mladší ročníky sledují vybrané fyzioterapeuty, doly a porodní asistentky na sociálních sítích. Je přítomno i interní vzdělávání v rámci týmu, kde si s kolegy sdílí získané informace a zkušenosti. Nejintenzivnější vzdělávání probíhá u fyzioterapeutů, kteří učí na školách, vedou bakalářské práce nebo kurzy. Potvrzení této hypotézy naznačuje, že fyzioterapeuti si uvědomují důležitost kontinuálního celoživotního vzdělávání a aktivně se snaží zlepšovat své profesní dovednosti.



### **H3: Dostupnost dalšího vzdělávání v oblasti gynekologické fyzioterapie bude fyzioterapeutům připadat dostatečná.**

Na základě dat nelze potvrdit hypotézu H3, která tvrdí, že fyzioterapeuti budou vnímat dostupnost dalšího vzdělávání v oblasti gynekologické fyzioterapie jako dostatečnou. Z analýzy dat sice vyplývá, že pět ze sedmi dotazovaných fyzioterapeutů uvádí, že jim připadá dostupnost dalšího vzdělávání dostatečná (viz graf č. 2). Nicméně, během rozhovorů se ukázalo, že existují určité nedostatky či potřeby ve stávající nabídce vzdělávacích možností. Respondenti 1, 2 a 5 vyjádřili potřebu propojení s dalšími zdravotnickými obory a lékaři. Respondenti 3 a 6 zmínili, že jim chybí propojení s osteopatií. Dále respondenti 2 a 4 identifikovali problém s převahou zájemců nad kapacitou kurzů. Respondentovi 2 chybí diagnostická složka, konkrétně schopnost práce s ultrazvukem. Tyto poznatky naznačují, že ačkoliv někteří fyzioterapeuti mohou považovat dostupnost vzdělávání za dostatečnou, existují specifické potřeby a oblasti, které by mohly být v nabídce vzdělávacích kurzů doplněny či zlepšeny. Tímto je hypotéza H3 vyvrácena.

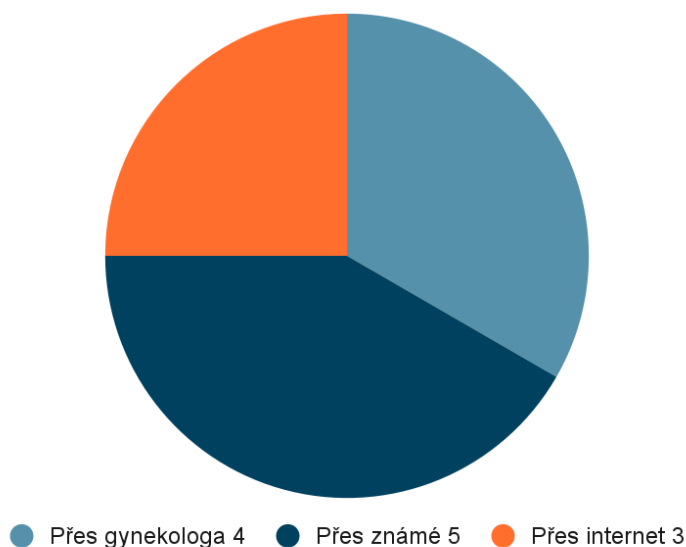
**Graf č. 2 - Považujete dostupnost dalšího vzdělávání za dostatečnou?**



#### **H4: Ženy se dozívádají o gynekologické fyzioterapii pŕedevším od svých gynekologů.**

Na základě dat (viz graf č. 3) lze jednoznačně vyvrátit hypotézu H4, která tvrdí, že ženy se dozívádají o gynekologické fyzioterapii pŕedevším od svých gynekologů. Čtyři ze sedmi respondentů sice uvedlo, že doporučení od gynekologů je jeden ze způsobů, kterým se pacientky dozívádají o možnostech fyzioterapie, ale nepŕedstavuje to hlavní pŕisun pacientek. Naopak, více než polovina dotazovaných respondentů (5 ze 7) uvedlo, že se pacientky o gynekologické fyzioterapii dozívádají pŕedevším pŕostřednictvím doporučení od svých známých. Tři ze sedmi také zmínilo, že informace o této formě péče získávají pacientky pŕostřednictvím vyhledávání na internetu, z reklamy nebo ze sociálních sítí. Tyto výsledky jasně ukazují, že gynekologové nejsou hlavním zdrojem informací o gynekologické fyzioterapii pro většinu pacientek.

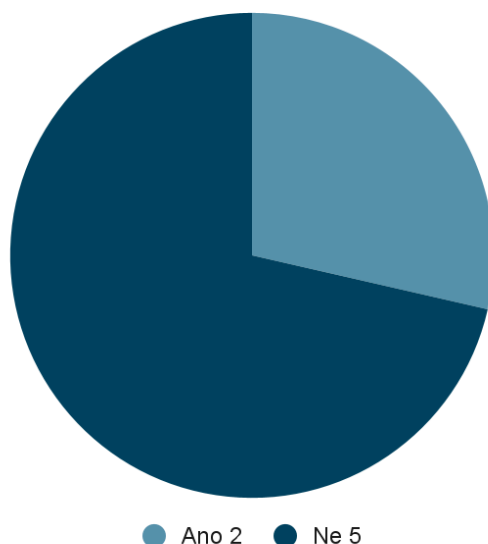
**Graf č. 3 - Jakým způsobem se o Vás pacientky nejčastěji dozívádí?**



**H5: Všichni fyzioterapeuti budou vnímat dostupnost gynekologické fyzioterapie jako nedostatečnou.**

Z výsledků (viz graf č. 4) vyplývá, že více jak polovina respondentů (5 ze 7) vnímá dostupnost gynekologické fyzioterapie jako nedostatečnou. Respondenti zdůraznili, že hlavním důvodem jejich odpovědi je neinformovanost lékařů. Jeden respondent uvádí, že vnímá dostupnost péče jako závislou na lokaci a typu problémů. Pouze jeden respondent považuje dostupnost za dostatečnou. Tímto je vyvrácena hypotéza H5.

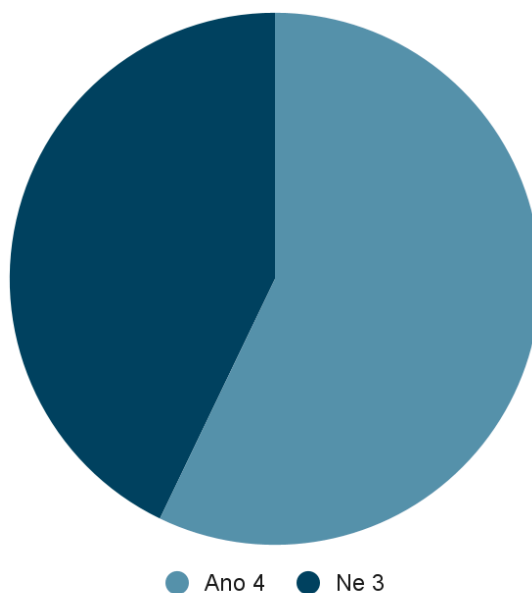
Graf č. 4 - Považujete dostupnost gynekologické fyzioterapie za dostatečnou?



**H6: Více jak polovina respondentů si bude přizpůsobovat a modifikovat naučené metody z kurzů.**

Na základě dat (viz graf č. 5) lze hypotézu potvrdit. Zjištění naznačují, že více jak polovina respondentů (4 ze 7) uvádí, že si modifikují naučené metody podle svých zkušeností a potřeb pacientů. Tři ze sedmi respondentů pak uvádí, že sice nemodifikují metody, ale upravují si výběr prvků nebo kombinují různé metody. Tato data ukazují, že většina fyzioterapeutů adaptuje a upravuje naučené metody z kurzů, což potvrzuje hypotézu H6.

Graf č. 5 - Modifikujete si naučené metody?



### 2.5.2 Kvalitativní část

V rozhovorech mě především zajímalo, jak fyzioterapeuti řeší jednotlivé diagnózy, proto jsem se jich ptala na otázku *Jaké metody či postupy volí při řešení inkontinence, problémové menstruace, endometriózy, funkční sterility, bolestí v těhotenství, poporodní rehabilitaci, problematických jizev a diastázy*. Předpokládala jsem, že dostanu podrobný návod, podle kterého bych se případně mohla řídit i já jako začínající fyzioterapeut.

Fyzioterapeutka 5 však zdůrazňuje, že neexistuje jedna univerzální metoda nebo postup pro léčbu konkrétních diagnóz a poukazuje na důležitost individuálního přístupu a vytváření terapie z různých prvků v závislosti na konkrétní situaci pacientky: *„Nelze vypíchnout jakoby jednu metodu nebo jeden koncept. Když jsem dělala v roce 2014 literární rešerši třeba na diastázu, tak neexistuje specifický cvik nebo koncept nebo metoda, rozumíte. Zrovna tak neexistuje koncept nebo metoda, kterou můžete nejlépe využít na poruchu pánevního dna. Toto neexistuje. A myslím si, že to ani nebude objeveno, protože tam je hrozně důležitý, že když se pochopí ta diagnóza, tak si to ten terapeut může naskládat vlastně z těch jednotlivých prvků.“*

Naopak fyzioterapeutka 7 popisuje, že se při řešení problémů pacientů zaměřuje na individuální vyšetření a hodnocení, používá různé terapeutické techniky a přizpůsobuje je potřebám každého jednotlivého klienta: *„No to je těžké, my prostě každou ženu hlavně vyzpovídáme a jdeme hodně po starých úrazech. Pády na kostrč, autonehody, tvrdé dopady na nohy. Pracujeme hodně s fasciemi a s jizvami, které právě bývají původce obtíží i včetně třeba úniku moči. Hodně ošetřujeme jizvy po nástřizích a císařských řezech, které opět můžou způsobovat problémy s pánevním dnem. Stažené pánevní dno, bolestivý styk a tak. Takže ono jako my nevolíme jednu metodu přesně pro tuhle klientku. My si ji vyšetříme a třeba často přijdeme na to, že sice přišla s bolestivým pohlavním stykem, ale vůbec se do pánevního dna nemusíme podívat, protože její kyčle jsou úplně na bodu mrazu s rotacemi a kyčel nám ukáže na nohu. Zjistíme, že byl pětkrát zvrtnutý kotník, podoskop nám ukáže, že se nezapojuje noha a najednou je během pár měsíců všechno v pořádku a na pánevní dno jsme nemuseli šáhnout.“*

Fyzioterapeutka 3 také zdůrazňuje individuální přístup, kdy volí terapeutické techniky v závislosti na logice a potřebách každého klienta: „*Je to strašně individuální. Používám to, co umím logicky, takže prostě opravdu hodně viscerálka nebo osteopatické techniky, fasciální.. pracuju hodně s jógou. Dlouho už pracuju s konceptem spirální dynamiky. Záleží, kdo přijde a s čím přijde a jak vypadá jakoby obecně ten pohyb.*”

Základním sdělením těchto odpovědí je, že fyzioterapeuti přistupují k léčbě individuálně a flexibilně podle potřeb každého pacienta. Neexistuje jedna univerzální metoda nebo postup pro řešení konkrétních diagnóz, a proto terapeuti kombinují různé techniky a přístupy v závislosti na specifických potřebách a klinickém obrazu každého pacienta. I přes zmíněné se mi podařilo od několika fyzioterapeutů získat alespoň přibližný výběr metod k jednotlivým nejčastěji řešeným problémům.

### **Inkontinence**

Z vědomostí nabitých během studia bych předpokládala, že se problém inkontinence řeší především ošetřením a posílením pánevního dna, jak uvedla fyzioterapeutka 2: „*V zásadě vyšetření a ošetření svalů pánevního dna. A potom pokud je tam OAB syndrom, tak spíš práce opravdu posilování svalů pánevního dna, výdrž a tak podobně. Využívám biofeedback a občas elektrostimulaci.*”

Překvapila mě odpověď fyzioterapeutky 1, která upozorňuje na možné souvislosti inkontinence se zjizvením a jizvami v oblasti pánevního dna a klade důraz na ošetření těchto jizev: „*U těch inkontinencí může být nějaký zjizevnatění. U častých zánětů, které proběhly v minulosti, nebo někdy mívají nějaký rozšiřování močové trubice v dětství, nebo odstraňování nějakých cyst z oblasti toho pánevního dna, takže tam se hodně jako ošetřují jizvy jako takový.*”

Dále se od fyzioterapeutky 6 dozvídám o dalších metodách využitelných u řešení tohoto častého problému u žen: „*Kombinuji jak viscereálku, tak DNS asi tak jako nej.. a spiraldynamik. A klasicky Kegel.*”

Tyto odpovědi ukazují, že fyzioterapeuti přistupují k léčbě inkontinence individuálně a kombinují různé terapeutické přístupy podle potřeb jednotlivých pacientek.

## **Problémová menstruace**

Jako hlavní metodu využívanou u problémové menstruace jsem očekávala metodu Ludmily Mojžíšové, včetně uvolnění pánevního dna per rectum, a měkké techniky podle MUDr. Karla Lewita.

Fyzioterapeutka 2 zdůrazňuje využití mobilizace a měkkých technik při léčbě problémů souvisejících s menstruačním cyklem: *„Klasicky mobilizace, měkké techniky a víc tam šahám po viscerálních technikách, včetně interních technik. Jo, to je taková záležitost a Mojžíšovou asi často. A z těch posturálních zase podle kineziologického vyšetření.“*

Dále využívá prvky metody Ludmily Mojžíšové stejně jako fyzioterapeutka 1: *„U menstruačního cyklu hodně ošetření viscer, viscerální manipulaci, případně péči o jizvy. A pak klasika někdy opravdu jako sáhnu po klasické metodě Mojžíšový, kdy jim ukážu cvičení, aby měly aspoň nějaký pravidelný cvičení v tomhleto ohledu, když necvičí pravidelně.“*

Fyzioterapeutka 6 uvádí, že při léčbě prioritně využívá viscerální terapii a metodu Stecco. Dále se zaměřuje na ošetření pánevního dna a aplikuje funkční přístup, který zahrnuje navnámání těla pacientkou a spirální dynamiku: *„Používám viscerálku, Stecca prioritně a pak ošetření pánevního dna. Podle toho, co je potřeba, jestli per vaginam nebo per rectum. A tam ráda pracuju forma funkce jako navnámání a spiraldynamik.“*

Tím jsem si potvrdila domněnku o využití metody Ludmily Mojžíšové, včetně ošetření pánevního dna interními technikami, a užitím měkkých technik dle Lewita. Zjistila jsem, že fyzioterapeutky rády využívají techniky viscerální manipulace, kterými jsou schopné pracovat s vnitřními orgány. K viscerální manipulaci se dále vyjadřují fyzioterapeutky 3 a 2 v kapitole *Možné mezery fyzioterapie v České republice*, které uvádí, že je to metoda, kterou v současnosti rády realizují a kterou v pregraduální výuce postrádají.

## Endometrióza

U terapie žen s endometriózou jsem se domnívala, že se využívá podobných technik, jako u žen s problémovým menstruačním cyklem, tedy využití metody Ludmily Mojžíšové, ošetření pánevního dna, mobilizace a měkké techniky.

Fyzioterapeutka 2 zdůrazňuje primární využití viscerální terapie, což naznačuje důležitost manipulace s vnitřními orgány pro zmírnění symptomů endometriózy. Zároveň uvádí použití měkkých technik, mobilizace a posturální terapie, což poukazuje na snahu o uvolnění svalového napětí a zlepšení držení těla. Je zajímavé, že zmiňuje také relaxační techniky, jako jsou Feldenkrais nebo Jacobsonova progresivní svalová relaxace, což naznačuje důraz na celkové uvolnění těla a snížení stresu spojeného s endometriózou: *„Za mě základ Viscerální techniky, fasciálkou šáhám taky a měkké techniky, mobilizace a nějaký posturální terapie to taky. Co tam ještě děláme? Já se s nima hodně bavím i třeba o nějakých relaxačních technikách. Jo, to znamená, že třeba šáhnu buď pro Feldenkraise nebo Jacobsona nebo některý imaginace.“*

Fyzioterapeutka 6 také klade důraz na viscerální terapii jako primární metodu léčby endometriózy. Zmiňuje i ošetření pánevního dna, spirální dynamiku a v případě neúspěchu terapie užívá techniku fasciální manipulace, neboli Stecca, ze vzdálených bodů: *„Primárně je viscerálka určitě, zase to ošetření pánevního dna, spiraldynamik a když mi nezabírá nic, tak prostě použiju Stecca ze vzdálených bodů. Tam mi to docela pěkně reaguje.. a Mojžu.“*

Obě odpovědi obsahují individualizaci přístupu k léčbě endometriózy, kdy fyzioterapeuti volí metody a techniky v závislosti na konkrétních potřebách pacientek. Tato individualizace je důležitá pro efektivní řízení symptomů a zlepšení kvality života pacientek s endometriózou. Stejně jako u problémové menstruace využívají fyzioterapeutky techniky viscerální manipulace, která pracuje s napětím závěsů vnitřních orgánů.



## **Funkční sterilita**

Dále mě zajímalo, zda fyzioterapeutky u žen s funkční sterilitou používají pouze metodu Ludmily Mojžíšové, nebo ji kombinují i s jinými metodami.

Fyzioterapeutka 2 zdůrazňuje využití metody Ludmily Mojžíšové, jako základního terapeutického postupu, který pacientky znají a cíleně vyhledávají. Tuto metodu kombinuje s dalšími terapeutickými přístupy, kterými jsou mobilizace, fasciální manipulace, viscerální terapie, DNS a jóga, přizpůsobené individuálním potřebám klientek: *„Tam jako.. upřímně jedna z mála věcí, kde začnu a hodně dávám do popředí Mojžíšovou prostě, protože ty ženy to znají a chodí si za tím, že chtějí Mojžíšovou. Takže já jí trošku zmodifikuji, udělám tam zase klasicky mobilizace, to tam patří vždycky, viscerálky patří vždycky, fasciálky někdy, podle toho, co tam najdu. A pak teda jako jednu z věcí, kde tam kombinuju DNS, Mojžíšovou a jógu.“*

Fyzioterapeutka 1 také zdůrazňuje využití Mojžíšovy metody jako součásti komplexní léčby. Popisuje ji jako jednu z fází léčby, která je doplněna dalšími terapeutickými postupy, jako jsou viscerální terapie, ošetření jizev a terapie pánevního dna. Zdůrazňuje také důležitost časování terapie v období ovulace, aby byla co nejúčinnější: *„U funkční ženské sterility je to takový asi nejkompexnější. A tam opravdu od tý viscerálky, ošetření jizev, pak Mojžíšovou, pak i ošetření pánevního dna vnitřními technikami a tam se snažím to cílit hodně na to do období ovulace, aby tam ta výnosnost z toho ošetření byla co největší. To znamená pak se snažej přirozeně nebo se chystají na nějaký ty umělé cesty.. inseminace nebo IVF, embryo transfer a tak dále.“*

Fyzioterapeutka 6 naznačuje, že přístup zaměřený pouze na metodiku Mojžíšové se může jevit jako nedostatečný, protože současné ženy vyžadují komplexnější léčbu zahrnující i jiné prvky. Její pohled na striktní aplikaci této metody se neshoduje s potřebami současné populace žen. Tento názor je sdílen i mezi jejími mladšími kolegyněmi. Tato odpověď ukazuje na potřebu flexibilního a komplexního přístupu k léčbě pacientek. *„Ženy v naší době potřebují jakoby trošku jiné prvky, jo? A třeba mě už přijde úplně jak bych byla bez pravé ruky, když bych jí měla jenom ošetřit pánevní dno nebo odblokovat kostrč a neuvolnit jim dělohu, střeva, močový měchýř... Ale jakože Mojža, taková ta striktní, mi přijde za prvé moc urputná a na dnešní ženy není už moc stavěná. Ale to je jako můj pohled, který třeba se aj shoduje s mými mladšími kolegyněmi, ty starší asi ne vždycky.“*

Celkově lze konstatovat, že metoda Ludmily Mojžíšové je stále důležitou součástí fyzioterapeutické léčby ženské funkční sterility. V současnosti je ale kombinována i s dalšími terapeutickými přístupy v rámci individuálního přístupu k pacientkám.

## **Fyzioterapeutické postupy u žen v průběhu těhotenství**

Na téma fyzioterapie v těhotenství jsem se fyzioterapeutek ptala především z důvodu vlastního zájmu. Při výuce jsme se rehabilitaci těhotných žen jen zlehka dotkli v návaznosti s kontraindikacemi u vyučovaných metod a proto mě zajímal hlubší vhled do této problematiky. Fyzioterapie žen v průběhu těhotenství je také nedílnou součástí gynekologické fyzioterapie, které se tato práce věnuje.

Fyzioterapeutka 7 se zaměřuje na přípravu žen na porod a prevenci komplikací, jako je diastáza nebo únik moči. Klade důraz na spolupráci s dylami a porodními asistentkami a podporuje ženy v porodních polohách, které jsou biomechanicky příznivé: *„Připravujeme je celé těhotenství k tomu, aby ten porod byl plynulý a hladký. Učíme tu ženu, jak předejít nějaké diastáze poporodní, jak předejít úniku moči, učíme je cvičit, učíme je šátkovat břicho před porodem, uvolňujeme per rectum, per vaginam a připravujeme je k porodu. Spolupracujeme i s dylama, porodními asistentkami takže, když ty ženy mají nějakou svojí porodní asistentku, tak si ji třeba na poslední terapii přivedou a my jim ukazujeme právě, jak pracovat v rámci biomechaniky pánve.“*

Fyzioterapeutka 2 se zaměřuje na individuální přístup v průběhu těhotenství. Prioritou je prevence a úprava postury, tonizace břišní stěny, zlepšení mobility páteře a podpora nožní klenby. Při bolestech volí techniky podle specifických potřeb a obtíží. V prvním trimestru klade důraz spíše na poradenství. V průběhu celého těhotenství podporuje pohyb a kondici a poskytuje konzultace ohledně sportu a pozice plodu. Její přístup je založen na individuálním hodnocení a přizpůsobení léčby potřebám každé ženy: *„V zásadě je to úprava postury, trošku pracuju s tonizací břišní stěny, jak na to, co dělat a nedělat, s mobilitou hrudní páteře, případně bederní páteře a s klenbou nohy jo, aby se nebortila klenba. Když má nějaký trable, to znamená, přichází s nějakou bolestí, tak taky záleží, jaký druh bolesti to je, co jí trápí.. teda předpokládám ve fyziologickém těhotenství, to znamená, není tam žádný další jinej výskyt obtíží. A co se*

*týká ošetření interními technikama, obecně volím zevní techniky, který když prostě nefungují nepomáhají, tak se teprve kloním k interním technikám. Jediná výjimka, když ty ženy přichází tak 3 týdny před porodem a když je to žena, která měla nějaký špatný porod, mívá bolesti v pánevní dnu nebo kostrče, bývá staženější, mívá symptomy, který vedou k tomu, že ta pánev je stažená, tak tam preferuji rovnou ošetřit, i když by přišla poprvé, interní technikou. Naopak v tom 1. trimestru ty interní techniky v podstatě skoro nevolím. Velmi výjimečně. Takže tam je spíš i poradenství, co teda ty ženy potřebují stran pohybu, sportu. To dělám taky všechny 3 trimestry. Ke konci se snažím si vypalpat dítě v děloze, jak je uložený, nějaký napětí. Podpořit tu ženu v tom, aby opravdu šla s dobrou kondicí, to znamená opravdu celou dobu i to kondiční cvičení.”*

Fyzioterapeutka 1 využívá osteopatické techniky, práci s hrudníkem a pánevním dnem a také tradiční rebozo techniky: *„Těhotenství tam hodně používám nějaké osteopatické přístup, co jsem absolvovala, takže ošetření vazů. Tam je hodně i práce s hrudníkem a pánevním dnem, rebozo techniky a určitě i ošetření pánevního dna někdy, není to vždy.”*

Fyzioterapeutka 6 kombinuje různé terapeutické přístupy, včetně spirální dynamiky, DNS a formu funkce. Klade důraz na navození vnímání pánve a pánevního dna, relaxaci a odblokování kostrče, což je důležité pro plynulý průběh porodu: *„Používám spiraldynamik, DNS, to je nejčastější. A potom používám formu funkci, kdybysme se bavili nějaký 1., 2. trimestr, potom v tom závěrečném ještě někdy používám prvky na ledviny z viscerálky, když mají bolesti zad a na konci potom vlastně ještě do toho přesně přidáme nějaké ošetření pánevního dna, takže nějakou sestavu ošetření žeber a všeho postupně od Mojži s přípravou na porod a navnímání. Ano, to tam vlastně potom kombinuji přesně jako navnímání pánve a pánevního dna, relaxační techniky a vrcholí to vlastně tím ošetřením toho pánevního dna odblokováním té kostrče nebo dle potřeb ženy.”*

Tato variabilita přístupů ukazuje, že fyzioterapeuti mají širokou škálu nástrojů a technik, které mohou použít k podpoře zdraví a pohody žen během těhotenství. Jejich práce se zaměřuje nejen na fyzické, ale i na psychické potřeby těhotných žen.

V rámci rehabilitace v těhotenství se často řeší i **poloha uložení dítěte v děloze**, která má vliv na průběh porodu. Polohu dítěte lze ovlivnit zevně manuálními technikami, Rebozo technikami, nebo metodou Spinning Babies. Zajímalo mě, jak tato specifická forma rehabilitace přibližně probíhá.

Fyzioterapeutka 2 popisuje celkový přístup k rehabilitaci těhotných žen s ohledem na polohu dítěte v děloze, kde se zaměřuje na úpravu napětí tkání v těle matky a postavení pánve, a doporučuje inverzní polohy. Upozorňuje na rozdíl mezi fyzioterapeutickým přístupem k ovlivnění polohy dítěte a vnitřními či zevními obraty, které patří pouze do rukou lékaře s kontrolou ultrazvukem: *„Pokud ta žena řeší polohu svého plodu, který není úplně optimální, v podstatě upravím okolí, to znamená upravím tu maminku. Když jsou tam hypertony, ať už jsou to jizvy, ať už jsou to ligamenta terez uterii k protažení ošetření, ať už je to nesprávné napětí břišní stěny, který začíná samozřejmě vzadu, to znamená teda lumbální fascie a dál dopředu, hrudník. Popracujeme si trošku s pozicí pánve a tak jak se to dělá. To znamená žádný vnitřní obraty, že bych dělala, nebo zevní obraty, patří pouze do rukou lékaře, a to pouze pod ultrazvukem. Jo, jinak to ošetření tý maminky ve chvíli, kdy udělám a doporučím samozřejmě inverzní polohy. Který dost často vedou, i mě v ordinaci se podařilo, že se dítě otočí. Ale není to, že bych já manipulovala dítětem v žádném případě.“*

Fyzioterapeutka 7 zdůrazňuje význam vytváření prostoru pro přetočení dítěte a identifikuje faktory, jako je špatná postura, nebo decentralizace břicha, které mohou zabránit optimální poloze dítěte: *„Pouze vytváříme prostor, aby se miminko chtělo přetočit. Často se nepřetáčí, protože se žena hodně hrbí a žebrama zabírá právě tu oblast břicha, děloha nemůže dostatečně vystoupat nahoru, nebo je tam špatné postavení pánve, nebo právě to decentralizované břicho.“*

Fyzioterapeutka 4 zdůrazňuje důležitost ovlivňování napětí tkání a vazů s cílem vytvoření prostoru pro dítě a podporu jeho optimální polohy: *„Samozřejmě k tomu přistupujeme hodně s pokorou a těm ženám vždycky vysvětlujeme, že zkusíme optimalizovat napětí tkání a napětí vazů děložních a ovlivnit to, co se nám zdá, že není v normotonu, nebo v normě z hlediska rozsahu pohybu a vždycky to vysvětlujeme tak, že to eventuálně může vést k tomu, že to dítě si udělá prostor a zaujme třeba z našeho pohledu výhodnější polohu, to znamená hlavou dolů a v tom zadním postavení.“*

Fyzioterapeutka 3 také hledá možný prostor pro změnu polohy dítěte, avšak zdůrazňuje, že to nemusí vždy vést ke změně polohy: „*Snažím se dívat, kde ten prostor chybí tomu mimču, kde by se dal prostě najít a co by se dalo ovlivnit, aby se to postavení mohlo změnit, ale neznamená to, že se vždycky změní a je to prostě zase strašně individuální.*”

Fyzioterapeutka 6 používá rebozo techniky a vzdělává ženy o metodě Spinning Babies s cílem vytvořit prostor pro dítě, aby si mohlo vybrat vhodnější polohu: „*Dělám Rebozo, kdy uvolním dělohu a dělám i edukuju je o Spinning Babies. Když to miminko je v KP nebo nějak, tak pracuju i s tímhle, abych vytvořila ten prostor, to miminko si už pak vybere.*”

Fyzioterapeutka 1 se zaměřuje na instruování žen do specifických poloh z metody Spinning babies, které mohou podpořit přirozené přetočení dítěte: „*Snažím se je zainstruovat do reverzních poloh, to znamená nějaký ty polo stojky, pozice jako v tom bridgi v mostě, kdy mají podloženou pánev tak, aby pánev vždy byla výš než hlava. No a nebo pak je to ta koleno loketní pozice, taky kdy vlastně ta žena je na čtyřech a opírá se o předloktí, takže zase má pánev výš než než hlavu.*”

V rámci rehabilitace v těhotenství je důležité nejen pečovat o zdraví matky, ale také optimalizovat polohu dítěte v děloze, což může ovlivnit průběh porodu. Fyzioterapeutka 2 zdůrazňuje komplexní přístup k rehabilitaci, kde se zaměřuje na úpravu napětí v těle matky s ohledem na postavení pánevních struktur a podporu inverzních poloh. Fyzioterapeutky 7, 4 a 3 zdůrazňují důležitost vytváření prostoru pro dítě a hledání možností pro změnu jeho polohy. Fyzioterapeutky 6 a 1 využívají rebozo techniky a metodu Spinning Babies, které mohou podpořit přirozené přetočení dítěte.

## Poporodní rehabilitace

Fyzioterapeutka 2 zdůrazňuje péči o jizvy, která hraje klíčovou roli v poporodní rehabilitaci. Popisuje metodiky, jak pracovat s čerstvými jizvami, včetně inhibice fibroblastů a terapie pomocí laserového ošetření. Tato péče je zaměřena na zmírnění napětí kolem jizvy a zlepšení její flexibility, což může přispět k efektivnějšímu hojení: *„Nejčastěji je to trable s jizvou, to znamená, zabýváme se jizvou a takový základní zase poradenství, polohování, co dělat, nedělat, jak s tím pánevním dnem. Když jsou čerstvé akutní jizvy hodně pracují všechno směrem k jizvě, aby se upravilo napětí. To znamená, aby mi fibroblasty trochu inhibovaly, a to v té době, kdy to má být, to znamená opravdu čerstvě po porodu, respektive čerstvě po sešití, ať už je to císařský řez nebo nějaká epizotomie nebo trhlina. No a pak pracujeme velmi šetrně, s těma jizvama nebolestivě do nějakých pohybů protažení, odlehčení. A samozřejmě i úpravou napětí okolí, to znamená adduktory a tak dále. Ty tahaj za tu jizvu mnohdy. Na jizvy občas laser, když je ta jizva hodně stažená, tak v určitý fázi to znamená buď na začátek na zahojení a nebo až tak po těch 8 týdnech, 3 měsících tak ideálně HILT, vysokovýkonný laser.“*

Fyzioterapeutka 6 kromě péče o jizvu zdůrazňuje význam viscerální terapie a formy funkce v poporodní rehabilitaci. Tyto metody jsou zaměřeny na obnovu normální funkce pánevního dna a celkového pohybového systému. Postupně do terapeutického plánu přidává další metody, jako je DNS a terapie podle metody Mojžišové. Za důležitý prvek terapie považuje edukaci pacientek k autoterapii: *„Prioritní je viscerálka, pokud se bavíme po císaři, forma funkce, takže stimulace břišní stěny, spiraldynamik tam mám hodně ráda navádění přes ty body, jak jsou potom porodu, jak mají vypnutá ta břicha a potom postupně tam přidávám DNS až po více terapiích. A po nástřihu, tak většinou taky zase nějaké formy funkce, relaxace pánevního dna, navnímání, případně si pomůžu Mojžou, pokud jsou zablokované z vrchu a ošetření per vaginam, tam jim do toho vstoupit a nějaký edukace na doma, jak si pečovat o jizvy.“*

Fyzioterapeutka 3 poukazuje na využití podvazování šátkem i po porodu jako účinného prostředku k podpoře pánevního dna a zavínování dělohy. Tato technika může pomoci předejít problémům s pánevním dnem a podporovat jeho návrat k normální funkci: *„V tom podvazování, v té podpoře je to zase poměrně dobrá věc a vlastně se to dá i využít po tom porodu k lepšímu zavínování dělohy k stažení pánve. A právě se toho*

*hodně dá použít, když je tam ten rozestup spony stydký, tak to je prostě nejjednodušší věc s velkým efektem.*”

Fyzioterapeutka 7 zmiňuje použití cross tapingu na jizvy a plánuje rozšíření terapeutických možností o laserovou terapii a kryoterapii. Tyto metody mohou pomoci snížit bolest a zánět v oblasti jizev a podpořit celkové zotavení po porodu: *„Hodně používáme cross tapy na jizvy, celkově ty šátky a za 2 měsíce budeme mít k dispozici i laser s kryoterapií, takže ty ženy u nás budou moct také využít tady tyto.*”

Jeden z problémů po porodu, na který si ženy nejčastěji stěžují, je **diastáza**. Fyzioterapeutka 7 však zdůrazňuje, že mnoho žen uvádí diastázu, i když ji nemají. Z její zkušenosti se většina diastáz stáhne pomocí cvičení, takže lze říci, že mnoho z nich není funkčním problémem vyžadujícím chirurgické řešení. Podle respondentky je úspěch v léčbě diastáz závislý na motivaci ženy a jejím cvičebním režimu a změnách životního stylu. *„Spousta žen přijde, že má diastázu a žádnou diastázu nemá. Prostě má tam nějaký kompenzovaný rozestup, který mi vůbec neleze ven, ale prostě, žena má tendenci strkat prsty do břicha ideálně hned na porodním sále. Jako mám samozřejmě ženy s diastázama, s kýlama, hlavně po těch císařských řezech to bývá docela časté, nebo když žena hodně tlačila, měla právě ty velká břicha. U málokteré ženy jsem viděla, že je to fakt funkční problém, že by se to muselo nějak řešit operativně. Většina našich žen to vycvičila a stáhly jsme ty diastázy. Přišly jsme na to, jestli už ty diastázy třeba byly před těhotenstvím, že tam byla chyba v psychomotorickém vývoj a jako pokud žena chce a pokud cvičí, tak stáhne kteroukoliv diastázu, pokud nechce a necvičí a nezmění životní styl, no tak jde pod kudlu. Ale jinak jako je to vždycky jenom o té ženě.*”

Fyzioterapeutka 2 zdůrazňuje důležitost edukace, následovanou měkkými technikami, s důrazem na postup od zad směrem dopředu a od povrchu do hloubky. Její přístup zahrnuje cílené cvičení s ohledem na tonizaci diastázy a používání odporů k posílení okrajů linie alby a břišní stěny, přičemž klade důraz na to, aby ženy mohly cvičení provádět i doma: *„Za mě ideálně edukovat, potom jsou to měkké techniky a vždycky pracuju směrem od zad. Směrem dopředu od povrchu do hloubky to je taková jedna ze zásad a cíleně to znamená, podívám se, jaká pozice tu diastázu tonizuje, to znamená, zatahuje se.. dobrý jsou nějaký odpory na okraje linii alby a břišní stěny.*

*A opravdu to záleží, jak ta diastáza vypadá, že pracuju tak, aby se to zatáhlo. A hlavně aby ta maminka se to naučila na doma.*

Přístup fyzioterapeutka 6 je diferencovaný podle potřeb jednotlivých pacientek a stavu jejich břišní stěny, přičemž klade důraz na komplexní terapii a využívá kombinaci různých metod: „*Spiraldynamik, DNS, forma funkce a taky si pomáhám Steccem, protože oni často jsou někde stažený a to jim ten řetězec nefunguje, takže potom ta břišní stěna se nezavírá tak, jak má. Takže si pomůžu někdy Steccem a někdy i tou viscerálkou, že si to záleží, jaká ta břišní stěna je. Ale tam mám ráda zase to DNS, tam se s tím pěkně pracuje.*

Celkově lze vidět, že fyzioterapeutky přistupují k poporodní rehabilitaci velmi komplexně a využívají široké spektrum terapeutických postupů, aby podpořili ženy v procesu zotavování se po porodu a minimalizovali potenciální komplikace a nepříjemné symptomy. Nejčastěji používané techniky při poporodní rehabilitaci zahrnují laserovou terapii k péči o jizvy po císařském řezu nebo epiziotomii, šátkování k podpoře zavínování dělohy, viscerální terapii pro manipulaci s vnitřními orgány, formu funkce zaměřenou na obnovu pohybové funkce a stability těla, různorodé přístupy k rehabilitaci diastázy a poradenství ohledně péče o jizvy, správného pohybu a cvičení vhodných pro období po porodu.



## Profesionální rozvoj fyzioterapeutů

Jedno z témat, které z rozhovorů vyplynulo, byla souvislost modifikace naučených metod a přínosu kurzů pro profesi fyzioterapeutek.

Fyzioterapeutka 7 zdůrazňuje individualitu fyzioterapeutů a jejich cestu v profesním rozvoji. Podle ní jsou kurzy přínosné nejen kvůli získání nových znalostí, ale také k tomu, aby fyzioterapeuti mohli reflektovat své postupy a vytvářet vlastní koncept rehabilitace: *„Myslím si, že každý fyzioterapeut si přijde na tu svoji cestu. Každý si jezdíme na kurzy, abychom si z nich vždycky něco vzali. Je fajn, už pak třeba jenom jezdit na kurzy, sednout si a poslouchat a říct si aha, tak to bych mohla změnit a tohle vím dobře a říkám hmm a s tímhle nesouhlasím, jo? Že prostě máte ten svůj názor a vytváříte si vlastně ten svůj koncept.“*

Fyzioterapeutka 1 sdílí, že kurzy jí pomáhají v odvaze zkoušet nové přístupy. Zdůrazňuje, že si v kurzech osvojuje nové techniky a přístupy, které pak aplikuje ve své praxi: *„Kurzy mi pomáhají v tom, že jako.. jak člověk má něco najetýho. Takže se odvážím udělat to třeba trochu jinak, třeba ošetřit tu kostrč nejenom na bříše, ale ušetřit jí na zádech přes konečník.“*

Fyzioterapeutka 3 podotýká, že ne všechny informace z kurzů jsou relevantní nebo vhodné pro každého fyzioterapeuta. Zdůrazňuje, že každý si vybírá, co mu vyhovuje a co považuje za smysluplné. Tato odpověď naznačuje, že kurzy mohou být užitečné, ale je důležité, aby fyzioterapeuti uměli vybírat a kriticky hodnotit informace, které přijímají: *„Když máte kurz, že jo, tak vždycky si z toho vyndáte to, co vás jako baví, co vám přijde smysluplný a je spousta vždycky věcí v tom kurzu, který vám neseďej a nebo vám nefungujou, nebo prostě nejsou oblíbené ani váma.“*

Odpovědi fyzioterapeutek podtrhují důležitost profesního rozvoje fyzioterapeutů prostřednictvím kurzů. Každá fyzioterapeutka zdůrazňuje individuální přístup k výběru a využívání informací z kurzů, což reflektuje rozmanitost profesních potřeb a preferencí. Kurzy nejen poskytují nové znalosti a dovednosti, ale také podporují fyzioterapeuty v modifikaci svých metod a vytváření vlastních přístupů k rehabilitaci. Je důležité, aby fyzioterapeuti byli schopni kriticky posuzovat informace z kurzů a aplikovat je s ohledem na specifika a potřeby svých klientek.

## Spolupráce s gynekology a dalšími lékaři

Na téma spolupráce s gynekology jsem se fyzioterapeutek cíleně neptala, ale vyplynulo z otázky, zda jim připadá dostupnost gynekologické fyzioterapie dostatečná a kde případně vidí největší mezery. Jejich odpovědi nabízejí podnětný pohled na potřebu zlepšení koordinace péče a sdílení informací mezi fyzioterapeuty a gynekology, což by mohlo vést k lepší dostupnosti fyzioterapie pro pacientky a k celkovému zlepšení péče o jejich zdraví.

Fyzioterapeutka 4 zdůrazňuje důležitost aktivního přístupu fyzioterapeutů k propagaci svých služeb a navázání spolupráce s gynekology. Zdůrazňuje potřebu oslovovat lékaře a rozšiřovat povědomí o možnostech fyzioterapie: *„Mám pocit, že jako fyzioterapeuti máme tendenci se trošku jako pohoršovat nad tím, že o nás ty doktoři nevědí a že jako nedoporučují naše služby a prostě nevědí, co všechno umíme a tak dále. Tak já si myslím, že je to hlavně na nás, aby my jsme jako zástupci našeho oboru dokázali dát o sobě vědět a tak nějak jako rozšířili povědomí o tom, co dokážeme, co umíme a myslím si, že to je jako na nás navazovat ty aktivní spolupráce. Opravdu oslovovat gynekology, gynekoložky ve svém okolí a i další odbornosti. Myslím si, že jedině tak to může fungovat, nemá smysl, myslím, nadávat na pojišťovnu, že nemají dobrý tabulky a přehledy o nás a nemá smysl nadávat na ty doktory, že se ve volném čase ještě nevzdělávají o tom, co jako může fyzioterapie. Takže to si myslím, že je jako nějaká naše mise.“*

Naopak, Fyzioterapeutka 1 popisuje náročnost navázání spolupráce s gynekology a zmiňuje nedostatečnou informovanost lékařů o možnostech fyzioterapeutické péče: *„Když jsme se snažili nějak oslovovat gynekology, chodili jsme za nima, navštěvovali jsme je, aby o nás věděli a tohle teda nefungovalo vůbec. Oni si třeba vzali vouchery, že pošlou na první terapii zdarma, ale byla to bída. Asi to někde prostě zašantročili a v podstatě ty vouchery nevyužili. Protože oni jako vůbec nemají ponětí, co děláme, to je jednoduchý. Oni si myslí, že asi je namasírujeme a tím to všechno skončí. Já nevím. A i když se jim to člověk snaží vysvětlit, tak to prostě.. to by bylo na intenzivní spolupráci, aby ten člověk o nás věděl. Třeba jednou tejdne abysme u nich byli na praxi nebo na stáži, na supervizi, ale to se musí zafinancovat.“*

Fyzioterapeutka 5 zmiňuje, že nedostatek informací od gynekologů může vést k tomu, že pacientky nejsou po propuštění z nemocnice řádně informovány o možnosti

fyzioterapeutické rehabilitace: „Dnes se dělá jednodenní chirurgie, zkracuje se významně ta doba hospitalizace v nemocnicích. Před 30 lety fungovalo naprosto jasně podle guidelines, že fyzioterapeut odchází na gynekologicko-porodnické oddělení a dělá tam cvičení třeba na prevenci zavinutí dělohy, prevenci postiženým pánevního dna a pracuje tam s těma ženama. Dneska tohleto jako není úplně běžným standardem čili, tam je jeden problém a potom, když oni je propustí, tak velmi často ti pacienti nedostanou informaci o tom, že by měli navštívit rehabilitační péči. To je teď kon takhle provázaný problém, ale na druhou stranu teď naposledy, když jsem byla v Brně na mentoringu, tak mnoho terapeutů, kteří se zabývají gynekologickou problematikou si stěžovali na to, že jim gynekologové neodesílají pacienty.”

Fyzioterapeutka 3 zdůrazňuje důležitost doporučení fyzioterapie ze strany gynekologů a zmiňuje potřebu boje proti některým mýtům ve fyzioterapii, které mohou ovlivňovat rozhodování lékařů i pacientů: „To doporučení by mělo vzejít od gynekologů, že jo, hlavně těch lékařů, protože ti jsou v tom prvním kontaktu s nima. A s tím i souvisela vlastně ta moje přednáška, ty mýty ve fyzioterapii těhotných, protože mi přijde, že oni si prostě myslí pořád, že když má žena v těhotenství diastázu, tak se to prostě bude řešit až po tom porodu. A chvilku ještě počkejte, ono se to upraví a to samé i v nějaký jako problémy toho pánevního dna.”

Na druhou stranu, Fyzioterapeutka 2 zmiňuje ochotu některých lékařů ke spolupráci a možnost spolupráce v podobě stáží nebo společných projektů: „Myslím, že teď třeba ochota některých lékařů ke spolupráci za mě je docela fajn. Že opravdu, když se chce a chce se domluvit na nějakou stáž nebo se někam podívat nebo spolupracovat, tak tohle za mě, jako si myslím, že je docela fajn.”

Z analýzy odpovědí fyzioterapeutek vyplývá komplexní obraz současné spolupráce mezi gynekology a fyzioterapeuty v oblasti péče o ženy. Zdůrazňuje se důležitost aktivního propojení obou oborů a vzájemného informování. Zatímco některé fyzioterapeutky vnímají ochotu ke spolupráci ze strany lékařů, další poukazují na nedostatečné povědomí gynekologů o možnostech fyzioterapie a nedostatečné využití těchto služeb v praxi. Návrhy na zlepšení zahrnují intenzivnější vzdělávací aktivity a vzájemnou komunikaci mezi oběma profesními skupinami. Celkově lze říci, že existuje prostor pro posílení spolupráce mezi oběma stranami s cílem efektivního a komplexního poskytování péče o ženy.

## Možné mezery fyzioterapie v České republice

Fyzioterapeutka 2 poukázala na nedostatek ultrazvuků v praxi fyzioterapeutů, což by mohlo omezovat efektivitu jejich práce, zejména při práci s pánevním dnem a diastázou: „*To, co teda já tady vidám v Čechách, je trošku trabl, skoro nikdo z nás nemá ultrazvuky. To je jediný, co by se mělo v tom vzdělávání za mě doplnit.. práce s ultrazvukem v praxi fyzioterapeuta a ať už jako feedback i na to pánevní dno i na to břicho s diastázou je s výhodou.*”

Fyzioterapeutka 3: „*Ta viscerálka je jako super. Je to věc, kterou prostě z té školy neznáme nebo neznám, nebo jsem neznala, takže mi to přijde jako super, že to je taková zase věc, kterou klasickou fyzioterapii neovlivníte, tak tady si můžeme pomoci mnohem líp.*” a Fyzioterapeutka 2: „*Tak teď mě baví hodně viscerálky a fasciální manipulace. Coby jako nové techniky, protože ty starý v zásadě už znám hrozně dlouho. Je to něco, co tady relativně... Řekla bych, chybívá.*” Zdůraznily důležitost viscerální terapie a fasciální manipulace, ale zároveň poznamenaly, že tato oblast není dostatečně zastoupena ve vzdělávacím programu fyzioterapeutů.

Fyzioterapeutka 1 upozornila na obavy fyzioterapeutů ohledně práce s těhotnými pacientkami a zdůraznila, že toto je zbytečný strach, který by měl být překonán: „*Vidím problém v tom, že se.. hlavně se boje ošetřit těhotný. Tam je z toho největší strach. A to si myslím, že je zbytečný. Protože to není těžká práce.*”

Což potvrzuje i Fyzioterapeutka 6, které chybí větší spektrum kurzů s těhotnými ženami a zároveň by uvítala větší propojování s osteopatií, bez které se podle ní vvynekeologické fyzioterapii fyzioterapeutky neobejdou: „*Chybí mi asi víc propojování té osteopatie. Myslím si, že ta by tam v té gyndě.. to prostě nejde bez té osteopatie za mě jo, jako ta mi tam chybí hodně. A chybí mi asi více kurzů s těhotnými.*”

Fyzioterapeutka 5 zdůrazňuje nedostatečnou informovanost fyzioterapeutů již během pregraduálního vzdělávání. Považuje za důležité, aby terapeuti získávali komplexní znalosti o propojení různých anatomických struktur a systémů těla, a nejen o izolovaných lokálních oblastech. Nedostatek informací v pregraduálním vzdělávání může omezovat schopnost terapeutů přemýšlet nad terapeutickými postupy komplexně. Zmiňuje nedostatečnou propojenost mezi lékaři a fyzioterapeuty, zejména pokud jde o informovanost lékařů o účinných fyzioterapeutických postupech. Tato propojenost by měla začít již v pregraduálním vzdělávání a pokračovat v klinické praxi: „*Chybí mi tam*

*propojení, vlastně zaprvé mi chybí už v pregraduální formě. Ta informovanost terapeutů, aby to nebylo pro ně jenom lokalita anatomická, kterou cvičí nebo relaxují. Ale aby už pregraduální právě jste se dozvíдали o tom napojení jako celku. To je první věc a druhá věc mi tam chybí, že vlastně lékaři v rámci svého pregraduálního vzdělávání nedostávají informace o tom, že fyzioterapeuti mají účinné terapeutické postupy, kde by se mohli zapojit do komplementu. Pokažd' by se toto vlastně spojilo už v rámci tý pregraduální výuky, tak věřím, že by ty lidi měli tendenci více spolupracovat. A potom, když jsme v klinické praxi, tak tam jednoznačně prostě mě chybí ta propojenost.*

*Nedá se jakoby nadiktovat tomu terapeutovi, co on má dělat, protože každý z nás je jiný a půjde jinou cestou, ale dá se mu říci v tom postupu, aby věděl podstatu vlastně té klinické diagnózy, protože je rozdíl mezi retencí a inkontinencí, třeba že jo.. aby ty na to jakoby uměl zvolit ty terapeutický postupy a za mě chybí to, že dneska se učí, že fyzioterapeut, když to vztáhnu k našemu oboru, tak umí třeba příkladem pět postupů, konceptů na svaly a na kosti, ale neumí žádnéj na cévy, neumí na lymfu nebo neumí prostě na tu psychosomatiku, v tom já vidím velkej problém.”*

Fyzioterapeutka 5 také zdůrazňuje potřebu práce s psychosomatickými aspekty fyzioterapie, zejména při léčbě pacientů s poruchami pánevního dna. Tento aspekt je podle ní často opomíjen, přestože je klíčový pro efektivní léčbu: „*Vždycky ten pacient, když přijde, tak protože je to pánevní dno, psychoemocionálně jsou to obavy o svoji existenci, o sebe nebo osoby blízké. Takže pokud ten člověk nepřijde po třeba.. porodu jo, kde má nějaký poporodní poranění, hráze pochvy nebo nebo dělohy. Tak třeba tam konkrétně musíte pracovat i s tou psychosomatikou jednoznačně, jo? Nejde pracovat jenom jako s naposilováním. Hlavně s relaxováním těch vrstev pánevního dna, to je vždycky prostě spojený dohromady.*”

Z těchto odpovědí vyplývá, že v České republice existují některé meze a nedostatky ve fyzioterapeutické praxi, které by mohly být adresovány pomocí dalšího vzdělávání, zlepšené spolupráce mezi fyzioterapeuty a lékaři a důrazu na psychosomatický přístup k léčbě. Celkově by mělo být zvaženo posílení ultrazvukového vybavení ve fyzioterapii, zavedení více vzdělávacích programů zaměřených na viscerální terapii a fasciální manipulaci, a zlepšení propojení mezi pregraduálním

vzděláváním fyzioterapeutů a pregraduálním vzděláváním lékařů, aby se překonaly současné nedostatky v oblasti gynekologické fyzioterapie.

### 2.5.3 Diskuse

Základní předpoklady, které jsem měla při psaní této práce, byly postaveny na myšlence poskytnout jakousi "kuchařku" začínajícím fyzioterapeutům v oblasti gynekologie. Nicméně, v průběhu rozhovorů s praktikujícími fyzioterapeuty se ukázalo, že jednotný postup není vždy optimální. Skutečnost, že každý pacient přichází s individuálními potřebami, specifickými potížemi a konstitucí, naznačuje, že je zapotřebí individualizovaný přístup. Tento přístup, na rozdíl od "kuchařky", vyžaduje kombinaci různých metod a technik, které jsou přizpůsobeny potřebám a podmínkám konkrétního pacienta.

V rámci praktické části jsem zkoumala využití fyzioterapeutických metod v oblasti gynekologie. Kombinací kvantitativního a kvalitativního výzkumu byly získány důležité poznatky o postojích fyzioterapeutů k léčbě různých gynekologických a porodnických problémů, jejich vzdělávacích potřebách a spolupráci s lékařskými specialisty.

**Kvantitativní část** naznačuje několik důležitých poznatků. První hypotéza, která se týkala obtížnosti začátků v oblasti gynekologické fyzioterapie, nebyla potvrzena. Naopak, respondentům se zdálo, že tato oblast není tak obtížná, jak jsem původně předpokládala.

Další hypotéza, týkající se míry dalšího vzdělávání fyzioterapeutů, byla potvrzena. Většina respondentů se aktivně vzdělává a hledá možnosti pro rozvoj svých znalostí a dovedností v této oblasti. Nicméně, z analýzy dat vyplývá, že i když někteří fyzioterapeuti mohou považovat dostupnost vzdělávání za dostatečnou, stále existují specifické potřeby a oblasti, které by mohly být v nabídce vzdělávacích kurzů doplněny či zlepšeny. Nejčastěji respondenti zmiňovali metodu Viscerální manipulace, kterou hojně využívají ve své praxi, ale není součástí pregraduálního studia. I přes to, že se jedná o nadstavbový kurz, který je vhodné absolvovat až s několika lety praxe, měl by být podle mě studentům fyzioterapie představen a rozšířit tak jejich možná pole působení.

Několik fyzioterapeutů zdůraznilo potřebu propojení s dalšími zdravotnickými obory a lékaři, stejně jako nedostatečnou diagnostickou složku, konkrétně schopnost práce s ultrazvukem. V rámci pregraduálního studia nám byla diagnostika

prostřednictvím ultrazvuku nastíněna, podle respondentů ale spíše chybí více ucelených kurzů, které by je s ním naučily pracovat.

Další výsledky naznačují, že gynekologové nejsou hlavním zdrojem informací o gynekologické fyzioterapii pro většinu pacientek. Informace o této formě péče ženy získávají spíše především prostřednictvím doporučení od svých známých nebo vyhledáváním na internetu. Toto by se podle mě mohlo změnit právě propojením oborů již během pregraduálního studia, kdy by bylo budoucím lékařům představeno několik různých kazuistik gynekologických pacientek s průběhem rehabilitace a závěrečným vyšetřením. Také by pravděpodobně pomohlo větší množství studií na jednotlivé metody a jak dokážou pomoci s jednotlivými diagnózami. Překážkou měření účinnosti gynekologické fyzioterapie by však mohla být častá modifikace, která ji dělá tak úspěšnou. Zjištění ukazují, že většina fyzioterapeutů adaptuje a upravuje naučené metody z kurzů podle svých zkušeností a potřeb pacientek. Tento přístup k modifikaci metod přispívá k flexibilitě a individualizaci terapeutického přístupu fyzioterapeutů v oblasti gynekologické fyzioterapie. Takovýto přístup může vést k lepším výsledkům terapie a zvýšené spokojenosti pacientek.

Základním sdělením získaným z **kvalitativní části** je, že fyzioterapeuti přistupují k léčbě individuálně a flexibilně, podle specifických potřeb každého pacienta. Neexistuje univerzální metoda nebo postup, a proto fyzioterapeuti kombinují různé techniky a přístupy v závislosti na klinickém obrazu a potřebách každého jednotlivého pacienta. I přes tuto variabilitu bylo možné identifikovat určité metody často využívané při léčbě specifických diagnóz.

Prvním zjištěním je variabilita přístupů fyzioterapeutů k léčbě gynekologických a porodnických problémů. Z analýzy odpovědí vyplývá, že fyzioterapeuti přistupují k léčbě individuálně a flexibilně, volí metody a techniky podle specifických potřeb každé pacientky. Tato variabilita je pravděpodobně důsledkem komplexní povahy těchto problémů a rozmanitosti potřeb pacientek.

Druhým klíčovým zjištěním je důležitost profesního rozvoje fyzioterapeutů prostřednictvím vzdělávacích kurzů a význam kritického myšlení při vyhodnocení přijímaných informací. Je zřejmé, že fyzioterapeuti vnímají vzdělávání jako klíčový prvek profesního rozvoje.



Třetím důležitým tématem je spolupráce mezi fyzioterapeuty a lékařskými specialisty v oblasti péče o ženy. Z analýzy odpovědí vyplývá, že existují určité nedostatky ve vzájemné komunikaci a porozumění mezi těmito profesními skupinami. Někteří respondenti uvádějí nedostatečné povědomí lékařů o možnostech fyzioterapie a nedostatečné využití těchto služeb v praxi. Tento nedostatek spolupráce může ovlivnit efektivitu a komplexnost poskytování péče o ženy.

Celkově lze říci, že výsledky kvalitativní části této práce poskytují ucelený pohled na současnou praxi fyzioterapie v oblasti gynekologie. Tyto poznatky mohou sloužit jako základ pro budoucí vývoj a zdokonalení této důležité oblasti péče o ženy, včetně posílení spolupráce mezi fyzioterapeuty a lékařskými specialisty, podporu profesního rozvoje fyzioterapeutů a zlepšení dostupnosti kvalitní péče pro ženy s gynekologickými a porodnickými problémy.

I přes to, že by mohl být vzorek respondentů svým rozsahem a reprezentativností omezený, jsem vděčná za možnost získat od praktikujících fyzioterapeutek zkušenosti a ověřené metody, které jsou účinné v praxi. Tato zkušenost mi pomohla pochopit, že v rehabilitační medicíně je stále důležitější individuální a na míru šitý přístup. Tento postup, který je založen na důkazech a je přizpůsobený potřebám konkrétního pacienta, je trendem moderní medicíny.

## **Závěr**

Tato bakalářská práce přinesla cenné poznatky o využití fyzioterapeutických metod v oblasti gynekologie, osvětlující jak postoj fyzioterapeutů k léčbě různých gynekologických a porodnických problémů, tak jejich vzdělávací potřeby a spolupráci s lékařskými specialisty.

Významným zjištěním je potřeba zlepšení interdisciplinární spolupráce mezi fyzioterapeuty a lékařskými specialisty. Respondenti dále upozornili na nedostatek kvalifikovaného vzdělávání v oblasti diagnostiky, zejména práce s ultrazvukem, což by mohlo být vylepšeno prostřednictvím speciálních kurzů a školení.

Kritickým zjištěním je, že informace o gynekologické fyzioterapii se k pacientkám často dostávají prostřednictvím neformálních kanálů, spíše než od gynekologů, což naznačuje potřebu lepší osvěty o této specializované péči mezi zdravotnickými pracovníky a veřejností.

V této práci byla také potvrzena důležitost individuálního a flexibilního přístupu k léčbě, což umožňuje fyzioterapeutům efektivně reagovat na specifické potřeby každého pacienta. Tento přístup nejen podporuje efektivitu terapeutických intervencí, ale zároveň vede k vyšší spokojenosti pacientek.

Na základě těchto poznatků je možné doporučit další výzkum zaměřený na zlepšení interdisciplinární spolupráce a integrace efektivnějších diagnostických a terapeutických metod do vzdělávacích programů. Je zásadní posílit povědomí o gynekologické fyzioterapii mezi lékaři a veřejností, aby se zvýšila dostupnost a využití této specializované péče.

Výsledky této práce otevírají nové perspektivy pro zlepšení péče o ženy a podtrhují význam fyzioterapie jako klíčového prvku v moderním zdravotnickém systému.

## Seznam použité literatury

- BABBIE, Earl R.. *The practice of social research*. Fourteenth edition. Boston, MA : Cengage Learning, 2016. ISBN 978-1-305-10494-5.
- BAJEROVÁ, Marika. Podvazovací šátky. *Rodoland* [online]. 2018. [cit. 2024-04-18]. Dostupné z: <http://www.rodolad.cz/poporodni-pece/page/params/post/1486390/>
- BARRAL, Jean-Pierre. *Viscerální terapie*. Kroměříž: Poznání, 2006. ISBN 80-239-6721-5.
- CAROLINA, Bravo Vaquero. *Uso del rebozo durante el trabajo de parto: a propósito de un caso*. Revisión de la literatura. [online]. 2022. [cit. 2024-04-17]. Dostupné z: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/uso-del-rebozo-durante-el-trabajo-de-parto-a-proposito-de-un-caso-revision-de-la-literatura/>
- CEBRIÁN RODRÍGUEZ, Patricia et al. Uso de la técnica de rebozo en el parto en la actualidad. Una revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación* [online]. 2022, [cit. 2024-04-17]. Dostupné z: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8340795>
- HARVEY, Alison. *A pathway to health: how visceral manipulation can help you*. Berkeley, Calif. : West Palm Beach, Fla : North Atlantic Books ; Barral Institute. 2010. ISBN 978-1-55643-901-8.
- HNÍZDIL, Jan. *Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové*. 1. vydání. Praha : Grada : Avicenum. 1996. ISBN 978-80-7169-187-7.
- HOLUBÁŘOVÁ, Jiřina a PAVLŮ, Dagmar. *Proprioceptivní neuromuskulární facilitace*. 4. vydání. Praha : Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 2022. ISBN 978-80-246-5296-2.
- HUMLOVÁ, Kateřina. *Cvičení a pohybové aktivity během těhotenství z pohledu fyzioterapeutů v České republice* [online]. 2020, [cit. 2024-04-13]. Dostupné z : <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/124301/120379714.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- CHYTRÁ, Markéta. *Funkční změny motoriky dýchání u žen v těhotenství a jejich ovlivnění pomocí fyzioterapie*. Bakalářská práce . Praha : Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta. 2013.

- KADENKA, Zdeněk. *Neuralgie nervus pudendalis*. [online]. 2010, [cit 2024-03-15]. Dostupné z : <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2010-5/neuralgie-nervus-pudendalis-kazuistika-34004>
- KOHUTOVÁ, Anna. Role porodní asistentky u dítěte v zadní pozici. *Anna Kohutová - porodní bába, průvodkyně přirozeným porodem* [online]. 2019, [cit 2024-04-18]. Dostupné z : <https://annakohutova.cz/role-porodni-asistentky-pri-zadnim-postaveni-ditete/>
- KOLÁŘ, Pavel. *Vertebrogenní obtíže a stabilizační funkce páteře - terapie*. . Vol. 14, č. 1. 2007.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha : Galén. 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Druhé vydání. Praha : Galén. 2020. ISBN 978-80-7492-500-9.
- LARSEN, Christian. Spannendes und Entspannendes zum Thema Beckenboden. *Plaum v Mnichově* [online]. 2000, [cit 2024-04-02]. Vol. 52, č. 11, s. 26 str. Dostupné z : <http://www.movenet24.de/spiraldynamik/pdf/kxis252.pdf>
- LUOMALA, Tuulia a PIHLMAN, Mika. *A practical guide to fascial manipulation: an evidence- and clinical-based approach*. Amsterdam, The Netherlands : Elsevier. 2017. ISBN 978-0-7020-6659-7.
- ONDREJIČKOVÁ, Barbora. *Diastáza* [online]. 2023, [cit 2024-02-11]. Získáno z : <http://www.strenerkou.cz/diastaza/>
- PROKEŠOVÁ, Michaela. Využití PNF konceptu při terapii poruch manifestujících se v oblasti pánve. *Umění fyzioterapie*. 2021 Č. 11. .
- ROB, Lukáš, MARTAN, Alois a CITTERBART, Karel. *Gynekologie*. 2. vydání. Praha : Galén. 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
- SALÁKOVÁ, Kamila. *MANUÁLNÍ TERAPIE V DĚTSKÉM VĚKU - REŠERŠNÍ PRÁCE* [online], 2017, [cit 2024-03-02]. Praha : Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta. Dostupné z : [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/92604/BPTX\\_2016\\_2\\_11130\\_0\\_404418\\_0\\_174982.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/92604/BPTX_2016_2_11130_0_404418_0_174982.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- SHARMA, Kiran et al.. Comparing the Efficacy of Dynamic Neuromuscular Stabilization Exercises and Kegel Exercises on Stress Urinary Incontinence in Women: A Pilot Study. *Cureus*. 2023 Vol. 15, č. 12, s. e50551. DOI 10.7759/cureus.50551.
- SCHWARZ, A. A. a SCHWEPPE, R. P. *Feldenkrais cvičení pro zdraví*. Praha: Nakladatelství Alternativa, 2003.
- SKOVAJSA a HRDLIČKOVÁ, T. *Feldenkrais – metoda somatického vzdělávání*. 2016.
- SOCHOROVÁ, Helena. *Relaxační techniky a jejich využitelnost ve fyzioterapii* [online], 2020, [cit 2024-03-22]. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Katedra fyzioterapie, Dostupné z: [https://theses.cz/id/l2plef/BP\\_FINAL\\_-\\_Sochorova.pdf](https://theses.cz/id/l2plef/BP_FINAL_-_Sochorova.pdf)
- STECCO, Luigi a STECCO, A. *Fascial manipulation for internal dysfunction- Practical part*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A., 2016. ISBN 88-299-2788-0.
- STECCO, Luigi, STECCO, Carla a DAY, Julie Ann,. *Fascial Manipulation for Internal Dysfunctions*. Padova : Piccin. 2014. ISBN 978-88-299-2328-1.
- STRUSKOVÁ, O. a NOVOTNÁ, L. *Metoda Ludmily Mojžíšové*. B.m. : Ivo Železný, nakladatelství a vydavatelství, spol. s r.o., 2003. ISBN 80-237-3771-6.
- ŠIMÍČKOVÁ, Ivana, 2018. Koncept Spiraldynamik. [online]. 2018, [cit 2024-03-25]. Dostupné z : <https://fyzioterapie.utvs.cvut.cz/document/show/id/254/>
- ŠVIRÁKOVÁ. Forma – funkce – facilitace (jaro). *Fyzioterapie - vzdělávání* [online]. 2020, [cit 2024-05-18]. Dostupné z: <https://www.fyzioterapie-vzdelavani.cz/odborne-kurzy/forma-funkce-facilitace/>
- TULLY, Gail. *What is Spinning Babies? - A New Paradigm of Birth*. *Spinning Babies* [online]. 2023, [cit 2024-04-18]. Dostupné z : <https://www.spinningbabies.com/about/what-is-spinning-babies/>
- VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol* Vyšší odborná škola sociálně právní. [online], 2012, [cit 2024-04-18]. Dostupné z : [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47919366/Skripta\\_\\_\\_Vyzkumne\\_metody-l](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47919366/Skripta___Vyzkumne_metody-l)

ibre.pdf?1470761625=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3D  
Vyzkumne\_metody.pdf&Expires=1713360401&Signature=RSMZo4UPFGkydA  
BHnDx420D5blrl1vvbmuezgn0QGJaEAH3ZY-jh97r~I5N5F8-HFK9K-yLFUm  
d1f576yz1IS2mxHBjgit-OG2uLccNOeg8vP4mO1cZf9P4NAB0JpCSjyk0lyqV  
MLJp3x3PFitptG1eXZO7lSK60X7dFA-nj8Ufbso3wkkqB3mmU08iBVx3vtFu  
wtM~jAMhSBY-tnpSZjqNaFWVCWiaDYRLhQCXdXLUpSIUuze15UFhtXgo  
aSh0gGjVqVkdJjfa7-vxrpPvAeePSbq~RoP~TE-ceVMnv-JxupLsvdUi15OWdL  
FPdmGMpYC~7WsL5hyi5Z5AiJGA6Ig\_\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSL  
RBV4ZA

- ZANDLOVÁ, Markéta *Rozhovor* [online]. 2020. [cit 2024-04-18] Dostupné z :  
[https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1368004/mod\\_resource/content/1/Novotn%C3  
%A1%20Rozhovor.pdf](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1368004/mod_resource/content/1/Novotn%C3%A1%20Rozhovor.pdf)

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Informovaný souhlas vzor**

**Příloha č. 2: Seznam otázek**

## **Přílohy**

### **Příloha č.1: Informovaný souhlas účastníka výzkumu**

Název a popis studie: *Fyzioterapie v gynekologii – současná praxe v České republice*

Jméno a příjmení:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. S mou účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
5. Souhlasím s pořízením audiozáznamu mých odpovědí.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno bude ve studii zveřejněno spolu s mými odpověďmi.
7. Převzal/a jsem podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum:



## **Příloha č.2: Seznam otázek**

- Jak dlouho se gynekologické fyzioterapie věnujete?
- Bylo pro Vás jednoduché s gynekologickou fyzioterapií začít?
- Mohla byste jmenovat absolvované kurzy věnující se této problematice?
- Jak se dále vzděláváte? Čtete nějaké studie, články, příručky, materiály z kurzů?
- Připadá vám nabídka dalšího vzdělávání v této problematice dostatečná?
  - Případně, co vám chybí?
- Jak se o vás pacientky nejčastěji dozvědí? (Od gynekologa, přes známé, internet, média)
- Považujete dostupnost gynekologické fyzioterapie pro veřejnost dostačující?
- Kde vidíte největší mezery?
- Jaké gynekologické problémy u svých pacientek nejčastěji řešíte?
- Jaké metody/postupy volíte při:
  - řešení inkontinence,
  - problémové menstruace,
  - endometriózy,
  - funkční sterility,
  - problémů s pohybovým systémem v těhotenství,
  - poporodní rehabilitace,
  - jizvy po císařském řezu/nástříhu
  - léčbě diastázy?
- Modifikujete si naučené metody z kurzů?
  - Co konkrétně jste si přizpůsobila a z jakého důvodu?